



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

วารสาร

การแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Journal of Medical and Public Health Region

Volume 15 No. 1 January - April 2025

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568



Approved by TCI during 2025-2029
E - ISSN : 3027 6047

No.1

January - April 2025

Vol.15





วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Journal of Medical and Public Health Region 4

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568

Volume 15 No.1 January - April 2025

เจ้าของ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี 76 หมู่ 5 ถนนพหลโยธิน ตำบลพระพุทธรบาท อำเภอพระพุทธรบาท จังหวัดสระบุรี 18120 โทรศัพท์ 0 3626 6142 ต่อ 207	
วัตถุประสงค์	เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ ระหว่างเครือข่ายสาธารณสุขเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเฝ้าระวังป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	
หัวหน้าบรรณาธิการ	นางสาวธนาวดี ตันติพิวัฒน์	ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี
กองบรรณาธิการ	นางอรนดา วัฒนวงษ์ นายแพทย์วิทยา สวัสดิ์พิพิงส์ นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี นางสุจิตรา อังคศรีทองกุล ดร.เดชา บัวเทศ นายอภิรัตน์ โสคำปึง นายพลากร ดวงเกตุ แพทย์หญิงพนัสนิษฐ์ ธิติชัย รศ.ดร.เสกสรรค์ สโมสรสุข รศ.ดร.เสาวนีย์ ทองนพคุณ ดร.วนิดา น้อยมนตรี ผศ.ดร.เทพนาฏ พุ่มไพบูลย์ ผศ.ดร.กิตติราวุฒิ ขวัญขารี ภก.รศ.ดร.กัมปนาท หวลบุตตา ดร. บุญสืบ โตโสม รศ.ดร.เมธีรัตน์ มั่นวงศ์ นายณพพงษ์ บำรุงพงษ์ นางนงลักษณ์ ทองโต นางนงลักษณ์ ทองโต นางสาวณัฐกานต์ ภูโหม นายณัฐพล ผลาผล นางสาวพิมลวรรณ วัชรินทรากูร นายทศพล พรหมสถิตย์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี นักวิชาการอิสระ นักวิชาการอิสระ นักวิชาการอิสระ นักวิชาการอิสระ นักวิชาการอิสระ สำนักงานสถิติแห่งชาติ กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ วิทยาลัยเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์นครสวรรค์ วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี E-mail address: drt.dpc2@gmail.com
ผู้ประสาน	นายทศพล พรหมสถิตย์	E-mail address: drt.dpc2@gmail.com
กำหนดออก	ปีละ 3 ฉบับ: มกราคม - เมษายน, พฤษภาคม - สิงหาคม, กันยายน - ธันวาคม	
Art Work	กลุ่มพัฒนานวัตกรรมวิจัยและ เครือข่าย	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี โทรศัพท์ 0 3626 6142 ต่อ 207

คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 เป็นวารสารทางวิชาการที่มีวัตถุประสงค์เพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้ ระหว่างเครือข่ายสาธารณสุขเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยออกเผยแพร่บนเว็บไซต์วารสาร ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน

ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม

ฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

1. ประเภทบทความ

นิพนธ์ต้นฉบับ (Original article) รายงานผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย ประกอบด้วยลำดับเนื้อเรื่องดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อหน่วยงาน บทคัดย่อ และคำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปราย กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่เกิน 10 หน้า

บทความพินิจ (Review article) เป็นบทความเพื่อพินิจวิชาการ ซึ่งรวบรวมผลงานเกี่ยวกับเรื่องใดเรื่องหนึ่ง โดยเฉพาะที่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาแล้ว โดยนำเรื่องมาวิเคราะห์ วิจารณ์ และเปรียบเทียบเพื่อให้เกิดความกระจ่างแก่ผู้อื่นเกี่ยวกับเรื่องนั้น ประกอบด้วยหัวข้อดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อหน่วยงาน บทคัดย่อ และคำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วิธีการสืบค้นข้อมูล เนื้อหาที่ทบทวน อภิปราย และเอกสารอ้างอิง อาจเพิ่มความเห็นของผู้รวบรวมด้วยก็ได้ ความยาวเรื่องไม่เกิน 10 หน้า

รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นรายงานเกี่ยวกับการวินิจฉัยโรคในผู้ป่วยรายที่น่าสนใจ หรือไม่เคยรายงานมาก่อน หรือพบไม่บ่อย และมีหลักฐานชัดเจนอย่างครบถ้วน ประกอบด้วยหัวข้อดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อหน่วยงาน บทคัดย่อ และคำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ รายละเอียดที่พรรณนาผู้ป่วย อภิปราย และเอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่เกิน 10 หน้า

รายงานการสอบสวนโรค (Investigation Full Report) รายงานการสอบสวนทางระบาดวิทยา ประกอบด้วยหัวข้อดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค ชื่อหน่วยงาน บทคัดย่อ และคำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการสอบสวน มาตรการควบคุมและป้องกันโรค อภิปราย ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน สรุปผลการสอบสวน ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่เกิน 10 หน้า

ย่อวารสาร (Abstract review) เป็นการย่อบทความทางวิชาการด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ และวิชาการที่เกี่ยวข้องที่น่าสนใจ ซึ่งได้รับการตีพิมพ์แล้วในวารสารนานาชาติเป็นภาษาไทย ความยาวเรื่องไม่เกิน 10 หน้า

นวัตกรรม (Innovation) เป็นกิจกรรมที่ริเริ่มดำเนินการ มีการทดลองนำไปใช้ในพื้นที่ที่มีการติดตามประเมินผล และเขียนรายงานในรูปแบบของบทความวิชาการ โดยมีหัวข้อดังนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อหน่วยงาน บทคัดย่อ และคำสำคัญ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปราย สรุปผลการศึกษา กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง ความยาวเรื่องไม่เกิน 10 หน้า

2. การเตรียมบทความ

กำหนดรูปแบบและขนาดอักษรที่ใช้ในเรื่องกำหนดไว้ดังนี้

ต้นฉบับภาษาไทย (โปรแกรม Word) - Font: Cordia New ขนาดตัวอักษร 14

ชื่อเรื่อง ควรสั้น กระชับรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเฉพาะชื่อบทความภาษาอังกฤษ ให้ตัวอักษรแรกของชื่อเรื่องและคำเฉพาะ เช่น ชื่อคน โรค สถานที่ สิ่งของ จังหวัด เป็นต้น เป็นต้น เป็นตัวพิมพ์ใหญ่ นอกนั้นเป็นตัวพิมพ์เล็ก

ชื่อผู้พิมพ์ ชื่อและสกุล (ไม่ต้องระบุคำนำหน้านาม) และชื่อหน่วยงานที่ผู้เขียนสังกัดในปัจจุบันทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ กรณีที่มีผู้พิมพ์หลายคนและอยู่ต่างหน่วยงานกัน ให้ใส่หมายเลขยกด้านท้ายนามสกุล กับใส่หมายเลขยกด้านหน้าชื่อหน่วยงาน ในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ เพื่อเชื่อมโยงกัน พร้อมทั้งใส่เครื่องหมาย (*) ยกไว้หลังสกุลในภาษาไทยและภาษาอังกฤษ และระบุอีเมล เพื่อติดต่อผู้พิมพ์ (Corresponding author) หากผู้พิมพ์ไม่ระบุ ทางวารสารฯ ขอกำหนดให้ผู้พิมพ์ที่ส่งบทความเข้ามา เป็น Corresponding author

บทคัดย่อ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์และเป็นร้อยแก้วความยาวไม่เกิน 250 คำ (1 ย่อหน้า) โดยมีส่วนประกอบ ดังนี้ บทนำ (ความสำคัญและความเป็นมา) วัตถุประสงค์ วัสดุและวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และอภิปราย ไม่ต้องมีโครงสร้างกำกับ ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงเอกสารในบทคัดย่อ และต้องเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

คำสำคัญ (Keywords) ไม่เกิน 5 คำหลัก คั่นระหว่างคำด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) ใส่ไว้ท้ายบทคัดย่อ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ในภาพรวม และภาพย่อ ข้อเท็จจริง สถิติที่พบ การอ้างอิงที่มาของสถิติในการศึกษาเรื่องเดียวกัน จากการศึกษาเรื่องอื่น ๆ เพื่อนำไปสู่วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

วัตถุประสงค์ ระบุเป็นข้อ ๆ ครอบคลุมสิ่งที่ต้องการศึกษา

วัสดุและวิธีการศึกษา รูปแบบที่ใช้ในการศึกษา สถานที่ ประชากร/กลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง วิธีหรือมาตรการที่ศึกษา เครื่องมือหรืออุปกรณ์ที่ใช้ ตลอดจนเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเช่น แบบสอบถาม แบบทดสอบ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือสถิติที่ใช้ และการได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ถ้ามี)

ผลการศึกษา อธิบายผลในแต่ละส่วน แสดงตารางหรือแผนภูมิ เฉพาะที่สำคัญ ๆ และมีคำอธิบายตัวเลขที่สำคัญเท่าที่จำเป็น

อภิปราย ควรเขียนอภิปรายของสิ่งที่พบ ตามหลักทฤษฎี และผลจากการวิจัยที่ผ่านมา ความไม่สอดคล้องที่พบตามทฤษฎีและงานวิจัยอื่น ๆ การเสนอแนะประเด็นที่ควรทำเพิ่มเติม เพื่อให้ได้คำตอบที่ชัดเจนขึ้น

กิตติกรรมประกาศ(ถ้ามี) เขียนขอบคุณสั้น ๆ ต่อผู้มีอุปการคุณและต้นสังกัด หรือบุคคลที่สนับสนุนวิจัยทั้งด้านวิชาการและทุนวิจัย

เอกสารอ้างอิง กำหนดให้ใช้แบบแวนคูเวอร์ (Vancouver Style) โดย

1. การอ้างอิงเอกสารให้เขียนเป็นภาษาอังกฤษทั้งหมด หากการอ้างอิงจากต้นฉบับที่เป็นภาษาไทยให้แปลเป็นภาษาอังกฤษ และระบุ “(in Thai)” ท้ายรายการอ้างอิงนั้น

2. การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ตัวเลขยกในวงเล็บ (1) วางบนบรรทัดท้ายข้อความ ไม่ต้องเว้นวรรค เรียงตามลำดับเนื้อเรื่อง และต้องสอดคล้องกับลำดับรายการอ้างอิง หากต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3. การอ้างอิงจากเอกสารที่มากกว่า 1 รายการต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) เชื่อมระหว่างรายการแรกถึงรายการสุดท้าย เช่น (1-3) และถ้าอ้างอิงเอกสารที่รายการลำดับไม่ต่อเนื่องกัน ให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) โดยไม่ต้องเว้นวรรค เช่น (2,4,7)

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่างเป็นมาตรฐานเดียวกัน)

บทความวารสาร

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร ปีพิมพ์; ปีที่ (Volume) และเล่มที่ (Issue number): หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009; 361(16): 1529-38.

2. Pratumrat Sittichai P. The Knowledge of Dengue Hemorrhagic Fever on Preventative Behavior of Dengue Hemorrhagic Fever of Police Non-Commissioned Officer Student in Provincial Police Training Center Region 9. Thai Journal of Public Health and Health Sciences 2020; 3(2): 110-23. (in Thai)

บทความวารสารอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [Internet]. ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วัน]; ปีที่ (Volume) และเล่มที่ (Issue number): เลขหน้าแรก - หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก/Available from: <http://...>

ตัวอย่าง

1. Kaeodumkoeng N, poolperm S. A study Of PrEP Service Model for HIV Prevention in The Public Health Service System. Thai AIDS Journal [Internet]. 2022 [cited 2022 Jun 9]; 34(2):113-30. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/article/view/254693/175393> (in Thai)

2. Halbert CH, Allen CG. Basic behavioral science research priorities in minority health and health disparities. Transl Behav Med [Internet]. 2021 [cited 2022 Jun 16]; 11(11): 2033-42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34850925/>

คำอธิบาย

1. ผู้แต่ง คือ บุคคล กลุ่มคน ที่เป็นผู้เขียน ผู้แปล บรรณาธิการ หรือหน่วยงาน

1.1 ผู้แต่งเป็นบุคคล ให้ใช้สกุล และอักษรย่อของชื่อ

- ในกรณีที่ผู้แต่งเกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกแล้วตามด้วย “et al.”

1.2 ผู้แต่งเป็นหน่วยงาน หากมีหน่วยงานย่อย ภายใต้หน่วยงาน ให้ใช้หน่วยงานใหญ่แสดงก่อน ตามด้วยเครื่องหมายจุลภาค “,” เช่น Department of Disease Control (TH), Division of Communicable Diseases

2. ชื่อหนังสือหรือชื่อบทความ ให้ใช้อักษรตัวใหญ่เฉพาะตัวแรก นอกนั้นใช้อักษรตัวเล็ก ยกเว้นคำเฉพาะ เช่น ชื่อคน ชื่อหน่วยงาน หรือชื่อสถานที่ เป็นต้น และตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.)

3. ชื่อวารสาร กรณีเป็นภาษาไทย ให้ใช้ชื่อย่อหรือชื่อเต็มของวารสารนั้น กรณีเป็นภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อของวารสารที่ปรากฏใน Index Medicus ที่จัดทำโดยหอสมุดแพทย์แห่งชาติสหรัฐอเมริกา (National Library of Medicine: NLM)

4. ปีพิมพ์ ให้ใช้ ค.ศ.

5. เลขหน้า ให้ใส่เลขหน้าแรกถึงหน้าสุดท้าย คั่นด้วยเครื่องหมายขีดกึ่ง (-) ตามด้วยเครื่องหมายมหัพภาค (.) หลังเลขหน้าสุดท้าย ใส่ตัวเลขเต็มสำหรับหน้าแรก และเลขสุดท้ายใส่เฉพาะเลขที่ไม่ซ้ำกับเลขหน้าแรก ยกเว้นเลขโรมัน หรือเลขหน้าที่มีตัวอักษรต่อท้ายให้ระบุ เช่น

หน้า 15-19	ใช้ 15-9.	หน้า 455-458	ใช้ 455-8.
หน้า 322-433	ใช้ 322-433.	หน้า xi-xii	ใช้ xi-xii.
หน้า 365A-378A	ใช้ 365A-78A.	หน้า S212-S216	ใช้ S212-6.

การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (edition). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Toman K. Tuberculosis case-finding and chemo-therapy. Geneva: World Health Organization; 1979.

คำอธิบาย

1. ครั้งที่พิมพ์ ระบุตั้งแต่การพิมพ์ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป ให้ใช้ว่า “ed” เช่น 3rd ed. 4th ed. เป็นต้น nd, rd, th ไม่ต้องทำด้วยก
2. เมืองที่พิมพ์ ใส่ชื่อเมืองที่สำนักพิมพ์ตั้งอยู่ ถ้ามีมากกว่า 1 เมืองให้ใส่ชื่อแรก ถ้าชื่อเมืองไม่เป็นที่รู้จัก ให้ใส่ชื่อรัฐหรือประเทศไว้ในวงเล็บตามหลังชื่อเมือง หากไม่สามารถระบุเมืองได้ ให้ใช้คำว่า [place unknown]
3. สำนักพิมพ์ ใส่เฉพาะชื่อสำนักพิมพ์ตามที่ปรากฏ หากต้องระบุว่าเป็นชื่อหน่วยงาน แล้วไม่มีชื่อสัญชาติอยู่ในชื่อหน่วยงาน ให้เพิ่มวงเล็บแล้วระบุรหัสประเทศเป็นตัวอักษรภาษาอังกฤษ 2 ตัว ตามหลังชื่อหน่วยงาน เช่น

Department of Disease Control (TH)

Centers for Disease Control and Prevention (US)

หากไม่สามารถระบุชื่อสำนักพิมพ์ได้ ให้ใช้คำว่า [publisher unknown]

4. ปีพิมพ์ ใส่เฉพาะตัวเลขของปีที่พิมพ์ ให้ใช้คำว่า [date unknown]

การอ้างอิงบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor(s). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Meltzer PS, Kallioniemi A, Trent JM. Chromosome alterations in human solid tumors. In: Vogelstein B, Kinzler KM, editors. The genetic basis of human cancer. New York: McGraw-Hill; 2002. p. 93-113.

เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์ (Thesis/Dissertation)

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

ตัวอย่าง

1. Kaplan SJ. Post-hospital home health care: the elderly's access and utilization [dissertation ph.D. Medicine]. St. Louis (MO): Washington University; 1995.

หนังสือประกอบการประชุม/รายงานการประชุม

ลำดับที่. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; ปี เดือน วัน ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Sum-im T, editor. Proceedings. The 9th Srinakharinwirot University Research Conference; 2014 Jul 28 - 29; Srinakharinwirot University. Bangkok: Srinakharinwirot University, Strategic Wisdom and Research Institute; 2014. (in Thai)

บทความที่นำเสนอในการประชุม

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; ปี เดือน วัน ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่พิมพ์: ปีพิมพ์. หน้า./p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Khositseth S, Tiengtip R. Determination of protein in urine that indicates nephrotic syndrome by protein nomics. In: Kajorn Lakchayapakorn, editor. Faculty of Medicine Academic Conference Thammasat University 2009 Changes: new trends in medicine; 2009 Jul 14-17; Thammasat University Rangsit, Bangkok; 2009. p. 23-40. (in Thai)

สิทธิบัตร

ลำดับที่. ชื่อผู้ประดิษฐ์, ผู้ประดิษฐ์/inventor; ชื่อผู้รับสิทธิบัตร, ผู้รับสิทธิบัตร/assignee. ชื่อสิ่งประดิษฐ์. ประเทศที่ออกสิทธิบัตร สิทธิบัตร/Patent รหัสประเทศ หมายเลขสิทธิบัตร. ปี เดือน วันจดสิทธิบัตร.

ตัวอย่าง

1. Chamswarn C, inventor; National Science and Technology Development Agency, assignee. Trichoderma bio-products are produced in dry powder form. Thailand Patent Thai9913. 2000 Oct 30. (in Thai)

หนังสืออิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ [อินเทอร์เน็ต/internet]. ครั้งที่พิมพ์. สถานที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วัน]. เข้าถึงได้จาก/Available from: http://...

ตัวอย่าง

1. Wongtavilap T, editor. Healthy space next door Good health is available next door. Guide for creating healthy areas in the community [internet]. Bangkok: Healthy Space Forum; [publisher unknown]; [date unknown] [cited 2022 Apr 25]. Available from: <http://www.thaihealth.or.th/Books/771/คู่มือแนะนำการสร้างพื้นที่สุขภาวะในชุมชน.html> (in Thai)

4. การส่ง และรับต้นฉบับ

4.1 การส่งบทความลงตีพิมพ์ให้ส่งทางเว็บไซต์ <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4>

4.2 ไฟล์บทความขอให้ใช้โปรแกรม Word เท่านั้น จัดรูปแบบ และหัวข้อของบทความให้เป็นไปตามที่วารสารกำหนด รวมถึงภาพประกอบต่าง ๆ ด้วย ให้อยู่ในไฟล์เดียวกัน

4.3 บทความที่ขอลงตีพิมพ์กับวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 จะต้องมีการอ้างอิงบทความที่ลงตีพิมพ์กับวารสารฯ มาแล้ว อย่างน้อย 1 เรื่อง

4.4 การส่งไฟล์ที่แก้ไข หลังจากที่ได้ปรับให้เป็นไปตามคำแนะนำของ Reviewer แล้วให้ Highlight ในส่วนที่ได้แก้ไขตามคำแนะนำ หากต้องการตอบคำถามของ Reviewer ให้แยกออกจากไฟล์ฉบับแก้ไขใหม่บันทึกด้วยโปรแกรม Microsoft Word

4.5 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้สนับสนุนทราบ และจะส่งให้ Reviewer อย่างน้อย 3 ท่าน พิจารณาโดยไม่เปิดเผยชื่อผู้สนับสนุน และ Reviewer (Anonymous Reviewer/Anonymous Author)

4.6 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ หรือถูก Reject กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ และระบุเหตุผลการ Reject แต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

4.7 การพิจารณาตีพิมพ์ ผลงานจะได้รับการตีพิมพ์เมื่อ Reviewer พิจารณาบทความมีความเห็นให้ตีพิมพ์ได้ อย่างน้อย 2 ใน 3

5. ช่องทางการติดต่อวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 ติดต่อได้ที่

5.1 ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ E-mail address: drt.dpc2@gmail.com

5.2 ติดต่อด้วยเอกสารส่งทางไปรษณีย์ ถึง

กองบรรณาธิการวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี (กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย)

76 หมู่ 5 ถนนพหลโยธิน อำเภอพระพุทธบาท จังหวัดสระบุรี 18120 โทร. 0 3626 6142 ต่อ 207

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 ถือเป็นผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัย และผลงานนวัตกรรม ตลอดจนความเห็นส่วนตัวของผู้พิมพ์ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้พิมพ์จำเป็นต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน และปฏิบัติตามจริยธรรมในการตีพิมพ์ของวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

จริยธรรมการตีพิมพ์ผลงานในวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 จัดทำขึ้นเพื่อเผยแพร่บทความวิชาการ และผลงานวิชาการเป็นสื่อกลางถ่ายทอดองค์ความรู้ ระหว่างเครือข่ายสาธารณสุขเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ภัยสุขภาพ การรักษาพยาบาล และการฟื้นฟูสมรรถภาพ ซึ่งตอบสนองพันธกิจของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 และเป็นประโยชน์ต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคสำหรับเครือข่ายทั้งในพื้นที่ และนอกพื้นที่

บทบาทและหน้าที่ของผู้นิพนธ์:

1. ผู้นิพนธ์ต้องไม่ส่งบทความที่ได้รับการตีพิมพ์เผยแพร่ที่ไหนมาก่อน และไม่ส่งต้นฉบับบทความซ้ำซ้อนกับวารสารอื่น และผู้นิพนธ์ต้องไม่นำผลงานไปเผยแพร่หรือตีพิมพ์กับแหล่งอื่น ๆ หลังจากที่ได้รับการตีพิมพ์กับวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 แล้ว
2. ผู้นิพนธ์จะต้องระบุชื่อแหล่งทุนที่ให้การสนับสนุนในการทำวิจัย (ถ้ามี) และจะต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (ถ้ามี)
3. คณะชื่อผู้นิพนธ์ที่ปรากฏในบทความต้องเป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในผลงานนี้จริง
4. หากบทความที่ขอรับการตีพิมพ์เกี่ยวกับการวิจัยทดลองในมนุษย์ ผู้นิพนธ์จะต้องระบุหลักฐานว่าโครงการวิจัยดังกล่าว ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยที่เกี่ยวข้องแล้ว
5. ผู้นิพนธ์ไม่ละเมิดหรือคัดลอกผลงานของผู้อื่น และต้องมีการอ้างอิงทุกครั้งเมื่อนำผลงานของผู้อื่นมานำเสนอ หรืออ้างอิงในเนื้อหาของบทความของตนเอง
6. ผู้นิพนธ์จะต้องอ้างอิงผลงาน ภาพ หรือตาราง หากมีการนำมาใช้ในบทความของตนเอง โดยต้องระบุการได้รับอนุญาตให้ใช้ในเนื้อหา “ที่มา” เพื่อป้องกันการละเมิดลิขสิทธิ์ (หากมีการฟ้องร้องจะเป็นความรับผิดชอบของผู้นิพนธ์แต่เพียงผู้เดียวทางวารสารจะไม่รับผิดชอบใด ๆ ทั้งสิ้น)
7. ในบทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ผู้เขียนจะต้องไม่รายงานข้อมูลและข้อมูลที่ไม่ถูกต้องหรือบิดเบือนรวมถึงการประดิษฐ์การปลอมแปลงการบิดเบือนการเปลี่ยนแปลงข้อมูลและสารสนเทศตลอดจนการนำเสนอข้อมูลและสารสนเทศ ที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสอดคล้องเป็นพิเศษกับข้อสรุปของผลการศึกษาของผู้เขียน
8. การกล่าวขอบคุณผู้มีส่วนช่วยเหลือในกิจกรรมประจักษ์นั้น ผู้นิพนธ์ควรขออนุญาตจากผู้ที่กล่าวขอบคุณเสียก่อน

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ:

1. ผู้ประเมินบทความต้องคำนึงถึงคุณภาพของบทความเป็นหลัก โดยพิจารณาบทความภายใต้หลักการและเหตุผลทางวิชาการ โดยปราศจากอคติ หรือความคิดเห็นส่วนตัว และไม่มีส่วนได้ส่วนเสียกับผู้นิพนธ์ใด ๆ ทั้งสิ้น หากผู้ประเมินบทความตระหนักว่า ตนเองอาจมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์ ที่ทำให้ไม่สามารถให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะอย่างอิสระได้ ผู้ประเมินบทความควรแจ้งให้บรรณาธิการวารสารทราบ และปฏิเสธการประเมินบทความนั้น ๆ
2. ผู้ประเมินบทความต้องไม่แสวงหาประโยชน์จากผลงานทางวิชาการที่ตนเองได้ทำการพิจารณาประเมินบทความ และไม่นำข้อมูล บางส่วนหรือทุกส่วนของบทความไปเป็นผลงานของตนเอง
3. ผู้ประเมินบทความ ควรมีความเชี่ยวชาญในสาขาวิชาที่ตนประเมินบทความ โดยพิจารณาความสำคัญของเนื้อหาในบทความที่มีต่อสาขาวิชานั้น ๆ ไม่ควรใช้ความคิดเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินบทความ
4. เมื่อผู้ประเมินบทความพบว่า มีส่วนใดของบทความที่มีความเหมือน หรือซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่น ๆ ผู้ประเมินบทความต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบโดยทันที
5. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาระยะเวลาประเมินตามกรอบเวลาประเมินที่วารสารกำหนด
6. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับ และไม่เปิดเผยข้อมูลของบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณา แก่บุคคลที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงระยะเวลาของการประเมินบทความ

บทบาทและหน้าที่ของบรรณาธิการ:

1. การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการ “ตอบรับ” หรือ “ปฏิเสธ” การตีพิมพ์บทความ ควรขึ้นอยู่กับ เนื้อหาบทความ ที่สอดคล้องกับ เป้าหมาย คุณภาพ ความสำคัญ ความใหม่ และความชัดเจนของบทความ ตลอดจนความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของวารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4
2. บรรณาธิการควรมีการตรวจสอบการคัดลอกผลงานผู้อื่น (plagiarism) อย่างจริงจัง โดยใช้โปรแกรมที่เชื่อถือได้ เพื่อให้แน่ใจว่า บทความ ที่ตีพิมพ์ในวารสาร ไม่มีการคัดลอกผลงานของผู้อื่น และหากตรวจพบการคัดลอกผลงานของผู้อื่น ต้องดำเนินการหยุดกระบวนการประเมินบทความ และติดต่อผู้สนับสนุนบทความทันที เพื่อขอคำชี้แจงประกอบการประเมินบทความนั้น ๆ
3. บรรณาธิการมีหน้าที่พิจารณาตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิจัยที่มีระเบียบวิธีวิจัยที่ถูกต้อง และให้ผลที่น่าเชื่อถือ สมควรตีพิมพ์เผยแพร่
4. บรรณาธิการต้องใช้เหตุผลทางวิชาการในการพิจารณาบทความ โดยปราศจากอคติที่มีต่อบทความ และผู้สนับสนุนในด้านเชื้อชาติ เพศ ศาสนา วัฒนธรรม การเมือง และสังกัดของผู้สนับสนุน
5. บรรณาธิการต้องไม่มีส่วนได้ส่วนเสียหรือผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้สนับสนุนหรือผู้ประเมินบทความ และไม่นำบทความหรือวารสารไปใช้ประโยชน์ในเชิงธุรกิจ หรือนำไปเป็นผลงานทางวิชาการของตนเอง
6. บรรณาธิการต้องไม่แก้ไข หรือเปลี่ยนแปลงเนื้อหาบทความและผลประเมินของผู้ประเมินบทความ รวมถึงไม่ปิดกั้นหรือแทรกแซงข้อมูลที่ชี้แจงเปลี่ยนแปลงระหว่างผู้ประเมินบทความและผู้สนับสนุน
7. บรรณาธิการจะต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้สนับสนุน และผู้ประเมินบทความแก่บุคคลอื่น ๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องในช่วงเวลาของการประเมินบทความ
8. บรรณาธิการต้องปฏิบัติตามกระบวนการและขั้นตอนต่าง ๆ ของวารสารอย่างเคร่งครัด

นโยบาย และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4 รับพิจารณาบทความที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัยในมนุษย์ โดยพิจารณาดังนี้

บทความที่เกี่ยวข้องกับการทำวิจัยในมนุษย์ (ถ้ามี) ขอให้ผู้สนับสนุนระบุในบทความให้ชัดเจน และจะต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสถาบัน/หน่วยงานที่ได้มาตรฐานด้านจริยธรรม หากบทความใดที่บรรณาธิการ เห็นควรว่าต้องผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์แล้วไม่ได้ผ่านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ บทความนั้น จะต้องถูก

Decline Submission

วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Journal of Medical and Public Health Region 4

E - ISSN : 3027 - 6047

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568

Volume 15 No.1 January - April 2025

สารบัญ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ชนนพร แสงเคื่อน, มณฑา เก่งการพานิช, ศรีณญา เบญจกุล	1
การทำงานขณะป่วย ความเครียด และภาวะหมดไฟของครูไทยและต่างชาติ สอนระดับชั้นประถมศึกษาเขตเทศบาลเมืองชลบุรี ธนวัฒน์ หงษ์สา, ฌาน ปัทมะ พลอย	16
ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์ ศิริรัตน์ จำปีเรือง, วงศ์ศิริ แจ่มฟ้า, วารุณี เชิงนิน	31
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อายุน้อยกว่า 60 ปีในพื้นที่จังหวัดตาก อลิสรา อยู่เลิศลบ, รุ่ง วงศ์วัฒน์	45
ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของประชาชนพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา: กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี ชลลดา ไชยกุลวัฒนา, อนันต์ ไชยกุลวัฒนา, วิจิต พุ่มจันทร์, นิยม จันทร์นวล, จุติมา แสนเรือง	58
ผลลัพธ์การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดทางด้านหลังอย่างเดียวยในผู้ป่วยวัณโรคกระดูกสันหลัง ที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากเส้นประสาทถูกกดทับ ปรเมษฐ์ ชัยวิรัตน์, อรรถพล วันดี, สถาพร เหลืองอร่าม	69
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้โรคพิษสุนัขบ้า ตามเกณฑ์พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ในประชาชนเขตสุขภาพที่ 4 ธนากร แอมเจริญ	80
Usefulness of ambulatory ECG monitoring for paroxysmal atrial fibrillation in patients presenting with palpitation Surachat Jaroonpipatkul, Apichai Pokawattana	91
รูปแบบการบริหารจัดการสู่การเปลี่ยนแปลงคุณภาพของห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า สุวันดี บัญชรเทวกุล	98
รูปแบบการดำเนินงานการบริหารจัดการภูมิคุ้มกันสำเร็จรูป (long-acting antibody) ในจังหวัดนครราชสีมา เกียรติสุดา สายพรหม, ทวีชัย วิษณุโยธิน, ดวงจันทร์ จันทร์เมือง, วิวัฒน์ สังฆะบุตร	108

ผลของโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี นิภาวรรณ จันทะยา, เมธีรัตน์ มั่นวงศ์	116
แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการใช้สมุนไพรใกล้มือในพื้นที่ตำบลดอยฮาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย สุธิศา วิริยา, โชคชัย แซ่ว่าง, ปัญญารักษ์ คำเลื้อ, สุวนันท์ แก้วจันทา, ณิชรา ชัยวงศ์	129
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านโภชนาการของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเลย สุระเดช ไชยตอกเกี้ย, จิตติมา พิรกมล, สุพรรณิ พฤกษา, วันเพ็ญ นาโสภ, นิตยา ศรีวิหา, ธนัญชัย บุญหนัก	139
การศึกษาสมรรถนะศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ปริญพันธ์ มีทรัพย์, ศศิภัญญา แจ่มจันทร์, ชีรภัทร์ คำรงค์กิจ, สุमितตรา ทรัพย์เขียน	149
การพัฒนารูปแบบการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิต ระดับอำเภอ อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี กมลวรรณ ชาตทองคำ, จีรารัตน์ จงประเสริฐ	162



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index>

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

Relationship between health literacy and related factors with dietary behavior and medication intake of hypertension patients in Banmi District, Lopburi Province

ชนนพร แสงเดือน¹, มณฑา เก่งการพานิช^{2*}, ศรีธัญญา เบญจกุล²

Chanonporn Sangdurn¹, Mondha Kengganpanich^{2*}, Sarunya Benjakul²

¹คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, ²มหาวิทยาลัยมหิดล

¹Faculty of Public Health Mahidol University, ²Mahidol University

*Corresponding author: mondha.ken@mahidol.ac.th

Received: October 31, 2023 Revised: January 19, 2024 Accepted: January 29, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงและขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี จำนวน 275 คน จากการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคสแควร์ ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ประกอบด้วย ระดับการศึกษา ระยะการเป็นโรคความดันโลหิตสูง จำนวนสมาชิกในครอบครัวที่เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง และการมีโทรศัพท์มือถือที่ใช้อินเทอร์เน็ตได้ รวมถึงความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และพฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะ สำหรับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ อาชีพ แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข พฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะ และความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยา โดยความรู้ด้านสุขภาพรายด้านที่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ด้านการประเมินข้อมูล และด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูล ดังนั้น หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิจึงควรพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยและบุคคลในครอบครัวให้สูงขึ้นโดยคำนึงถึงบริบทของผู้ป่วย

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการบริโภคอาหารและพฤติกรรมการรับประทานยา, โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

This cross-sectional survey research aimed to examine the relationship between health literacy and factors influencing dietary behavior and medication intake among patients with hypertension in Banmi District, Lopburi Province. The samples comprised 275 hypertension patients diagnosed by physician and receiving services at the Sub-district Health Promoting Hospital in Ban Mi District, Lopburi Province, selected through systematic multistage sampling. Data were collected through structured interviews and analyzed using Chi-square test. The results revealed that personal factors, including occupation, sources of information about hypertension, knowledge of hypertension, social support from family members, public health personnel, village health volunteers (VHVs), the use of social media for health-related information, and health literacy were significantly associated with dietary behavior and medication intake ($p < 0.05$). Specially, areas of health literacy showing a significant relationship were data evaluation and data application ($p < 0.05$). Consequently, primary healthcare services should develop the higher health literacy of patients and family members, considering the patient's context.

Keywords: Health literacy, dietary behavior and medication intake, hypertension

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นปัญหาที่กำลังมีความรุนแรงมากขึ้น ทั้งในประเทศที่พัฒนาแล้ว และประเทศเศรษฐกิจเกิดใหม่ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก พบว่าผู้ที่มีความดันโลหิตสูงทั่วโลกมีจำนวนเกือบถึงพันล้านคน ซึ่งสองในสามจะอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และมีการคาดการณ์ว่าจะมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูงทั่วโลกเพิ่มขึ้นถึง 1.56 พันล้านคน ในปีพ.ศ. 2568⁽¹⁾ ในประเทศไทย โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญเช่นกัน เห็นได้จากความชุกของโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2563 - 2565 พบอัตราการป่วยรายใหม่ต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 13.94, 14.65 และ 15.11 ตามลำดับ⁽²⁾ เมื่อพิจารณาอัตราป่วยจากกลุ่มรายงานมาตรฐานสถานะสุขภาพ การป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ในปี 2563 - 2565 พบว่าเขตสุขภาพที่ 1 - 12 (ภาพรวม) มีอัตราป่วยของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 14.09, 14.64 และ 15.07 ตามลำดับ⁽²⁾ โดยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ขณะที่จังหวัดลพบุรี มีรายงานอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงรายใหม่ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2563 - 2565 เท่ากับ 18.81, 19.49 และ 20.01 ตามลำดับ⁽²⁾ ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ และอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี พบอัตราผู้ป่วยรายใหม่ของโรคความดันโลหิตสูงต่อประชากรแสนคน

ระหว่างปี พ.ศ. 2563 - 2565 เท่ากับ 24.04, 24.40 และ 25.11 ตามลำดับ⁽²⁾ สูงกว่าระดับประเทศด้วยเช่นกัน

จากข้อมูลการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปีของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่อำเภอบ้านหมี่ หากไม่ได้รับการรักษาหรือควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ จะส่งผลกระทบต่ออวัยวะสำคัญของร่างกาย เป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดหลอดเลือดแดงแข็ง (Atherosclerosis) เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น หัวใจ สมอหรือระบบประสาท ทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่เป็นสาเหตุสำคัญทำให้เกิดความพิการและเสียชีวิตตามมา⁽³⁾ ค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาผู้ป่วยของภาครัฐสูงถึง 79,263 ล้านบาทต่อปี⁽⁴⁾ ซึ่งจะต้องลดอัตราการตายก่อนวัยอันควร (อายุ 30 - 70 ปี) จากโรคไม่ติดต่อลดลงร้อยละ 25 ภายในในปี พ.ศ. 2570⁽⁵⁾ และลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดจากระดับความดันโลหิตสูงเกินกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท⁽⁶⁾ และเข้มข้นในมาตรการรักษาด้วยการใช้ยาลดความดันโลหิต และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพควบคู่ไปด้วย เช่น การควบคุมน้ำหนัก การออกกำลังกาย การลดความเครียด ลดการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ดูปัญหาหรือ หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ เช่น การรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วยและส่งผลกระทบต่อสุขภาพ⁽⁷⁻⁹⁾ ไม่หยุดยาหรือซื้อยามารับประทานเอง ควรปฏิบัติตามแพทย์สั่ง

อย่างเคร่งครัด⁽¹⁰⁻¹¹⁾ นอกจากนี้หากผู้ป่วยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ดีพอร่วมกับพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง จะส่งผลดีต่อการดูแลตนเองได้⁽¹¹⁻¹²⁾

Nutbeam⁽¹³⁾ ได้ชี้ให้เห็นความสำคัญของความรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นดัชนีที่สามารถสะท้อน และอธิบายการเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health Outcomes) การดำเนินงานสุขภาพที่ทำให้เกิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) จะเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้ประชาชนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมอย่างยั่งยืน⁽¹⁴⁾ ในปัจจุบันระบบบริการสุขภาพของไทยให้ความสำคัญกับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้กับประชาชน การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพและความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี โดยใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของโสเรนเซน และคณะ⁽¹⁵⁾ และประยุกต์เครื่องมือวัดความรู้ด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของกองสุขภาพ ปี 2565 กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁶⁾ มาเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนและดำเนินกิจกรรมสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อการป้องกันควบคุมโรคและลดผลกระทบต่อสุขภาพรวมถึงลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นทั้งโรคหัวใจและโรคหลอดเลือดสมองที่มีความรุนแรงถึงชีวิตได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross - Sectional survey research) ระยะเวลาการเก็บรวบรวมข้อมูล เดือนธันวาคม 2565 - เดือนมีนาคม 2566

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพศชาย และเพศหญิงที่มีอายุอยู่ในช่วง 35 - 60 ปี ในพื้นที่ 21 ตำบลของอำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์และขึ้นทะเบียนในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลบ้านหมี่ อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี ที่มีระดับความดันโลหิต 140/90 มิลลิเมตรปรอท จำนวน 4,352 คน ในปี พ.ศ. 2564⁽¹⁷⁾ ผู้วิจัยเก็บตัวอย่างจากผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทุกตำบล โดยใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling) เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อยู่ในพื้นที่อำเภอบ้านหมี่ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง มีข้อมูลในทะเบียนรายชื่อผู้ป่วย 2) เป็นผู้ที่สามารถสื่อสาร เข้าใจภาษาไทยได้ดี 3) เป็นผู้ที่ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร อ่าน การได้ยิน และการฟังภาษาไทยได้ 4) เป็นผู้ยินดียอมรับร่วมโครงการวิจัย เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ประกอบด้วย 1) เป็นผู้ที่ย้ายการรักษาไปนอกพื้นที่ในช่วงที่เก็บข้อมูลการวิจัย 2) เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมในตอนต้นแต่ระหว่างการสัมภาษณ์รู้สึกไม่สะดวกที่จะให้ข้อมูลจนจบทำให้ได้ข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ การคำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของเครซี่และมอร์แกน⁽¹⁸⁾ โดยกำหนดระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ระดับ 0.05 ในการวิจัยครั้งนี้แทนค่า P คือสัดส่วนประชากรผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากผลการศึกษาของฉัตรสกุล แมบจันทิก และ ลัมวิ ปิยะบัณฑิตกุล ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ทางสุขภาพและปัจจัย

ส่วนบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอโนนสูง จังหวัดนครราชสีมา⁽¹⁹⁾ เท่ากับ 0.18 จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ต้องมีจำนวนไม่น้อยกว่า 261 คน และเพื่อป้องกันการสูญหายของจำนวนตัวอย่าง ซึ่งอาจมาจากการถอนตัวจากการวิจัย หรือจากการไม่ตอบคำถามในบางส่วน จึงเพิ่มขนาดของกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ดังนั้นขนาดตัวอย่างในการศึกษาวิจัยนี้ต้องมีจำนวน 275 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้คือแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น และได้รับการปรับปรุงแก้ไข และวิเคราะห์ความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์ความตรงของเนื้อหา รายข้อ (I-CVI) รายส่วนและประเด็น (S-CVI) ประกอบด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง แรงสนับสนุนทางสังคม พฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะ มีค่าความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 1.00, 0.70, 1.00, 1.00 ตามลำดับ ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูล และการประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพ ความตรงของเนื้อหาเท่ากับ 0.97 ทั้ง 4 ด้าน ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยา มีค่าความตรงของเนื้อหา 1.00 ทั้ง 2 พฤติกรรม นำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ในเขตพื้นที่ตำบลหนองม่วง อำเภอหนองม่วง จังหวัดลพบุรี ที่มีลักษณะภูมิศาสตร์ ประเพณี วัฒนธรรม การดำรงชีวิตคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานำข้อมูลมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่น โดยการหาค่า KR-20 สำหรับข้อคำถามความรู้ และสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.7 ขึ้นไป แบบสัมภาษณ์มีด้วยกัน 3 ส่วน จำนวน 97 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 บัญชีส่วนบุคคล ได้จากการทบทวนงานวิจัย ประกอบด้วย (1) ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้/เดือน รายได้ทั้งหมดเพียงพอต่อค่าใช้จ่าย/เดือน ระยะเวลาการเจ็บป่วย ค่าความดันที่วัดครั้งสุดท้าย ค่าดัชนีมวลกาย โรคร่วม จำนวนสมาชิกที่เจ็บป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีโทรศัพท์มือถือ

บ้านมีสัญญาณอินเทอร์เน็ต แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสาร ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายเปิด (Open end) และตรวจสอบรายการ (Check List) จำนวน 15 ข้อ (2) ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง ลักษณะข้อคำถามให้เลือกตอบ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ จำนวน 10 ข้อ (3) แรงสนับสนุนทางสังคม (บุคคลในครอบครัว บุคลากรทางการแพทย์ อาสาสมัครสาธารณสุข) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ได้แก่ ประจํา บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 18 ข้อ (4) พฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ประจํา บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ เกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้จากแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของกองสุขภาพศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ปี 2565⁽²⁰⁾ มี 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2) ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) ด้านการประเมินข้อมูลสุขภาพ และ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูล แต่ละด้านมีข้อคำถาม 6 ข้อ ซึ่งมีตัวเลือกแบบมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ ทำได้ง่ายมาก ทำได้ง่าย ทำได้ยาก ทำได้ยากมาก ทำไม่ได้เลย

ส่วนที่ 3 แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการบริโภคอาหารและการ รับประทานยา แบ่งเป็น 2 พฤติกรรม ดังนี้

ตอนที่ 1 ด้านการบริโภคอาหาร ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ระดับการวัดเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประจํา บ่อยครั้ง บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย มีเกณฑ์การวัด 4 ระดับ คือ ไม่ดี พอใช้ ดี ดีมาก การแปลผลระดับพฤติกรรมแบ่งเป็น 2 ระดับ (สูงกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 75, ต่ำกว่าร้อยละ 75) คะแนนเต็ม 40 คะแนน คือ ดี (31 - 40 คะแนน) ไม่ดี (0 - 30 คะแนน)

ตอนที่ 2 ด้านการรับประทายา ประกอบด้วย
ข้อคำถาม จำนวน 10 ข้อ ระดับการวัดเป็นมาตราส่วน
ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ประจำ บ่อยครั้ง
บางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่ปฏิบัติเลย มีเกณฑ์การวัด 4 ระดับ
คือ ไม่ดี พอใช้ ดี ดีมาก การแปลผลระดับพฤติกรรม
แบ่งเป็น 2 ระดับ (สูงกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 80, ต่ำกว่า
ร้อยละ 80) คะแนนเต็ม 40 คะแนน คือ ดี (32 - 40 คะแนน)
ไม่ดี (0 - 31 คะแนน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ในการ
พรรณนาปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
แรงสนับสนุนทางสังคม ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ
พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทายาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และใช้สถิติเชิง
อนุมาน (Inferential statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์
ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง
แรงสนับสนุนทางสังคม (บุคคลในครอบครัว บุคลากร
สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข) พฤติกรรมการใช้สื่อ
สาธารณะ และความรอบรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมการ
บริโภคอาหารและการรับประทายาของผู้ป่วยโรคความดัน
โลหิตสูง ด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi square test)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ MUPH
2022-139 ณ วันที่ 18 ตุลาคม 2565

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ
74.18 อยู่ในช่วงอายุ 46 - 55 ปี ร้อยละ 44.73 จบการศึกษา
ระดับประถมศึกษาหรือน้อยกว่า ร้อยละ 49.82 ประกอบ
อาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 48.72 มีค่าใช้จ่ายเพียงพอแต่
ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 37.09 ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่า
เป็นโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่ไม่น้อยกว่า 5 ปี ร้อยละ
45.82 การวัดค่าความดันครั้งสุดท้าย จำได้ ไม่แน่ใจ ร้อยละ
66.91 เป็นกลุ่มควบคุมความดันไม่ได้ ร้อยละ 57.61

โดยมีโรคร่วม คือ โรคเบาหวาน ร้อยละ 49.08 รองลงมา
โรคไขมันในเลือดสูง ร้อยละ 36.81 มีค่าดัชนีมวลกาย
ระดับอ้วน ร้อยละ 30.90 เมื่อวิเคราะห์ด้านครอบครัว พบว่า
กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 69.45
มีสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ
50.18 โดยมีสมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คน ร้อยละ
66.67 เกี่ยวข้องเป็นพ่อแม่ ร้อยละ 62.32 กลุ่มตัวอย่างได้รับ
ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงจากสื่อบุคคล
ร้อยละ 87.64 มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้
ร้อยละ 62.91 และที่บ้านมีสัญญาณอินเทอร์เน็ตใช้ ร้อยละ
56.36

ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง พบว่า มีความรู้
เรื่องโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 73.09
โดยมีความรู้สูงในเรื่องการรับประทายาความดันโลหิต
สูงต้องกินตามปริมาณและเวลาที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 93.82
โรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้อาจทำให้เส้นเลือด
ในสมองแตก/ตีบ/ตัน เป็นอัมพฤกษ์ อัมพาตได้ ร้อยละ
92.36 และความรู้เรื่องการบริโภคอาหารหวาน มัน เค็ม
ส่งผลต่อโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 88.36

แรงสนับสนุนทางสังคม พบว่า แรงสนับสนุนทาง
สังคมโดยรวมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 38.54 แรง
สนับสนุนทางสังคมจากบุคคลในครอบครัวอยู่ในระดับ
น้อย ร้อยละ 37.09 แรงสนับสนุนทางสังคมด้านบุคลากร
สาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 40.73 และแรง
สนับสนุนด้านอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) อยู่ในระดับ
ปานกลาง ร้อยละ 36.00 ด้านพฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะ
พบว่า มีพฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะอยู่ในระดับน้อย
ร้อยละ 60.36 โดยมีพฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะเป็น
ประจำและบ่อยครั้งมากที่สุด คือ “ค้นหาข้อมูลความรู้
เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัว การป้องกัน
ภาวะแทรกซ้อนจากสื่อสิ่งพิมพ์ต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์
แผ่นพับเอกสาร เป็นต้น” ร้อยละ 40.36

พฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะ พบว่า มีพฤติกรรมการ
ใช้สื่อสาธารณะอยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 60.36 โดยมี
พฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะเป็นประจำและบ่อยครั้งมากที่สุด

คือ “ค้นหาข้อมูลความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง การปฏิบัติตัว การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากสิ่งล่อลึงพิมพ์ต่าง ๆ เช่น หนังสือพิมพ์ แผ่นพับเอกสาร เป็นต้น” ร้อยละ 40.36

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่า มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 40.00 ขณะที่ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้าน ได้แก่ การประยุกต์ใช้ข้อมูล การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การประเมินข้อมูล และทักษะการเข้าถึงข้อมูล มีคะแนนระดับดีมาก และดี ร้อยละ 80.72, 76.37, 69.09, และ 61.45 ตามลำดับ

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยา
พบว่า มีพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับไม่ดี

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 275)

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ Mean = 68.82, S.D. = 13.707, Min = 8, Max = 94		
ดีมาก	70	25.46
ดี	110	40.00
พอใช้	59	21.45
ไม่ดี	36	13.09
ระดับพฤติกรรมสุขภาพ		
พฤติกรรมบริโภคอาหารและการรับประทานยา		
อาหารดี ยาดี	16	5.81
อาหารดี ยาไม่ดี	2	0.73
ยาดี อาหารไม่ดี	150	54.55
ยาไม่ดี อาหารไม่ดี	107	38.91
พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร Mean = 21.53, S.D. = 4.218, Min = 8, Max = 37		
ดีมาก	3	1.09
ดี	15	5.45
พอใช้	72	26.18
ไม่ดี	185	67.28
พฤติกรรมกรรมการรับประทานยา Mean = 31.59, S.D. = 5.30, Min = 18, Max = 40		
ดีมาก	166	60.36
ดี	56	20.36
พอใช้	24	8.73
ไม่ดี	29	10.55

ร้อยละ 67.28 และ มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 60.36 เมื่อรวมพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดี แต่พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารอยู่ในระดับไม่ดี รองลงมาคือ มีพฤติกรรมรับประทานยาไม่ดี และพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารไม่ดี ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมดีทั้งสองพฤติกรรม คือ การบริโภคอาหารดีและการรับประทานยาดีค่อนข้างต่ำมาก ดังตารางที่ 1

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/

ลูกจ้างในหน่วยงานของรัฐและเอกชน แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ประกอบด้วย สื่อสิ่งพิมพ์ สื่อบุคคล รวมถึงผู้ป่วยที่มีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงในระดับปานกลาง การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม ด้านบุคคลในครอบครัว บุคลากรสาธารณสุข และพฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะในระดับมาก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการ รับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ($n = 275$ คน)

ปัจจัยต่างๆ	ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และยา			X^2	p-value
	พฤติกรรมไม่ดีทั้ง 2 ด้าน	พฤติกรรมดีอย่างใดอย่างหนึ่ง	พฤติกรรมดีทั้ง 2 ด้าน		
เพศ				0.883	0.643
ชาย	30 (42.25)	36 (50.70)	5 (7.05)		
หญิง	77 (37.75)	116 (56.86)	11 (5.39)		
อายุ				5.295	0.258
35 - 45 ปี	15 (46.88)	16 (50.00)	1 (3.12)		
46 - 55 ปี	54 (43.90)	63 (51.22)	6 (4.88)		
56 ปีขึ้นไป	38 (31.67)	73 (60.83)	9 (7.50)		
ระดับการศึกษา				7.605	0.269
ไม่เคยเรียน/ประถม - ศึกษาหรือน้อยกว่า	59 (41.55)	78 (54.93)	5 (3.52)		
มัธยมศึกษาตอนต้น	16 (30.77)	33 (63.46)	3 (5.77)		
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	19 (40.43)	22 (46.81)	6 (12.76)		
ปวศ./อนุปริญญา/ปริญญาตรีและสูงกว่า	13 (38.24)	19 (55.88)	2 (5.88)		
สถานภาพสมรส				3.003	0.557
โสด	18 (40.91)	22 (50.00)	4 (9.09)		
สมรส	76 (39.79)	104 (54.45)	11 (5.76)		
หม้าย หย่าร้าง	13 (32.50)	26 (65.00)	1 (2.50)		
อาชีพ				27.499	<0.001
เกษตรกร/ประมง	24 (26.67)	64 (71.11)	2 (2.22)		
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	15 (42.86)	14 (40.00)	6 (17.14)		
รับราชการ/พนักงานฯ	7 (43.75)	6 (37.50)	3 (18.75)		
รับจ้างทั่วไป	61 (45.52)	68 (50.75)	5 (3.73)		
รายได้				3.141	0.535
0 - 5,000 บาท	59 (43.38)	71 (52.21)	6 (4.41)		
5,001 - 10,000 บาท	35 (34.65)	58 (57.43)	8 (7.92)		
10,000 บาทขึ้นไป	13 (34.21)	23 (60.53)	2 (5.26)		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n = 275 คน) (ต่อ)

ปัจจัยต่างๆ	ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และยา			X ²	p-value
	พฤติกรรมไม่ดี ทั้ง 2 ด้าน	พฤติกรรมดีอย่างใด อย่างหนึ่ง	พฤติกรรมดี ทั้ง 2 ด้าน		
รายได้พอใช้				5.242	0.513
เพียงพอ/เหลือเก็บ	21 (41.18)	27 (52.94)	3 (5.88)		
เพียงพอ/ไม่เหลือเก็บ	38 (37.25)	57 (55.88)	7 (6.87)		
ไม่เพียงพอ/ไม่เป็นหนี้	20 (46.51)	19 (44.19)	4 (9.30)		
ไม่เพียงพอ/เป็นหนี้	28 (35.44)	49 (62.03)	2 (2.53)		
ระยะเวลาวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูง				6.932	0.140
0 – 5 ปี	58 (46.03)	64 (50.79)	4 (3.17)		
6 – 10 ปี	37 (33.94)	63 (57.80)	9 (8.26)		
11 ปีขึ้นไป	12 (30.00)	25 (62.50)	3 (7.50)		
ผลการวัดความดันโลหิตวัดครั้งสุดท้าย				9.311	0.054
จำไม่ได้	45 (16.40)	44 (16.00)	2 (0.70)		
จำได้ ไม่แน่ใจ	62 (33.69)	108 (58.70)	14 (7.61)		
ดัชนีมวลกาย				8.054	0.234
ผอม ปกติ	31 (48.44)	32 (50.00)	1 (1.56)		
น้ำหนักเกิน	19 (30.65)	40 (64.52)	3 (4.83)		
อ้วน	30 (35.29)	48 (56.47)	7 (8.24)		
อ้วนมาก	27 (42.19)	32 (50.00)	5 (7.81)		
โรคร่วม				2.616	0.270
ไม่มี	50 (44.64)	56 (50.00)	6 (5.36)		
มี	57 (34.97)	96 (58.90)	10 (6.13)		
สมาชิกในครอบครัวเป็นโรคความดันโลหิตสูง				4.987	0.083
ไม่มี	62 (45.26)	69 (50.36)	6 (4.38)		
มี	45 (32.61)	83 (60.14)	10 (7.25)		
มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถใช้อินเทอร์เน็ต				2.943	0.567
โทรศัพท์ที่ใช้โทร-รับเท่านั้น	34 (44.16)	41 (53.25)	2 (2.59)		
โทรศัพท์สามารถใช้อินเทอร์เน็ตได้	63 (36.42)	98 (56.65)	12 (6.93)		
โทรศัพท์ใช้อินเทอร์เน็ตได้แต่ไม่ได้ซื้อ ซิมเน็ตอื่นๆ	10 (40.00)	13 (52.00)	2 (8.00)		
ที่บ้านมีสัญญาณอินเทอร์เน็ต				1.207	0.547
ไม่มี	51 (42.50)	62 (51.67)	7 (5.83)		
มี	56 (36.13)	90 (58.06)	9 (5.81)		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับพฤติกรรมกรบริโภคอาหารและการ รับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n = 275 คน) (ต่อ)

ปัจจัยต่าง ๆ	ระดับพฤติกรรมกรบริโภคอาหาร และยา			X ²	p-value
	พฤติกรรมไม่ดี	พฤติกรรมดีอย่างใด	พฤติกรรมดี		
	ทั้ง 2 ด้าน	อย่างหนึ่ง	ทั้ง 2 ด้าน		
แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง					
สื่อสิ่งพิมพ์				11.695	0.003
ได้รับ	11 (19.30)	42 (73.68)	4 (7.02)		
ไม่ได้รับ	96 (44.04)	110 (50.46)	12 (5.50)		
สื่อวิทยุ				2.763	.251
ได้รับ	26 (33.77)	44 (57.14)	7 (9.09)		
ไม่ได้รับ	81 (40.90)	108 (54.55)	9 (4.55)		
สื่อโทรทัศน์				.190	.909
ได้รับ	50 (37.59)	75 (56.39)	8 (6.02)		
ไม่ได้รับ	57 (40.14)	77 (54.23)	8 (5.63)		
สื่อบุคคล				14.058	.001
ได้รับ	84 (34.85)	143 (59.34)	14 (5.81)		
ไม่ได้รับ	23 (67.65)	9 (26.47)	2 (5.88)		
สื่อสังคมออนไลน์				2.062	.357
ได้รับ	37 (34.26)	63 (58.33)	8 (7.41)		
ไม่ได้รับ	70 (41.92)	89 (53.29)	8 (4.79)		
สื่ออื่น ๆ				2.249	.325
ได้รับ	1 (20.00)	3 (60.00)	1 (20.00)		
ไม่ได้รับ	106 (39.26)	149 (55.19)	15 (5.55)		
ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง				10.308	<0.006
มาก	40 (54.05)	32 (43.24)	2 (2.71)		
ปานกลาง-น้อย	67 (33.33)	102 (59.70)	14 (6.97)		
แรงสนับสนุนทางสังคมในภาพรวม				6.652	0.155
มาก	29 (40.85)	40 (56.34)	2 (2.81)		
ปานกลาง	40 (40.82)	55 (56.12)	3 (3.06)		
น้อย	38 (35.85)	57 (53.77)	11 (10.38)		
ครอบครัว				17.549	0.002
มาก	41 (40.20)	59 (57.84)	2 (1.96)		
ปานกลาง	35 (47.95)	37 (50.68)	1 (1.37)		
น้อย	31 (31.00)	56 (56.00)	13 (13.00)		

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง (n = 275 คน) (ต่อ)

ปัจจัยต่าง ๆ	ระดับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร และยา			X ²	p-value
	พฤติกรรมไม่ดี ทั้ง 2 ด้าน	พฤติกรรมดีอย่างใด อย่างหนึ่ง	พฤติกรรมดี ทั้ง 2 ด้าน		
บุคลากรสาธารณสุข				10.362	0.035
มาก	26 (47.27)	28 (50.91)	1 (1.82)		
ปานกลาง	50 (44.64)	57 (50.89)	5 (4.47)		
น้อย	31 (28.70)	67 (62.04)	10 (9.26)		
อาสาสมัครสาธารณสุข				4.571	0.334
มาก	36 (42.86)	45 (53.57)	3 (3.57)		
ปานกลาง	39 (39.39)	56 (56.57)	4 (4.04)		
น้อย	32 (34.78)	51 (55.43)	9 (9.78)		
พฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะ				19.539	0.001
มาก	76 (45.78)	85 (51.20)	5 (3.02)		
ปานกลาง	28 (35.14)	43 (58.11)	5 (6.75)		
น้อย	5 (14.29)	24 (68.57)	6 (17.14)		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยา

ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยา ($p = 0.013$) โดยผู้ที่ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก มีพฤติกรรมดีทั้งสองด้าน เมื่อวิเคราะห์ความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านกับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาดีทั้งสองด้าน พบว่าความรอบรู้ในระดับดีมากด้านการประเมินข้อมูล ($p = 0.003$) และการด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูล ($p < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดีทั้งสองด้าน ดังตารางที่ 3

อภิปรายผลการวิจัย

1. พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบ้านหมี่ จังหวัดลพบุรี

จากการศึกษา พบว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับไม่ดีหรือไม่ถูกต้อง ส่วนหนึ่งเป็นเพราะอยู่ในวัยแรงงานหาเช้ากินค่ำ ไม่มีเวลาปรุงอาหาร ส่วนใหญ่จะซื้ออาหารปรุงสำเร็จจากร้านค้าและตลาดนัด ทำให้ไม่สามารถควบคุมปริมาณเครื่องปรุงรสและอาหารรสจัด หวาน มัน เค็มได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ มนตรี นรสิงห์, สุทธิพันธ์ ถนอมพันธ์⁽²¹⁾ ที่พบกลุ่มตัวอย่างเป็นเพียงส่วนน้อยที่สามารถควบคุมปริมาณอาหารและรสชาติอาหารไม่ให้หวานมัน เค็มจัดในทุกมื้อ

ตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยาของผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง (n = 275)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและยา			X ²	p-value
	พฤติกรรมไม่ดี ทั้ง 2 ด้าน	พฤติกรรมดีอย่างใด อย่างหนึ่ง	พฤติกรรมดี ทั้ง 2 ด้าน		
ภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพ				16.221	0.013*
ดีมาก	22 (31.43)	38 (54.29)	10 (14.28)		
ดี	43 (39.09)	65 (59.09)	2 (1.82)		
พอใช้	25 (42.37)	30 (50.85)	4 (6.78)		
ไม่ดี	17 (47.22)	19 (52.78)	-		
ความรู้สุขภาพรายด้าน					
ทักษะการเข้าถึงข้อมูล				7.441	0.114
ดีมาก	22 (37.29)	30 (50.85)	7 (11.86)		
ดี	43 (39.09)	65 (59.09)	2 (1.82)		
พอใช้ ไม่ดี	42 (39.62)	57 (53.77)	7 (6.61)		
การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ				5.435	0.245
ดีมาก	36 (33.33)	62 (57.41)	10 (9.26)		
ดี	43 (42.16)	56 (54.90)	3 (2.94)		
พอใช้ ไม่ดี	28 (43.08)	34 (52.31)	3 (4.61)		
ด้านการประเมินข้อมูล				15.740	0.003*
ดีมาก	13 (21.67)	39 (65.00)	8 (13.33)		
ดี	54 (41.54)	72 (55.38)	4 (3.08)		
พอใช้ ไม่ดี	40 (47.06)	41 (48.24)	4 (4.70)		
การประยุกต์ใช้ข้อมูล^a				25.622	<0.001*
ดีมาก	23 (25.84)	53 (59.55)	13 (14.61)		
ดี	56 (42.11)	74 (55.64)	3 (2.25)		
พอใช้ ไม่ดี	28 (52.83)	25 (47.17)	0		

^aมีการยุบรวมเซลล์ศูนย์ *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95%

ขณะที่พฤติกรรมการรับประทานยาอยู่ในระดับดีมาก แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยให้ความสำคัญในการรับประทานยาตามแพทย์สั่ง มีการตรวจสอบปริมาณยา การกินยาตรงเวลา ถึงแม้ว่าจะมีอาการผิดปกติก็จะกินยาต่อจนกว่าจะถึงวันนัด และขอคำปรึกษาจากบุคลากรทางการแพทย์ เมื่อมีข้อสงสัยในวันที่ไปพบแพทย์ สอดคล้องกับการศึกษาของสมลักษณ์ เทพสุริยานนท์⁽²²⁾ ที่พบว่า พฤติกรรมการ

รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 1.2 (p < 0.5)

ผลการศึกษาเผยให้เห็นว่า พฤติกรรมการบริโภคอาหารยังยากในการควบคุม ขณะที่พฤติกรรมการกินยาอยู่ในระดับดี เป็นผลจากระบบสุขภาพที่มีการนัดผู้ป่วยให้มาพบแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่องเพื่อรับยา ผู้ป่วยจึงได้รับการแนะนำและติดตามอย่างต่อเนื่อง และ

ผู้ป่วยจำนวนมากคิดว่า ต้องเคร่งครัดกับการกินยา เนื่องจากรับรู้ว่าคุณเองยังมีความเสี่ยงหรือไม่สามารถลดการบริโภคอาหารที่ชอบได้ ทั้งอาหารหวาน มัน เค็ม ที่ไม่เหมาะสม ยังพบว่ามีความถี่ในการปฏิบัติเฉลี่ย 3 - 5 วันต่อสัปดาห์ จึงเชื่อว่าการกินยาจะช่วยให้การควบคุมโรคได้ จึงเป็นปัญหาสำคัญที่ผู้ป่วยพึงพิจารณาโดยไม่ตระหนักถึงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันท์นิ ศรีประจันต์⁽²³⁾ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดี ส่วนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์อยู่ในระดับต่ำ

2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยา

2.1 ปัจจัยส่วนบุคคล พบ 2 ปัจจัยที่สัมพันธ์ ได้แก่ 1) อาชีพ ($p < 0.01$)

ซึ่งกลุ่มตัวอย่างมีอาชีพรับจ้างทั่วไปและเกษตรกรเป็นส่วนใหญ่ มีรายได้น้อยและมีระดับการศึกษาต่ำ ลักษณะอาหารที่บริโภคจะเป็นอาหารปรุงสำเร็จที่ซื้อจากตลาดนัด หรือรถเร่ในหมู่บ้าน ที่มีราคาไม่แพงมากนัก สะดวก รวดเร็ว สอดคล้องกับวิถีชีวิตที่ต้องรีบเร่งไปทำงาน ทำให้ต้องพึ่งอาหารถุงซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นแกงกะทิ ของทอด พะโล้และอาหารมัน และขนมหวาน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอกชัย ชัยยาทา⁽¹¹⁾ ที่พบว่า อาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา เช่นกัน ($p < 0.05$) และ 2) แหล่งที่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคความดันโลหิต ซึ่งพบว่า บุคลากรสาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) และสื่อสิ่งพิมพ์ เช่น หนังสือพิมพ์ แผ่นพับ โปสเตอร์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมบริโภคอาหารและการรับประทานยา ($p < 0.05$) จะเห็นว่า ระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิยังต้องอาศัยสื่อบุคคลเป็นสื่อหลักในการกระจายข้อมูลข่าวสารทางด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นการสื่อสารแบบสองทางทำให้ประชาชนได้รับข้อมูลสุขภาพและเข้าใจได้ง่ายยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ เทพไทย โชติชัย เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ ภิรณา เต๋ออาร์กย์ สายันห์ ปัญญาทรงและอ้อยทิพย์ บัวจันทร์⁽²⁴⁾ ที่พบว่าสื่อสาธารณะมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ($p < 0.05$)

2.2 ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูง

กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง หากแต่มีพฤติกรรมกินยาแต่พฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ปัญหาในเรื่องความรู้ยังเป็นจุดอ่อนของการสื่อสารสุขภาพให้ถึงประชาชน แม้ในยุคที่มีสื่อออนไลน์ที่ง่ายต่อการเข้าถึงข้อมูล หากแต่ในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ การศึกษาค่ำและอาชีพรับจ้าง ไม่มีสัญญาณอินเทอร์เน็ตทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นไปตามอิทธิพลของสภาพแวดล้อม ส่วนพฤติกรรมการรับประทานยา พบว่าผู้ป่วยจะมีพฤติกรรมในเรื่องการอ่านฉลากหรือซองยาเพื่อตรวจสอบชื่อ - สกุล ชื่อยา วิธีการกิน และวันหมดอายุ ซึ่งทำอยู่เป็นประจำ และอาจเป็นไปได้ว่าการที่ผู้ป่วยได้รับข้อมูลข่าวสารโดยตรงจากแพทย์และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในขณะที่ไปรับการรักษาตามแพทย์นัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิศรา ปันทองคำ ปานจิต นามพลัง และวินัฐ ดวงแสนจันทร์⁽²⁵⁾ ที่พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมไม่ได้สามารถอภิปรายความแปรปรวนของพฤติกรรมสุขภาพได้ร้อยละ 28.1 ($p < 0.05$)

2.3 แรงสนับสนุนทางสังคมและพฤติกรรมการใช้สื่อสาธารณะ

แรงสนับสนุนทางสังคมที่สำคัญ ได้แก่ การได้รับความรู้และสื่อสารจากบุคลากรสาธารณสุขและ อสม. ในเรื่องของการกินยา การมาพบแพทย์ เมื่อมีอาการผิดปกติ จึงเป็นปัจจัยสำคัญกับพฤติกรรมการกินยา ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิศรา ปันทองคำ ปานจิต นามพลัง วินัฐ ดวงแสนจันทร์⁽²⁵⁾ ที่พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมที่เป็นสื่อบุคคลเป็นตัวแปรที่สามารถทำนายพฤติกรรมสุขภาพได้มากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากการสื่อสารแบบสองทาง สามารถพูดคุยโต้ตอบกันได้ ทำให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การปฏิบัติตัว และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เทพไทย โชติชัย, เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, ภิรณา เต๋ออาร์กย์, สายันห์ ปัญญาทรง และอ้อยทิพย์ บัวจันทร์⁽²⁴⁾ และ

การศึกษาของ ภฤดา แสงสินสร⁽²⁶⁾ ที่พบว่า การได้รับความรู้ข่าวสาร ความรู้ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่มีภาวะเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการรับประทานยา

ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก โดยความรอบรู้ด้านสุขภาพรายด้านที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ความรอบรู้ด้านการประเมินข้อมูล และการประยุกต์ใช้ข้อมูล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ตรงทั้งจากการเจ็บป่วยของตนเองและคนในครอบครัวหรือคนใกล้ชิด รวมถึงได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่มีการติดตามสอบถามอาการ กระตุ้นเตือนให้รับยาอย่างต่อเนื่อง มีบริการวัดความดันโลหิตที่บ้านและการเยี่ยมบ้านอย่างสม่ำเสมอ นอกจากนี้ กลุ่มผู้ป่วยบางรายที่มีโทรศัพท์มือถือที่เชื่อมต่อระบบอินเทอร์เน็ตได้ สามารถใช้ในการค้นหาข้อมูลสุขภาพผ่านสื่อสังคมออนไลน์ เช่น เว็บไซต์ต่าง ๆ เฟสบุ๊ก คลิปปิดิโอ ดิจิต็อก หรือไลน์ เป็นต้น ซึ่งส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพบางด้าน แต่ยังมีจุดอ่อนต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมที่นำไปสู่ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ คือ ความสามารถในการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เอกชัย ชัยทา⁽¹¹⁾ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านความต้องการความช่วยเหลือด้านข้อมูลสุขภาพ การแสวงหาข้อมูลสุขภาพ และความรู้ความเข้าใจ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยา ($p < 0.05$) และการศึกษาของ ภพพร บรรณทิพย์สิวพร อึ้งวัฒนา และนพมาศ ศรีเพชรวรรณดี⁽²⁷⁾ ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และรายด้าน มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. หน่วยบริการสุขภาพ ควรส่งเสริมพัฒนาการให้ สุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมเพื่อการควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และควรร่วมกับท้องถิ่นและผู้นำชุมชน/อสม.

2. ส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารผ่านช่องทางสื่อสมัยใหม่และสื่อบุคคลให้แก่ประชาชนและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และจัดกิจกรรมการอบรมร้านค้าผู้ประกอบการอาหารสำเร็จรูป ผู้นำชุมชน/อสม. และคนในชุมชน โดยให้มีการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ผ่านช่องทางที่หลากหลาย เพื่อให้เกิดการบริโภคอาหารและการกินยาที่ถูกต้อง

3. บุคลากรสาธารณสุขควรพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ ๆ และการพัฒนาสื่อและ Key message เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงเพื่อใช้ในการสื่อสารกับประชาชน ผู้ป่วย และกลุ่มเสี่ยงได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม รวมถึงการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ให้มีความรอบรู้ด้านการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพื่อใช้สร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่ประชาชนในชุมชนต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารร่วมกับการได้รับแรงสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เพื่อให้ประชาชนตัดสินใจเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม

2. การประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ ในการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ป้องกันและควบคุมความดันโลหิตสูงได้

3. ควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อให้ชุมชนและแกนนำ อสม. รวมถึงครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

4. ศึกษาพัฒนาสื่อที่เหมาะสมในการเรียนรู้และเข้าใจสำหรับกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในชนบทที่มีการศึกษาดำ และมีปัญหาเรื่องการอ่านออกเขียนได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอบ้านหมี่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง หัวหน้าศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองบ้านหมี่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขทุกตำบล ที่อนุเคราะห์การเก็บข้อมูลทำให้การวิจัยในครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health. Report on the Situation of NCDs (Non-Communicable Diseases) in 2019: Diabetes, Hypertension, and Related Risk Factors. Akson Graph and Design Company; 2020. (in Thai)
2. Health Data Center (HDC). Standard reporting group. [Internet]. 2022. Available from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=29eec762c9591d1f8092da14c7462361 (in Thai)
3. Panthumjinda K, Srisai M, Ochareon S, Techora C. Basic Neurosciences. 6th ed. Bangkok: Sinprasit Printing; 2006. 282 p. (in Thai)
4. Duangsai S, Chinnawong T. Effect of 5 A's Self-management Support Program on Self-management Behaviors in Patients with Uncontrolled Hypertension. Songklanagarind Journal of Nursing 2018;41(4):74-85. (in Thai)
5. Ministry of Public Health. Annual Report. Akson Graph and Design Company; 2022 (in Thai)
6. Thai Hypertension Society. Guidelines for the Management of Hypertension in General Practice, 2019. Chiang Mai: Taree Publishing; 2019. (in Thai)
7. World Health Organization. Global Health Observatory (GHO), Raised Blood Pressure. Situations and trends Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>. 2021.
8. Santiwong C. DASH Diet: Anti-Hypertensive Diet. Regional Health Promotion Center 9 Journal. 2022;16(1):101-11. (in Thai)
9. Jansongkram N. Factors Related to Medication Taking Behaviors in Hypertensive Patients. Journal of Science and Technology 2021;15(2):142-59. (in Thai)
10. Yinang T. Medication Use Behavior of Hypertensive Patients in Mae Hoi Ngoen Village, Doi Saket District, Chiang Mai Province. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2012. (in Thai)
11. Chaityata E, The Relationship between Health Literacy, Medication Intake, and Doctor's Appointment Behavior among Patients with Diabetes Mellitus and Hypertension in Lamphun Province. Thai Science and Technology Journal. 2020; 28(1):183-96. (in Thai)
12. Poeyklang B, Muktabhant B. The Association of Health literacy Level with Food Consumption Behavior and Physical Activities of Middle-Age Women living in Tanot Sub-district, Nonsung District, Nakhonratchasima Province. KKU Journal for Public Health Research 2019;12(1):51-6 (in Thai)
13. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health promotion international 2000;15(3):259-67.
14. Ministry of Public Health (TH). Health Education Service Process to Create Health Knowledge in Public Sector Health Services, Hospital Accreditation: HA. Nonthaburi: Printing Office of the Health Education Division, Ministry of Public Health; 2020. 94 p. (in Thai)
15. Sørensen K, Van den Broucke S, Pelikan JM, Fullam J, Doyle G, Slonska Z, et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). BMC public health. 2013;13:1-10.
16. Ministry of Public Health (TH). Guidelines for the Operation of Health Education to Reduce Hospitalization Rates in Hypertension. Nonthaburi; 2022. 97 p (in Thai)

17. Health Data Center (HDC), Lopburi [Internet]. 2022. Available from: https://lri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=6b9af46d0cc1830d3bd34589c1081c68
18. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*. 1970;30(3):607-10.
19. Mabchantuk C, Piyabanditkul L. Relationships Between Health Literacy and Personal Factors and Health Behaviors of Hypertension Patients in Non Sung District, Nakhon Ratchasima Province. *Romphruek Journal, Krirk University*. 2021;40(1):195-219. (in Thai)
20. Ministry of Public Health (TH). Guidelines for the Operation of Health Education to Reduce Hospitalization Rates in Hypertension. Nonthaburi; 2022. 97 p. (in Thai)
21. Norasing M, Thanomphan S. Health Literacy and Health Behavior in Patients with Uncontrolled Blood Sugar Level or Blood Pressure: a Case Study of Nakornping Hospital, Chiang Mai. *Journal of Nakornping Hospital*. 2019;10(1):35-50. (in Thai)
22. Tepsuriyanont S. Medication Adherence Behavior among Hypertensive Adult Patients. *Journal of The Royal Thai Army Nurses*. 2017;18(3):115-22.
23. Siriprachan S. Health Knowledge and Desired Health Behaviors of Personnel at Health Center No. 7, Khon Kaen. *Regeional Heal Promotion Center 7 Khon Kaen and Local Network*; 2019. (in Thai)
24. Chotchai T, Seedaket S, Taearak K, Panyasong S, Buajun A. Factors Related to Health Literacy in Prevention of Hypertension among Group at Risk in Samran Sub-District, Muaeng District, Khon Kaen Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health, Southern Region* 2020;7(1):45-56. (in Thai)
25. Panthonglang W, Namphonkrang P, Duangsarnjan W. Factors Influencing the Health Behavior of Uncontrolled Hypertension Patients. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2018;38(4):152-65.
26. Saengsinsorn P. A Study of factors related to health behavior of people at risk for Diabetes and Hypertension in Phichit province. *Phichit Public Health Research and Academic Journal* 2021: 2 (6-12).43-54.
27. Bawornthip P, Aungwattana S, Sripetchwandee N. The Relationship between Personal Factors, Health Literacy, and Health Behaviors Among Uncontrolled Hypertensive Patients in Muang District, Chiang Mai Province. *Nursing Journal CMU* 2013;50(1):284-99. (in Thai)



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index>

การทำงานขณะป่วย ความเครียด และภาวะหมดไฟของครูไทยและต่างชาติ สอนระดับชั้นประถมศึกษา เขตเทศบาลเมืองชลบุรี

Sickness presenteeism, stress and burnout among Thai and foreign teachers, teaching elementary school, Chonburi municipality

ธนวัฒน์ หงษ์สา¹, ฌาน ปัทมะ พลยง^{2*}

Thanawat Hongsa¹, Chan Pattama Polyong²

¹โรงเรียนอนุบาลชลบุรี, ²มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา

¹Anuban Chonburi School, ²Bansomdejchaopraya Rajabhat University

*Corresponding author: chan.bsru@gmail.com

Received: September 25, 2023 Revised: January 31, 2023 Accepted: February 8, 2023

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาความทุกข์ของผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ การทำงานขณะป่วย ความเครียด และภาวะหมดไฟ 2) เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพระหว่างครูชาวไทยและต่างชาติ และ 3) เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ทางสุขภาพของครูไทยและต่างชาติ ประชากรจำนวน 1,055 คน จำนวนกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 400 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลลักษณะทางประชากร การเจ็บป่วยขณะทำงาน ความเครียด และภาวะหมดไฟ เครื่องมือผ่านการทดสอบความตรงตามวัตถุประสงค์ มีค่าอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และผ่านการทดสอบแอลฟาของคอนบาค ด้านการทำงานขณะป่วย ความเครียด และภาวะหมดไฟ เท่ากับ 0.89 0.77 และ 0.81 ตามลำดับ สถิติอนุมานที่ใช้ ได้แก่ Independent t-test และ Pearson's correlation ผลการศึกษาพบว่า ความทุกข์ของครูเคยเจ็บป่วยแต่ต้องมาทำงาน ร้อยละ 35.0 เกิดความเครียดในระดับมากที่สุด ร้อยละ 5.5 สำหรับภาวะหมดไฟแบ่งเป็น 3 มิติ พบครูมีความล้าทางอารมณ์ในระดับสูง ร้อยละ 35.0 เมินเฉยต่องานระดับสูง ร้อยละ 16.3 และประสิทธิภาพในการทำงานระดับต่ำ ร้อยละ 8.8 ทั้งนี้ครูไทยและครูต่างชาติมีการเมินเฉยต่องานและประสิทธิภาพในการทำงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ผลการศึกษาความสัมพันธ์พบการทำงานขณะป่วย มีความสัมพันธ์กับความเครียด ความล้าทางอารมณ์ การเมินเฉยต่องาน และความสามารถในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ทั้งนี้ในครูที่ทำงานขณะป่วยระดับสูงเป็นเหตุให้เกิดความล้าทางอารมณ์ระดับสูง ร้อยละ 48.6 (95%CI = 40.9 - 56.6) ข้อเสนอแนะโรงเรียนควรสร้างระบบการลาแบบออนไลน์หรือการแจ้งรวดเร็ว หากครูเกิดการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน เพื่อจัดสรรครูทดแทนครูประจำชั้นได้อย่างรวดเร็ว และควรมีโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตที่เหมาะสม

คำสำคัญ: การเจ็บป่วยขณะทำงาน, ความเครียด, ภาวะหมดไฟ, ครู, ประถมศึกษา

Abstract

The objectives of this study were 1) to study the prevalence of health outcomes, including sickness presenteeism, stress, and burnout, 2) to compare of health outcomes between Thai and foreign teachers, and 3) to relationships between various health outcomes among Thai and foreign teachers. The population of 1,055 teachers, the sample size was calculated to be 400 teachers. The tool used as a questionnaire consisted of demographic data, sickness presenteeism, stress, and burnout. The tool passed the index of item objective congruence test with a value between 0.67 - 1.00 and passed the Cronbach's alpha test for the following: sickness presenteeism, stress, and burnout, equal to 0.89, 0.77, and 0.81, respectively. The inferential statistics used were independent t-test and pearson's correlation. The study found that 35.0% of sickness presenteeism in teachers, having the highest level of stress, 5.5%. For burnout, divided into 3 dimensions, 35.0% was high-levels of emotional exhaustion, 16.3% was high-level of work cynicism, and 8.8% was low-level of work efficiency. Thai and foreign teachers had statistically significant differences in work cynicism and work efficiency ($p < .05$). The results of the correlation study found that sickness presenteeism was associated with stress, emotional exhaustion, work cynicism, and work efficiency with statistical significance ($p < .05$). sickness presenteeism was high in teachers who emotional exhaustion, 48.6% (95%CI = 40.9 - 56.6). It is recommended that schools should create an online leave system or rapid notification if a teacher becomes sick in order to quickly allocate replacement teachers for classroom teachers, and should be an appropriate mental health promotion program.

Keywords: Sickness presenteeism, Stress, Burnout, Teachers, Elementary school

บทนำ

การทำงานขณะป่วย (Sickness presenteeism, SP) เป็นศัพท์เกิดขึ้นยังไม่แพร่หลายมากนักในประเทศไทย ซึ่งได้รับความสนใจเมื่อไม่นานมานี้⁽¹⁾ อย่างไรก็ตามในระดับสากลมีคำที่นิยามไว้ที่หลากหลาย⁽²⁻³⁾ ซึ่งความหมายที่ได้รับการอ้างอิงมากให้ความหมายของการทำงานขณะเจ็บป่วยไว้ว่า สถานการณ์ที่ผู้ประกอบอาชีพไปทำงานเมื่อมีอาการป่วย⁽³⁾ และ/หรือผู้ประกอบอาชีพรู้สึกไม่สบายมีอาการป่วย ควรพักอยู่ที่บ้าน (ลาป่วย) แต่ยังคงต้องทำงานอยู่⁽⁴⁾ สามารถเกิดขึ้นได้บ่อยในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์และการศึกษา^(1,5) ในต่างประเทศมีการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างอาชีพครู พยาบาล และพนักงานเอกชน พบว่าครูเกิดปัญหาการทำงานขณะป่วยมากกว่ากลุ่มอาชีพอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁶⁾ อนึ่งอุบัติการณ์ของการทำงานขณะเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นมากกว่าในอดีตและมีค่าใช้จ่ายสูงจากการขาดงานและเข้าสู่อการรักษา อย่างไรก็ตามปัจจุบันยังต้องการข้อมูลอย่างมาก เพราะการทำงานขณะป่วย ความเครียด และภาวะหมดไฟ ส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมที่มองไม่เห็น (Invisible behaviour) และปัจจุบันยังไม่มี

มาตรฐานสูงสุด (Gold standard) ของการวัด ซึ่งเป็นความท้าทายของการศึกษาวิจัยในปัจจุบัน⁽²⁾

สถานการณ์การทำงานขณะเจ็บป่วย ความเครียด และภาวะหมดไฟ มีรายงานขนาดใหญ่ได้สำรวจความชุกของการทำงานขณะป่วยในทวีปยุโรป ในโครงการ European working conditions survey กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40,000 คน จาก 34 ประเทศ พบว่า คนทำงานเคยทำงานขณะเจ็บป่วย มีความชุกมีตั้งแต่ ร้อยละ 23.0 (เช่น อิตาลี โปรตุเกส และโปแลนด์) จนถึงมากกว่าร้อยละ 50.0 (เช่น มอนเตเนโกร มอลตา และเดนมาร์ก)⁽²⁾ อีกฉบับเป็นการศึกษาของ Dudenhöffer⁽⁷⁾ พบว่า ครูในประเทศเยอรมันมาทำงานขณะป่วยมากถึงร้อยละ 57.1 หรือประเทศนิการากัว พบความชุกร้อยละ 65.2⁽⁸⁾ สำหรับในประเทศไทยยังไม่พบการศึกษาการทำงานขณะป่วยในกลุ่มบุคลากรทางการศึกษา อย่างไรก็ตามมีการศึกษาความเครียดและภาวะหมดไฟ โดยการศึกษาในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย พบครูมีความเครียดในระดับสูง ร้อยละ 16.1⁽⁹⁾ เกิดความล้าทางอารมณ์ ร้อยละ 38.8 และรู้สึก

ไม่ประสบความสำเร็จส่วนบุคคล ร้อยละ 23.8 ซึ่งระยะเวลาในการปฏิบัติงานต่างกันมีระดับภาวะหมดไฟจากการทำงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽¹⁰⁾ อนึ่ง สำนักงานสถิติแห่งชาติสหราชอาณาจักรได้รายงานสาเหตุการเจ็บป่วยแต่ต้องมาทำงานไว้ว่า ส่วนใหญ่เป็นการเจ็บป่วยเล็กน้อย (เช่น ไข้หวัด ไมเกรน) ร้อยละ 95.0 เกิดจากความเครียด ร้อยละ 47.0 ปัญหากระดูกและกล้ามเนื้อ (เช่น ปวดหลัง การบาดเจ็บ) ร้อยละ 44.0 และปัญหาสุขภาพจิต (เช่น ภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล) ร้อยละ 34.0 เป็นต้น⁽¹¹⁾ ดังนั้นเห็นได้ว่าการทำงานขณะป่วย ความเครียดและภาวะหมดไฟมีความเชื่อมโยงกัน ซึ่งเป็นปัญหาที่บุคลากรทางการศึกษาเผชิญ

ครูมีหน้าที่จัดกระบวนการเรียนการสอนเป็นหลัก บางคนอาจมีการนิเทศ การบริหารการศึกษา และงานอื่นในหน่วยงานการศึกษา นอกจากหน้าที่ดังกล่าวแล้ว ครูในระดับชั้นประถมศึกษาจำเป็นต้องดูแลด้านความปลอดภัยของนักเรียนโดยประจำชั้นตลอดเวลามากกว่าครูในระดับอื่น ๆ ดังนั้นเมื่อมีการเจ็บป่วยหากไม่มีบุคคลอื่นมาดูแลแทน จึงจำเป็นต้องมาทำงาน⁽¹²⁾ ในสถานการณ์โควิด-19 ที่ผ่านมาได้เพิ่มความเสี่ยงด้านจิตสังคมของครูมากขึ้น เช่น ความขัดแย้งระหว่างครูในโรงเรียน นักเรียน หรือแม้แต่สมาชิกภายในครอบครัว⁽¹³⁾ หรือการกลั่นแกล้งบนเครือข่ายอินเทอร์เน็ต (Cyberbullying) ในขณะสอนออนไลน์ ปัจจัยดังกล่าวส่งผลให้เกิดความเครียดและภาวะหมดไฟของครูได้ นำไปสู่ประสิทธิภาพการทำงานของครูลดลง⁽¹²⁾ ทั้งนี้รับทราบความรับผิดชอบของครูไทยและต่างชาติมีความแตกต่างกัน จากประสบการณ์ของผู้วิจัยที่ทำงานในโรงเรียนสอนรูปแบบสองภาษา เห็นได้ว่าครูไทยรับผิดชอบประจำชั้นของนักเรียน ทำหน้าที่สอนประสานงานหน่วยงานภายในและภายนอกในการจัดกิจกรรมต่าง ๆ เป็นครูผู้สอนร่วมสังเกตการณ์เมื่อครูต่างชาติสอนนักเรียน กิจกรรมเยี่ยมบ้านนักเรียน และทำงานส่วนกลาง (เช่น งานบุคคล งานวิชาการ และบัญชี เป็นต้น) สำหรับครูชาวต่างชาติ มีหน้าที่หลักในการสอนและเข้าร่วมกิจกรรมที่โรงเรียนได้จัดขึ้น ทั้งนี้รับทราบบางงานได้ชี้ให้เห็นถึงกิจกรรมของครูไทยมีหลากหลาย

มากกว่าครูต่างชาติ อาจเนื่องด้วยกิจกรรมหรือระบบเอกสารของโรงเรียนมีการสื่อสารด้วยภาษาไทยเป็นหลัก

ผลกระทบต่อจิตใจของครูในช่วงระบาดโควิด-19 มีรายงานการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ จำนวน 8 ฉบับ พบว่า ครูมีความเครียด ร้อยละ 30.0 โดยความชุกพบในทวีปเอเชียมากกว่าทวีปอื่น ๆ และเป็นครูในโรงเรียนมากกว่าอาจารย์ในมหาวิทยาลัย⁽¹⁴⁾ ซึ่งผลกระทบในระยะยาวอาจส่งผลให้ครูเกิดภาวะหมดไฟและลาออกจากการทำงาน⁽¹⁵⁾ ทั้งนี้องค์การอนามัยโลกประกาศยกเลิกให้โควิด-19 เป็นเหตุการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขที่เป็นข้อกังวลระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern, PHEIC) เมื่อวันที่ 4 พฤษภาคม พ.ศ. 2566⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตามสถานการณ์โควิด-19 ที่ผ่านมา ได้มีผลต่อการเรียนการสอนของครูในโรงเรียนอย่างมาก ทั้งนี้การสอนที่ต้องปรับตัวอย่างรวดเร็ว ภาระงานที่แตกต่างไปจากเดิม หรือสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนตามรูปแบบของวิถีใหม่ (New normal)⁽¹⁷⁾ นอกจากการปรับการสอนอย่างรวดเร็วแล้วยังมีข้อมูลรายงานว่า สถานการณ์โควิด-19 ที่แพร่ระบาดทำให้เกิดความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยมีความรุนแรงขึ้น อาจเกิดจากปริมาณงานที่เพิ่มมากขึ้นหรือผู้ที่มิประวัติดีเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเกิดปัญหาสุขภาพกำเริบมากขึ้น⁽¹⁸⁾ ทั้งนี้หลังจากองค์การอนามัยโลกประกาศยุติสถานการณ์ PHEIC ส่งผลให้นโยบายของกระทรวงศึกษาธิการได้ปรับตามเช่นกัน ยกตัวอย่าง โรงเรียนมีกระบวนการเรียนการสอนในพื้นที่ได้มีรูปแบบ หรืออันพักจากการติดเชื้อโควิด-19 ลดลง ดังนั้นการศึกษาค้นคว้าจึงได้สำรวจถึงการทำงานขณะเจ็บป่วยหลังสถานการณ์ PHEIC ที่อาจมีผลต่อความรู้สึกรักของครูได้

การเจ็บป่วยขณะทำงาน ความเครียด และภาวะหมดไฟขณะทำงานของครูได้ส่งผลทั้งต่อตัวครูเองและนักเรียน มีหลายการศึกษาได้กล่าวถึงความเป็นพลวัตซึ่งกันและกัน^(10,15,19) ในผลกระทบต่อครูได้มีการศึกษาพบความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานขณะป่วยกับปัญหาสุขภาพที่ไม่ดี เช่น เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเรื้อรังและเกิดความผิดปกติทางจิตใจ เท่ากับ 2.39 และ 1.74 เท่าตามลำดับ ส่งผลให้เกิดความรู้สึกละเลยหรือความสำเร็จ

ของตนเองต่ำไปด้วย⁽¹⁹⁾ เมื่อครูมีประสิทธิภาพการทำงานลดลงจึงส่งผลต่อการถ่ายทอดสู่ผู้เรียนได้ มีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในครู จำนวน 5,311 คน และนักเรียน จำนวน 50,616 คน ผลการสังเคราะห์หลักฐานแสดงให้เห็นว่า ความเหนื่อยหน่ายของครูมีผลต่อผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนแย่ง และแรงจูงใจต่อการเรียนของนักเรียนลดลง ส่งผลให้คุณภาพการใช้ชีวิตของนักเรียนในโรงเรียนถดถอยลงไปด้วย⁽²⁰⁾

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับความเครียดและภาวะหมดไฟในกลุ่มอาชีพครู มีการศึกษาหลายฉบับในต่างประเทศ^(17,21-22) แต่บริบทของแต่ละประเทศที่แตกต่างกัน เช่น สวัสดิการ ภาระงาน และเศรษฐกิจ เป็นต้น จึงเป็นปัจจัยสาเหตุที่อาจทำให้เกิดผลลัพธ์ต่อสุขภาพที่แตกต่างกันได้ สำหรับประเทศไทยมีการเผยแพร่ภาวะหมดไฟในอาชีพครูเมื่อปี ค.ศ. 2021 เป็นการศึกษาปัจจัยสาเหตุความสัมพันธ์ระหว่างลักษณะประชากร ประวัติสุขภาพ ความยืดหยุ่น และสุขภาพจิต⁽²³⁾ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีความแตกต่างจากที่ผ่านมา โดยได้ต่อยอดศึกษาปัจจัยสาเหตุจากการเจ็บป่วยขณะทำงานที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดและภาวะหมดไฟ ทั้งครูชาวไทยและต่างชาติที่เข้ามาสอนในประเทศไทย ซึ่งเป็นส่วนต่อขยายขององค์ความรู้ที่ยังไม่มีการศึกษามาก่อน เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาเชิงนโยบายหรือการพัฒนาบุคลากรด้านจิตใจนำไปสู่การมีสุขภาวะที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกการเจ็บป่วยขณะทำงาน ความเครียด และภาวะหมดไฟของครูไทยและต่างชาติ
2. เพื่อเปรียบเทียบการเจ็บป่วยขณะทำงาน ความเครียด และภาวะหมดไฟระหว่างครูไทยและต่างชาติ
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการเจ็บป่วยขณะทำงาน ความเครียด และภาวะหมดไฟของครูไทยและต่างชาติ

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) มีระยะเวลาในรวบรวมข้อมูลระหว่าง 7 สิงหาคม ถึง 1 กันยายน พ.ศ. 2566 เก็บตัวอย่างในกลุ่มบุคลากรทางการศึกษาชาวไทยและต่างชาติในเขตพื้นที่เขตเทศบาลเมืองชลบุรี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นบุคลากรทางการศึกษาที่สอนในระดับชั้นประถมศึกษาในเขตเทศบาลเมืองชลบุรี โดยเป็นโรงเรียนสังกัดรัฐบาล จำนวน 22 แห่ง จำนวนครู 1,055 คน สำหรับการหาขนาดตัวอย่าง ได้จากการคำนวณด้วยโปรแกรม G*Power⁽²⁴⁾ โดยกำหนดค่า Odds ratio จากการศึกษาก่อนหน้าของ Kabito และ Wami⁽²⁵⁾ ที่ได้ศึกษาตัวแปรที่สำคัญคล้ายกัน ได้แก่ การทำงานและความเครียดของครู พบว่า ความต้องการของงานระดับมากส่งผลต่อความเครียด 1.61 เท่า (OR = 1.61; 95%CI = 1.29 - 3.74) กำหนดค่า α err prob เท่ากับ 0.05 และค่า power (1- β err prob) เท่ากับ 0.95 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 367 คน และผู้วิจัยได้เก็บเพิ่มเพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ร้อยละ 10 เนื่องจากใช้แบบสอบถามให้กลุ่มครูตอบเองมีโอกาสสูญหายของข้อมูล⁽⁷⁾ ในครั้งนี้ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 400 คน ใช้วิธีการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple random sampling) ทั้งนี้โรงเรียนที่มีการสอนในหลักสูตรสองภาษา จากการสำรวจของผู้วิจัยเบื้องต้น พบสัดส่วนครูชาวไทยและต่างชาติประมาณ 3 ต่อ 1 ดังนั้นในการเก็บรวบรวมข้อมูล จึงยังคงสัดส่วนให้ใกล้เคียงกับสัดส่วนจริงดังกล่าว

เกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นบุคลากรทางการศึกษาอายุระหว่าง 18 - 60 ปี สอนมาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน ครูต่างชาติสอนภาษาอังกฤษหรือสามารถอ่านและเข้าใจแบบสอบถามภาษาอังกฤษได้ยินดีเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ ขาดงานในวันที่เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือวิจัยใช้เป็นแบบสอบถามฉบับภาษาไทยสำหรับครูชาวไทย และภาษาอังกฤษสำหรับครูต่างชาติแบบสอบถามได้จากการทบทวนวรรณกรรมและแบบประเมินมาตรฐาน แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ภาวะเจ็บป่วยขณะทำงาน ความเครียด และภาวะหมดไฟจากการทำงาน รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ส่วนสูง น้ำหนัก การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และสถานะทางสุขภาพ

ส่วนที่ 2 การทำงานขณะเจ็บป่วย ใช้แบบประเมินมาตรฐาน Stanford Presenteeism Scale (SPS-6) จำนวน 6 ข้อคำถาม⁽²⁶⁾ ครอบคลุมปัญหาสุขภาพ การทำงานให้บรรลุเป้าหมาย ความรู้สึกมีพลัง การรับมือกับความเครียด สมาธิในการทำงาน และความรู้สึกสิ้นหวัง โดยมีตัวเลือกเป็นแบบประมาณค่า (Likert scale) 5 ตัวเลือก ได้แก่ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

ส่วนที่ 3 ความเครียด ใช้แบบประเมินมาตรฐานจาก ST-5 ของกรมสุขภาพจิต⁽²⁷⁾ จำนวน 5 ข้อ ครอบคลุมปัญหาการนอน สมาธิลดลง หงุดหงิด กระวนกระวาย ว้าวุ่นใจ รู้สึกเบื่อ เซ็ง และไม่อยากพบปะผู้คน ซึ่งเป็นอาการหรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นในระยะหนึ่งเดือนที่ผ่านมา โดยมีตัวเลือกแบบประมาณค่าแบ่งเป็น 4 ระดับ ได้แก่ เป็นน้อยมาก/แทบไม่มี เป็นบางครั้ง เป็นบ่อยครั้ง และเป็นประจำ

ส่วนที่ 4 ภาวะหมดไฟในการทำงาน ใช้แบบประเมินมาตรฐาน Maslach Burnout Inventory-General Survey (MBI-GS)⁽²⁸⁾ จำนวน 22 ข้อ ครอบคลุมความรู้สึก ห่อเหี่ยว อ่อนเพลีย หมดหวัง การปฏิบัติต่อเพื่อนร่วมงาน ความเหนื่อยหน่าย อารมณ์และความรู้สึก ความอดทน และการเผชิญกับสถานการณ์เชิงลบ โดยมีตัวเลือกแบ่งเป็น 7 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยรู้สึกปีละ 2 - 3 ครั้ง เดือนละ 1 ครั้ง เดือนละ 2 - 3 ครั้ง สัปดาห์ละ 1 ครั้ง สัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง และเป็นทุกวัน

การทดสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามทั้งฉบับได้ผ่านการประเมินดัชนีความตรงตามวัตถุประสงค์ (Index of item objective congruence: *IOC*) จากผู้เชี่ยวชาญ 3 คน ได้แก่ อาจารย์มหาวิทยาลัยสาขาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย อาจารย์มหาวิทยาลัยสาขาสาธารณสุขศาสตร์ และครูชำนาญการพิเศษ ทดสอบได้ค่า *IOC* อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 สำหรับแบบสอบถามภาษาอังกฤษได้ผ่านการแปลจากครูไทยที่จบการศึกษาสาขาภาษาอังกฤษเพื่อเข้าใจเนื้อหาของข้อคำถาม จากนั้นนำไปให้ครูชาวต่างชาติอ่านและปรับแก้ไขภาษาอีกครั้ง ก่อนนำไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มบุคลากรทางการศึกษาอื่นที่สอนในระดับชั้นประถมศึกษาคล้ายกัน จำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามการเจ็บป่วยขณะทำงาน ความเครียด และภาวะหมดไฟจากการทำงาน เท่ากับ 0.89 0.77 และ 0.81 ตามลำดับ ซึ่งค่าการทดสอบความตรงและความเที่ยงผ่านตามเกณฑ์การวัดและประเมินผล

การแปลผลเครื่องมือวิจัย

แบบสอบถามที่มีตัวเลือกเป็นแบบประมาณค่าที่สำคัญ ได้แก่ การเจ็บป่วยขณะทำงาน ความเครียด และภาวะหมดไฟจากการทำงาน มีการแปลผล ดังนี้

1. การแปลผลการทำงานขณะเจ็บป่วย จำนวน 6 ข้อ โดยเป็นแบบประมาณค่า ในแต่ละข้อมีคะแนน 1 ถึง 5 ในข้อคำถามเชิงบวกได้ให้ 1 คะแนนสำหรับตอบตัวเลือกน้อยที่สุด และให้ 5 คะแนนสำหรับตอบตัวเลือกมากที่สุด ทั้งนี้ในข้อคำถามเชิงลบได้ให้คะแนนสลับกัน ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้คะแนนอยู่ในช่วง 6 - 30 คะแนน สำหรับค่าจุดตัด (Cut-off score) ได้กำหนดที่ 18 คะแนนตามคำแนะนำของหลายการศึกษาที่ผ่านมา^(26, 29) แปลผลออกเป็น 2 ระดับดังนี้

< 18 คะแนน	หมายถึง	เคยเกิดขึ้นระดับน้อย
≥ 18 คะแนน	หมายถึง	เคยเกิดขึ้นระดับมาก

2. การแปลผลความเครียด จำนวน 5 ข้อ มีตัวเลือก แบ่งระดับ เป็นน้อยมาก/แทบไม่มี เป็นบางครั้ง เป็น บ่อยครั้ง และเป็นประจำ มีการให้ค่าคะแนนเป็น 0 1 2 และ 3 ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้คะแนนอยู่ในช่วง 0 - 15 คะแนน แปลผลออกเป็น 4 ระดับ⁽²⁷⁾ ดังนี้

≤ 4 คะแนน	หมายถึง	เครียดระดับน้อย
5-7 คะแนน	หมายถึง	เครียดระดับปานกลาง
8-9 คะแนน	หมายถึง	เครียดระดับมาก
≥ 10 คะแนน	หมายถึง	เครียดระดับมากที่สุด

3. การแปลผลภาวะหมดไฟ จำนวน 22 ข้อ มีตัวเลือก 7 ระดับ ตั้งแต่ไม่เคยรู้สึกถึงเป็นทุกวัน ให้ค่า คะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 6 คะแนน แบ่งการประเมินออกเป็น 3 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 ความล้าทางอารมณ์ (ข้อที่ 1 2 3 6 8 13 14 16 และ 20) มิติที่ 2 การเมินเฉยต่องาน (ข้อที่ 5 10 11 15 และ 22) และมิติที่ 3 ความสามารถในการทำงาน (ข้อที่ 4 7 9 12 17 18 19 และ 21) โดยมิติที่สามให้คะแนนของ ตัวเลือกตรงข้ามกัน คือ ไม่รู้สึกเช่นนั้นเลย ให้ 6 คะแนน และรู้สึกเช่นนั้นทุกวันให้ 0 คะแนน โดยการแปลผล ออกเป็น 3 ระดับ แยกตามมิติภาวะหมดไฟ⁽²⁸⁾ ดังนี้

มิติความล้าทางอารมณ์ กลุ่มตัวอย่างมีโอกาส ได้คะแนนอยู่ในช่วง 0 - 54 คะแนน

≤ 10 คะแนน	หมายถึง	ระดับต่ำ
10.01 - 15.99 คะแนน	หมายถึง	ระดับปานกลาง
≥ 16 คะแนน	หมายถึง	ระดับสูง

มิติการเมินเฉยต่องาน กลุ่มตัวอย่างมีโอกาสได้ คะแนนอยู่ในช่วง 0 - 30 คะแนน

≤ 5 คะแนน	หมายถึง	ระดับต่ำ
5.01 - 10.99 คะแนน	หมายถึง	ระดับปานกลาง
≥ 11 คะแนน	หมายถึง	ระดับสูง

มิติความสามารถในการทำงาน กลุ่มตัวอย่างมี โอกาสได้คะแนนอยู่ในช่วง 0 - 48 คะแนน

≥ 30 คะแนน	หมายถึง	ระดับต่ำ
24.01 - 29.99 คะแนน	หมายถึง	ระดับปานกลาง
≤ 24 คะแนน	หมายถึง	ระดับสูง

การรวบรวมข้อมูล

การประสานรวบรวมข้อมูลในแต่ละโรงเรียน โดยผู้วิจัยได้ขออนุญาตผู้อำนวยการสถานศึกษาที่เป็น กลุ่มตัวอย่างเพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ของการ ศึกษา ขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล และตอบข้อสงสัย ต่าง ๆ จากนั้นได้นัดวันและเวลาในการประชาสัมพันธ์ กับกลุ่มตัวอย่างในวันประชุมครูของโรงเรียนและได้ส่ง ประชาสัมพันธ์โปสเตอร์ผ่านไลน์กลุ่มของบุคลากร ทางการศึกษา สำหรับการรวบรวมโดยผู้วิจัยได้วาง แบบสอบถามไว้บริเวณจุดลงเวลาปฏิบัติราชการในช่วงเช้า เพื่อให้ครูที่สนใจเข้าถึงแบบสอบถามได้ง่ายและ ครูสามารถทำด้วยตัวเองในเวลาที่เหมาะสม โดยใช้ระยะเวลา การทำประมาณ 15 นาที สำหรับการคืนแบบสอบถามได้ กำหนดเป็นภายในวันนั้นที่รับเอกสาร ครูสามารถส่งคืน ได้ในกล่องคืนเอกสาร ได้แก่ บริเวณจุดรับเอกสาร หรือ หน้าห้องประจำสายชั้น หรือหน้าห้องฝ่ายพัฒนานักศัลของ โรงเรียน โดยลักษณะของกล่องเป็นกล่องมีช่องสำหรับ สอดเอกสารแบบสอบถามเข้าได้เท่านั้น ฝากล่องได้ใช้ เทปกาวพันรอบทั้ง 4 ด้าน เพื่อป้องกันการเปิดฝากล่องดู แบบสอบถามชุดอื่น และผู้วิจัยได้รวบรวมกล่องตามจุด ต่าง ๆ ภายในเวลา 18.00 นาฬิกาของวันนั้น และดำเนินการ ลงรหัสข้อมูลและวิเคราะห์ผลในลำดับต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตัวแปรระดับต่อเนื่อง ได้แก่ การเจ็บป่วยขณะ ทำงาน ความเครียด และภาวะหมดไฟ ได้นำไปทดสอบด้วย Kolmogorov-smirnov test เพื่อวัดการกระจายของข้อมูล โดยข้อมูลการกระจายเป็นปกติได้นำไปทดสอบสถิติ อนุมานอาศัยความน่าจะเป็น ในการศึกษาครั้งนี้ได้ใช้สถิติ 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสถิติพรรณนา ได้คำนวณค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สำหรับการวิเคราะห์ ตามวัตถุประสงค์ได้ใช้สถิติดังนี้ 1) ศึกษาความชุกของ ผลลัพธ์ทางสุขภาพ ได้แก่ การทำงานขณะป่วย ความเครียด และภาวะหมดไฟ วิเคราะห์ด้วยร้อยละและช่วงความ เชื่อมั่นที่ 95 % 2) เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางสุขภาพระหว่าง ครูชาวไทยและต่างชาติ วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test และ 3) หาความสัมพันธ์ระหว่างผลลัพธ์ทางสุขภาพ

ความชุกภาวะหมดไฟในการทำงานและเปรียบเทียบระหว่างครูไทยและต่างชาติ

ผลการศึกษาภาวะหมดไฟในการทำงานโดยรวมพบว่ามีความเครียดเท่ากับ 31.88 ± 19.67 คะแนน (คะแนนเต็ม 132) ได้แยกเป็น 3 มิติ พบว่า ครูมีความล้าทางอารมณ์ในระดับสูง ร้อยละ 35.0 รองลงมาเป็นการเมินเฉยต่องานในระดับสูง ร้อยละ 16.3 และครูมีประสิทธิภาพในการทำงานระดับต่ำ ร้อยละ 8.8 ทั้งนี้ครูไทยและต่างชาติมีความเครียด การเมินเฉยต่องานและประสิทธิภาพในการทำงานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของครูที่มีภาวะหมดไฟในการทำงานจำแนกตามมิติ (n = 400)

ภาวะหมดไฟ	ครูไทย		ครูต่างชาติ		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ความล้าทางอารมณ์						
ต่ำ	142	45.8	50	55.6	192	48.0
ปานกลาง	56	18.1	12	13.3	68	17.0
สูง	112	26.1	28	31.1	140	35.0
Mean ± SD	14.52±11.99		12.71±11.01		14.12±11.79	
Independent t-test: t = 1.289, p-value = .198						
การเมินเฉยต่องาน						
ต่ำ	171	55.2	62	68.9	233	58.3
ปานกลาง	84	27.1	18	20.0	102	22.5
สูง	55	17.7	10	11.1	65	16.3
Mean ± SD	5.75±5.39		4.45±5.07		5.46±5.34	
Independent t-test: t = 2.034, p-value = .043*						
ประสิทธิภาพในการทำงาน						
ต่ำ	16	5.2	19	21.1	35	8.8
ปานกลาง	5	1.6	5	5.6	10	2.5
สูง	289	93.2	66	73.3	355	88.8
Mean ± SD	11.34±5.39		15.57±13.79		12.29±10.52	
Independent t-test: t = -2.738, p-value = .007*						

หมายเหตุ: * $p < .05$

ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานขณะป่วย ความเครียด และภาวะหมดไฟ

ผลการศึกษาความสัมพันธ์รายคู่ พบว่า การทำงานขณะป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นมากที่สุด ประกอบด้วย ความเครียด ความล้าทางอารมณ์ ความเมินเฉยต่องาน และความสามารถในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) นอกจากนี้พบความสัมพันธ์ระหว่างความเครียดกับล้าทางอารมณ์ และความล้าทางอารมณ์กับการเมินเฉยต่องานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ($r = .613$ และ $.678$ ตามลำดับ) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างการทำงานขณะป่วย ความเครียด และภาวะหมดไฟ (n = 400)

ตัวแปร	X1	X2	X3	X4	X5
X1 การทำงานขณะป่วย	1.000				
X2 ความเครียด	.208**	1.000			
X3 ความล้าทางอารมณ์	.253**	.613**	1.000		
X4 การเมินเฉยต่องาน	.216**	.367**	.678**	1.000	
X5 ความสามารถในการทำงาน	.238**	.073	.056	.082	1.000

หมายเหตุ: แสดงค่า r, ** $p < .01$

ความทุกข์ของปัจจัยที่พบความสัมพันธ์รายคู่

ผลการศึกษาความทุกข์ของปัจจัยที่พบความสัมพันธ์รายคู่ พบว่า ในจำนวนครูที่มีความเครียดในระดับมากที่สุด (n = 22) เกิดความล้าทางอารมณ์ระดับสูง ร้อยละ 90.9 (95%CI = 75.0 - 100.0) รองลงมาพบในจำนวนครูที่ทำงาน

ขณะป่วยระดับมาก (n = 140) เกิดความล้าทางอารมณ์ระดับสูง ร้อยละ 48.6 (95%CI = 40.9 - 56.6) สำหรับรายละเอียดปัจจัยรายคู่อื่น ๆ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความทุกข์ของปัจจัยที่พบความสัมพันธ์รายคู่

คู่ที่	ปัจจัยเหตุและปัจจัยผลลัพธ์	n	จำนวน ¹	ร้อยละ ²	95%CI	
					Lower	Upper
1	ครูที่ทำงานขณะป่วยระดับมาก (ปัจจัยสาเหตุ) และมีความเครียดระดับมากที่สุด (X1,X2)	140	14	10.0	4.9	15.5
2	ครูที่ทำงานขณะป่วยระดับมาก (ปัจจัยสาเหตุ) และมีความล้าทางอารมณ์ระดับสูง (X1,X3)	140	68	48.6	40.9	56.6
3	ครูที่ทำงานขณะป่วยระดับมาก (ปัจจัยสาเหตุ) และมีการเมินเฉยต่องานระดับสูง (X1,X4)	140	29	20.7	13.9	28.5
4	ครูที่ทำงานขณะป่วยระดับมาก (ปัจจัยสาเหตุ) และมีความสามารถในการทำงานระดับต่ำ (X1,X5)	140	25	17.9	11.5	24.3
5	ครูที่มีความเครียดระดับมากที่สุด (ปัจจัยสาเหตุ) และมีความล้าทางอารมณ์ระดับสูง (X2,X3)	22	20	90.9	75.0	100.0
6	ครูที่มีความเครียดระดับมากที่สุด (ปัจจัยสาเหตุ) และมีการเมินเฉยต่องานระดับสูง (X2,X4)	22	9	40.9	21.4	61.9
7	ครูที่มีความล้าทางอารมณ์ระดับสูง (ปัจจัยสาเหตุ) และมีการเมินเฉยต่องานระดับสูง (X3,X4)	140	55	39.3	31.4	47.0

หมายเหตุ: n คือ จำนวนของครูที่เป็นปัจจัยสาเหตุ; ¹จำนวนของครูที่เกิดผลลัพธ์; ²ร้อยละ = (จำนวนของครูที่เกิดผลลัพธ์/จำนวนครูที่เป็นปัจจัยสาเหตุ)*100

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการเจ็บป่วยขณะทำงานในกลุ่มครูเป็นฉบับแรก ๆ ของประเทศไทย ที่ผ่านมามีการศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์⁽³⁰⁾ ซึ่งการเจ็บป่วยของครูที่มีความต้องการหยุดพักแต่จำเป็นต้องไปทำงานเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การเบี่ยงเบนจากการทำงาน⁽¹²⁾ และในระยะเรื้อรัง อาจส่งผลกระทบต่อผลผลิตของครูได้ ทั้งนี้การลาออกจากราชการครูเนื่องจากระบบของงานยังเป็นประเด็นของสังคมไทยให้มีความสนใจในปัจจุบัน การศึกษาครั้งนี้ได้สอดคล้องกับ García-Carmona⁽³¹⁾ ที่ได้ศึกษาในประเด็นที่คล้ายกัน ได้ข้อสรุปว่า ครูมีการลาป่วยมากเนื่องจากความเครียด และความเครียดสามารถทำนายถึงอาการเบี่ยงเบนได้ อนึ่ง ในการศึกษาครั้งนี้ได้สรุปและอภิปรายครอบคลุมตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

วัตถุประสงค์ที่ 1 ศึกษาความชุกการเจ็บป่วยขณะทำงาน ความเครียด และภาวะหมดไฟ

ความชุกการทำงานขณะป่วยพบร้อยละ 35.0 และครูมีความเครียดในระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 6.5 และ 5.5 ตามลำดับ ทั้งนี้ความเครียดในการศึกษานี้พบได้น้อยกว่าการศึกษาของ Desouky⁽³²⁾ ได้ศึกษาในครูที่ประเทศอียิปต์พบความเครียดจากการทำงานในระดับรุนแรง (Sever) มากถึงร้อยละ 67.6 อาจเนื่องมาจากความแตกต่างกันของเครื่องมือที่ใช้ในการวัดความเครียด โดย Desouky ใช้แบบประเมิน Occupational stress index (OSI) สำหรับการศึกษาครั้งนี้ใช้เครื่องมือที่พัฒนาขึ้นโดยกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย ใช้แบบประเมิน Stress assessment (ST5) โดยในรายงานวิจัยในประเทศอียิปต์ได้ให้เหตุผลของการเกิดความเครียดที่พบความชุกสูงเกิดจากสถานการณ์ด้านการศึกษาในประเทศ จากการสำรวจ 148 ประเทศ พบว่า ประเทศอียิปต์มีคุณภาพการศึกษาระดับสุดท้าย จึงเป็นนโยบายที่ต้องเร่งจัดการด้านการศึกษา⁽³²⁾ สำหรับการใช้เครื่องมือชนิดเดียวกันของประเทศไทย พบการใช้ ST5 ในการประเมินบุคลากรทางการแพทย์ทั่วประเทศในช่วงที่มีการแพร่ระบาดโควิด-19 พบความชุกความเครียด ร้อยละ 6.2⁽³³⁾

เห็นได้ว่ามีครูและบุคลากรทางการแพทย์มีความเครียดในระดับที่ใกล้เคียงกัน โดยครูต้องปรับรูปแบบการสอนอย่างรวดเร็ว โดยสถานการณ์โควิด-19 โรงเรียนไม่ได้หยุดกระบวนการเรียนการสอนแต่ใช้รูปแบบการสอนวิธีใหม่ ลักษณะเช่นเดียวกับด้านการรักษาที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ครูบางคนอาจเกิดความเครียดได้ที่ต้องปรับตัวและเรียนรู้เทคโนโลยีอย่างรวดเร็ว สำหรับความชุกของภาวะหมดไฟในการทำงาน ได้แยกเป็น 3 มิติ ได้แก่ ครูมีความล้าทางอารมณ์ในระดับสูง ร้อยละ 35.0 รองลงมาเป็นการเมินเฉยต่องานระดับสูง ร้อยละ 16.3 พบความชุกใกล้เคียงกับการศึกษาของ Arvidsson⁽³⁴⁾ ซึ่งได้ใช้เครื่องมือ MBI-GS ประเมินชนิดเดียวกันวัดผลลัพธ์ซึ่งเป็นเครื่องมือที่นิยมใช้กันมากเนื่องจากครอบคลุมและมีความน่าเชื่อถือของการวัด⁽²⁾ ผลการประเมินภาวะหมดไฟของ Arvidsson⁽³⁴⁾ แยกเป็นสามมิติ พบว่า ครูชาวสวีเดนมีมิติด้านความล้าทางอารมณ์และการเมินเฉยต่องานระดับสูง ร้อยละ 36.0 และ 11.0 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามมิติประสิทธิภาพของงานต่ำในการศึกษานี้พบร้อยละ 8.8 ในขณะที่ครูสวีเดนพบร้อยละ 0.8

วัตถุประสงค์ที่ 2 เปรียบเทียบการเจ็บป่วยขณะทำงาน ความเครียด และภาวะหมดไฟระหว่างครูไทยและต่างชาติ

ผลการเปรียบเทียบพบครูไทยและครูต่างชาติมีคะแนนการทำงานขณะป่วยและความเครียดไม่แตกต่างกัน (คะแนนการทำงานขณะป่วย เท่ากับ 16.57 ± 2.11 และ 16.64 ± 2.01 ตามลำดับ และความเครียด เท่ากับ 4.30 ± 2.90 และ 4.21 ± 2.63 ตามลำดับ) ที่ผ่านมามีการศึกษาในประเด็นเดียวกันในกลุ่มอาชีพครูชาวไทยและต่างประเทศยังไม่พบที่คล้ายกัน อย่างไรก็ตามมีการศึกษาของ Agudelo-Suárez⁽³⁵⁾ ได้เปรียบเทียบระหว่างแรงงานสเปนและแรงงานข้ามชาติที่เข้าไปทำงานในประเทศสเปน พบว่า แรงงานข้ามชาติมีแนวโน้มทำงานขณะเจ็บป่วยมากกว่าคนสเปน โดยเฉพาะแรงงานที่เข้ามาระยะเวลาน้อยกว่า 2 ปี ($OR = 1.77$; $95\%CI = 1.24 - 2.53$) ทั้งนี้แรงงานข้ามชาติทำงานยังได้ไม่นานอาจมี

ปัญหาการใช้ภาษาในการสื่อสารและมีความกังวลในความมั่นคงของงานหากต้องลาป่วย ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาก่อนหน้านี้ จากการวิเคราะห์เพิ่มเติมพบครูต่างชาติมีอายุการทำงานนานกว่า โดยมีครูต่างชาติเข้ามาสอนในประเทศไทยมาแล้วมากกว่า 10 ปี มากถึงร้อยละ 37.3 จึงส่งผลให้เกิดการปรับตัวได้ใกล้เคียงกับครูไทย สำหรับภาวะหมดไฟพบว่า ครูไทยมีคะแนนการเมินเฉยต่องานมากกว่าและประสิทธิภาพในการทำงานต่ำกว่าครูต่างชาติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) อาจเป็นไปได้ว่าครูไทยมีการะการทำงานที่หลากหลายหน้าที่มากกว่าครูต่างชาติ ซึ่งครูต่างชาติทำหน้าที่สอนเป็นหลัก โดยบริบทของโรงเรียนที่ศึกษาเป็นโรงเรียนขนาดใหญ่ที่ดูแลนักเรียนจำนวนมาก นอกจากครูชาวไทยได้ทำหน้าที่ประจำชั้นแล้ว ยังมีภาระงานด้านเอกสาร เช่น งานบุคคล การเงิน บัญชี พัสดุ และงานจัดสถานที่ตามภารกิจต่าง ๆ เป็นต้น ซึ่งต้องใช้เวลาในช่วงที่ว่างเว้นจากการสอนหรือนอกเวลาราชการในการปฏิบัติภาระงาน ดังนั้นครูไทยจึงอาจเกิดภาวะหมดไฟในการทำงานมากกว่าครูต่างชาติ เคยมีการศึกษาพบครูที่สอนระดับชั้นประถมศึกษาในจังหวัดชลบุรี ครูต้องทำงานที่เกี่ยวข้องกับโรงเรียนมากกว่า 8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 66.2 และเคยทำงานในวันหยุด ร้อยละ 66.5 ซึ่งในสถานการณ์โควิด-19 ที่ผ่านมามีปริมาณงานเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 51.9⁽³⁶⁾ เห็นได้ว่า ครูมีปริมาณงานที่มากและมีมากกว่าครั้งหนึ่งที่ต้องเบียดเบียนในวันหยุดของครู จึงอาจส่งผลต่อภาวะหมดไฟของครูได้

วัตถุประสงค์ที่ 3 ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาระเจ็บป่วยขณะทำงาน ความเครียด และภาวะหมดไฟ

ผลการศึกษาความสัมพันธ์พบว่า การทำงานขณะป่วยเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยอื่นมากที่สุด ประกอบด้วย ความเครียด ความล้าทางอารมณ์ การเมินเฉยต่องาน และความสามารถในการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาในกลุ่มครูชาวแคนาดา⁽³⁷⁾ เห็นได้ว่าเมื่อทำงานในขณะที่ร่างกายไม่พร้อมได้ส่งผลทั้งต่ออารมณ์ของครูและความสามารถในการทำงานลดลง ดังนั้นการสำรวจถึงสาเหตุที่อาจทำให้เกิดการความเจ็บป่วยในโรงเรียนเพื่อหาแนวทางป้องกันจึงเป็นอีกวิธีการหนึ่งที่สามารถกระทำได้

ยกตัวอย่าง มีการศึกษาประเมินความเสี่ยงสิ่งคุกคามและอันตรายในโรงเรียนแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี พบสถานี่งานหรือโ้ะทำงานของครูมีโอกาสเสี่ยงระดับสูงส่งผลให้เกิดการบาดเจ็บต่อระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ โดยเฉพาะบริเวณไหล่ คอ และหลัง⁽³⁸⁾ ดังนั้นการปรับที่สถานีการทำงานอาจช่วยลดการเจ็บป่วยของครูได้ นอกจากนี้หากครูป่วยควรมีความยืดหยุ่นของนโยบายการลาป่วยเพื่อให้พักอยู่ที่บ้าน มีการสับเปลี่ยนครูที่สามารถทำงานทดแทนกันได้ สร้างเป็นวัฒนธรรมเอื้ออาทรและสร้างสุขภาวะที่ดีต่อกัน

ความเครียดมีความสัมพันธ์กับความล้าทางอารมณ์ ($r = .613; p < .05$) และความล้าทางอารมณ์มีความสัมพันธ์กับการเมินเฉยต่องาน ($r = .678; p < .05$) จากผลการศึกษาเห็นได้ว่า ความเครียดได้มีผลกระทบต่ออารมณ์และการกิจของงานอย่างมาก โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง (ค่า $r > .600$) ทั้งนี้มีการศึกษาเชิงคุณภาพในครูประเทศสหรัฐอเมริกา ได้ข้อสรุปว่า งานสอนเป็นอาชีพที่กดดันและมีแนวโน้มที่จะเกิดภาวะหมดไฟ เพราะครูต้องเผชิญกับความเครียด โดยครูที่มีภาวะหมดไฟในระดับต่ำเป็นครูที่สามารถจัดการกับความเครียดในที่ทำงานได้ดี นอกจากนี้ยังได้พัฒนาโมเดลเน้นถึงความสำคัญของการพัฒนาสภาพการทำงานที่เหมาะสมซึ่งสามารถช่วยส่งเสริมสุขภาวะทางจิตใจของครูได้⁽³⁹⁾

การศึกษาก่อนหน้านี้ได้วิเคราะห์ความชุกของปัจจัยร่วมรายคู่เพื่อให้เห็นถึงความสำคัญของปัจจัยสาเหตุ พบว่าครูที่มีความเครียดในระดับมากที่สุด ถึงแม้พบจำนวนน้อย (22 คน) แต่ในจำนวนนี้เกิดความล้าทางอารมณ์ระดับสูง (20 คน) คิดเป็นร้อยละ 90.9 (95%CI = 75.0 - 100.0) ดังนั้นการลดระดับปัจจัยสาเหตุของความเครียดอาจนำไปสู่การลดของความล้าทางอารมณ์ได้ โดยในครูที่ทำงานขณะป่วยระดับสูงมีผลลัพธ์เชิงลบอื่น ๆ ตามมามากที่สุด ยกตัวอย่าง ในจำนวนครูที่ทำงานขณะป่วยระดับสูง (140 คน) เกิดความล้าทางอารมณ์ระดับสูงได้ถึงร้อยละ 48.6 (95%CI = 40.9 - 56.6) สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา^(37,40) ทั้งนี้โรงเรียนที่ศึกษาเป็นโรงเรียนในเขตพื้นที่เศรษฐกิจพิเศษภาคตะวันออก พื้นที่ตั้งใกล้กับเขตนิคมอุตสาหกรรม โดยผู้ปกครองได้นำบุตรหลานมาส่งไว้ที่โรงเรียนในช่วงเช้ามากและรับกลับช้ากว่าเวลาปกติ ทั้งนี้เพราะมีผู้ปกครอง

ทำงานในสถานประกอบการหรือบริษัท ในช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงก่อนและหลังเลิกงานของผู้ปกครอง ดังนั้นภาระหน้าที่ของครูจึงต้องปฏิบัติดูแลความปลอดภัยของนักเรียนตลอดเวลาที่อยู่โรงเรียนเป็นระยะเวลายาวนาน ทำให้งานเอกสารหรือการจัดกิจกรรมสำหรับครูจึงมักเกิดขึ้นในวันหยุดหรือเวลาเลิกงาน อาจเป็นไปได้ว่าระยะเวลาการทำงานไม่สอดคล้องกับการใช้ชีวิตส่วนตัว จึงเป็นบ่อเกิดของความเครียดและการเจ็บป่วยได้ ซึ่งหากเจ็บป่วยทางจิตใจหรือร่างกายย่อมส่งผลกระทบต่ออารมณ์และการแสดงออกของครูที่ส่งผลต่อนักเรียนได้เช่นกัน⁽²⁰⁾ และผลการศึกษาพบประมาณครึ่งหนึ่งครูขาดการออกกำลังกายอาจเป็นข้อจำกัดในช่วงการระบาดของโควิด-19 ที่ผ่านมา อย่างไรก็ตามครูสามารถออกกำลังกายด้วยวิธีอื่นที่ลดใช้พื้นที่และผู้ร่วมเล่น เช่น การออกกำลังกายด้วยโยคะ ที่ผ่านมามีการศึกษาพบการออกกำลังกายด้วยโยคะในครูที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อความล้มเหลวทางอารมณ์และความเบื่อหน่าย โดยเล่นโยคะเป็นระยะเวลา 60 นาที สัปดาห์ละ 2 ครั้ง เป็นระยะเวลา 8 สัปดาห์ ผลการศึกษพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมครูมีความล้มเหลวทางอารมณ์และความเบื่อหน่ายไปในแนวโน้มที่ดีขึ้นกว่าก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม⁽⁴¹⁾ ดังนั้นจึงอาจจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพทางจิตใจด้วยการสอนวิธีการออกกำลังกายด้วยโยคะเพื่อให้ครูได้ปฏิบัติช่วงว่างหรือหลังเลิกงานได้

สรุปผลการศึกษานี้ พบความชุกของการเจ็บป่วยขณะทำงาน ร้อยละ 35.0 ครูไทยมีคะแนนการเมินเฉยต่องานมากกว่าครูต่างชาติ และในทิศทางเดียวกันครูต่างชาติมีคะแนนประสิทธิภาพการทำงานมากกว่าครูไทย ทั้งนี้การเจ็บป่วยขณะทำงานเป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์อื่น ๆ มากที่สุด ได้แก่ ความเครียด ความล้มเหลวทางอารมณ์ ความเมินเฉยต่องาน และความสามารถในการทำงาน และในครูที่มีความเครียดระดับมากที่สุดมีความล้มเหลวทางอารมณ์ระดับสูง ร้อยละ 90.9 ซึ่งปัจจัยสาเหตุที่สำคัญของการศึกษาที่เป็นจุดเน้น คือ การทำงานขณะป่วยและความเครียด ดังนั้นผู้บริหารโรงเรียนควรพิจารณาขยายความยืดหยุ่นการลาหากครูเกิดการเจ็บป่วย หรือควรสร้างระบบการลาแบบออนไลน์หรือการแจ้งรวดเร็วหากครูเกิดการเจ็บป่วยแบบเฉียบพลัน เพื่อจัดสรรครูทดแทนครู

ประจำชั้น นอกจากนี้หน่วยงานพัฒนาบุคลากรอาจนำประเด็นที่ได้ไปจัดทำแผนปฏิบัติการ เช่น การสร้างเสริมสุขภาพจิต แนวทางการลดความเครียดร่วมกับหน่วยงานด้านสาธารณสุขภาพได้ เช่น โปรแกรมการออกกำลังกายขณะอยู่ที่บ้าน เพื่อลดความเครียดและประเมิณผลอย่างสม่ำเสมอ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียนทุกแห่งที่เป็นหน่วยพื้นที่วิจัย ได้อนุญาตให้คณะผู้วิจัยเข้าชี้แจงและรวบรวมข้อมูล ขอขอบคุณครูกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมงานวิจัยด้วยความสมัครใจ และขอขอบคุณผู้อำนวยการประทีป ศรีรักษา ได้สนับสนุน เอื้ออำนวยทรัพยากรและเวลาให้ผู้วิจัยได้ทำวิจัยจนสำเร็จในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Surawattanasakul V, Sithisarankul P. Presenteeism in medical residents. Chula Med Bull 2020;2(1):79-85. (in Thai)
2. Kinman G. Sickness presenteeism at work: prevalence, costs and management. Br Med Bull 2019;129:69-78.
3. Goetzel RZ, Long SR, Ozminkowski RJ, Hawkins K, Wang S, Lynch W. Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. J Occup Environ Med 2004;46:398-412.
4. Goetzel RZ, Ozminkowski RJ. The health and cost benefits of work site health-promotion programs. Annu Rev Publ Health 2008;29:303-23.
5. Solovieva S, Husgafvel-Pursiainen K, Heliövaara M, Viikari-Juntura E. Occupational differences in sickness presenteeism trend. Eur J Publ Health 2018;28(4):231.
6. Olejniczak D, Olearczyk A, Swakowska K, Staniszevska A, Zakrzewska K. Sickness Presence among teachers, nurses and private sector office workers. Healthcare 2023;11(4):512.

7. Dudenhöffer S, Claus M, Schöne K, Letzel S, Rose DM. Sickness presenteeism of German teachers: prevalence and influencing factors, *Teach Teach* 2017;23(2):141-52.
8. Rojas-Roque C, Indiana López-Bonilla, In the classroom but absent: evidence of sickness presenteeism among teachers at four public schools, *Journal of Taibah University Medical Sciences* 2022;17(6):1051-59.
9. Assana S, Laohasiriwong W, Rangseekajee, P. Quality of life, mental health and educational stress of high school students in the northeast of Thailand. *J Clin and Diagn Res* 2017;11(8):VC01.
10. Tongkundam J, Buasuwan P, Orsuwan M. Burnout level of no-rank teacher under the Bangkok secondary education service area office section 2, Ratchayothin united campus. *J MCU Ubon Rev* 2022;7(2):1083-96. (in Thai)
11. Office of National Statistics. Employment and labour market [Internet].2016 [cited 2024 January 21]. Available online: <https://www.ons.gov.uk/employmentandlabourmarket/peopleinwork/labourproductivity/articles/sicknessabsenceinthelabourmarket/2016>.
12. Ferreira PC, Barros A, Pereira N, Marques PA, Veiga Simão AM. How presenteeism shaped teacher burnout in cyberbullying among students during the COVID-19 pandemic. *Front Psychol* 2021;12:745252.
13. Kubik B, Jurkiewicz B, Kołpa M, Stępień K. Nurses' health in the context of depressive symptoms. *Mediaev Stud* 2018;34:147-52.
14. Ozamiz-Etxebarria N, Idoiaga MN, Bueno-Notivol J, Pérez-Moreno M, Santabárbara J. Prevalence of anxiety depression and stress among teachers during the COVID-19 pandemic: a rapid systematic review with meta-analysis. *Brain Sci* 2021;11(9):1172.
15. Pozo-Rico T, Gilar-Corbí R, Izquierdo A, Castejón J-L. Teacher training can make a difference: tools to overcome the impact of COVID-19 on primary schools. an experimental study. *IJERPH* 2020;17(22):8633.
16. World Health Organization (WHO). Declares end to COVID-19 as global health emergency [Internet].2023 [cited 2023 June 5]. Available from: <https://sdg.iisd.org/news/who-declares-end-to-covid-19-as-global-health-emergency/>
17. Pressley T. Factors contributing to teacher burnout during COVID-19. *Educ Res* 2021;50(5):325-27.
18. Kinman G, Grant C. Presenteeism during the COVID-19 pandemic: risks and solutions. *Occup Med* 2021;71(6-7):243-44.
19. Coledam DHC, Arruda GA, Ribeiro EAG, Cantieri FP. Self-rated health among teachers: prevalence, predictors, and impact on absenteeism, presenteeism, and sick leave. *Rev Bras Med Trab* 2021;19(4):426-36.
20. Daniel J, Madigan A, Kim LE. Does teacher burnout affect students? A systematic review of its association with academic achievement and student-reported outcomes. *Int J Educ Res* 2021;105:101714.
21. Zhou AY, Panagioti M, Esmail A, Agius R, Van Tongeren M, Bower, P. Factors associated with burnout and stress in trainee physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Network Open* 2020;3(8): e2013761: 1-16.
22. Skaalvik EM, Skaalvik S. Dimensions of teacher burnout: relations with potential stressors at school. *Soc Psychol Educ* 2017;20:775-90.
23. Ratanasiripong P, Ratanasiripong NT, Nungdanjark W, Thongthammarat Y, Toyama S. Mental health and burnout among teachers in Thailand. *J Health Res* 2021;36(3):404-16.

24. Faul F, Erdfelder E, Lang AG. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods* 2007;39:175–91.
25. Kabito GG, Wami SD. Perceived work-related stress and its associated factors among public secondary school teachers in Gondar city: a cross-sectional study from Ethiopia. *BMC research notes* 2020;13(1):1-7.
26. Koopman C, Pelletier KR, Murray JF, Sharda CE, Berger ML, Turpin RS. Stanford presenteeism scale: health status and employee productivity. *J Occup Environ Med* 2002;44:14-20.
27. Department of Mental Health, Thai Ministry of Public Health. Stress test questionnaire (ST-5) [Internet]. 2019 [cited 2023 June 9]. Available from: <https://env.anamai.moph.go.th/th/cms-of-87/download/?did=191892&id=37464&reload=>. (in Thai)
28. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav* 1981;2(2):99-113.
29. Brborović H, Brborović O, Brumen V, Pavleković G, Mustajbegović J. Are nurse presenteeism and patient safety culture associated: a cross-sectional study. *Arhiv za higijenu rada i toksikologiju* 2014;65(2):149-55.
30. Tangchareonsamut J, Wongrathanandha C, Khamsee S, Aekplakorn W. Association of work performance with absenteeism and presenteeism among support workers in a medical school hospital, Thailand. *J Health Res* 2021;36(4):746-55.
31. García-Carmona M, Marín MD, Aguayo R. Burnout syndrome in secondary school teachers: A systematic review and meta-analysis. *Soc Psychol Educ* 2019;22:189-208.
32. Desouky D, Allam H. Occupational stress, anxiety and depression among Egyptian teachers. *J Epidemiol Glob Health* 2017;7(3):191-98.
33. Polrak, A. Association between factors related and stress, depression and suicidal risk among health care personnel during covid-19 second outbreak in Thailand. [Thesis M.P.H. Public Health]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2020. (in Thai)
34. Arvidsson I, Håkansson C, Karlson B. Burnout among Swedish school teachers – a cross-sectional analysis. *BMC Publ Health* 2016;16:823.
35. Agudelo-Suárez AA, Benavides FG, Felt E. Sickness presenteeism in Spanish-born and immigrant workers in Spain. *BMC Publ Health* 2010;10:791.
36. Hongsa T, Polyong CP. Prevalence and factors associated with sickness presenteeism among Thai and foreign teachers following the end of COVID-19 public health emergency of international concern. *Korean J Fam Med* 2024;45(1):1-14.
37. Wang H, Hall NC, Rahimi S. Self-efficacy and causal attributions in teachers: Effects on burnout, job satisfaction, illness, and quitting intentions. *Teach Teach Educ* 2015;47:120-30.
38. Hongsa T, Polyong PC. A risk assessment of the school environment affecting the well-being of students and personnel in an elementary school, Chonburi province: A pilot study. Bangkok: Bansomdejchaopraya Rajabhat University; 2023. (in Thai)
39. Richards KAR, Hemphill MA, Templin TJ. Personal and contextual factors related to teachers' experience with stress and burnout. *Teach Teach* 2018;24(7):768-87.
40. Reddy GL, Poornima R. Occupational stress and professional burnout of university teachers in South India. *IJEPA* 2012;2(2):109-24.

41. Latino F, Cataldi S, Fischetti F. Effects of an 8-week yoga-based physical exercise intervention on teachers' burnout. Sustainability 2021;13(4):2104.



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index>

ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์

Factors influencing mental health of the elderly living in Muang Nakhon Sawan Province

ศิริรัตน์ จำปีเรือง¹, วงศ์ศิริ แจ่มฟ้า^{1*}, วารุณี เชียงฉิน²

Sirirut Chumpeeruang¹, Wongsiri Jampha^{1*}, Warunee Chaigchin²

¹วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์, ²ศูนย์สุขภาพชุมชนเมืองวัดจอมคีรีนาคพรต
โรงพยาบาลสวรรค์ประชารักษ์

¹Boromarajonani College of Nursing, Sawanpracharak Nakhonsawan, ²Wat Chom Khiri Nak Phot community health center,
Sawanpracharak hospital

*Corresponding author: wongsiri@bcnsprnw.ac.th

Received: May 12,2023 Revised: July 6,2023 Accepted: January 9,2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 278 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามความเครียด แบบสอบถามการเผชิญความเครียด และแบบสอบถามสุขภาพจิต เครื่องมือมีค่าความเชื่อมั่น 0.903, 0.845 และ 0.909 ตามลำดับ สถิติที่ใช้ คือ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติไคสแควร์ สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการถดถอยพหุคูณ ผลการวิจัย พบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับสุขภาพจิตดีเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 38.1 ความเครียดและการเผชิญความเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 56.5 และ 69.1 ตามลำดับ โดยมีการเผชิญความเครียดด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียดและด้านการเผชิญปัญหา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 79.1 และ 57.9 ตามลำดับ ส่วนด้านการแสดงออกทางอารมณ์อยู่ระดับน้อย ร้อยละ 83.5 2) ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส การศึกษาและโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) การเผชิญความเครียดภาพรวม การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหาและด้านบรรเทาความรู้สึกเครียดมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 (ค่า $r = .598, .479$ และ $.704$ ตามลำดับ) และ 4) การเผชิญความเครียด เพศ และสถานภาพสมรส สามารถร่วมกันทำนาย สุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้คิดเป็นร้อยละ 66.9 ดังนั้นควรส่งเสริมรูปแบบการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุทั้งด้านการเผชิญปัญหา การบรรเทาความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์โดยคำนึงถึงความแตกต่างของบุคคล เพื่อให้ผู้สูงอายุคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพจิตดี

คำสำคัญ: สุขภาพจิต, ความเครียด, การเผชิญปัญหา, ผู้สูงอายุ

Abstract

This descriptive research aims to study factors influencing mental health of the elderly living in Muang Nakhon Sawan Province. The study was conducted on sampling group of 278 people. Tool was a Suanprung stress test 20, coping scale and Thai mental health indicators, which were proved reliability at 0.903, 0.845 and 0.909, respectively. The statistics used for analysis were percentage, average, standard deviation, Chi-square, Pearson's product moment and multiple regression. After conducting research, result shows that mental health of the elderly is a general population of 38.1%, factors of stress and coping styles were at a moderate level of 56.5% and 69.1%, respectively. Coping styles of the elderly were Palliative coping and confrontative coping at moderate level of 79.1% and 57.9 %, respectively, emotive coping at low level of 83.5%. Personal factors such as gender, age, salary, marital status education and diseases have direct related with mental health of the elderly with statistical significance at the .01 level. Coping styles, confrontative coping and Palliative coping correlated with mental health of the sample statistically significant at the .01 level ($r = .598, .479, .704$ respectively). The factors that are crucial for predicting mental health are coping style, gender and marital status for 66.9 %. Therefore, coping styles in the elderly should be promoted in confrontative coping, palliative coping and emotive coping on individual differences for good mental health.

Keywords: mental health, stress, coping styles, elderly

บทนำ

ประชากรผู้สูงอายุโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในปี ค.ศ. 2021 พบว่า ประชากรโลกมีจำนวน 7,875 ล้านคน โดยเป็นผู้สูงอายุ ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจำนวน 1,082 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 14 ของประชากรทั้งหมดสำหรับประเทศไทย พบสถิติผู้สูงอายุ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่อง โดยในปีพ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีประชากรรวม 66.7 ล้านคน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 12.5 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁾ จากการเพิ่มของผู้สูงอายุอย่างชัดเจนนี้ ทำให้ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ตระหนักถึงความสำคัญของการเตรียมความพร้อม และการสนับสนุนแก่ผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการดำรงชีวิตประจำวัน การส่งเสริมสุขภาพจิตใจ สังคม รายได้ การทำงาน ที่อยู่อาศัยและความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน ซึ่งปัญหาของผู้สูงอายุไม่ได้ขึ้นอยู่กับจำนวนที่เพิ่มขึ้นเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่ขึ้นอยู่กับทักษะทางสังคมในการปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงในด้านต่าง ๆ ของผู้สูงอายุด้วย เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ เกิดขึ้นมากมายทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และสิ่งแวดล้อม ซึ่งผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะมีโรคประจำตัว

โดยเฉพาะกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง NCDs (*Non-Communicable diseases*) อาทิเช่น โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคเมตาบอลิซึมต่าง ๆ โรคระบบทางเดินหายใจเรื้อรังเช่น โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ถุงลมโป่งพอง โรคไตเรื้อรัง โรคอ้วนลงพุง โรคตับแข็ง และสมองเสื่อม เป็นต้น⁽²⁾ การเจ็บป่วยโรคเรื้อรังต่าง ๆ ส่งผลต่อสภาพอารมณ์ของผู้สูงอายุ ประกอบกับบทบาททางสังคมลดลง อยู่ในภาวะพึ่งพาผู้อื่นในการดำรงชีวิต ไม่สามารถปรับตัวได้ จึงมีโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้าได้มากกว่าบุคคลอื่น ส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิต โดยเฉพาะปัญหาสุขภาพจิตที่เกิดขึ้นได้บ่อยในกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งด้านความเครียดจากความรู้สึกกดดัน ความวุ่นวายใจเรื่องต่าง ๆ ในชีวิต ความวิตกกังวลต่อชีวิตความเป็นอยู่ ปัญหาสุขภาพ เศรษฐกิจ ค่าใช้จ่าย ภาระในครอบครัวที่ต้องร่วมรับรู้และรับผิดชอบ ส่งผลให้เกิดความทุกข์ใจ บางรายมีภาวะซึมเศร้า ไม่มีความสุขในชีวิต บั่นปลายและก่อให้เกิดการคุกคามของโรคทางกายรุนแรงขึ้น

ในภาวะการณปัจจุบันจึงพบว่า ผู้สูงอายุมีปัญหาสุขภาพจิตเพิ่มขึ้นจำนวนมาก ทั้งปัญหาความเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า ในการสำรวจของกรมสุขภาพจิต

ในปี พ.ศ. 2561 พบว่า มีผู้สูงอายุฆ่าตัวตายสำเร็จเป็นจำนวนมาก โดยผลการศึกษามีผู้ฆ่าตัวตายสำเร็จประมาณ 4,000 คนต่อปี อยู่ในวัยทำงานมากเป็นอันดับ 1 และวัยสูงอายุ มากเป็นอันดับ 2 โดยสาเหตุการฆ่าตัวตายในผู้สูงอายุ 3 อันดับแรกคือ ความสัมพันธ์กับคนใกล้ชิด, โรคเรื้อรังทางกาย, และโรคซึมเศร้าตามลำดับ ซึ่งสาเหตุเกิดจากการมีอายุมากขึ้น ประสิทธิภาพการทำงานของร่างกายและสมองเสื่อมถอยลง รวมทั้งอาจมีข้อจำกัดในการปรับตัว ทำให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล ไม่มีความสุขในการดำรงชีวิต ความพึงพอใจในชีวิตลดลง ส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตในผู้สูงอายุสูงขึ้น⁽³⁾ และหากมีรูปแบบของการปรับและเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม ยิ่งส่งผลต่อการเกิดปัญหาสุขภาพจิตที่รุนแรงมากขึ้น ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา-19 ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงที่สุดที่จะติดเชื้อรุนแรงและเสียชีวิต โดยความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเมื่ออายุมากขึ้น ผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป และมีโรคร่วม เช่น โรคหลอดเลือดหัวใจ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง มีอัตราการเสียชีวิต 7.6 - 13.2% ผู้ที่มีอายุ 70 ปีขึ้นไป มีอัตราการเสียชีวิต 8.0 - 9.6% และอายุ 80 ปีขึ้นไปมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึง 14.8 - 19.0% ซึ่งผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยลง ทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา -19 ได้ง่าย และอาจมีอาการรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้⁽⁴⁾ ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความเครียด กลัว วิตกกังวล รวมถึงการปรับต่อการใช้ชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) บางคนเกิดปัญหาวิตกกังวลมาก นอนไม่หลับ ไม่กล้าออกไปพบปะผู้คน บางคนเครียดจากปัญหาเศรษฐกิจ และภาระค่าใช้จ่ายครอบครัวเนื่องจากไม่มีการจ้างงาน จากมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคและวิกฤติเศรษฐกิจที่เกิดขึ้น ล้วนมีอิทธิพลส่งผลกระทบต่อความเครียดและสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ จากการศึกษาความเครียดในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุจะมีความเครียดมากที่สุดในด้านร่างกาย รองลงมาคือด้านเศรษฐกิจ และสังคมตามลำดับ ซึ่งสาเหตุหลักมาจากปัญหาสุขภาพ และความเสื่อมของร่างกาย โดยพบว่าผู้สูงอายุใช้วิธีการเผชิญความเครียดด้วยทำกิจกรรมนันทนาการเพื่อผ่อนคลาย เช่น การออกกำลังกาย การรำไม้อ่อนโยน ร้องเพลง เล่นดนตรี ท่องเที่ยว

และกิจกรรมการให้ความรู้ทางสุขภาพ⁽⁵⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า ความเครียดและการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุแต่ละบุคคลแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยพื้นหลัง ได้แก่ อายุ เพศ การศึกษา รายได้ และปัจจัยด้านความเครียด จากความไม่แน่นอนของโรคหรือการเจ็บป่วย ความเครียดด้านร่างกาย และการมองคุณค่าในตนเอง โดยผู้สูงอายุมีวิธีการเผชิญความเครียดด้วยการทำกิจกรรมต่าง ๆ ก็เพื่อช่วยบรรเทาความเครียดและแก้ไขปัญหาด้านพฤติกรรมและอารมณ์ที่ไม่เหมาะสม⁽⁶⁾ ดังนั้นเห็นได้ว่าปัจจัยพื้นฐานส่วนบุคคล ความเครียด และวิธีการเผชิญความเครียดเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ และควรนำมาเป็นปัจจัยที่ใช้ในการศึกษาเพื่อเป็นข้อมูลในการดูแลช่วยเหลือให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละบุคคล

ชุมชนเมืองวัดจอมคีรีนาคพรต อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ เป็นชุมชนขนาดใหญ่ และมีประชากรอยู่ในกลุ่มผู้สูงอายุจำนวนมาก ซึ่งในกลุ่มผู้สูงอายุเหล่านี้ พบว่ามีปัญหาสุขภาพค่อนข้างมากและเข้ารับการรักษาศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง วัดจอมคีรีนาคพรต ด้วยปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง อาทิเช่น เบาหวาน โรคความดัน และไขมันในเลือดสูง ซึ่งเป็นโรคที่มีผลกระทบต่อวิถีการดำเนินชีวิต ประกอบการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา-19 ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในการปรับและเผชิญปัญหาต่าง ๆ ก่อให้เกิดปัญหาซึมเศร้า เครียด และวิตกกังวลได้ง่าย โดยพบว่าจังหวัดนครสวรรค์พบสถิติผู้ป่วยซึมเศร้าสะสมเพิ่มขึ้นทุกปี ระหว่างปี พ.ศ 2561 - 2563 มีจำนวนเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง 8,114 คน 17,999 คน และ 19,555 คนตามลำดับ⁽⁷⁾ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ชุมชนเมือง จังหวัดนครสวรรค์ เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการพัฒนาโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพจิตของผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับสุขภาพจิต ความเครียด และการเผชิญความเครียดของผู้สูงอายุ
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความเครียด การเผชิญความเครียดกับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3. เพื่อสร้างสมการพยากรณ์ปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

กรอบแนวคิด

การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยความเครียด (SPST-20) ของกรมสุขภาพจิต การเผชิญความเครียดของ จาโลวิต (Jalowiec coping scale : JCS) ปรับปรุง โดยหทัยรัตน์ แสงจันทร์⁽⁸⁾ ประกอบด้วยวิธีการ

เผชิญความเครียด 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหา การแสดงออกทางอารมณ์ และการบรรเทาความรู้สึกเครียด รวมปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส การศึกษา โรคประจำตัว ซึ่งปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อการปรับตัวและเผชิญปัญหาของบุคคล ซึ่งมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับประสบการณ์และความเข้มแข็งทางจิตใจของบุคคล และเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิต

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส การศึกษา โรคประจำตัว
2. ความเครียด
3. การเผชิญความเครียด
 - ด้านการเผชิญปัญหา
 - ด้านการแสดงออกทางอารมณ์
 - ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด



สุขภาพจิต

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีรายละเอียดดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่อยู่ในเขตบริการสุขภาพของศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง วัดจอมคีรีนาคพรต อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์ จำนวน 953 คน

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกโดยวิธีสุ่มแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) จากประชากรทั้งหมด 9 ชุมชน คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) เพื่อคัดเลือกชุมชน จำนวน 3 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนสถานีรถไฟ (จำนวน 93 คน) ชุมชนเขาโรงครัว (จำนวน 93 คน) และชุมชนบางปรอง (จำนวน 92 คน) ขั้นตอนท้ายสุ่มอย่างง่ายจากหมายเลขบ้านเลขที่ จนครบตามจำนวน

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณจากโปรแกรมสำเร็จรูป G*Power กำหนดให้ effect size 0.085, α error probability 0.05, Power of test 0.95 คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 278 คน⁽⁹⁾ ซึ่งค่าของขนาดอิทธิพล^(10,11) ที่กำหนดว่ามีค่าความแตกต่างกันน้อย ปานกลางและมาก สามารถนำไปใช้ในสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างในการวิจัย กำหนดดังนี้

มีความแตกต่างกัน	น้อย	ปานกลาง	มาก
	0.20	0.05	0.80
	20%	50%	80%

เมื่อขนาดอิทธิพลมีค่าน้อยก็จะใช้จำนวนตัวอย่างมากขึ้น

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (inclusion criteria)

- 1) ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่ในความรับผิดชอบของเขตบริการสุขภาพของศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง วัดจอมคีรีนาคพรต อำเภอเมือง จังหวัดนครสวรรค์
- 2) ผู้สูงอายุที่สมัครใจและยินยอมในการเก็บข้อมูลและเข้าใจภาษาไทยและตอบแบบสอบถามได้

เกณฑ์การคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria)

- 1) สูญเสียสมรรถภาพในการให้ข้อมูลขณะการศึกษา อาทิเช่น มีอาการทางจิตเวช พุดไม่ได้ หูไม่ได้ยิน หรือมีภาวะสมองเสื่อม ซึ่งคัดกรองจากแบบประเมิน MMSE

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล พัฒนาโดยผู้วิจัย ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส รายได้ การศึกษา โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความเครียด (SPST-20) ของกรมสุขภาพจิต⁽¹²⁾ จำนวน 20 ข้อ เป็นการประเมินความเครียดในระยะ 6 เดือนที่ผ่านมา แบบประเมินเป็นแบบ rating score คะแนนเต็ม 5 คะแนน เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งออกเป็น 4 ระดับ คือ

ระดับคะแนน 0 - 23 คะแนน หมายถึง ความเครียดอยู่ในระดับน้อย

ระดับคะแนน 24 - 41 คะแนน หมายถึง ความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง

ระดับคะแนน 42 - 61 คะแนน หมายถึง ความเครียดอยู่ในระดับสูง

ระดับคะแนน 62 คะแนนขึ้นไป หมายถึง ความเครียดอยู่ในระดับรุนแรง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการเผชิญความเครียด เป็นแบบสอบถามการเผชิญความเครียดของจาโลวีก (Jalowiec coping scale : JCS) ปรับปรุงโดย หทัยรัตน์ แสงจันทร์⁽⁸⁾ ประกอบด้วยวิธีการเผชิญความเครียด 3 ด้าน รวม 36 ข้อ ได้แก่ วิธีการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหา 13 ข้อ ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ 9 ข้อ และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด 14 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ โดยผลรวมคะแนนทั้งหมดคิดเป็นค่าคะแนนจริง (raw score) มีค่าระหว่าง 36 - 144 คะแนน แยกเป็นคะแนนรวมของแต่ละด้าน คือ ด้านการเผชิญปัญหา มีค่าระหว่าง 13 - 52 คะแนน ด้านการแสดงออกทางอารมณ์ มีค่าระหว่าง 9 - 36 คะแนน และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด มีค่าระหว่าง 14 - 56 คะแนน ซึ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนนแต่ละด้านดังนี้

ด้านการเผชิญปัญหา

13 - 25 หมายถึง การเผชิญหน้ากับปัญหาน้อย

26 - 38 หมายถึง การเผชิญหน้ากับปัญหามานกลาง

39 - 52 หมายถึง การเผชิญหน้ากับปัญหามาก

ด้านการแสดงออกทางอารมณ์

9 - 16 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์น้อย

17 - 26 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์ปานกลาง

27 - 36 หมายถึง มีการแสดงออกทางอารมณ์มาก

ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด

14 - 27 หมายถึง ใช้การบรรเทาความรู้สึกเครียดน้อย

28 - 41 หมายถึง ใช้การบรรเทาความรู้สึกเครียดปานกลาง

42 - 56 หมายถึง ใช้การบรรเทาความรู้สึกเครียดมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามสุขภาพจิต

แบบสอบถามสุขภาพจิต เป็นแบบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ ปี พ.ศ. 2550 (Thai Mental Health Indicators version 2007 = TMHI-15) ของกรมสุขภาพจิต⁽¹³⁾ แบบสอบถามประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ (1) สภาพจิตใจ (2) สมรรถภาพจิตใจ (3) คุณภาพจิตใจ (4) ปัจจัยสนับสนุน แบบสอบถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีช่วงคะแนนตั้งแต่ 1 - 4 คะแนน มีคะแนนเต็ม 60 คะแนน

เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งออก 3 ระดับ ได้แก่

51 - 60 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (Good)

44 - 50 คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตดีเท่ากับคนทั่วไป (Fair)

43 ≤ คะแนน หมายถึง สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ คือ (1) แบบสอบถามความเครียด (2) แบบสอบถามการเผชิญความเครียด และ (3) แบบสอบถามสุขภาพจิต ผ่านการตรวจสอบคุณภาพความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญเรียบร้อยแล้ว และนำไปหาความเชื่อมั่น โดยนำมาใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ จำนวน 30 คน ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.903, 0.845 และ 0.909 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2564 ดำเนินการเก็บข้อมูลในชุมชนเป้าหมายที่กำหนด โดยผู้วิจัย จำนวน 3 คน และผู้ช่วยนักวิจัย

จำนวน 5 คน ซึ่งผู้วิจัยได้อธิบายรายละเอียดของข้อคำถาม เพื่อเตรียมความพร้อมให้กับผู้ช่วยนักวิจัยก่อนเก็บข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยจะต้องแสดงผลรับรองผ่านการตรวจโรค COVID-19 ให้กับผู้สูงอายุทุกรายทราบก่อนเข้าไปสอบถามผู้สูงอายุตามแบบสอบถาม สำหรับผู้สูงอายุรายที่ไม่สะดวกในการอ่านหรือการบันทึกคำตอบผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยดำเนินการอ่านข้อคำถามให้ตอบและช่วยบันทึก ส่วนผู้สูงอายุที่สามารถตอบแบบสอบถามได้ด้วยตนเอง ผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยจะอธิบายรายละเอียดโดยรวมของคำถามและวิธีการตอบก่อนที่จะให้ผู้สูงอายุตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง กลุ่มตัวอย่างใช้เวลาตอบแบบสอบถามประมาณ 15 - 20 นาที ภายหลังจากที่ตอบแบบสอบถามผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ และนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทั้งหมด 278 ฉบับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับการมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

1. สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D)

2. สถิติวิเคราะห์ (Analysis Statistics)

2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสุขภาพจิต โดยทดสอบด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi - square test of Association)

2.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การเผชิญความเครียดและสุขภาพจิต โดยใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation) เพื่อคัดกรองตัวแปรทำนาย (Predictors) และตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรทำนาย (Multicollinearity) ก่อนนำเข้าการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยข้อมูลมีการแจกแจงปกติและระดับการวัดแบบอันตรภาค

2.3 วิเคราะห์หาตัวแปรทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ด้วยวิธี Stepwise Method โดยผ่านการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น ก่อนการวิเคราะห์ ได้แก่ ตัวแปรทุกตัวมีการกระจายแบบโค้งปกติ (normality) ตัวแปรมีความสัมพันธ์เชิงเส้นตรง (linearity) ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กันเองสูง (Multicollinearity) ค่า Tolerance มีค่าไม่ใกล้ 0 (> 0.5) ค่า VIF ไม่เกิน 10 ผลการทดสอบเป็นไปตามข้อตกลงของสถิติทุกข้อ โดยค่า Tolerance อยู่ในช่วง .826 - .995 และค่า VIF อยู่ในช่วง 1.005 - 1.210 ซึ่งหมายความว่าตัวแปรมีความเป็นอิสระต่อกัน

ค่า Durbin-Watson เท่ากับ 2.026 แสดงว่าไม่เกิด autocorrelation หรือข้อมูลไม่มีความสัมพันธ์ภายในตัวเอง

จริยธรรมในการวิจัย

วิจัยได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สวรรค์ประชารักษ์ นครสวรรค์ เลขที่รับรอง SPRNW-REC 001/2021 โดยชี้แจงรายละเอียดและได้รับการยินยอมจากผู้เข้าร่วมการวิจัย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคล แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 1 จาก ตารางที่ 1 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 203 คน คิดเป็นร้อยละ 73 มีอายุ 60 - 69 ปี จำนวน 169 คน คิดเป็นร้อยละ 60.8 โดยมีรายได้ต่อเดือน 1,500 บาท หรือต่ำกว่า/เดือน จำนวน 157 คน คิดเป็นร้อยละ 56.5 พบว่าส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสเป็นหม้ายมากที่สุด จำนวน 158 คน คิดเป็นร้อยละ 56.8 รองลงมาคือ คู่ จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 38.5 การศึกษาส่วนใหญ่อยู่ระดับประถมศึกษา จำนวน 207 คน คิดเป็นร้อยละ 74.5 และพบว่าโรคประจำตัวส่วนใหญ่ คือมีมากกว่า 1 โรค คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคอื่น ๆ จำนวน 107 คน คิดเป็นร้อยละ 38.5 รองลงมาคือโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 96 คน คิดเป็นร้อยละ 34.5

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (N = 278)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	75	27
หญิง	203	73
อายุ		
อายุ 60 - 69 ปี	169	60.8
อายุ 70 - 79 ปี	94	33.8
80 ปีขึ้นไป	15	5.4
รายได้ต่อเดือน		
1,500 บาท หรือต่ำกว่า/เดือน	157	56.5
1,501 - 3,000 บาท /เดือน	33	11.9
3,001 - 4,500 บาท /เดือน	32	11.5
4,501 บาทขึ้นไป/เดือน	56	20.1
สถานภาพสมรส		
โสด	8	2.9
คู่	107	38.5
หม้าย	158	56.8
หย่าร้าง	5	1.8
การศึกษา		
ไม่ได้ศึกษา	19	6.8
ระดับประถมศึกษา	207	74.5
ระดับมัธยมศึกษาต้น	46	16.5
ระดับมัธยมศึกษาปลาย	5	1.8
ระดับปริญญาตรี	-	-
ระดับปริญญาโท	1	0.4
สูงกว่าปริญญาโท	-	-
โรคประจำตัว		
โรคเบาหวาน	23	8.3
โรคความดันโลหิตสูง	96	34.5
โรคไขมันสูง	52	18.7
โรคอื่น ๆ (มากกว่า 1 โรค) ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิต	107	38.5
สูง ปวดกล้ามเนื้อและอื่น ๆ		

2. ปัจจัยด้านความเครียดของกลุ่มตัวอย่าง แสดง
รายละเอียดดังตารางที่ 2 จากตารางที่ 2 กลุ่มตัวอย่างส่วน

ใหญ่มีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 157 คน
คิดเป็นร้อยละ 56.5

3. ปัจจัยด้านการเผชิญความเครียดกลุ่มตัวอย่าง แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 3 จากตารางที่ 3 กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีการเผชิญความเครียดภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง จำนวน 192 คน ร้อยละ 69.1 การเผชิญความเครียดรายด้าน พบว่า ด้านการเผชิญปัญหา และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 57.9 และ

ร้อยละ 79.1 ตามลำดับ ส่วนด้านการแสดงออกทางอารมณ์อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 83.5

4. ปัจจัยด้านสุขภาพจิตกลุ่มตัวอย่าง แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 4 จากตารางที่ 4 กลุ่มตัวอย่างมีระดับสุขภาพจิตดีเท่ากับคนทั่วไป ร้อยละ 38.1 รองมาคือสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป ร้อยละ 34.5

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความเครียด (N = 278)

ระดับความเครียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับน้อย (คะแนน 0 - 23)	23	8.3
ระดับปานกลาง (คะแนน 24 - 41)	157	56.5
ระดับสูง (คะแนน 42 - 61)	76	27.3
ระดับรุนแรง (คะแนน 62 ขึ้น)	22	7.9

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับการเผชิญความเครียด (N = 278)

ระดับการเผชิญความเครียด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ด้านการเผชิญปัญหา		
ระดับน้อย	84	30.2
ระดับปานกลาง	161	57.9
ระดับมาก	33	11.9
ด้านการแสดงออกทางอารมณ์		
ระดับน้อย	232	83.5
ระดับปานกลาง	46	16.5
ระดับมาก	0	0
ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด		
ระดับน้อย	57	20.5
ระดับปานกลาง	220	79.1
ระดับมาก	1	.4
การเผชิญความเครียดภาพรวม		
ระดับน้อย	86	30.9
ระดับปานกลาง	192	69.1
ระดับมาก	0	0

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับสุขภาพจิต (N = 278)

ระดับสุขภาพจิต	จำนวน (คน)	ร้อยละ
สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป	76	27.3
สุขภาพจิตดีเท่ากับคนทั่วไป	106	38.1
สุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป	96	34.5

5. ความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลกับสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 5 จากตารางที่ 5 เพศ อายุ รายได้ สถานภาพสมรส การศึกษาและโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (** $p < .001$)

6. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การเผชิญความเครียดกับสุขภาพจิต แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 6 จากตารางที่ 6 การเผชิญความเครียดด้านบรรเทา

ความรู้สึกรีดและ การเผชิญความเครียดภาพรวม มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ในระดับปานกลาง (ค่า $r = .704$ และ $.598$ ตามลำดับ) และการเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหา มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง ในระดับน้อย (ค่า $r = .479$) อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ส่วนความเครียด และการเผชิญความเครียดด้านการแสดงออกทางอารมณ์ ไม่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต

ตารางที่ 5 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสุขภาพจิต

ปัจจัยส่วนบุคคล	χ^2	df	P-value
เพศ			
ชาย	106.736**	28	$p < .001$
หญิง			
อายุ			
อายุ 60 - 69 ปี	133.825**	56	$p < .001$
อายุ 70 - 79 ปี			
80 ปีขึ้นไป			
รายได้ต่อเดือน			
1,500 บาท หรือต่ำกว่า/เดือน	262.546**	84	$p < .001$
1,501 - 3,000 บาท /เดือน			
3,001 - 4,500 บาท /เดือน			
4,501 บาทขึ้นไป/เดือน			
สถานภาพสมรส			
โสด	236.475**	112	$p < .001$
คู่			
หม้าย			
หย่าร้าง			
การศึกษา			
ไม่ได้ศึกษา	196.588**	112	$p < .001$
ระดับประถมศึกษา			
ระดับมัธยมศึกษาต้น			
ระดับมัธยมศึกษาปลาย			
ระดับปริญญาตรี			
ระดับปริญญาโท/สูงกว่าปริญญาโท			

ตารางที่ 5 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับสุขภาพจิต (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	X ²	df	P-value
โรคประจำตัว			
โรคเบาหวาน	221.326**	84	p < .001
โรคความดันโลหิตสูง			
โรคไขมันสูง			
โรคอื่น ๆ (มากกว่า 1 โรค)			

ตารางที่ 6 แสดงการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความเครียด การเผชิญความเครียดและสุขภาพจิต (N = 278)

	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)					
	1	2	3	4	5	6
1. ความเครียด	1					
2. การเผชิญความเครียดภาพรวม	.269**	1				
3. ด้านการเผชิญปัญหา	.151*	.901**	1			
4. ด้านการแสดงออกทางอารมณ์	.155*	.491**	.272**	1		
5. ด้านบรรเทาความรู้สึกเครียด	.391**	.882**	.657**	.317**	1	
6. สุขภาพจิต	.106	.598**	.479**	.082	.704**	1

*p < .05, **p < .01

7. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาพจิต แสดงรายละเอียดดังตารางที่ 7 จากตารางที่ 7 พบว่าตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการ คือ เพศ สถานภาพสมรส และการเผชิญความเครียด เป็นตัวแปรพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตามอย่างมีนัยสำคัญมากที่สุด ส่วนตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลด้าน อายุ รายได้ การศึกษา โรคประจำตัว และตัวแปรด้านความเครียด ไม่สามารถทำนายตัวแปรตามได้

เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญจึงถูกตัดออก สรุปได้ว่า เพศ สถานภาพสมรส และการเผชิญความเครียด สามารถทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 66.9 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยเพศ ($\beta = .219$) สถานภาพสมรส ($\beta = .158$) และการเผชิญความเครียด ($\beta = .521$) มีสมการทำนาย ดังนี้ สุขภาพจิต = 18.731 + 3.369 (เพศ) + 1.719 (สถานภาพสมรส) + .222 (การเผชิญความเครียด)

ตารางที่ 7 แสดงปัจจัยทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ (N = 278)

ตัวแปรที่ศึกษา	b	SE b	β	t	P-value
ปัจจัยส่วนบุคคล					
เพศ	3.369	.730	.219	4.613	.000
สถานภาพสมรส	1.719	.537	.158	3.201	.002
การเผชิญความเครียด	.222	.020	.521	11.063	.000
A = .442 SEest = 5.10403					

Constant = 18.731, R = .669, R² = .448, F = 74.046, **p < .01

อภิปรายผลการวิจัย

1. ปัจจัยส่วนบุคคล มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ผู้สูงอายุ ซึ่งสามารถอภิปรายได้ดังนี้

เพศและอายุมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต โดยพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง และมีอายุ 60 - 69 ปี จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ในอำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี พบว่า เพศและอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลตนเอง⁽¹⁴⁾ โดยพบว่า ผู้สูงอายุเพศหญิงมีพฤติกรรมการดูแลตนเอง มากกว่าเพศชาย และ ผู้สูงอายุที่มีอายุน้อย คือ 60 - 69 ปี มีระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองสูง การใส่ใจในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ส่งผลต่อการมีภาวะสุขภาพกายที่แข็งแรง สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง ไม่เป็นภาระพึ่งพาบุคคลอื่น ผู้สูงอายุมีความพึงพอใจในตนเองจึงส่งผลต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ในเขตเมือง จังหวัดราชบุรี⁽¹⁵⁾

รายได้มีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยที่ใช้การดำรงชีวิต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีรายได้ 1,500 บาท หรือต่ำกว่า/เดือน โดยรายได้ส่วนหนึ่งของผู้สูงอายุเป็นรายได้ที่ได้ประจำทุกเดือนจากการสนับสนุนเบี้ยยังชีพของภาครัฐ ทำให้รู้สึกมีความมั่นคงในชีวิต ประกอบกับผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีอายุ 60 - 69 ปี ซึ่งยังมีศักยภาพในการทำงานหารายได้เพิ่มเติมเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายในชีวิตและการดูแลสุขภาพให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ชีวิตมีคุณภาพ พึงพอใจและมีความสุขส่งผลต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุที่อยู่เพียงลำพังในชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น⁽¹⁶⁾ และ การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ⁽¹⁷⁾ ซึ่งพบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ สถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ซึ่งการมีคู่สมรสจะช่วยให้ผู้สูงอายุมีเพื่อนคู่คิดในการพูดคุยปรึกษา ดูแลพึ่งพาซึ่งกันและกันทั้งด้านร่างกายและ

จิตใจส่งผลให้เกิดความอบอุ่นและมีสุขภาพจิตที่ดี ไม่รู้สึกโดดเดี่ยว สถานภาพสมรสจึงมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต⁽¹⁸⁾ แต่เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีสถานภาพสมรสหม้ายมากที่สุด รองลงมาคือ สถานภาพคู่ ซึ่งการมีสถานภาพสมรสหม้ายสะท้อนถึงการผ่านภวการณ์สูญเสีย บุคคลที่เคยมีประสบการณ์ของการสูญเสีย เรียนรู้ในการปรับตัวและเผชิญปัญหา ส่งผลให้มีพลังสุขภาพจิตที่เข้มแข็งและมีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตผู้สูงอายุ⁽¹⁹⁾

ระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ผู้สูงอายุส่วนใหญ่จะจบการศึกษาขั้นพื้นฐาน และมีศักยภาพในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารและวิเคราะห์ให้ใคร่ครวญเพื่อปรับใช้ในชีวิตอย่างสมดุล จึงสามารถปรับตัวและเผชิญปัญหาในชีวิตได้อย่างเหมาะสมส่งผลให้มีภาวะสุขภาพจิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ พบว่าระดับการศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิต⁽¹⁷⁾

โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ทั้งนี้เนื่องจากผู้สูงอายุส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุตอนต้น (อายุ 60 - 69 ปี) ที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ มีศักยภาพในการเรียนรู้และพัฒนาตนเองสูง ศึกษาและค้นคว้าความรู้ในการดูแลตนเองต่อโรคประจำตัวและภาวะคุกคามทางสุขภาพต่าง ๆ ในปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง ทำให้สามารถควบคุมภาวะคุกคามของโรคได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาสุขภาพจิตผู้สูงอายุ พบว่า โรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต⁽¹⁷⁾ เพราะการมีสุขภาพกายที่แข็งแรง สามารถทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเองไม่เป็นภาระบุคคลอื่น รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง ส่งผลต่อการมีสุขภาพจิตที่ดี⁽¹⁵⁾

สรุปได้ว่าปัจจัยส่วนบุคคล ทั้งเพศ อายุ รายได้ ระดับการศึกษา และโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิต ดังนั้นในการดูแลช่วยเหลือและส่งเสริมสุขภาพจิตผู้สูงอายุ จึงควรคำนึงถึงบริบทความแตกต่างของแต่ละบุคคล

2. การเผชิญความเครียดภาพรวม การเผชิญความเครียดด้านการเผชิญปัญหาและด้านบรรเทาความรู้สึกเครียดมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของกลุ่มตัวอย่าง อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 (ค่า $r = .598, .479$ และ $.704$ ตามลำดับ) การเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงของสถานการณ์ของการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัส Covid-19 พบว่ากลุ่มผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงอายุและมีโรคประจำตัว ผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยลง ทำให้เสี่ยงติดเชื้อ Covid-19 ได้ง่าย และรุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ ผลกระทบด้านร่างกายมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ เสี่ยงติดเชื้อง่าย และด้านจิตใจมีภาวะซึมเศร้า รุนแรง เครียด และวิตกกังวล⁽²⁰⁾ ซึ่งความเครียดเป็นภาวะของอารมณ์หรือความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ และทำให้รู้สึกถูกกดดัน ไม่สบายใจ วนเวียนใจ กลัว วิตกกังวล ตลอดจนถูกบีบคั้น เมื่อบุคคลรับรู้หรือประเมินว่าปัญหาเหล่านั้นเป็นสิ่งที่คุกคามจิตใจ หรืออาจจะก่อให้เกิดอันตรายแก่ร่างกาย จะส่งผลให้สภาวะสมดุลของร่างกายและจิตใจเสียไป⁽²¹⁾ ดังนั้นบุคคลจะพยายามรักษาสมดุลทางจิตใจด้วยการเผชิญความเครียดในรูปแบบของการเผชิญปัญหา และใช้วิธีการบรรเทาความรู้สึกเครียดมากกว่าการแสดงออกทางอารมณ์ ประกอบกับภาวะสูงวัยของผู้สูงอายุซึ่งมีการควบคุมอารมณ์ได้ดีกว่า⁽²²⁻²³⁾ แสดงว่าผู้สูงอายุมีการเผชิญปัญหาโดยมุ่งเน้นการแก้ไขปัญหามากกว่าการใช้อารมณ์ และมีวิธีการบรรเทาความรู้สึกเครียดที่หลากหลาย โดยเผชิญปัญหาด้วยการคิดแยกแยะปัญหาออกเป็น ส่วน ๆ และพยายามแก้ไขปัญหาลงไปที่ละข้อ พยายามค้นหาเป้าหมายเพื่อทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้น และพยายามคิดหาวิธีต่าง ๆ เพื่อแก้ปัญหาหรือควบคุมสถานการณ์ และใช้การบรรเทาความรู้สึกเครียดที่หลากหลาย อาทิ เช่น การสวดมนต์ภาวนา การบอกตัวเองอย่างมีความหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น และการมองหาสิ่งใหม่ที่ดี เป็นต้น ผู้สูงอายุจึงมีสุขภาพจิตที่ดีอยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไป และมีความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงถึงการปรับตัวและเผชิญปัญหาได้ดี ความเครียดจึงไม่มีผลต่อสุขภาพจิต เพราะผู้สูงอายุมีรูปแบบการเผชิญความเครียดที่เหมาะสมส่งผลให้การเผชิญความเครียด รูปแบบการเผชิญ

ความเครียดในด้านการเผชิญปัญหาและด้านบรรเทาความรู้สึกเครียดมีความสัมพันธ์กับสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ

3. การวิเคราะห์ปัจจัยทำนายสุขภาพจิต พบว่า เพศ สถานภาพสมรส และการเผชิญความเครียด สามารถทำนายสุขภาพจิตของผู้สูงอายุได้ร้อยละ 66.9 โดยการเผชิญความเครียดมีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุสูงสุด (ค่า Beta = .521) รองลงมาคือ เพศ (ค่า Beta = .219) และ สถานภาพสมรส (ค่า Beta = -.158) ตามลำดับ ซึ่งผลการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุใช้การเผชิญความเครียดทั้ง 3 รูปแบบ คือ การเผชิญปัญหา การแสดงออกทางอารมณ์ และการบรรเทาความรู้สึกเครียด โดยใช้การเผชิญปัญหามากที่สุดเมื่อเกิดภาวะเครียด วิตกกังวล สอดคล้องกับแนวคิดการเผชิญความเครียด ของ Lazarus and Folkman⁽²⁴⁾ เมื่อบุคคลเผชิญเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดหรือประเมินว่าจะเป็นอันตรายหรือคุกคาม บุคคลจะพยายามค้นหาวิธีการเผชิญสถานการณ์ความเครียดที่เกิดขึ้นเพื่อบรรเทาความเครียดและปรับสมดุลทางจิตเพื่อคงไว้ซึ่งการมีสุขภาพจิตที่สมดุล ในการศึกษาผู้สูงอายุเป็นเพศหญิง และมีสถานภาพสมรสหม้ายเป็นส่วนใหญ่ เพศหญิงจะมีความหืดหุ่ย ยอมรับและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงจึงทำให้มีการปรับตัวได้ดี⁽²⁵⁾ ประกอบกับการมีสถานภาพสมรสหม้าย ซึ่งเป็นบุคคลที่ผ่านประสบการณ์ของการสูญเสียและเกิดการเรียนรู้ในการปรับตัว⁽²⁶⁾ จึงส่งผลให้ผู้สูงอายุปรับตัวในการเผชิญกับสถานการณ์ต่าง ๆ ได้ดี โดยใช้การเผชิญปัญหาลงด้วยเหตุผลในการคิดวิเคราะห์ แยกแยะปัญหา ตั้งเป้าหมายในการแก้ไขและพยายามแก้ไขปัญหาลงไปที่ละข้อ แสดงออกทางอารมณ์ในการเผชิญความเครียดด้วยการยอมรับปัญหา มีความหืดหุ่ยในความคิด ยอมรับกับสิ่งที่เกิดขึ้น และหาวิธีบรรเทาความรู้สึกเครียดโดยการสวดมนต์ภาวนา บอกตัวเองอย่างมีความหวังว่าทุกอย่างจะดีขึ้น คิดเชิงบวก ฟังพอใจในตนเอง ส่งผลให้มีสุขภาพจิตที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพจิตของผู้สูงอายุ ที่อยู่เพียงลำพังในชุมชนเขตเมือง จังหวัดขอนแก่น⁽¹⁶⁾ และการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อสุขภาพจิตของผู้สูงอายุในเขตเมือง จังหวัดราชบุรี ดังนั้นจึงควรส่งเสริมรูปแบบการเผชิญความเครียดในผู้สูงอายุ

ทั้งด้านการเผชิญปัญหา การบรรเทาความเครียดและการแสดงออกทางอารมณ์โดยคำนึงถึงความแตกต่างของบริบทพื้นฐานในแต่ละบุคคล

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านการนำผลการวิจัยไปใช้ ควรส่งเสริมการเผชิญความเครียดในด้านการเผชิญปัญหาและการบรรเทาความเครียดในผู้สูงอายุ ด้วยการฝึกทักษะการยืดหยุ่นในความคิด การยอมรับและมองปัญหาเชิงบวก รวมทั้งการจัดกิจกรรมการบรรเทาความเครียดในรูปแบบต่าง ๆ อาทิ เช่น การพูดคุย การให้คำปรึกษา การนั่งสมาธิ สวดมนต์ ภาวนา และการออกกำลังกาย รำไทย หรือดนตรีไทย เป็นต้น เพื่อช่วยให้ผ่อนคลาย ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ และส่งเสริมสุขภาพจิตในผู้สูงอายุ

2. ด้านการวิจัย ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพจิตผู้สูงอายุที่มีระดับต่ำกว่าคนทั่วไป และพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างสุขภาพจิตผู้สูงอายุเพื่อเตรียมความพร้อมทั้งด้านสุขภาพจิต สุขภาพกายและเศรษฐกิจ

เอกสารอ้างอิง

- Mahidol University, Institute for Population and Social Research. Situation of the Thai older persons 2021. [Internet]. 2022 [cited 2023 June 18]. Available from: https://ipsr.mahidol.ac.th/post_research/situation-of-the-thai-older-persons-2021/. (in Thai)
- Bumrungrad International Hospital. Non-communicable Diseases. [Internet]. 2016 [cited 2023 April 25]. Available from: <https://www.bumrungrad.com/th/health-blog/may-2016/ncds-non-communicable-diseases-symptoms-prevention>. (in Thai)
- Department of Mental Health. The second highest suicide rate among the elderly is the police career. [Internet]. 2018 [cited 2021 January 4]. Available from: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27623>. (in Thai)
- Department of Mental Health. Risks and impacts on the elderly during Covid-19. [Internet]. 2021 [cited 2021 April 20]. Available from: <https://www.dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30794>. (in Thai)
- Singhadetwerachin N. The study of stress and stress management by recreational activities among the members of Baan Nong Krathum elderly club, Kamphaeng Saen District, Nakhon Pathom [dissertation M.A. Public and Private Management]. Nakhon Pathom: Silpakorn University; 2019. (in Thai)
- Leecharoen P, Pothiban L, Trapsinsaree D, Rongsawat O, Nontaput T. Stress and coping in older persons with dementia. The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health 2021; 8(2): 288-302. (in Thai)
- Department of Mental Health, Mental Health Center Region 3. Annual Report 2020 [Internet]. 2021 [cited 2023 April 25]. Available from: <https://shorturl.asia/jAHXe>. (in Thai)
- Sangchan H. Stress and coping of women with newly diagnosis of breast lump waiting for biopsy [dissertation M.N.S Adult Nursing]. Bangkok: Mahidol University; 1998. (in Thai)
- Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. Behavior Research Methods, 2007; 39(Pt 2):175-91.
- Cohen J. Statistical power analysis for the behavioral science. (2nd ed.). Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum Associates Inc; 1988.
- Leppink J, O'Sullivan p and Winston K. Effect size – large, medium and small. *Perspectives on Medical Education* 2016;5(6):347-9.

12. Department of Mental Health. Suanprung Stress Test 20 (SPST-20). [Internet]. 2013 [cited 2023 April 25]. Available from: <https://e-learning.srru.ac.th/mod/resource/view.php?id=24441>. (in Thai)
13. Department of Mental Health. Thai Mental Health Indicator Version 2007 = TMHI-15. [Internet]. 2016 [cited 2023 April 25]. Available from: <https://www.dmh.go.th/test/thaihapnew/thi15/thi15.asp>. (in Thai)
14. Tabsee S. Factors related to self-care behavior of the elderly in Kangkrajana District, Phetchaburi Province. Journal of Prachomklao College of Nursing, Phetchaburi Province 2020;3(1):14-30. (in Thai)
15. Suksai P, Nanthamongkolcha S, Pitikultang S, Munsawaengsu C, Taechaboonsersak P. Factors influencing mental health of the elderly in urban area, Ratchaburi Province. Journal of Health Science 2018;27(5):809-18. (in Thai)
16. Juntapim S, Thernat A. Mental Health Status and factors related on mental health status of the older adults living alone in Mueang District, Khon Kaen Province. Journal of Nursing and Health Care 2021;39(3):130-9. (in Thai)
17. Khakhuen S, Kongmaha H, Phantong W. Mental Health and Related Factors among Older Adults. Journal of Health and Nursing Research 2020;36(3):150-63. (in Thai)
18. Khamwong W, Hnoosawutt J, Yamboonruang T, Teunjarern Y. Correlation between personal factors, self-care behaviors regarding mental health and mental health status among the elders in Mueang Nonthaburi District, Nonthaburi Province, Thailand. Journal of Health Science Research 2020;14(3):131-44. (in Thai)
19. Kanngooluem S. The Influence of protective factors on mental health among community dwelling older adults [dissertation M.N.S. Psychiatric and Mental Health Nursing]. Chonburi: Burapha University; 2020. (in Thai)
20. Mahidol University, Department of Foundation Nursing, Faculty of Nursing. Risk and impacts on the elderly during Covid 19. [Internet]. 2021 [cited 2023 June 20]. Available from: <https://op.mahidol.ac.th/ga/posttoday-13/>. (in Thai)
21. Phornchirasilp S. Stress and stress coping. [Internet]. 2020 [cited 2023 April 25]. Available from: <https://pharmacy.mahidol.ac.th/th/knowledge/article/47>. (in Thai)
22. Pothiban L, Khampolsiri T, Sasiwongsakul N. Stress and stress-coping behaviour in caregivers of older adults having Parkinson's disease. Journal of Thailand Nursing and Midwifery Council 2019;34(2):62-75. (in Thai)
23. Yoosamran K, Chanaphant S, Keankarn P. Stress and stress-coping of caregivers for dependent older adults, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. Regional Health Promotion Center 9 Journal 2022;16(1):1-16. (in Thai)
24. Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer; 1984.
25. Lawanalapanon L. Quality of life and an adaptation of the elderly in Khlongree Subdistrict, Sathingpra District, Songkhla province [dissertation M.Ed. Education for Human Resources Development]. Thaksin university; 2015. (in Thai)
26. Sattayatham C. Psychiatric and mental health nursing. Nonthaburi: Academic Welfare Project. Phra Boromrajchanok Institute, Ministry of Public Health; 1998. (in Thai)



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่อายุน้อยกว่า 60 ปีในพื้นที่จังหวัดตาก

Factors related to Stroke prevention behaviors among Hypertension patients under aged 60 years old, Tak Province

อลิสรา อยู่เลิศบ, รุ่ง วงศ์วัฒน์*

Alissara Yulertlob, Rung Wongwat*

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร Faculty of Public Health, Naresuan University

*Corresponding author: rwongwat@yahoo.com

Received: October 9, 2023 Revised: January 29, 2024 Accepted: February 21, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ในจังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่างจำนวน 338 ราย โดยใช้วิธีการสุ่มอย่างมีระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและวิเคราะห์ถดถอยแบบพหุคูณ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 74.26, SD = 9.125) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อายุน้อยกว่า 60 ปี คือ การรับรู้อุปสรรค ($\beta = 0.254, p < 0.001$) รองลงมา คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\beta = 0.199, p < 0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ($\beta = 0.184, p = 0.002$) เพศหญิง ($\beta = 0.140, p = 0.005$) อายุ ($\beta = 0.120, p = 0.025$) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = 0.129, p = 0.026$) และสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ ($\beta = -0.129, p = 0.015$) โดยปัจจัยที่ 7 ตัวสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ ร้อยละ 37.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนั้นบุคลากรด้านสาธารณสุข ควรผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะเรื่องเมนูสุขภาพลดเค็ม ลดไขมัน ในร้านอาหาร แฝงลอยเพื่อเป็นทางเลือกสุขภาพ และรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองแก่กลุ่มผู้ป่วยรายใหม่และญาติ รวมไปถึงการพัฒนาสื่อ เทคโนโลยี ที่มีความหลากหลายและเหมาะสมกับเพศ อายุ ของผู้ป่วยในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

คำสำคัญ: พฤติกรรมป้องกัน, โรคหลอดเลือดสมอง, ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, อายุน้อยกว่า 60 ปี

Abstract

This Cross-sectional analytical study aimed to study factors related to the stroke prevention behaviors among hypertension patients under aged 60 years old, Tak Province. The samples consisted of 338 participants by systematic random sampling. Data were collected by using a self-answer questionnaire. The data were analyzed by using descriptive statistics and multiple regression. The results showed that most of the sample had moderate level of stroke prevention behavior (Mean = 74.26, SD = 9.125). Factors that related to the stroke prevention behaviors among hypertension patients under aged 60 years old were the perceived barriers ($\beta = 0.254$, $p < 0.001$), the social support from public health officers ($\beta = 0.199$, $p < 0.001$), the social support from family ($\beta = 0.184$, $p = 0.002$), female ($\beta = 0.140$, $p = 0.005$), age ($\beta = 0.120$, $p = 0.025$), knowledge of stroke ($\beta = 0.129$, $p = 0.026$) and Universal Coverage Scheme ($\beta = -0.129$, $p = 0.015$). These 7 factors could 37.10% collectively predict the stroke prevention behaviors with statistically significant at 0.05 level. Therefore, public health professional should push for public policy Regarding health-promoting menus, reducing salt and fat in restaurants and food stalls as healthy options. and campaign to provide knowledge about stroke to new patient groups and their relatives. Including the development of media and technology that are diverse and appropriate for patient's gender and age to prevent stroke.

Keywords: Prevention Behaviors, Stroke, Hypertension Patients, Under Aged 60 Years Old

บทนำ

โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลก ทั้งในมิติการเสียชีวิตและภาระโรค จากข้อมูลองค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี พ.ศ. 2559 พบกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลกประมาณ 41 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 71 ของการเสียชีวิตทั้งหมด โดยโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสาเหตุอันดับหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง มีประชากรเสียชีวิตถึง 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44 และ 3 ใน 4 ของการเสียชีวิตเป็นการตายก่อนวัยอันควร ประมาณ 16 ล้านคน⁽¹⁾ ซึ่งโรคหัวใจและหลอดเลือด หมายถึงโรคหลอดเลือดหัวใจและโรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดกับหลอดเลือดแดงใหญ่ ที่สำคัญในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลและระดับความดันโลหิตได้⁽²⁾ สำหรับประเทศไทย พบอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อ มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น และหากพิจารณาโรคแล้ว ในปี พ.ศ. 2561 พบว่าโรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงกว่าทุกโรค มีผู้เสียชีวิต 15,874 ราย คิดเป็นร้อยละ 44.30 ต่อประชากรแสนคน⁽¹⁾

โรคหลอดเลือดสมอง เป็นภาวะการฉับปวยที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางที่มีสาเหตุจากการตีบ อุดตัน หรือแตกของเส้นเลือดในสมองซึ่งเป็นโรคระบบประสาทซึ่งพบมากที่สุด ที่ส่งผลกระทบในระยะยาวและทำให้เกิดภาวะบกพร่องหรือสูญเสียการทำหน้าที่ของร่างกายซีกใดซีกหนึ่ง ซึ่งทำให้ผู้ป่วยต้องตกอยู่ในสภาวะของผู้พิการและต้องพึ่งพิงผู้อื่น ทั้งยังส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ซึ่งจากข้อมูลการป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ยังคงมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้น ทั้งในระดับโลกและประเทศไทย จากรายงานอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2560 - 2562 เท่ากับ 47.81, 47.15 และ 52.97 ต่อประชากรแสนคน⁽³⁾ จากการศึกษาสถานการณ์การป่วยและการตายด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (โรคเบาหวานชนิดที่ 2 และโรคหัวใจและหลอดเลือด) ในประเทศไทยในระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2553 - 2557) พบว่ามีอัตราเพิ่มของความชุกเพศชายที่กลุ่มอายุ 30 - 39 ปี ส่วนเพศหญิงในช่วงอายุ 40 - 49 ปี ทั้งยังพบอัตราเปลี่ยนแปลงความชุกของโรคหลอดเลือดสมองระหว่างปี พ.ศ. 2556 - 2557 สูงสุดที่เพศหญิง

ในกลุ่มอายุ 40 - 49 ปี เท่ากับร้อยละ 12.38⁽⁴⁾ และจากสาเหตุการตายรายเขตสุขภาพในปี พ.ศ. 2555 และ พ.ศ. 2559 พบเขตสุขภาพที่ 2 โรคหลอดเลือดสมองและโรคความดันโลหิตสูง เป็นสาเหตุการตายใน 5 อันดับแรก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจาก 45.24 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 57.73 ต่อประชากรแสนคน ในปี พ.ศ. 2562 มีอัตราการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร (อายุ 30 - 69 ปี) ร้อยละ 43 เป็นการเสียชีวิตในกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 30 - 59 ปี) ร้อยละ 22⁽⁵⁾ ซึ่งจังหวัดตาก เป็น 1 ใน 5 ของจังหวัดที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 2 ที่พบมีแนวโน้มของการป่วยและตายจากโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้น ทั้งยังพบเป็นจังหวัดที่มีการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงเป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพที่ 2 โดยพบอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง ระหว่างปี พ.ศ. 2559 - 2563 เท่ากับ 30.23, 33.44, 38.31, 36.15 และ 37.17 ต่อประชากรแสนคน ทั้งยังพบอัตราป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองระหว่างปี พ.ศ. 2559 - 2562 เท่ากับ 357.99, 345.33, 371.77 และ 400.26 ต่อประชากรแสนคน⁽³⁾

ทั้งนี้โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียสุขภาพะทั้งในเพศชายและเพศหญิง โดยโรคหลอดเลือดสมอง โดยมีสาเหตุที่เป็นปัจจัยสำคัญคือ ความดันโลหิตสูง การสูบบุหรี่ ภาวะไขมันในเลือดสูง จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 เทียบกับข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พบร้อยละของผู้ที่สูบบุหรี่ในประชากรไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุที่น้อยกว่า 44 ปี คือ ในกลุ่มอายุ 15 - 29 ปี จากร้อยละ 1.0 ในการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.2 ในครั้งที่ 5 และ ในกลุ่มอายุ 30 - 44 ปี จากร้อยละ 2.1 ในครั้งที่ 4 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 2.3 ในครั้งที่ 5 ในขณะที่ทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มลดลง ด้านความชุกของความอ้วน (BMI > 25kg/m²) ในประชากรไทย พบความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 45 - 59 ปี รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 30 - 44 ปี ซึ่งเมื่อพิจารณาในครั้งที่ 4 ก็ยังคงพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุที่น้อยกว่า 60 ปีเช่นเดียวกัน⁽⁶⁾

พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากหลายปัจจัย ดังนั้นจะต้องมีการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมนั้นๆ เพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนและกำหนดกลวิธีในการดำเนินการเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่อไป PRECEDE Model เป็นการวินิจฉัยและการประเมินผลด้านการศึกษาหรือการเรียนรู้และด้านสิ่งแวดล้อมตามโครงสร้างด้านปัจจัยนำ ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีอยู่ในตัวของแต่ละบุคคล ซึ่งอาจมีมาแต่ก่อนหรือระหว่างที่มีการปฏิบัติพฤติกรรม ที่กระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม เช่น ลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ความเชื่อ เศรษฐกิจ โดยตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ที่ประกอบด้วยการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกัน และการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค ในขณะที่ปัจจัยที่มีผลโดยอ้อม ได้แก่ อายุ เพศ เชื้อชาติ บุคลิกภาพ เศรษฐกิจสังคม และความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรง และปัจจัยกระตุ้นทั้งภายในและภายนอกจะส่งผ่านการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค⁽⁷⁾ ซึ่งส่วนหนึ่งเป็นปัจจัยที่มีในตัวของแต่ละบุคคล ที่ส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมการป้องกันโรค ปัจจัยเอื้อ เป็นปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่เอื้อหรือช่วยทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือส่งเสริมหรือช่วยยับยั้งการแสดงพฤติกรรม เช่น ความสะดวกในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ การมีอุปกรณ์หรือเครื่องมือในการออกกำลังกาย หรือการได้รับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขหรือกฎหมาย และปัจจัยเสริม ซึ่งเป็นปัจจัยที่เกิดขึ้นหลังจากที่มีการปฏิบัติพฤติกรรม ซึ่งอาจช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งในการแสดงพฤติกรรมนั้น ๆ เช่น การได้รับคำชมเชย หรือคำติเตียน การได้รับรางวัล การยกย่องชมเชย ซึ่งได้รับจากครอบครัว เพื่อนบ้าน บุคลากรสาธารณสุขหรือผู้นำชุมชน

การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เป็นการปฏิบัติตัวหรือการแสดงออกที่แสดงออกถึงการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ประกอบด้วยการป้องกันและจัดการปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง การดูแลรักษาเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตสูง อันเป็นสาเหตุสำคัญของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ที่รวมไปถึงการรับประทานยา

อย่างสม่ำเสมอและการมาพบแพทย์ตามนัด การตรวจสุขภาพประจำปี การมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทั้งในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับโรค การจัดการกับความเครียด รวมไปถึงการลด ละ เลิกเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และยาสูบ และจากการศึกษาที่ผ่านมายังพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง⁽⁸⁻¹⁰⁾ และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ เพศ อายุ ประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง การศึกษา อาชีพ ความเป็นชาติดพันธุ์ สิทธิการรักษา ระดับความดันโลหิต สถานภาพสมรส รายได้ของครอบครัว ดัชนีมวลกาย ระยะเวลาที่ป่วย ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยง การรับรู้อุปสรรค การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์ การเข้าถึงบริการสุขภาพ การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ นโยบายส่งเสริมสุขภาพ แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว เพื่อนบ้าน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและแรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน

จากที่กล่าวมา พบปัญหาโรคหลอดเลือดสมองยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญและพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคที่หลากหลาย ฉะนั้นการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่อายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก โดยประยุกต์ทฤษฎีแนวความคิดด้านการเกิดพฤติกรรมตามแบบจำลอง PRECEDE Model และแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จะทำให้สามารถวิเคราะห์หาปัจจัยสาเหตุได้ครอบคลุมและสามารถนำผลการศึกษามาวางแผนเพื่อแก้ไขปัญหาระบาดของโรคหลอดเลือดสมองในจังหวัดตาก ลดการป่วย การเสียชีวิตและการเกิดภาวะทุพพลภาพ ส่งผลต่อการมีคุณภาพชีวิตต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี

2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก จำนวน 26,330 คน⁽¹¹⁾ กำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรที่แน่นอน ของแดเนียล⁽¹²⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ 308 คน เพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีก 10%⁽¹³⁾ เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์หรือมีข้อมูลสูญหาย ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 338 คน สุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีสุ่มอย่างมีระบบ แบบคิดสัดส่วน จากจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุ 15 - 59 ปี เทียบตามขนาดกลุ่มตัวอย่างในแต่ละอำเภอและกำหนดเลขตั้งต้นการสุ่มด้วยเทคนิคการสุ่มอย่างง่าย โดยการจับฉลาก จะได้รายชื่อที่ได้จากการสุ่มเป็นอันดับแรก และดำเนินการสุ่มจนครบตามจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามช่วงการสุ่ม

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประยุกต์จากแบบสอบถามต่างๆ ที่มีผู้เคยทำวิจัยและตีพิมพ์มาแล้ว ประกอบกับการศึกษาค้นคว้าจาก เอกสาร ตำรา และรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ความหมาย อาการของโรค ปัจจัยเสี่ยงภาวะแทรกซ้อนและการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค จำนวน 15 ข้อ การแปลผลคะแนน ใช้เกณฑ์พิจารณาแบ่งระดับคะแนนเฉลี่ยของ Bloom⁽¹⁴⁾ เป็น 3 ระดับ คือ น้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึง มีความรู้ระดับน้อย, ตั้งแต่ร้อยละ 60 - 79.99 หมายถึง มีความรู้ระดับปานกลาง และตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป หมายถึง มีความรู้ระดับมาก

ส่วนที่ 3 - 5 มีลักษณะคำตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ และมีการแปลผล

ระดับคะแนน 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย ระดับปานกลาง และระดับมาก แบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยตามเกณฑ์ของ Best⁽¹⁵⁾ โดยใช้สูตร ช่วงคะแนนในชั้น = (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด)/3

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยนำ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงจำนวน 5 ข้อ และการรับรู้ความรุนแรง จำนวน 5 ข้อ แปลผลคะแนนรวมจำแนกเป็น 3 ระดับ คือ ตั้งแต่ 5.00 - 8.33 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย, ตั้งแต่ 8.34 - 11.67 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และตั้งแต่ 11.68 - 15.00 คะแนน หมายถึง ระดับมาก การรับรู้อุปสรรคจำนวน 6 ข้อ และการรับรู้ประโยชน์ จำนวน 6 ข้อ แปลผลคะแนนรวมจำแนกเป็น 3 ระดับ คือตั้งแต่ 6.00 - 10.00 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย, ตั้งแต่ 10.01 - 14.01 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และตั้งแต่ 14.02 - 18.00 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามปัจจัยเอื้อ ได้แก่ การเข้าถึงบริการสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ และนโยบายส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 5 ข้อ แปลผลคะแนนรวมจำแนกเป็น 3 ระดับ คือ ตั้งแต่ 5.00 - 8.33 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย, ตั้งแต่ 8.34 - 11.67 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และตั้งแต่ 11.68 - 15.00 คะแนน หมายถึง ระดับมาก การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อ จำนวน 7 ข้อ แปลผลคะแนนรวมจำแนกเป็น 3 ระดับ คือตั้งแต่ 7.00 - 11.67 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย, ตั้งแต่ 11.68 - 16.35 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และตั้งแต่ 16.36 - 21.00 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามปัจจัยเสริม ได้แก่ การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว จำนวน 8 ข้อ แปลผลคะแนนรวมจำแนกเป็น 3 ระดับ คือตั้งแต่ 8.00 - 13.33 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย, ตั้งแต่ 13.34 - 18.67 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และตั้งแต่ 18.68 - 24.00 คะแนน หมายถึง ระดับมาก การสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน จำนวน 2 ข้อ แปลผลคะแนนรวมจำแนกเป็น 3 ระดับ คือตั้งแต่ 2.00 - 3.33 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย, ตั้งแต่ 3.34 - 4.67 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และตั้งแต่ 4.68 - 6.00 คะแนน หมายถึง ระดับมาก การสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน จำนวน 3 ข้อ แปลผลคะแนนรวมจำแนกเป็น 3 ระดับ คือ ตั้งแต่ 3.00 - 5.00 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย, ตั้งแต่ 5.01 - 7.01 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และตั้งแต่ 7.02 - 9.00

หมายถึง ระดับมาก และการสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 5 ข้อ แปลผลคะแนนรวมจำแนกเป็น 3 ระดับ คือตั้งแต่ 5.00 - 8.33 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย, ตั้งแต่ 8.34 - 11.67 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และตั้งแต่ 11.68 - 15.00 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การงดสารเสพติดและแอลกอฮอล์ การรับประทานยา การจัดการความเครียด การมาตรวจตามนัด และการดูแลสุขภาพทั่วไป จำนวน 28 ข้อ มีลักษณะคำตอบเป็น มาตรการส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยปฏิบัติ ปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง ปฏิบัติบ่อยครั้ง และปฏิบัติเป็นประจำ แปลผลคะแนนรวมจำแนกเป็น 3 ระดับ คือตั้งแต่ 28 - 55.99 คะแนน หมายถึง ระดับน้อย, ตั้งแต่ 56 - 83.99 คะแนน หมายถึง ระดับปานกลาง และตั้งแต่ 84 - 112 คะแนน หมายถึง ระดับมาก

ทดสอบความตรงตามเนื้อหาของเครื่องมือ (Content validity) โดยผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำมาหาค่าสัมประสิทธิ์ความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และตรวจสอบหาความเที่ยง (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ใกล้เคียง จำนวน 30 คน พบว่า แบบสอบถามความรู้โรคหลอดเลือดสมอง มีค่าสถิติคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (KR-20) เท่ากับ 0.509 แบบสอบถามการรับรู้ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริมต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.813, 0.892, 0.835 และ 0.801 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

จัดทำหนังสือขอความอนุเคราะห์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตากและประสานหน่วยบริการในพื้นที่เพื่อขออนุญาตและขอความร่วมมือในการดำเนินการเก็บข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์และรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยในแต่ละอำเภอ ดำเนินการเก็บข้อมูลตามแบบสอบถาม ตรวจสอบความครบถ้วนและความสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติวิเคราะห์ ได้แก่ การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis) ที่ค่าความเชื่อมั่นทางสถิติร้อยละ 95

จริยธรรมการวิจัย

ดำเนินการขอเอกสารรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษยศาสตร์มหาวิทยาลัยนเรศวร เพื่อพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยได้รับการอนุมัติ เลขที่ P2-0281/2564 วันที่ 22 พฤศจิกายน พ.ศ.2564

ผลการศึกษา

ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล พบว่า เป็นเพศหญิง ร้อยละ 68.64 ไม่มีประวัติครอบครัวป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 67.16 มีระดับการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 43.20 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 44.38 เป็นคนไทย ร้อยละ 77.52 ส่วนกลุ่มชาติพันธุ์ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มปะกาเกอญอ (กะเหรี่ยง) ร้อยละ 16.86 มีสิทธิการรักษาประเภทหลักประกันสุขภาพ ร้อยละ 84.32 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่สมรสและอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 75.74 มีรายได้เพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 60.95 ระยะเวลาที่เจ็บป่วยส่วนใหญ่เป็นมานานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 64.20 และกลุ่มอายุที่เจ็บป่วยอยู่ระหว่าง 45 - 59 ปี ร้อยละ 78.40 และ 25 - 44 ปี มีถึงร้อยละ 20.71 ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับโรคอ้วน ร้อยละ 34.32 และโรคอ้วนอันตราย ร้อยละ 15.68

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก พบว่า ระดับความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง จำแนกตามระดับความรู้ ส่วนใหญ่อยู่ใน

ระดับปานกลาง ร้อยละ 51.78 (Mean = 10.91, SD = 1.92) ระดับคะแนนเฉลี่ยการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 85.80 (Mean = 13.35, SD = 1.79) การรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.87 (Mean = 13.71, SD = 1.71) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มากที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 42.60 (Mean = 12.54, SD = 3.13) การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 68.93 (Mean = 15.45, SD = 2.46) การเข้าถึงบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.40 (Mean = 13.32, SD = 2.05) การรับข้อมูลข่าวสารจากสื่อความรู้ด้านการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.62 (Mean = 15.89, SD = 3.20) นโยบายส่งเสริมสุขภาพ เพื่อการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 51.18 (Mean = 11.62, SD = 2.84) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 67.46 (Mean = 20.01, SD = 3.24) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน มากที่สุดอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 44.68 (Mean = 4.31, SD = 1.21) การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากชุมชน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.92 (Mean = 5.84, SD = 1.17) และการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 78.40 (Mean = 13.31, SD = 1.98)

คะแนนด้านการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 74.26 ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในส่วนใหญ่อยู่นระดับปานกลาง ร้อยละ 83.73 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดตาก จำแนกตามระดับการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (n = 338)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มาก	48	14.20
ปานกลาง	283	83.73
น้อย	7	2.07

Mean = 74.26, SD = 9.125, Min = 46, Max = 96

การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ พบว่า มีตัวแปรทำนายที่ได้รับการคัดเลือกเข้าสมการ ได้แก่ เพศหญิง อายุ สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรค แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว และแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข สามารถทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ ร้อยละ 37.10 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดยตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง มากที่สุด คือ การรับรู้อุปสรรค ($\beta = 0.254, p < 0.001$) รองลงมา คือ แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($\beta = 0.199, p < 0.001$) แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว

($\beta = 0.184, p = 0.002$) เพศหญิง ($\beta = 0.140, p = 0.005$) อายุ ($\beta = 0.120, p = 0.025$) ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ($\beta = 0.129, p = 0.026$) และสิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ ($\beta = -0.129, p = 0.015$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2 และสามารถสร้างสมการทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ ดังนี้ พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง = $23.900 + 0.737$ (การรับรู้อุปสรรค) + 0.912 (แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) + 0.518 (แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว) + 2.722 (เพศหญิง) + 0.141 (อายุ) + 0.610 (ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง) - 3.253 (สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพ)

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดตาก ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ (n = 338)

ตัวแปร	b	β	t	P-value
เพศหญิง	2.722	0.140	2.849	0.005
อายุ	0.141	0.120	2.252	0.025
สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ	-3.253	-0.129	-2.453	0.015
ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	0.610	0.129	2.235	0.026
การรับรู้อุปสรรค	0.737	0.254	4.990	< 0.001
แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว	0.518	0.184	3.117	0.002
แรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	0.912	0.199	3.590	< 0.001

Constant(a) = 23.900, R square = 0.371, F = 6.905, p-value < 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดตาก มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 83.73 (Mean = 74.26, SD = 9.125) ทั้งนี้อธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 49 ปี สิทธิหลักประกันสุขภาพของรัฐ ซึ่งในปัจจุบันเพศหญิงในวัยทำงานมีภาระหน้าที่ในการทำงานค่อนข้างมาก ทั้งการทำงานนอกบ้านและการดูแลครอบครัว ทำให้เกิดความเหนื่อยล้าจากการทำงาน จึงไม่สามารถดูแลตนเองให้มีความเหมาะสมกับการป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมอง ประกอบกับการเข้าถึงการรักษาในกลุ่มดังกล่าวค่อนข้างจำกัด ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ทุกที่และนำมาสู่การรับรู้การป้องกันโรคหลอดเลือดค่อนข้างน้อย มีผลทำให้มีความรู้ที่น้อยและส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรคดังกล่าว ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับการศึกษาของชูชาติ กลิ่นสาคร และสุ่ยถัน แซ่ตัน⁽⁸⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 55 ปี การศึกษาพบว่า อายุ ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันโรคมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของอาณัติ วรรณะ, นิกา กิมสูงเนิน และรัชณี นามจันทรา⁽⁹⁾ ศึกษาการรับรู้และการจัดการเมื่อมีสัญญาณเตือนในผู้ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 59 ปี มีการจัดการสัญญาณเตือนอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Wan, Zhao, Zhang, Deng, Li, He, and Ruan⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในประเทศจีนแผ่นดินใหญ่ พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง และสอดคล้องกับกฤษฎา จอดนอก, และฉนิตชาธร ภาโนมัย⁽¹⁶⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลบึงกาฬ อำเภอบึงกาฬ จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรม การดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลาง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอายุน้อยกว่า 60 ปี ในพื้นที่จังหวัดตาก พบว่า

การรับรู้อุปสรรค มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ($\beta = 0.254, p < 0.001$) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีอาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งมีผลสุขภาพทางด้านลบของบุคคล เช่น อาการที่แสดงออกของโรคผลข้างเคียงจากการรับประทานยา การทำหัตถการซึ่งทำให้เกิดความไม่สุขสบาย รวมถึงอุปสรรคทางการดำเนินชีวิต เช่น การมีความระมัดระวังมากขึ้นในการกิน การทำงานในชีวิตประจำวัน การออกกำลังกาย รวมถึงค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปพบแพทย์ สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการรับรู้ต่ออุปสรรคที่เกิดขึ้นจากการเกิดโรคนำมาสู่พฤติกรรมในการป้องกันโรคและร่วมมือในการรักษาของกลุ่มตัวอย่าง⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของชูชาติ กลิ่นสาคร, และ สุธยธิน แซ่ตัน⁽⁸⁾ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการป้องกัน

ตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วาสนา เหมือนมี⁽¹⁸⁾ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรม การป้องกันโรคมีส่วนในการร่วมทำนาย พฤติกรรมการ ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ($\beta = 0.199, p < 0.001$) โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ที่มีความรู้ ความสามารถ และมีบทบาทสำคัญในสนับสนุนทางด้านสังคมในการ ป้องกันโรค ทั้งในรูปแบบการสนับสนุนที่มีความ หลากหลายทั้งทางด้านการให้ความรู้ การพัฒนาทักษะและ พฤติกรรมในการป้องกันโรค การกระตุ้นเตือน การให้ รางวัลในการมีพฤติกรรมที่ดี รวมถึงการให้คำปรึกษา ปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เช่น ความเครียดจากการเจ็บป่วย ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างลดความเครียดนำมาสู่การมี พฤติกรรมในการป้องกันโรคที่ดีและสม่ำเสมอ ส่งผลให้ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แสดงพฤติกรรมป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง⁽¹⁹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ดวงธิดา โสดาพร⁽²⁰⁾ พบว่าแรงสนับสนุนทางสังคมจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุข มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง และสอดคล้อง กับการศึกษาของฉวีธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์, จาริศรี กุลศิริปัญญา, อรุณ นุรักษ์เช และกิตติศักดิ์ หลวงพันทา⁽²¹⁾ พบว่า การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกันโรคของประชาชนกลุ่มเสี่ยง โรคหัวใจและหลอดเลือด

การสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง ($\beta = 0.184, p = 0.002$) โดย ครอบครัวเป็นกลุ่มที่มีความใกล้ชิดกับกลุ่มตัวอย่าง และ มีอิทธิพลในการดูแล ให้ความรู้ กระตุ้นเตือนในการปฏิบัติ ตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของสมาชิก ครอบครัว รวมถึงการสนับสนุนทางด้านสุขภาพจิต เช่น การให้กำลังใจ ช่วยเหลือลดความเครียดในกลุ่มตัวอย่าง

แรงสนับสนุนสามารถส่งเสริมพฤติกรรมที่นำมาสู่ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง เช่น การออกกำลังกาย การรับประทานอาหารที่ลดความเสี่ยง การรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการยับยั้งพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ของกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้แรงสนับสนุนทางสังคมที่ดี ขึ้นอยู่กับความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว สิ่งเหล่านี้เป็นผลทำให้กลุ่มตัวอย่าง ลดความเครียดและมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้⁽¹⁹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของปรารณา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลับกลาย⁽²²⁾ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา พบว่าแรงสนับสนุนจากครอบครัวสามารถทำนายพฤติกรรมป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับการศึกษาของดวงธิดา โสดาพรม⁽²⁰⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง เขตเทศบาลเมืองอรัญญิก อำเภอเมืองพิษณุโลก จังหวัดพิษณุโลก พบว่า แรงสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีส่วนร่วมในการทำพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้

เพศหญิง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ($\beta = 0.140, p = 0.005$) ปัจจัยส่วนบุคคลที่อยู่ในตนเองสามารถช่วยในการกระตุ้นให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ ทั้งนี้อาจเริ่มมาจากความรู้ทัศนคติ การรับรู้ส่วนบุคคล นำมาสู่พฤติกรรมสุขภาพ⁽²³⁾ เป็นต้น เพศมีผลทำให้เกิดแรงจูงใจและกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมทางด้านสุขภาพของบุคคล จะเห็นได้จากเพศหญิงมีพฤติกรรมทางด้านสุขภาพมากกว่าเพศชายในช่วงสภาวะสุขภาพที่ไม่เกิดโรค ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นเพศชายหรือหญิงจะเกิดพฤติกรรมสุขภาพขึ้น ในช่วงที่เกิดปัญหาหรือมีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพกับตัวบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรารณา วัชรานุรักษ์ และอัจฉรา กลับกลาย⁽²²⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จังหวัดสงขลา พบว่า เพศ เป็นตัวแปรที่ร่วมกันพยากรณ์พฤติกรรม

การป้องกันโรคในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองได้ สอดคล้องกับการศึกษาของยุทธนา ชนะพันธ์ และดาวิวรรณ เศรษฐีธรรม⁽²⁴⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมรณรงค์ป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอคูมาปี จังหวัดอุดรธานี พบว่ากลุ่มตัวอย่างเพศหญิงมีพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าเพศชาย 2.23 เท่าและมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยารัตน์ แก้ววันดี, วราภรณ์ ศิริสว่างและจิตมา กัตถัญญ⁽²⁵⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองยาง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน พบว่าเพศและญาติสายตรงที่เป็นความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง

อายุ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($\beta = 0.120, p = 0.025$) โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 49 ปี อยู่ในกลุ่มวัยทำงานตอนปลายและส่วนใหญ่ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงมาเป็นระยะเวลา 5 ปีขึ้นไป กลุ่มดังกล่าวได้เข้ารับบริการในสถานพยาบาลเป็นประจำ และได้รับข่าวสารความรู้พร้อมทั้งพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองเป็นประจำ และกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพหรือเริ่มมีความเสี่ยงทางด้านสุขภาพจะมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองที่ดีขึ้น ส่งผลทำให้มีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับการศึกษาของพรสวรรค์ คำทิพย์⁽²⁶⁾ ที่พบว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของชชาติ กลิ่นสารและสุ่ยถิน แซ่ตัน⁽⁸⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($\beta = 0.129, p = 0.026$) โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่ได้รับความรู้อย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้เนื่องมาจากความรู้เป็นสิ่งที่ได้มาจากการศึกษาค้นคว้าพัฒนาทักษะและประสบการณ์ของกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสิ่งเหล่านี้เกิดมาจากการรับฟัง การคิดวิเคราะห์และฝึกปฏิบัติ โดยการเรียนรู้สามารถรับได้หลากหลายช่องทาง เช่น สื่อโทรทัศน์ สื่อออนไลน์ การให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยตรง ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มที่มีโรคประจำตัวจึงทำให้เกิดการแสวงหาความรู้ในการดูแลสุขภาพตนเองและส่งผลให้เกิดความรู้ในตัวบุคคลขึ้นได้นำไปสู่พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชชาติ กลั่นสาคร และสุ่ยดิน แซ่ตัน⁽⁸⁾ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันตนเอง จากโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ นุจิ อ่อนสินัท, ชูดี ลีลคณาวิระ และชนัญชิตาคุญญี ทูลศิริ⁽²⁷⁾ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับพรสวรรค์ คำทิพย์⁽²⁶⁾ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันของผู้ป่วยอายุน้อยที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ($\beta = -0.129, p = 0.015$) โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้สิทธิการรักษาหลักประกันสุขภาพ ซึ่งเป็นสถานบริการของภาครัฐ เช่น โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มีอยู่จำนวนมาก ทั้งนี้สิทธิการรักษาเป็นบริการพื้นฐานของประชาชนที่ได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐไม่เสียค่าใช้จ่ายในการใช้บริการ กลุ่มตัวอย่างสามารถใช้บริการได้อย่างสะดวกสบาย อาจเชื่อว่าหากเจ็บป่วยสามารถไปรับบริการจากภาครัฐ เช่น ยาในการรักษาได้ยากกว่าการปฏิบัติตัวปฏิบัติตัว

ในการป้องกันโรคที่มองว่าย่างยากหลายขั้นตอน จัดต่อวิถีชีวิตที่มีอยู่ในปัจจุบัน มีผลทำให้การตระหนักพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธัญวรรณ์ เสนาธรรม และคณะ⁽²⁸⁾ พบว่าสิทธิหลักประกันถ้วนหน้านั้นจะมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพน้อยที่สุดเพราะถือว่าเป็นการรักษาฟรีไม่ปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพและป้องกันโรคความดันโลหิตสูง สอดคล้องกับการศึกษาของกัลยา ดันสกุล⁽²⁹⁾ พบว่าพฤติกรรมสุขภาพะที่ดีในการใช้บริการตามสิทธิการรักษาพยาบาลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยชาวบ้านที่มีพฤติกรรมสุขภาพะที่ดี โดยมีผู้แนะนำจะมีสุขภาพะที่ดีขึ้น การที่ผู้ป่วยรับการรักษาตามสิทธิและมารับการรักษาในสถานบริการตามบัตร ซึ่งแสดงให้เห็นว่าเมื่อประชาชนเกิดการเจ็บป่วยครั้งต่อไปก็จะมารับบริการด้านการแพทย์ที่สถานบริการแห่งเดิม

ข้อจำกัดงานวิจัย

กลุ่มตัวอย่างบางกลุ่มในพื้นที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ มีความแตกต่างทางด้านภาษา การสื่อสารและวัฒนธรรม มีผลทำให้การสอบถามข้อมูลและความเข้าใจด้านการสื่อสาร ในกระบวนการเก็บข้อมูลวิจัยมีความคลาดเคลื่อน อาจทำให้เกิดผลกระทบต่อข้อมูลในการศึกษารั้งนี้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1. ข้อมูลผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดตาก ผู้ดูแลด้านสุขภาพทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และพื้นที่ สามารถใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญาพฤติกรรมการเดิมเครื่องปรุง โดยการให้ความรู้ รวมถึงการรณรงค์การติดป้ายชิมก่อนปรุงในร้านจำหน่ายอาหาร รวมถึงการจัดทำนโยบายเมนูสุขภาพ ลดหวาน มัน เค็ม ให้เป็นทางเลือกทางสุขภาพ สำหรับประชาชนที่ไม่สามารถประกอบอาหารได้ด้วยตนเอง

2. สถานบริการด้านสุขภาพ ควรพัฒนาความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยและญาติในกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ รวมไปถึงการพัฒนาสื่อ เทคโนโลยีที่มีความหลากหลายช่องทางในการสื่อสารและเหมาะสม

กับเพศ อายุรวมถึงสิทธิของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วย

3. พัฒนาโปรแกรมทักษะการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง แก่บุคคลในครอบครัวที่มีหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในสถานบริการสาธารณสุข

4. ควรพัฒนาความรู้ให้กับญาติและผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเรื่องการประกอบอาหารและกินอาหารที่ลดหวาน มัน เค็ม เน้นอาหารขอดีในพื้นที่จังหวัดตากเพื่อลดการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วย

5. ควรฝึกปฏิบัติการออกกำลังกายและการคลายเครียดด้วยตนเองที่มีความเหมาะสมกับผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

6. ควรให้ความรู้เกี่ยวกับการสังเกตสัญญาณเตือนช่องทางการส่งต่อ การช่วยเหลือเบื้องต้นและขอความช่วยเหลือเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงญาติผู้ดูแล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาวิจัยโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดตากในกลุ่มวัยทำงาน เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

2. ควรศึกษาวิจัยประสิทธิผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางด้านครอบครัวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เนื่องจากบุคคลกลุ่มดังกล่าวมีความสัมพันธ์กับการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตาก เจ้าหน้าที่ในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในพื้นที่จังหวัดตาก กลุ่มตัวอย่างและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเกี่ยวกับงานวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control (TH), Division of Non-Communicable Diseases. Report on the NCD disease situation 2019. Bangkok: Aksorn Grphic and Design Publishing Limited Partnership; 2020. (in Thai)
2. Department of Disease Control (TH), Division of Non-Communicable Diseases. Assessing the risk of cardiovascular disease in patients with diabetes and hypertension. 3rd ed. Bangkok: WVO Officer of Printing Mill; 2016. (in Thai)
3. Department of Disease Control (TH), Division of Non-Communicable Diseases. Information statistic of non-communicable Diseases [Internet]. [date unknown] [cited 2021 June 20]. Available from: <http://www.thaincd.com/2016/mission3> (in Thai)
4. Srivanichakorn S. Morbidity and mortality situation of non-communicable diseases (diabetes type 2 and cardiovascular diseases) in Thailand during 2010-2014. Disease Control Journal 2017;43(4):379-90. (in Thai)
5. Strategy and planning division of Office 1-13 of the Permanent Secretary Ministry of Public Health. Regional Health Profile 2012-2017. Nonthaburi: Chinaaksorn Hinauksorn Printing Company Limited; 2018.(in Thai)
6. Health Systems Research Institute. Thai National Health Examination Survey, NHES V. Bangkok: Aksorn Graphic and Design Publishing Limited Partnership; 2016. (in Thai)
7. Phetphum C. Health behavior, concepts, theories, and applications. 3rd ed. Phitsanulok: Rattanasuwan Publishing 3; 2019.(in Thai)

8. Klinsakorn C, Saetan S. Factors Related to Self-Protective Behavior of Stroke with Controlled Hypertension Patients Who Live in Danchang District, Suphanburi Province. *Journal of Council of Community Public Health* 2020; 2(2): 62-77. (in Thai)
9. Wanna A, Kimsungnoen N. Perceptions and Management of Warning Signs among Persons at Risk of Stroke. *APHEIT Journal of Nursing and Health* 2020; 2(1):30-44. (in Thai)
10. Wan L-H, Zhao J, Zhang X-P, Deng S-F, Li L, He S-Z, et al. Stroke prevention knowledge and prestroke health behaviors among hypertensive stroke patients in mainland China. *Journal of Cardiovascular Nursing* 2014;29(2):E1-9.
11. Tak Provincial Public Health Office. Standard reporting group 2021 [cited 2021 July 29]. Available from: https://tak.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11 (in Thai)
12. Daniel WW. *Biostatistics: a foundation of analysis in the health science*. 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995.
13. Sombutteera K, Thavornpitak Y. Response Rate and Factors Associating Mailed Questionnaire Response Rate in Nursing Sciences and Public Health Research. *KKU Research Journal* 2015;15(1):105-13. (in Thai)
14. Bloom BS. *Handbook on formative and summative evaluation of student Learning*. New York: McGraw-Hill; 1971.
15. Best JW. *Research in education*. 5th ed. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall; 1987.
16. Jodnok K, Panomai N. Factors influencing stroke prevention self-care behavior at Buengkan Hospital, Buengkan District, Buengkan Province. *North-Eastern Thai Journal of Neuroscience* 2019;13(2):38-55.
17. Wanishayakorn T. Health belief model on cooperation in patient medication use 2021 [cited 2021 June 20]. Available from: https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=article_detail&subpage=article_detail&id=557 (in Thai)
18. Muanmee W. Factors influencing preventive behaviors for cerebrovascular disease among hypertensive patients in Bangrakam district, Phisanulok. Phitsanulok: Naresuan University; 2011. (in Thai)
19. Ministry of Public Health (TH), Health Education Division DoHSS. Guidelines for implementing changes in health behavior at the provincial level [date unknown] [cited 2021 June 15]. Available from: <http://hed.go.th/linkHed/341> (in Thai)
20. Sodaprom D. Factors Influencing Preventive Behaviors for Cerebrovascular Disease among Elderly Risk Group in The Aranyik Tow Municipality Mueang Phitsanulok District Phitsanulok Province. Phitsanulok: Naresuan University; 2020. (in Thai)
21. Phiromsid N, Kunsiripunyo J, Nurake A, Loungpantao K. Factors Influencing Cardiovascular Disease Prevention Behaviors Among the Risk Group in SuphanBuri Province, Thailand. *HCU Journal of Health Science* 2018;22(43-44):55-69. (in Thai)
22. Watcharanurak P, Klubklay A. Factors Influencing Preventive Behavior among Stroke-Risk Patients in Songkhla Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2017;4(1):217-33. (in Thai)
23. Chanprasi C, Senaratana W. *Nurses and Health Promotion*. Nonthaburi: Sukhothai Thammathirat Open University; 2010. (in Thai)

24. Chanaphan Y, Settheetham D. Factors Associated with Stroke Prevention Behavior among Hypertension Patients in Kumpawapi District, Udon Thani Province. *Journal of Sakon Nakhon Hospital* 2018;21(2):109-19. (in Thai)
25. Kaewwandee K, Sirisawang W, Katonyoo C. Factors related to self-care behavior of people at risk for high blood pressure, Nong Yuang Subdistrict Health Promoting Hospital Nong Long District, Lamphun Province. Chiang Mai: Chiang Mai Rajabhat University; 2015.(in Thai)
26. Khamthip P. Factors related to preventive behavior of young patients at risk of stroke in the southern region. Bangkok: Chulalongkorn University; 2013.(in Thai)
27. Onsrinnoi N, Leelukkanaveera Y, Toonsiri C. Predictive Factors of Hypertension Preventive Behaviors among People with Pre-hypertension. *Songklanagarind Journal of Nursing* 2017;37(1):63-74. (in Thai)
28. Senathum T, Chaitiang N, Vongruang P, Thaitawad K, Tangnitipong S, Medhanavin T, et al. Factors associated with health behaviors among hypertensive patients at Phrae hospital, Phrae province. *Public Health Policy and Laws Journal* 2020;6 Suppl:S1-14. (in Thai)
29. Tansakun K. Health Behavior Status Utilized Welfare in Kohmak Subdistrict Pakphayun District, Phatthalung Province. Bangkok: University of the Thai Chamber of Commerce; 2018. p. 1670-85. (in Thai)



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index>

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของประชาชนพื้นที่
ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา: กรณีศึกษาจังหวัดอุบลราชธานี

Factors affected to health literacy in prevention and control of COVID-19 among
people living in border areas of Thailand-Laos-Cambodia: Ubon Ratchathani case study

ชลดา ไชยกุลวัฒนา¹, อนันต์ ไชยกุลวัฒนา², วิชิต พุ่มจันทร์³, นิยม จันทน์นวล^{2*}, ฐิติมา แสนเรือง²

Cholada Chaikoolwatana¹, Anun Chaikoolwatana², Wichit Phumchan³, Niyom Junnual^{2*}, Thitima Saenrueang²

¹คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, ²วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุขมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี,
³สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

¹Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University, ²College of Medicine and Public Health, Ubon Ratchathani University,

³Ubon Ratchathani Provincial Health Office

*Corresponding Author: Niyom.j@ubu.ac.th

Received: September 25, 2023 Revised: February 2, 2024 Accepted: February 21, 2024

บทคัดย่อ

แนวทางการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ของประชาชนไทยที่ผ่านมา มุ่งเน้นไปที่การสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยหลายปัจจัยเพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ที่ถูกต้อง การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบตัดขวางครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของประชาชนพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่บริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา ในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 783 คน ที่ได้จากการสุ่มแบบหลาย ขั้นตอน (multi-stage sampling) รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.76 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานโดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) นำเสนอผลค่า Adjusted R - squared (R^2_{adj}) ช่วงเชื่อมั่น 95%CI กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.84 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ได้แก่ ระดับการศึกษา และรายได้ครอบครัวที่หายไปในช่วง โควิด-19 และอาชีพหลัก ($R^2 = 0.109$, $R^2_{adj} = 0.093$, $p\text{-value} < 0.001$) โดยตัวแปรเหล่านี้ร่วมกันทำนายความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ได้ร้อยละ 10.9 ดังนั้น ควรมุ่งเน้นการสื่อสารพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน โรค โดยปรับให้เหมาะสมกับพื้นฐานของแต่ละบุคคลที่มีความแตกต่างกันของระดับการศึกษา รายได้ และอาชีพ เพื่อนำไปใช้ ป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคอุบัติใหม่ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, การป้องกันควบคุมโรคโควิด-19, ประชาชนพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา

Abstract

The national strategies of covid-19 prevention and control of Thai population have been emphasized on health literacy for daily life, which requires some factors to provide correct knowledge and understanding of Covid-19 disease prevention and control. The study was a cross-sectional, analytical study. It aimed to study factors effected to health literacy in prevention and control of covid-19 of people in border areas Thailand-Laos-Cambodia. The target population was above 15 years of age, living in border areas Thailand-Laos-Cambodia. There were totally 783 persons in Ubon Ratchathani province randomly selected into the study via multi-stage sampling. The questionnaire tool was analyzed via Cronbach's alpha coefficient was 0.76. All results were analyzed via both descriptive and analytical statistics including, multiple linear regression, adjusted R – squared (R^2_{adj}) with 95% confidential interval. The findings revealed the participants had moderate level of health literacy in prevention and control of covid-19 (62.84%). The factors associated with health literacy of covid-19 prevention included levels of education, lost incomes, and occupations ($R^2 = 0.109$, $R^2_{adj} = 0.093$, p-value < 0.001). All factors could also be used to predict the health literacy around 10.9 percent. Conclusively, we should address how to apply those three important factors including levels of education, lost incomes, and occupations to improve the health literacy in prevention and control of emerging diseases.

Keywords: Health literacy, Prevention and control of COVID-19, People in border areas Thailand-Laos-Cambodia

บทนำ

ประเทศไทยมีจังหวัดที่ติดต่อกับประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ราชอาณาจักรกัมพูชา และมาเลเซีย ซึ่งมีช่องทางเข้า-ออกประเทศไทย (point of entry) ทั้งสิ้น 67 ช่องทาง⁽¹⁾ โดยหลายพื้นที่ที่มีพรมแดนติดกับประเทศเพื่อนบ้าน มักมีการลักลอบเข้าเมืองแบบผิดกฎหมายของแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้านทั้งในภาคการเกษตรกรรม ประมง ก่อสร้าง ซึ่งในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ผ่านมา กลุ่มแรงงานข้ามชาติมีโอกาสที่จะนำโรคโควิด-19 มาแพร่กระจายในประชากรไทย ซึ่งถือว่าสถานการณ์ดังกล่าวเป็นภัยคุกคามต่อระบบสาธารณสุข ระบบเศรษฐกิจในพื้นที่ตามแนวชายแดน

สถานการณ์ผู้ป่วยโควิด-19 ทั่วโลกพบจำนวน 513,955,910 ราย เสียชีวิต จำนวน 6,249,700 ราย อัตราการป่วยตายร้อยละ 1.21 ประเทศไทยพบว่ามีอัตราการป่วยตายเพิ่มขึ้นร้อยละ 50 จากครั้งแรก โดยมีผู้ป่วยจำนวน 4,331,338 ราย เสียชีวิต จำนวน 29,143 ราย สำหรับสถานการณ์ระบาดโควิด-19 ในประเทศเพื่อนบ้านไทย พบราชอาณาจักรกัมพูชามีผู้ติดเชื้อสะสม 75,152 ราย ผู้เสียชีวิต 1,339 ราย สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มีผู้ติดเชื้อสะสม 5,154 ราย ผู้เสียชีวิต 5 ราย⁽²⁾ ทั้งนี้ จังหวัดอุบลราชธานี ถือเป็นพื้นที่สูงเสี่ยงที่มีการแพร่ระบาดของ

โรคโควิด-19 เนื่องจากมีจุดผ่านแดนหลายจุดที่มีการค้าขายและส่งออกสินค้าระหว่างชายแดน จากรายงานในช่วงระหว่างปี 2563 -2564 ที่เป็นช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 ก่อนข้างรุนแรง พบว่า การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ระลอก 1-4 ในจังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ป่วยจำนวนทั้งสิ้น 23,369 คน คิดเป็นอัตราป่วย 12,506 ต่อประชากรหนึ่งล้านคน มีผู้ป่วยเสียชีวิต 5 ราย⁽³⁾ ข้อมูลแรงงานข้ามชาติจากประเทศเพื่อนบ้าน เช่น สปป.ลาว กัมพูชา พม่า และเวียดนาม ที่เข้ามาทำงานในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีและพื้นที่ใกล้เคียงยังเป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้การป้องกันการแพร่ระบาดทำได้ยากขึ้น ถึงแม้จะมีการสั่งปิดช่องทางการเดินทางเข้า-ออกพื้นที่พรมแดนรอยต่อประเทศไทยกับประเทศเพื่อนบ้านก็ตาม ประกอบด้วย ช่องทางธรรมชาติ จุดผ่อนปรน จุดผ่านแดนถาวร จุดผ่านแดนสากลในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย อำเภอสิรินธร อำเภอเขมราฐ อำเภอนาตาล อำเภอโพธิ์ไทร ยังคงพบการลักลอบเข้าประเทศไทยของแรงงานเหล่านี้ ซึ่งไม่ผ่านการคัดกรองโรคโควิด-19 ส่งผลทำให้เกิดการระบาดในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานีในเวลาต่อมา ทำให้ต้องมีการปิดสถานประกอบการหลายแห่ง ทั้งโรงงานอุตสาหกรรมขนาดใหญ่และกลาง ตลอดจนปิดพื้นที่ที่พบผู้ป่วยโรคโควิด-19

ส่งผลกระทบต่อการค้าทางชีวิตของประชาชน ทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก⁽⁴⁾

ในด้านการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 หน่วยงานภาครัฐพยายามลดปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่จะส่งผลกระทบต่อสัมผัสเชื้อโควิด-19 ได้แก่ การจำกัดสถานที่ เวลาการทำงาน เพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการสัมผัสและแพร่กระจายเชื้อโรค การปิดด่านพรมแดนเข้า-ออกตามพื้นที่ชายแดน รวมถึงการป้องกันตนเองและคนรอบข้างไม่ให้เป็แหล่งแพร่กระจายเชื้อไปยังคนอื่น ๆ ผ่านมาตรการ D-M-H-T-T-A ที่สามารถเข้าถึงผ่านแอปพลิเคชัน “ไทยชนะ” และ “หมอชนะ”⁽⁵⁾ นอกจากนี้ ยังอาศัยหลักการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อ้งนำเชื่อถือ (Access) เพื่อให้ประชาชนรับรู้ข้อเท็จจริงและพร้อมดูแลตนเองและคนรอบข้าง เพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ รวมถึงทักษะในการสร้างความเข้าใจ (Understand) ประเมิน (Assess) และการตัดสินใจไปสู่การปฏิบัติ (Decision making) ซึ่งเรียกว่าความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) มาประยุกต์ใช้ในช่วงเวลาที่มีการระบาดของโควิด-19 สำหรับประเทศไทย พบว่ากระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญกับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากเป้าประสงค์ในแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) ข้อที่หนึ่งกำหนดไว้ว่า ประชาชน ชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายมีความรู้ด้านสุขภาพมากขึ้น ส่งผลให้การเจ็บป่วยและตายจากโรคที่ป้องกันได้ลดลง อย่างไรก็ตาม จากรายงานกรมประชาสัมพันธ์ฉบับผู้บริหารการประเมินส่วนราชการตามมาตรการปรับปรุงประสิทธิภาพในการปฏิบัติราชการประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่าระดับความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของประชาชนในพื้นที่ที่มีการระบาดแตกต่างกันในภาพรวมของประเทศ พบว่าอยู่ในระดับต่ำ⁽⁶⁻⁷⁾ เสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในระลอกถัดไป

ดังนั้น เพื่อปรับปรุง ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคล โดยทักษะความรู้ด้านสุขภาพที่นำมาใช้ในการส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ในประชาชนจังหวัดอุบลราชธานีในพื้นที่รอยต่อที่ติดกับประเทศเพื่อนบ้าน ผู้วิจัยจึงศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพล

ต่อความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 โดยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Soorensen⁽⁸⁻⁹⁾ มาออกแบบการวัดความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ผลการศึกษาสามารถนำไปใช้ในการกำหนดนโยบายและออกแบบกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 และโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับประชาชนในพื้นที่ชายแดนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานีพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของประชาชนจังหวัดอุบลราชธานีพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical study) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2564 - กุมภาพันธ์ 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากรศึกษา คือ ประชาชนที่อาศัยและประกอบอาชีพในจังหวัดอุบลราชธานี บริเวณพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา จำนวน 10 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเขมราฐ อำเภอนาตาล อำเภอโพธิ์ไทร อำเภอศรีเมืองใหม่ อำเภอโขงเจียม อำเภอสรินทร อำเภอนูนทุริก อำเภอนาจะหลวย อำเภอน้ำยืน และอำเภอน้ำขุ่น ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกคือ (1) อายุไม่ต่ำกว่า 15 ปี (กรณีอายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องขอคำยินยอมจากผู้ปกครองในการเข้าร่วมโครงการวิจัย) (2) สามารถสื่อสารได้ด้วยภาษาไทย ไม่มีปัญหาด้านการมองเห็น ได้ยิน และการพูด (3) ยินยอมตอบแบบสอบถามเกณฑ์คัดออก คือ (1) ย้ายถิ่นฐาน และไม่สามารถติดต่อได้ในช่วงเก็บรวบรวมข้อมูล (2) ติดเชื้อโควิด-19 และยังอยู่ระหว่างการรักษา (3) เป็นผู้สัมผัสเสี่ยงสูงที่ต้องได้รับการกักตัวจากการใกล้ชิดผู้ป่วยโรคโควิด-19

2) กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวแทนประชากรจาก 10 อำเภอ เขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี โดยการคำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power เลือก Test family โดยสถิติทดสอบ F - test เลือก Statistical test เป็น Linear multiple regression: Fixed model, R^2 deviation from zero กำหนดค่าพารามิเตอร์ที่ $f^2 = 0.15^{(10)}$, α err prob = 0.05, Power ($1 - \beta$ err prop) = 0.9, Number of predictors = 20 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 385 คน ปรับขนาดตัวอย่างโดยคำนึงถึงการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) โดยกำหนดค่า design effect = 2 ดังนั้น จะได้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 770 คน ซึ่งการวิจัยครั้งนี้เก็บแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 783 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่นักวิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัว รายได้ในช่วงการระบาดโควิด-19 ความพอเพียงทางเศรษฐกิจ ดัชนีมวลกาย โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพ ความเชื่อมั่นในระบบสุขภาพ ความเชื่อมั่นในวัคซีนโควิด-19 ข้อคำถามตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ด้านความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ และด้านพฤติกรรมศาสตร์ โดยทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 จำนวน 31 ข้อ⁽¹¹⁾ ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ 2) ทักษะความรู้ ความเข้าใจ และ 3) ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตราประมาณค่า (Rating scale) 4 ระดับ คือ ยาก (1 คะแนน) ค่อนข้างยาก (2 คะแนน) ค่อนข้างง่าย (3 คะแนน) ง่ายมาก (4 คะแนน) แปลผลความรู้ด้านสุขภาพเป็น 3 ระดับ⁽¹²⁾ คือ มาก ปานกลาง น้อย ข้อคำถามตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา

(Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ด้านความรู้ด้านสุขภาพ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อ และด้านพฤติกรรมศาสตร์ โดยทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหา (IOC) ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป และความเชื่อมั่น โดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ 0.76

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ มัชฐาน และเปอร์เซ็นต์ไทล์ที่ 25 และ 75

2) วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 โดยใช้สถิติการถดถอยพหุคูณ (Multiple linear regression) นำเสนอผลค่า Adjusted R – squared (R^2_{adj}) ช่วงเชื่อมั่น 95% CI กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง SSI-UB 2564-24 ลงวันที่ 26 มีนาคม 2564 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ เพื่อนำไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

1. กลุ่มตัวอย่างจำนวน 783 คน พบว่า เป็นเพศหญิงมากที่สุด ร้อยละ 51.09 มีอายุอยู่ในช่วง 26 - 36 ปี ร้อยละ 42.02 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 65.52 จบการศึกษามัธยมศึกษาและต่ำกว่า ร้อยละ 62.32 มีรายได้ครอบครัวต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,000 - 15,000 บาท ร้อยละ 65.90 รายได้ครอบครัวที่หายไปในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 น้อยกว่า 10,000 ร้อยละ 59.39 มีรายได้พอใช้ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 40.87 อาชีพหลักคือใช้แรง/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 47.76 มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 49.17 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 94.00 มีภาวะสุขภาพที่ดี (14 วันที่ผ่านมา) ร้อยละ 61.17 ไม่ค่อยมั่นใจในระบบบริการสุขภาพต่อการตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ร้อยละ 51.72 และมั่นใจในวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ที่จะฉีดให้ประชาชนไทย ร้อยละ 65.13 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชาชนพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชาจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 783)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	383	48.91
หญิง	400	51.09
อายุ (ปี)		
15-25	105	13.41
26-36	329	42.02
37-47	200	25.54
48-58	111	14.18
ตั้งแต่ 59 ปีขึ้นไป	38	4.85
สถานภาพสมรส		
โสด	239	30.52
คู่	513	65.52
หม้าย/หย่า/แยกกัน	31	3.96
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษาและต่ำกว่า	488	62.32
ปวช./ปวส./อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	254	32.44
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	41	5.24
รายได้ครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
<5,000	75	9.58
5,000-15,000	516	65.90
>15,000	192	24.52
Median = 12,000, P ₂₅ = 9,000, P ₇₅ = 15,000		
ประมาณการรายได้ครอบครัวที่หายไปในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 (บาท/เดือน)		
<10,000	465	59.39
>=10,000	318	40.61
Median = 8,000, P ₂₅ = 4,500, P ₇₅ = 10,000		
ความพอเพียงทางเศรษฐกิจ		
พอใช้ มีเหลือเก็บ	67	8.56
พอใช้ ไม่มีเหลือเก็บ	320	40.87
ไม่พอใช้	302	38.57
ไม่พอใช้และมีหนี้สิน	94	12.00

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชาชนพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชาจำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n = 783) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพหลัก		
ใช้แรง/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้างทั่วไป	374	47.76
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	106	13.54
พนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	210	26.82
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ	31	3.96
นักเรียน/นักศึกษา	26	3.32
ไม่ได้ทำงาน/อยู่บ้านเป็นแม่บ้านพ่อบ้าน	36	4.60
ดัชนีมวลกาย		
น้ำหนักเกิน/อ้วน	334	42.66
น้ำหนักปกติ	385	49.17
ผอม	64	8.17
Median = 22.49, P ₂₅ = 20.55, P ₇₅ = 24.46		
โรคประจำตัว		
ไม่มี	736	94.00
มี (โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น อ้วน เบาหวาน ความดัน ไขมันสูง โรคหัวใจ มะเร็ง ไต ฯลฯ)	47	6.00
ภาวะสุขภาพ (14 วันที่ผ่านมา)		
ดีมาก	267	34.10
ดี	479	61.17
ค่อนข้างดี	32	4.09
ค่อนข้างไม่ดี	5	0.64
ความเชื่อมั่นในระบบบริการสุขภาพต่อการตอบสนองต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019		
มั่นใจมาก	7	0.89
มั่นใจ	19	2.43
ไม่ค่อยมั่นใจ	405	51.72
ไม่มั่นใจเลย	352	44.96
ความเชื่อมั่นในวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ที่จะฉีดให้ประชาชนไทย		
มั่นใจมาก	215	27.46
มั่นใจ	510	65.13
ไม่ค่อยมั่นใจ	51	6.52
ไม่มั่นใจเลย	7	0.89

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.84) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ และทักษะความรู้ ความเข้าใจ อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 79.95 และ 84.04 ตามลำดับ และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 87.10 ดังตารางที่ 2

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของประชาชนพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ ระดับการศึกษา ประมาณการรายได้ ครอบครัวที่หายไปในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 และอาชีพหลัก ($R^2 = 0.109$, $R^2_{adj} = 0.093$,

$p\text{-value} < 0.001$) โดยตัวแปรเหล่านี้ร่วมกันทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 ได้ ร้อยละ 10.9 สามารถเขียนสมการได้ ดังนี้ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 = $73.467 + 3.239$ (การศึกษาระดับปวช./ปวส./อนุปริญญา หรือเทียบเท่า) $- 1.578$ (การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า) $+ 1.646$ (รายได้ครอบครัวที่หายไปในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป) $+ 3.997$ (อาชีพใช้แรง/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้างทั่วไป) $+ 5.639$ (อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว) $+ 5.740$ (อาชีพพนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน) $+ 7.028$ (อาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ) $+ 5.459$ (อาชีพนักเรียน/นักศึกษา) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของประชาชนพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชาจำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 (n = 783)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกัน และควบคุมโรคโควิด-19	มาก จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ	626 (79.95)	130 (16.60)	27 (3.45)
ทักษะความรู้ ความเข้าใจ	658 (84.04)	89 (11.36)	36 (4.60)
ทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง	101 (12.90)	682 (87.10)	0 (0.00)
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	264 (33.72)	492 (62.84)	27 (3.45)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ถดถอยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของประชาชนพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา (n = 783)

ตัวแปร	b	S.E	β	t	p-value
การศึกษาระดับปวช./ปวส./อนุปริญญาหรือเทียบเท่า	3.239	0.912	0.131	3.55	<0.001
การศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า	-1.578	2.005	-0.030	-0.79	0.431
รายได้ครอบครัวที่หายไปในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป	1.646	0.828	0.070	1.99	0.047
อาชีพใช้แรง/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้างทั่วไป	3.997	1.958	0.173	2.04	0.042
อาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	5.639	2.166	0.167	2.60	0.009
อาชีพพนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน	5.740	2.047	0.220	2.80	0.005
อาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ	7.028	2.886	0.119	2.43	0.015
อาชีพนักเรียน/นักศึกษา	5.459	2.876	0.085	1.90	0.058

Constant = 73.467, $R^2 = 0.109$, $R^2_{adj} = 0.093$, $p\text{-value} < 0.001$

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาครั้งนี้ พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 62.84) ซึ่งถือว่าเป็นระดับที่ยอมรับได้และสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561 - 2580) และแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564)⁽¹³⁾ ได้มุ่งเน้นการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน หากพิจารณารายด้าน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ความเข้าใจและสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพในระดับดีมาก ทั้งนี้อาจเนื่องจากปัจจัยด้านการสื่อสารที่อาศัยสื่อโซเชียลมีเดียต่างๆ จากหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ที่มีความสะดวก รวดเร็ว และไม่เสียค่าใช้จ่าย ทำให้ประชาชนรับข่าวสารเกี่ยวกับโรคโควิด-19 ตลอดจนมาตรการณรงค์ป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ส่งผลทำให้ประชาชนตระหนักถึงความสำคัญในการดูแลป้องกันตนเองจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 มากขึ้น^(7, 14) ซึ่งแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคโควิด-19 มีอยู่หลายแพลตฟอร์ม (platforms) เช่น Line Facebook Instagram โทรศัพท์วิทยุ ป้ายประชาสัมพันธ์ และแผ่นพับรณรงค์ เป็นต้น ที่เหมาะสมกับกลุ่มวัยต่าง ๆ⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ นอกจากนี้ หน่วยงานภาครัฐ ยังจัดทำช่องทางพิเศษสำหรับติดตามกลุ่มเสี่ยงและผู้ป่วย ได้แก่ แอปพลิเคชันไทยชนะ หรือหมอพร้อม เพื่อใช้ข้อมูลดังกล่าวในการประเมินความรุนแรงของการแพร่กระจายเชื้อโควิด-19 มีการรายงานแบบ real-time พร้อมส่งต่อข้อมูลให้กับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่เพื่อติดตามผู้ป่วยหรือกลุ่มเสี่ยงในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม เนื่องจากแหล่งข้อมูลที่เป็นสื่อสังคมออนไลน์มีมากมายในปัจจุบัน ซึ่งแหล่งข้อมูลเหล่านี้มีความน่าเชื่อถือ ความถูกต้องของข้อมูลที่แตกต่างกัน อันเนื่องมาจากแหล่งที่สื่อได้รับข้อมูลมา บุคคลที่ให้ข้อมูลการส่งต่อข้อมูลจากหลายแหล่ง ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลทำให้เกิดความคลาดเคลื่อนของข้อมูลได้ อาจทำให้เกิดความเข้าใจผิดในข้อมูลที่ได้รับมา ส่งผลต่อพฤติกรรมและทัศนคติของประชาชนได้⁽¹⁸⁾

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ได้แก่ ระดับการศึกษา พบว่า

ในกลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูง จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับดี จะเป็นผู้ที่มีความสามารถอ่านออกเขียนได้ และมีความคิดไตร่ตรองกับเหตุการณ์รอบตัว⁽⁶⁾ นอกจากนั้น ปัจจัยด้านรายได้ครอบคลุมที่หายไปในช่วงการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ยังมีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ทั้งนี้ มีรายงานว่าประชากรที่มีรายได้ต่ำ ส่วนใหญ่จะขาดโอกาสในการศึกษาหรือศึกษาในระดับที่ไม่สูง ซึ่งส่งผลต่อความรอบรู้เกี่ยวกับสิ่งต่างๆ รอบตัว รวมถึงข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เช่นกัน⁽¹⁹⁻²¹⁾ เป็นที่น่าสังเกตว่า ประชาชนที่มีรายได้ต่ำ มักอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ห่างไกลจากชุมชนเมือง (rural areas) และมีระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำเช่นกัน เนื่องจากการอาศัยอยู่ห่างจากชุมชนเมือง ย่อมส่งผลต่อการเข้าถึงความรู้ ข้อมูล ข่าวสารต่าง ๆ ถึงปัจจุบันมีการใช้สื่อโซเชียลค่อนข้างมาก อย่างไรก็ตาม ในบางสถานการณ์การอาศัยเพียงสื่อโซเชียลอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอในการบริหารจัดการเหตุการณ์นั้น ๆ โดยเฉพาะกรณีที่มีการระบาดของโรคอุบัติใหม่ เช่น โรคโควิด-19⁽²²⁾ ปัจจัยด้านอาชีพเป็นอีกตัวแปรที่ส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 กล่าวคือ อาชีพแต่ละอาชีพมีความเสี่ยงในการสัมผัสกับเชื้อโควิด-19 ที่แตกต่างกัน ถึงแม้คนส่วนใหญ่จะมีความเข้าใจในเรื่องโรคโควิด-19 มากขึ้นกว่าในช่วงการระบาดระยะแรกก็ตาม หากคนเหล่านั้นประกอบอาชีพที่ยังเสี่ยงต่อการสัมผัสใกล้ชิดกับกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยโรคโควิด-19 ย่อมเพิ่มโอกาสเสี่ยงในการรับเชื้อโควิด-19 และเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อไปยังคนอื่น ๆ ที่อยู่รอบข้าง⁽²³⁾ ตัวอย่างเช่น อาชีพใช้แรงงาน ชาวไร่ ชาวนา ชาวสวน รับจ้างทั่วไป ลูกจ้าง พนักงานโรงงานและข้าราชการ คนกลุ่มนี้ทำงานร่วมกับคนหมู่มาก โอกาสในการสัมผัสกับเชื้อโควิด-19 ย่อมสูง หรือแม้แต่บุคลากรการแพทย์ที่มีความรู้ ทักษะในการป้องกันตนเองเพื่อลดความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อ ก็ยังมีความเสี่ยงในการรับเชื้อโควิด-19 จากการปฏิบัติงานเช่นกัน เนื่องจากอาชีพดังกล่าวต้องใกล้ชิดกับผู้ป่วย

ในสถานพยาบาลตลอดเวลา ส่งผลทำให้มีโอกาที่จะไปรับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกายตนเอง และอาจแพร่กระจายไปยังคนใกล้ชิดได้เช่นกัน⁽²⁴⁾ จะเห็นได้ว่าอาชีพในกลุ่มคนที่มีการศึกษาน้อยกว่ามัธยมศึกษา เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน รับจ้างทั่วไป กลุ่มคนนี้มีแนวโน้มที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 อยู่ในระดับต่ำเช่นกัน⁽²⁵⁾ และหากอาชีพดังกล่าวไม่สามารถหลีกเลี่ยงโอกาสสัมผัสหรือใกล้ชิดกับคนรอบข้าง โอกาสที่คนกลุ่มนี้จะสัมผัสเชื้อและทำให้การแพร่กระจายของโรคเกิดอย่างรวดเร็วและรุนแรง ซึ่งในช่วงที่มีการระบาดของโรคโควิด-19 พบว่า มาตรการที่นำออกมาใช้เพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคคือ การทำงานที่บ้าน (work from home) และการเว้นระยะห่างระหว่างกัน (social distance) โดยประชาชนที่ต้องออกเดินทางไปทำงานนอกบ้าน อาศัยรถประจำทาง รวมทั้งทำงานในพื้นที่ปิดและแคบ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการแพร่เชื้อ ดังนั้น ความรอบรู้ในมาตรการดังกล่าวเป็นสิ่งสำคัญที่ประชาชนต้องเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติตามมาตรการอย่างเคร่งครัด อย่างไรก็ตาม มาตรการที่ภาครัฐนำมาใช้ย่อมส่งผลกระทบกับอาชีพต่างๆ มากมาย เกิดภาวะเศรษฐกิจชะงักและปัญหาทางสังคมตามมาอีกหลายประการอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้⁽²⁶⁾

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. ควรมีนโยบายหรือกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของประชาชนพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา ให้สอดคล้องและเหมาะสมกับอาชีพ
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สาธารณสุขจังหวัด ควรจัดรูปแบบการสื่อสารความเสี่ยงด้านสุขภาพผ่านช่องทางต่างๆ ที่เหมาะสมและสอดคล้องกับการศึกษา และรายได้ของประชาชน เพื่อให้เกิดการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรค ทั้งโรคอุบัติซ้ำและอุบัติใหม่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

นำผลจากการศึกษาไปพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ของประชาชนพื้นที่ชายแดนไทย-ลาว-กัมพูชา โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการศึกษาระดับปวช./ปวส./อนุปริญญาหรือเทียบเท่า ผู้ที่รายได้ครอบครัวที่หายไปในช่วงการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโควิด 2019 ตั้งแต่ 10,000 บาทขึ้นไป ผู้ที่ประกอบอาชีพใช้แรง/ทำไร่/ทำนา/ทำสวน/รับจ้างทั่วไป ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว พนักงานโรงงาน/บริษัทเอกชน และรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/พนักงานราชการ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรคที่เหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณประชาชนในเขตพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลการวิจัย จนทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี นอกจากนี้ ขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) ที่สนับสนุนงบประมาณงานวิจัยในครั้งนี้ สุดท้ายขอขอบพระคุณวิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุขมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ที่ให้การสนับสนุนด้านกำลังคนเวลา ให้กับทีมวิจัยได้ดำเนินงานวิจัยจนสำเร็จตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

เอกสารอ้างอิง

1. Ministry of Public Health (TH), Department of Disease Control. Report on the results of reviewing the COVID-19 situation and preventive, control measures at the global and Thailand. Nonthaburi: Epidemiology Division and Non-communicable Disease Division, Department of Disease Control; 2021. (in Thai)
2. World Health Organization (WHO). Coronavirus disease (COVID-19). [Internet] 2022 [cited 2022 January 31]. Available from: https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200201-sitrep-12-ncov.pdf?sfvrsn=273c5d35_2.

3. Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office. Situation of the outbreak of coronavirus disease 2019 (COVID-19) in Ubon Ratchathani Province 2021. Ubon Ratchathani Provincial Public Health Office; 2022. (in Thai)
4. Ministry of Public Health (TH), Department of Disease Control. Report on the situation of coronavirus disease 2019. [Internet] 2022 [cited 2023 August 20]. Available from: <https://data.go.th/dataset/covid-19-daily/1>. (in Thai)
5. Ministry of Public Health (TH), Department of Disease Control. Guidelines for prevention of coronavirus disease 2019 (COVID-19) for the general population and at-risk groups. [Internet] 2021 [cited 2022 December 20]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/>. (in Thai)
6. Thanasukan C, Neelapaijit N, Amyong N. Final report on the health literacy survey project regarding understanding of diseases, behave and receive the COVID-19 vaccine among people with diabetes, elderly, and visually impaired. Bangkok: Health Systems Research Institute; 2021. (in Thai)
7. Roma W, Kloyiam S. The Thai health literacy survey (THL-S) of Thais aged 15 years and above. Health Systems Research Institute (HSRI). 2019. (in Thai)
8. Sørensen K & Brand H. Health literacy lost in translations: introducing the European Health Literacy Glossary. Health Promotion International; 2013.
9. Matsee C, Waratwichit C. Promotion of health literacy: From concept to practice. Boromarajonani College of Nursing, Uttaradit Journal 2017; 9(6): 96-111.
10. Cohen J. Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
11. Yaowakul D, Abdullakasim P, Maharachpong N. Health literacy on coronavirus disease 2019 prevention behaviors of village health volunteers in region 6 health provider. Research and Development Health System Journal 2020; 15(1): 257- 71. (in Thai)
12. Best JW. Research in education. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc; 1997.
13. Public Health Development Planning Committee, Ministry of Public Health. Public health development plan: According to the national economic and social development plan No. 12 (2017-2021). Bangkok: War Veterans Organization Printing House; 2016. (in Thai)
14. Wang C, Cheng Z, Yue X, McAleer M. Risk management of COVID-19 by Universities in China. j. risk financial manag 2020; 13(2): 36.
15. Okan O, Bollweg T, Berens E, Hurrelmann K, Bauer U, Schaeffer D. Coronavirus-related health literacy: A cross-sectional study in adults during the COVID-19 infodemic in Germany. Int J Environ Res 2020; 17(15): 5503.
16. Electronic Transactions Development Agency. Internet use in Thailand. [Internet] 2020 [cited 2022 December 16]. Available from: <https://www.etda.or.th/th/newsevents/prnews/ETDA-released-IUB-2020.aspx>. (in Thai)
17. Sarasalin K. Political participation in the epidemic situation Covid-19 of the generation Y. The Master of arts thesis, Department of Communication Arts and Innovation. National Institute of Development Administration; 2020. (in Thai)
18. Glomjai T, Kaewjiboon J, Chachvarat T. Knowledge and behavior of people regarding self-care prevention from Novel Coronavirus 2019 (COVID-19). Journal of Nursing, Public Health, and Education 2020; 21(2): 29-39. (in Thai)

19. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*; 2000; 15(3): 259-67
20. Ishikawa H, Kato M, Kiuchi T. Declines in health literacy and health related quality of life during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study of the Japanese general population. *BMC Public Health* 2021; 21:2180.
21. Jaber RM, Mafrachi B, Al-Ani A, Shkara M. Awareness and perception of COVID-19 among the General Population: A Middle Eastern Survey. *PLoS ONE* 2021;16: e0250461. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0250461>
22. Greer ML, Sample S, Jensen HK, McBain S, Lipschitz R, Sexton KW. COVID-19 Is connected with lower health literacy in rural areas. *Stud Health Technol Inform* 2021; 28: 804–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34042689/>
23. Khampeera A, Lirtmunlikaporn S, Unahalekhaka A. Factors related to practices of village health Volunteers in preventing pulmonary tuberculosis transmission in community. *Nursing Journal* 2021; 48(1): 174-86. (in Thai)
24. Juttuporn A. Risk assessment and management of health care workers with exposure to patients with COVID-19 virus. *Burapha Journal of Medicine* 2020; 7(1): 127-33. (in Thai)
25. Hengboriboon P, Jaidee P, Jaidee W, Suwanjaroen J. Health literacy on Cambodian Workers in Chonburi Province. *The Southern College Network Journal of Nursing and Public Health* 2018; 5(2): 86-101. (in Thai)
26. Pravanlunchagron M. Impact on the Socio-Economic Dimensions Caused by Issuance the Measures of the Administration to Prevent the Pandemic of the Coronavirus Disease 2019. *Research and Development Journal, Loei Rajabhat University* 2022; 17(62): 2-10.



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index>

ผลลัพธ์การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดทางด้านหลังอย่างเดียวนในผู้ป่วยวัณโรคกระดูกสันหลัง ที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากเส้นประสาทถูกกดทับ

Surgical Outcomes of Single Posterior Approach for Spinal Tuberculosis with Neurological Deficits

ปรเมษฐ์ ชัยวิรัตน์*, อรรถพล วันดี, สถาพร เหลืองอร่าม

Poramed Chaivirattana*, Uthapon Wandee, Sataporn Luangaram

โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

Pranangklae Hospital

Received: November 10, 2023 Revised: February 7, 2024 Accepted: March 7, 2024

บทคัดย่อ

กระดูกสันหลังเป็นตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดในวัณโรคกระดูก การใช้ยาด้านวัณโรคเป็นวิธีการรักษาหลักสำหรับโรควัณโรคกระดูกสันหลัง อย่างไรก็ตามยังมีความไม่ชัดเจนของผลการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดในผู้ป่วยวัณโรคกระดูกสันหลัง งานวิจัยนี้ศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง (retrospective study) ของผู้ป่วยวัณโรคกระดูกสันหลังที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากเส้นประสาทถูกกดทับที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ช่วงปี 2559 - 2565 มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลลัพธ์การรักษาด้วยการผ่าตัดด้วยวิธีทางด้านหลังอย่างเดียวนของผู้ป่วยวัณโรคกระดูกสันหลัง พบว่ามีผู้ป่วยทั้งหมด 10 รายที่ติดตามอาการเป็นเวลา 1 ปีหลังผ่าตัด อายุเฉลี่ย 62.1 ปี ส่วนใหญ่มีตำแหน่งของโรคอยู่บริเวณกระดูกสันหลังส่วนอก ก่อนผ่าตัดพบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง Frankel A 1 ราย, Frankel B 4 ราย และ Frankel C 5 ราย ผลการศึกษาหลังจากผ่าตัด พบว่าระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 167.2 นาที ปริมาณการเสียเลือดระหว่างผ่าตัดเฉลี่ย 883.3 มิลลิลิตร ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากเส้นประสาทถูกกดทับหลังผ่าตัด 3 เดือน พบว่ามีผู้ป่วยที่ฟื้นฟูก่อนผ่าตัดดีกว่าก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$) โดยผู้ป่วยหลังผ่าตัด 12 เดือน พบว่ามีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง Frankel D 6 ราย และ Frankel E 4 ราย การรักษาผู้ป่วยวัณโรคกระดูกสันหลังด้วยวิธีผ่าตัดทางด้านหลังอย่างเดียวนเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ สามารถทำให้การฟื้นฟูก่อนผ่าตัดเร็วขึ้น

คำสำคัญ: การผ่าตัด, การผ่าตัดทางด้านหลัง, ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรง, ผลลัพธ์การรักษา, วัณโรคกระดูกสันหลัง

Abstract

The spine is the most common site for skeletal involvement in tuberculosis (TB). Antitubercular drugs are the mainstay of treatment for spinal TB. Due to controversies surrounding the outcomes of surgical treatment, we conducted a retrospective study aimed at determining clinical and radiographic outcomes in patients with spinal TB and neurological deficits who underwent surgical treatment with a single posterior approach. Data were collected from patients treated for spinal TB at Pranangkla Hospital from 2016 to 2022. Ten patients underwent surgical treatment with a 12-month follow-up. The average age was 62.1 years. The most common location was the thoracic spine. Before surgery, one patient was classified as Frankel A, four patients as Frankel B, and five patients as Frankel C. The mean operative time was 167.2 minutes, and blood loss was 883.3 ml. The neurological outcome at 3 months postoperatively was significantly improved compared to the preoperative state ($p = 0.03$). At the last follow-up, six patients were classified as Frankel D, and four patients were classified as Frankel E. The posterior approach to the spine with decompression and fixation provides good neurological results for patients with spinal tuberculosis.

Keywords: Surgery, Posterior approach, Neurological deficit, Surgical outcome, Spinal tuberculosis

บทนำ

กระดูกสันหลังเป็นตำแหน่งที่พบบ่อยที่สุดในวัณโรคกระดูก คิดเป็นปริมาณเกือบครึ่งของผู้ป่วยวัณโรคกระดูก⁽¹⁾ ถือว่าเป็นรูปแบบที่รุนแรงของโรควัณโรคกระดูกนอกปอด และสามารถทำให้เกิดภาวะที่ร้ายแรงได้ถ้าไม่ได้รับการรักษา⁽²⁾ วัณโรคกระดูกสันหลังพบบ่อยที่สุดบริเวณตำแหน่งระหว่างกระดูกสันหลังส่วนอกและส่วนเอว แม้ว่าสามารถพบได้ในกระดูกสันหลังส่วนอื่น ๆ เช่นกัน⁽³⁾ ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทเป็นภาวะแทรกซ้อนที่ทำให้เกิดภาวะพิการได้บ่อยที่สุด ซึ่งมีอุบัติการณ์ 10 - 43 % ตามแต่ละผลงานวิจัย⁽⁴⁾

การใช้ยาต้านวัณโรคเป็นวิธีการรักษาหลักสำหรับโรควัณโรคกระดูกสันหลังในกรณีที่ไม่มีภาวะกระดูกสันหลังผิดรูป หรือภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากเส้นประสาทถูกกดทับ และผลการรักษาจากการใช้ยาต้านวัณโรคทำให้เกิดกระดูกสมานได้ถึง 80 %⁽⁵⁾ ข้อบ่งชี้ในการผ่าตัดสำหรับผู้ป่วยวัณโรคกระดูกสันหลังได้แก่ ภาวะกระดูกสันหลังผิดรูปรุนแรง ภาวะกระดูกสันหลังไม่มั่นคง ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงรุนแรงจากเส้นประสาทถูกกดทับโดยกระดูกสันหลังส่วนที่ติดเชื้อหรือหนอง ภาวะหนองขนาดใหญ่บริเวณข้างกระดูกสันหลังหรือหนองบริเวณนอกเยื่อหุ้มเส้นประสาทที่ไม่ตอบสนองต่อการต้านวัณโรค⁽⁶⁻⁸⁾

การรักษาด้วยผ่าตัดสามารถช่วยให้อาการกล้ามเนื้อกลับมาแข็งแรงขึ้นและลดภาวะทุพพลภาพ ปัจจุบันการเลือกชนิดการผ่าตัดจากทางด้านหน้า ด้านหลังหรือทั้งหน้า

และหลังสำหรับผู้ป่วยวัณโรคกระดูกสันหลังบริเวณหน้าอกต่อเอวยังไม่มีข้อสรุปที่ชัดเจน โดยเป้าหมายในการผ่าตัดคือ นำส่วนกดทับเส้นประสาทออกให้เพียงพอ ตัดเนื้อเยื่อที่ติดเชื้อหรือเนื้อเยื่อที่ตายออก เสริมสร้างความมั่นคงให้กระดูกสันหลัง แก้ไขและป้องกันภาวะกระดูกสันหลังผิดรูป⁽⁹⁻¹⁰⁾

การรักษาผู้ป่วยวัณโรคกระดูกสันหลังด้วยวิธีผ่าตัดได้รับการพิสูจน์ว่ามีประสิทธิภาพ⁽¹²⁻¹⁴⁾ และบางผลงานวิจัยแสดงให้เห็นว่าการผ่าตัดเป็นปัจจัยสนับสนุนต่อพยากรณ์ของผู้ป่วยวัณโรคกระดูกสันหลัง⁽¹⁵⁻¹⁶⁾ และบางผลงานวิจัยสนับสนุนการผ่าตัดขนาดใหญ่สำหรับผู้ป่วยวัณโรคกระดูก⁽¹⁷⁾ อย่างไรก็ตามบางผลงานวิจัยรายงานว่า การรักษาด้วยวิธีผ่าตัดหรือรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัดให้ผลลัพธ์การรักษาที่ไม่แตกต่างกัน⁽¹⁸⁾ ดังนั้นอาจจะแปลความได้ว่า การผ่าตัดไม่ได้จำเป็นสำหรับทุกกรณี^(11,16,19)

จากการศึกษาของ D'souza AR⁽²⁸⁾, Zhang H⁽²⁹⁾ และ Jain A⁽³⁰⁾ พบว่าการผ่าตัดด้านหลังอย่างเดียวในผู้ป่วยวัณโรคกระดูกสันหลังในตำแหน่งอกและเอวเป็นการรักษาที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย สามารถลดอาการปวดหลัง ช่วยฟื้นฟูภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากเส้นประสาทถูกกดทับ และป้องกันภาวะกระดูกสันหลังผิดรูปได้

เนื่องจากความไม่ชัดเจนของผลการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดในผู้ป่วยวัณโรคกระดูกสันหลัง จึงได้ดำเนินการวิจัยศึกษาข้อมูลย้อนหลังเพื่อเป้าหมายในการประเมินผลลัพธ์

ทางด้านคลินิกและทางด้านภาพถ่ายรังสีในผู้ป่วยวัณโรคกระดูกสันหลังที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากเส้นประสาทกดทับที่รักษาโดยการผ่าตัดด้วยวิธีทางด้านหลังอย่างเดียว

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลลัพธ์การรักษาด้วยการผ่าตัดด้วยวิธีทางด้านหลังอย่างเดียวของผู้ป่วยวัณโรคกระดูกสันหลัง ทางด้านภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากเส้นประสาทถูกกดทับเปรียบเทียบก่อนและหลังการผ่าตัด ที่รักษาในโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
2. เพื่อประเมินการผิดรูปของกระดูกสันหลังด้วยภาพถ่ายรังสีเปรียบเทียบก่อนและหลังผ่าตัด
3. เพื่อประเมินข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัด ได้แก่ ปริมาณการเสียเลือดขณะผ่าตัด ระยะเวลาการผ่าตัด ระยะเวลาอนโรยพยาบาล
4. เพื่อประเมินภาวะแทรกซ้อนจากการผ่าตัด

วัสดุและวิธีการศึกษา

วิธีการศึกษาแบบ retrospective study ใช้ข้อมูลจากเวชระเบียนของผู้ป่วยวัณโรคกระดูกสันหลัง ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 - 2565 โดยต้องผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าในการศึกษา

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าโครงการวิจัย (Inclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยวัณโรคกระดูกสันหลังที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากเส้นประสาทถูกกดทับ ตั้งแต่ Frankel Grade Classification A, B, C⁽²⁰⁾ ที่ได้รับการรักษาด้วยวิธีผ่าตัดทางด้านหลังอย่างเดียว ด้วยวิธี Posterior Spinal Decompression and Posterolateral Fusion with Instrumentation โดยแพทย์คนเดียว (ปรเมษฐ์ ชัยวิรัตน์)
2. ได้รับการวินิจฉัยวัณโรคกระดูกสันหลังด้วยการตรวจข้อม AFB, ตรวจ PCR for TB หรือผลตรวจทางพยาธิวิทยา (พบว่า necrotizing granulomatous inflammation) อย่างใดอย่างหนึ่ง
3. ติดตามการรักษาอย่างน้อย 12 เดือน
4. ได้รับยาต้านวัณโรคอย่างน้อย 9 เดือน

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครออกจากโครงการวิจัย

(Exclusion Criteria)

1. ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสันหลังตำแหน่งที่ติดเชื้อหรือข้างเคียงตำแหน่งติดเชื้อมาก่อน
2. บันทึกข้อมูลในเวชระเบียนไม่ครบถ้วน
3. เสียชีวิตระหว่างติดตามการรักษา

การประเมินผู้ป่วยก่อนผ่าตัด ผู้ป่วยทุกคนจะได้รับการตรวจโดยเครื่องสนามแม่เหล็กบริเวณกระดูกสันหลังร่วมกับการฉีดสี (MRI spine with gadolinium) เพื่อประเมินตำแหน่งของวัณโรคกระดูกสันหลัง หนองบริเวณรอบข้างกระดูกสันหลังหรือบริเวณเส้นประสาทไขสันหลัง การกดทับเส้นประสาทไขสันหลัง ในขั้นตอนการผ่าตัดผู้ป่วยทุกคนได้รับการผ่าตัดโดยแพทย์คนเดียว (ปรเมษฐ์ ชัยวิรัตน์) โดยการผ่าตัดคำนึงถึงตำแหน่งของวัณโรคกระดูกสันหลังและตำแหน่งที่เส้นประสาทถูกกดทับ ผู้ป่วยทุกคนได้รับผ่าตัดโดยวิธีเข้าทางด้านหลังอย่างเดียว ใส่เหล็กตำแหน่ง pedicle สูงและต่ำต่อตำแหน่งวัณโรคอย่างละ 2 ระดับ เพื่อให้กระดูกสันหลังมีความมั่นคง ผ่าตัด laminectomy และเอากระดูกสันหลังส่วนที่กดทับเส้นประสาทออกให้เพียงพอ และทำการเชื่อมกระดูกส่วนหลัง (posterolateral fusion) ด้วยกระดูกส่วนที่ตัดออกมา (local bone graft) โดยเลือกส่วนที่คุณภาพกระดูกดีและไม่เป็นส่วนของที่ติดเชื้อสำหรับการเชื่อมกระดูก แสดงในรูปภาพที่ 1

การดูแลหลังผ่าตัด ผู้ป่วยทุกคนได้รับยาต้านวัณโรคประกอบด้วย Isoniazid (5mg/kg/day), Rifampicin (10mg/kg/day), Pyrazinamide (25mg/kg/day), Ethambutol (15mg/kg/day) ต่อเนื่องเป็นเวลา 2 เดือน หลังจากนั้น จะได้รับ Isoniazid และ Rifampicin ต่อเนื่องอย่างน้อย 7 เดือน ในกรณีที่ตรวจพบว่าเป็นเชื้อดื้อยาหรือมีอาการแพ้ยาหรือผลข้างเคียงของยาวัณโรคจะมีการปรับสูตรยาตามความเห็นของแพทย์อายุรกรรมโรคติดเชื้อ

การเก็บข้อมูลและการจัดการข้อมูล

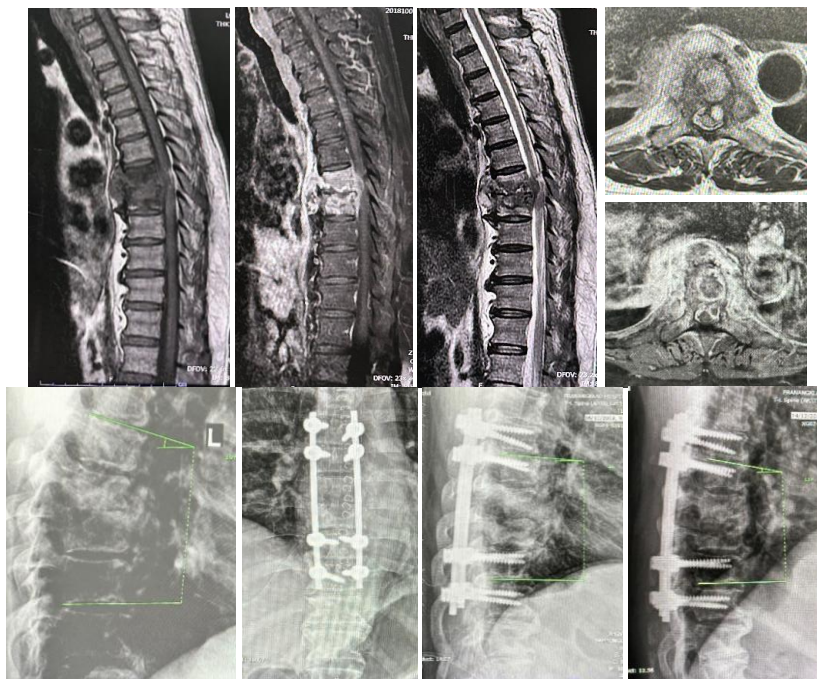
เก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วย ได้แก่ อายุ เพศ โรคประจำตัว ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ (สัปดาห์) ระยะเวลาที่มีอาการอ่อนแรงกล้ามเนื้อ (สัปดาห์) เกณฑ์การวินิจฉัย

วันโรคกระดูกสันหลัง นอกจากนี้ได้ตรวจเอกซเรย์กระดูกสันหลัง เพื่อประเมินภาวะผิดรูปหรือกระดูกสันหลังโก่งงอ (kyphosis) ด้วย

ในการประเมินภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากเส้นประสาทถูกกดทับของผู้ป่วย ใช้ Frankel grade classification โดยประเมินความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและการรับรู้ความรู้สึก โดยแบ่งเป็น A ถึง E มีรายละเอียดคือ A : complete motor and sensory loss below the lesion, B : no motor function but some sensation preserved, C : residual motor function but no practical use, D : useful motor function below the lesion, E : normal motor and sensory function โดยจะแบ่งกลุ่มในการประเมินเป็นกลุ่ม Disability ประกอบด้วย Frankle A - C เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีกล้ามเนื้ออ่อนแรงแรงมากและจำเป็นต้องการความช่วยเหลือในการใช้ชีวิตประจำวัน และ กลุ่ม Non-disability (useful motor function) ประกอบด้วย Frankel D - E⁽²⁰⁾ เป็นกลุ่มที่มีกล้ามเนื้อแข็งแรงพอที่จะใช้ชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเองในช่วงระหว่างผ่าตัดและหลังผ่าตัดมีการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาการผ่าตัด ปริมาณการเสียเลือด

อัตราการให้เลือด ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (length of hospital stay) ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ และมีการติดตามอาการกล้ามเนื้ออ่อนแรงในช่วง 3, 6, และ 12 เดือนหลังผ่าตัด นอกจากนี้มีการเอกซเรย์กระดูกสันหลังเพื่อประเมินภาวะผิดรูปหรือโก่งงอของกระดูกสันหลังเปรียบเทียบกับก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด 1 วันและหลังผ่าตัด 12 เดือน แสดงในรูปภาพที่ 1 การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ใช้ โปรแกรม IBM SPSS Statistics STANDARD AUTHORIZED USER License v 29 ในตัวแปรต่อเนื่องคำนวณหาค่าเฉลี่ย (mean) และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) ส่วนตัวแปรแบบกลุ่มคำนวณหาความถี่และเปอร์เซ็นต์ ในการคำนวณหาความแตกต่างของกล้ามเนื้ออ่อนแรงระหว่างก่อนผ่าตัดและหลังผ่าตัด ใช้ Pearson's Chi-Squared test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ $p\text{-value} < 0.05$

งานวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการวิจัยของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เลขอนุมัติ EC37/2566 วันที่รับรอง 10 กรกฎาคม 2566



รูปที่ 1 (บน) MRI thoracic spine ก่อนผ่าตัด แสดงกระดูกสันหลังและหมอนรองกระดูกสันหลังส่วน T7-8 ถูกทำลายร่วมกับมีหนองบริเวณ epidural และ paravertebral (ล่าง) ภาพเอกซเรย์ก่อนและหลังผ่าตัด พบว่า มุม kyphosis 19° ก่อนผ่าตัด หลังผ่าตัด ลดเหลือ 4°

ผลการศึกษา

พบว่า ผู้ป่วยวัณโรคกระดูกสันหลัง 10 รายที่ผ่านเกณฑ์การคัดเลือกเข้าในการศึกษาและไม่มีเกณฑ์คัดออก อายุเฉลี่ย 62.1 ปี เพศชายร้อยละ 90 ตำแหน่งของโรค อยู่บริเวณกระดูกสันหลังส่วนออกร้อยละ 80 ส่วนอกต่อเอว ร้อยละ 10 และส่วนเอวร้อยละ 10

ข้อมูลการเจ็บป่วย พบว่าเริ่มมีอาการเฉลี่ย 9 สัปดาห์ เริ่มมีอาการอ่อนแรงกล้ามเนื้อเฉลี่ย 4 สัปดาห์ เกณฑ์การวินิจฉัยส่วนใหญ่วินิจฉัยด้วยวิธีทางพยาธิวิทยา ร้อยละ 80 ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากเส้นประสาทกดทับ ก่อนผ่าตัด โดยใช้ Frankel grade classification พบว่า grade A ร้อยละ 10, grade B ร้อยละ 40 และ grade C ร้อยละ 50 ส่วนอัตราการมีโรคประจำตัวร้อยละ 50 ประกอบด้วย

โรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 30 โรคเบาหวานร้อยละ 30 และโรคไตวายเรื้อรังร้อยละ 30 แสดงในตารางที่ 1

ผลการศึกษาหลังจากผ่าตัด พบว่าระยะเวลาผ่าตัดเฉลี่ย 167.2 นาที ปริมาณการเสียเลือดระหว่างผ่าตัดเฉลี่ย 883.3 มิลลิลิตร ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลเฉลี่ย 45.3 วัน ระยะเวลาอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดเฉลี่ย 34.5 วัน การโค้งงอของกระดูกสันหลังตำแหน่งโรค (segmental kyphosis) ก่อนผ่าตัดเฉลี่ย 11.7 องศา หลังผ่าตัดเฉลี่ย 5.4 องศา และหลังผ่าตัด 12 เดือนเฉลี่ย 8.0 องศา โดยมีการสูญเสียมุมที่แก้ไขเฉลี่ย 2.6 องศา ส่วนเรื่องภาวะแทรกซ้อน มีอัตราการเกิดร้อยละ 90 ภาวะที่พบ เช่น ภาวะซีดจากการเสียเลือกร้อยละ 70 ภาวะแผลผ่าตัดเชื้อทั้งบริเวณผิวและบริเวณลึกรวมร้อยละ 40 การต้องใช้เครื่องช่วยหายใจ หลังผ่าตัดร้อยละ 30 เป็นต้น แสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย

	จำนวนผู้ป่วย (10)
อายุ	62.1±10.9
เพศ	
ชาย	9 (90)
หญิง	1 (10)
ตำแหน่งของโรค	
T spine	8 (80)
T-L spine (T12-L1)	1 (10)
L spine	1 (10)
ระยะเวลาที่เริ่มมีอาการ (สัปดาห์)	9 (2-20)
ระยะเวลาที่มีอาการอ่อนแรงกล้ามเนื้อ (สัปดาห์)	4 (1-12)
เกณฑ์การวินิจฉัยวัณโรคกระดูกสันหลัง	
AFB strain	3 (30)
PCR for tuberculosis	2 (20)
Culture for tuberculosis	6 (60)
พยาธิวิทยา	8 (80)
ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากเส้นประสาทถูกกดทับ ก่อนผ่าตัด	
Frankel grade classification	
A : complete motor and sensory loss below the lesion	1 (10)
B : no motor function but some sensation preserved	4 (40)
C : residual motor function but no practical use	5 (50)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย (ต่อ)

	จำนวนผู้ป่วย (10)
C : residual motor function but no practical use	5 (50)
D : useful motor function below the lesion	0
E : normal motor and sensory function	0
อัตราการมีโรคประจำตัว	5 (50)
โรคประจำตัว	
Hypertension	3 (30)
Diabetes	3 (30)
Chronic kidney disease	3 (30)
Gout	1 (10)
Parkinson's disease	1 (10)

ค่าปริมาณ แสดงถึง ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, จำนวน (%)

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาหลังจากผ่าตัด

	จำนวนผู้ป่วย (10)
ระยะเวลาการผ่าตัด (นาที)	167.2±28.1
ปริมาณการเสียเลือดระหว่างผ่าตัด (มิลลิลิตร)	883.3±590.5
ระยะการนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัด (วัน)	34.5±20.7
ระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล (วัน)	45.3±21.0
การโก่งงอของกระดูกสันหลังตำแหน่งโรค : Segmental kyphosis (°)	
ก่อนผ่าตัด	11.7±11.4
หลังผ่าตัด 1 วัน	5.4±6.1
หลังผ่าตัด 12 เดือน	8.0±9.0
การสูญเสียมุมที่แก้ไข	2.6±4.9
อัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน	9 (90)
ภาวะแทรกซ้อน	
Anemia from blood loss	7 (70)
Surgical site infection	
Superficial	3 (30)
Deep	1 (10)
Postoperative mechanical ventilation	3 (30)
Urinary tract infection	2 (20)
Hospital acquired pneumonia	1 (10)
Infected bedsore	2 (20)
Drug induced hepatitis	1 (10)
Hypovolumic shock	1 (10)
อัตราการให้เลือด	7 (70)

ค่าปริมาณ แสดงถึง ค่าเฉลี่ย±ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน, จำนวน (%)

เมื่อประเมินภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากเส้นประสาทถูกกดทับหลังผ่าตัดโดย Frankel grade classification พบว่า หลังผ่าตัด 3 เดือนมี grade B ร้อยละ 10, grade C ร้อยละ 50, grade D ร้อยละ 30, grade E ร้อยละ 10 ส่วนหลังผ่าตัด 6 เดือนมี grade D ร้อยละ 80, grade E ร้อยละ 20 และ หลังผ่าตัด 12 เดือนมี grade D ร้อยละ 60, grade E ร้อยละ 40 แสดงในตารางที่ 3 โดยถ้าจัดกลุ่ม Frankel A,B,C เป็นกลุ่ม Disability และ Frankel D,E เป็นกลุ่ม Non-disability จะพบว่าหลังผ่าตัด 3 เดือน มี Disability ร้อยละ 60 และ

Non-disability ร้อยละ 40 ส่วนหลังผ่าตัด 6 และ 12 เดือน มี Non-disability ร้อยละ 100 แสดงในตารางที่ 4 ผลการศึกษาเชิงวิเคราะห์ เมื่อเปรียบเทียบผู้ป่วย กลุ่ม Disability และ Non-disability ในผู้ป่วยก่อนผ่าตัด และหลังผ่าตัด 3 เดือน พบว่าหลังผ่าตัด 3 เดือน มีกลุ่ม Non-disability มากกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$) แสดงในตารางที่ 5 และหลังผ่าตัด 12 เดือน พบว่า มีผู้ป่วย กลุ่ม Frankel D 6 รายและ Frankel E 4 ราย ซึ่งจัดอยู่ใน กลุ่ม Non-disability ทั้งหมด แสดงในกราฟที่ 1 และ 2

ตารางที่ 3 ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากเส้นประสาทถูกกดทับ (Frankel grade) หลังจากได้รับการผ่าตัด

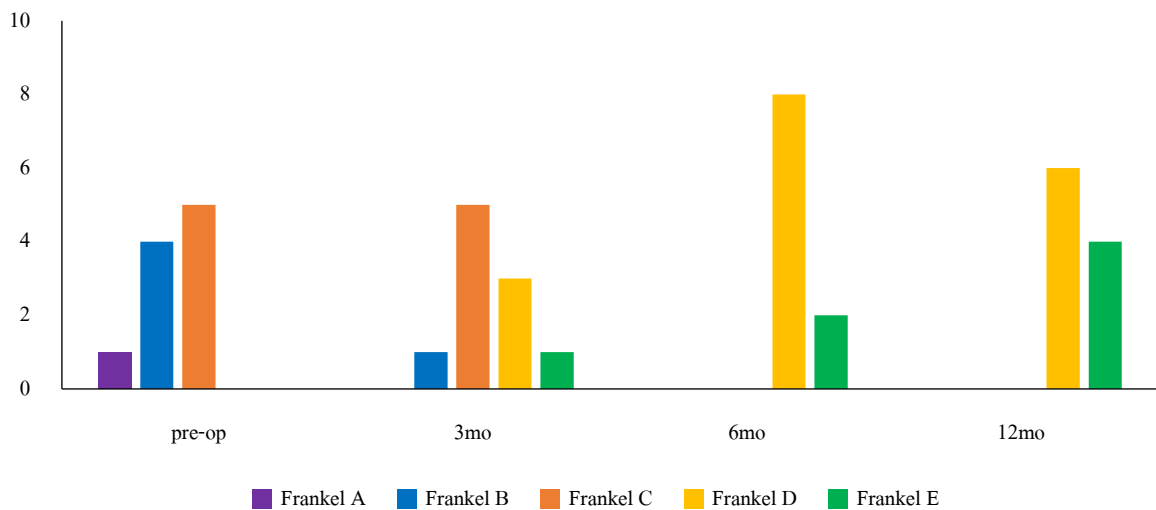
	Frankle scale				
	A	B	C	D	E
ก่อนผ่าตัด	1	4	5	0	0
หลังผ่าตัด 3 เดือน	0	1	5	3	1
หลังผ่าตัด 6 เดือน	0	0	0	8	2
หลังผ่าตัด 12 เดือน	0	0	0	6	4

ตารางที่ 4 ภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากเส้นประสาทถูกกดทับหลังจากได้รับการผ่าตัด

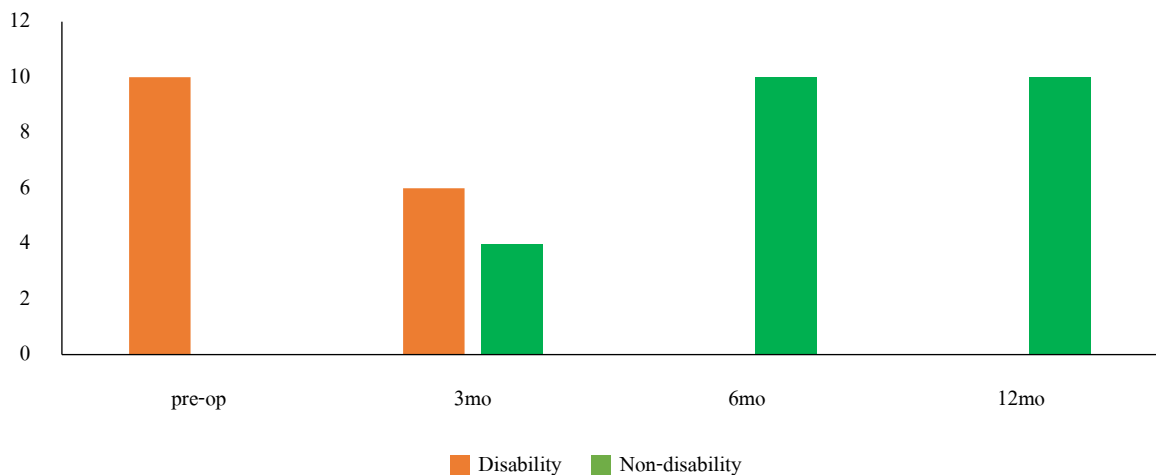
	Group	
	Disability	Non-disability
ก่อนผ่าตัด	10	0
หลังผ่าตัด 3 เดือน	6	4
หลังผ่าตัด 6 เดือน	0	10
หลังผ่าตัด 12 เดือน	0	10

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบกลุ่ม disability กับ กลุ่ม non-disability ระหว่างก่อนและหลังผ่าตัด 3 เดือน

ผลการรักษา	การรักษา		
	ก่อนผ่าตัด	หลังผ่าตัด 3 เดือน	p-value
Disability	10	6	0.03
Non-disability	0	4	



รูปที่ 2 เปรียบเทียบภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากเส้นประสาทถูกกดทับ (Frankel grade) หลังจากได้รับการผ่าตัด



รูปที่ 3 เปรียบเทียบภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากเส้นประสาทถูกกดทับหลังจากได้รับการผ่าตัด กลุ่ม Disability และ Non-disability

อภิปรายผลการวิจัย

การวินิจฉัยวัณโรคกระดูกสันหลังเริ่มตั้งแต่ระยะ เวลาและอาการแสดง การตรวจเลือดและเอกซเรย์ที่เข้าได้ กับตัวโรค^(21,22) โดยการตรวจวินิจฉัยด้วยคลื่นแม่เหล็กไฟฟ้า (MRI) เป็นสิ่งสำคัญเพื่อประเมินลักษณะที่เข้าได้กับ วัณโรคกระดูกสันหลังและการขยายของตัวโรคไปด้านข้าง กระดูกสันหลังหรือเข้าไปในช่องไขสันหลังก่อนที่จะทำ การผ่าตัดเพื่อเก็บตัวอย่างชิ้นเนื้อมาตรวจ⁽²³⁾ การตรวจทาง จุลชีววิทยาโดยวิธี ย้อม acid-fast (AFB stain), การเพาะเชื้อ วัณโรค (tuberculosis culture) และตรวจ PCR เชื้อวัณโรค รวมทั้งการตรวจทางพยาธิวิทยาจากตัวอย่างชิ้นเนื้อ ส่วนเป็น วิธีการยืนยันในการวินิจฉัยวัณโรคกระดูกสันหลัง⁽²⁴⁾

ยาต้านวัณโรคคือหลักสำคัญในการรักษาวัณโรค กระดูกสันหลังซึ่งพบว่าทำให้กระดูกสันหลังสมานและ เชื่อมต่อกันเองถึงร้อยละ 80 ระยะเวลาการให้ยาต้านวัณโรค แบบดั้งเดิมอยู่ในช่วง 18 - 24 เดือน⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตามมีบาง งานวิจัยพบว่าการให้ยาวัณโรคเป็นระยะเวลา 6 - 12 เดือน ให้ผลการรักษาที่ดีและเป็นที่น่าพอใจมากกว่าแบบดั้งเดิม ^(25,26) สำหรับงานวิจัยนี้ผู้วิจัยใช้ยาต้านวัณโรคสูตร HRZE 2 เดือน ตามด้วย HR ต่อเนื่องอย่างน้อย 7 เดือน และติดตาม อาการแสดง ผลตรวจเลือด และเอกซเรย์ต่อเนื่อง 12 เดือน

การรักษาด้วยยาต้านวัณโรคจำเป็นต้องร่วมกับการผ่าตัดถ้าพบว่า กระดูกสันหลังมีความไม่มั่นคง

(vertebral instability) วัณโรคกระดูกสันหลังมีรอยโรคทั่วทั้งกระดูกสันหลัง (pan-vertebral lesions) มีภาวะโค้งงอของกระดูกสันหลังรุนแรง (severe kyphosis) ไม่ประสบความสำเร็จในการรักษาด้วยยาต้านวัณโรค (failure of the medical management) มีการผิดรูปของกระดูกสันหลังมากขึ้น (progressive deformity) มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากเส้นประสาทถูกกดทับ หรือ การมีหนองบริเวณ epidural ซึ่งการรักษาร่วมกันระหว่างยาต้านวัณโรคและผ่าตัดเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพกว่า เนื่องจากสามารถนำเนื้อตายหรือระบายหนองออก ได้ตัวอย่างขึ้นเนื้อไปตรวจ ทำให้กระดูกสันหลังมีความมั่นคงและเชื่อมกระดูกสันหลัง และสามารถแก้ไขภาวะผิดรูปของกระดูกสันหลังได้ หลังจากผ่าตัดจะทำให้การฟื้นฟูของเส้นประสาทเร็วขึ้นและทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตประจำวันได้เร็วขึ้น⁽²⁷⁾ ในงานวิจัยปัจจุบันซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยย้อนหลัง (retrospective study) ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูลผู้ป่วยวัณโรคกระดูกสันหลัง 10 รายซึ่งได้รับการรักษาด้วยยาต้านวัณโรค ร่วมกับการผ่าตัดเนื่องจากมีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากเส้นประสาทถูกกดทับ โดยประเมินภาวะความบกพร่องจากเส้นประสาทด้วย Frankel grade classification ซึ่งผู้ป่วยทุกรายอยู่ใน grade A,B และ C ถือเป็นกลุ่มที่มีภาวะไร้สมรรถภาพในการใช้ชีวิตประจำวัน (disability) และติดตามประเมินหลังผ่าตัดที่ 3, 6 และ 12 เดือน

วิธีผ่าตัดสามารถผ่าตัดเข้าได้ทั้งทางด้านหน้าทางด้านหลังหรือทั้งด้านหน้าและด้านหลัง ผู้วิจัยได้พบว่าผลลัพธ์การรักษายอดเยี่ยมในการผ่าตัดทางด้านหลังในผู้ป่วยวัณโรคกระดูกสันหลังส่วนอกและเอวจากการศึกษาวิจัยก่อนหน้านี้⁽²⁸⁻³¹⁾ การผ่าตัดทางด้านหลังพบว่า สามารถลดการเสียเลือด ลดระยะเวลาการผ่าตัด และลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล⁽²⁹⁾ นอกจากนั้นยังสามารถนำกระดูกหรือเนื้อตายที่กดทับเส้นประสาทออกได้โดยตรง และสามารถยึดเหล็กที่กระดูกสันหลัง (internal fixation) เพื่อสร้างความมั่นคงของกระดูกสันหลังด้วย ทำให้ผู้ป่วยมีความพอใจมากกว่า⁽²⁸⁻³⁰⁾ การผ่าตัดเชื่อมกระดูกสันหลังทางด้านหลัง ร่วมกับการผ่าตัดยึดเหล็กพบว่า ลดระยะเวลาในการดมยาสลบ ลดความซับซ้อนในการผ่าตัด และลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนเมื่อเปรียบเทียบกับ การผ่าตัด

ทางด้านหน้า ซึ่งแม้ว่าจะไม่ได้นำกระดูกสันหลังส่วนหน้าที่ยึดเชื่อมออกแต่พบว่าการรักษาหายด้วยวิธีผ่าตัดด้านหลังและให้ยาต้านวัณโรคสูงถึงร้อยละ 98⁽³²⁾ การรักษาผู้ป่วยวัณโรคกระดูกสันหลังด้วยวิธีการผ่าตัดทางด้านหลัง โดยนำกระดูกสันหลังส่วนที่ยึดเชื่อมออก นำกระดูกส่วนที่กดทับเส้นประสาทออก และเชื่อมกระดูกสันหลังพร้อมด้วยการยึดเหล็ก พบว่ามีผลลัพธ์ที่ดีของการฟื้นฟูของเส้นประสาท และสามารถแก้ไขภาวะการโค้งงอของกระดูกสันหลังได้ดีกว่าการผ่าตัดทางด้านหน้า⁽³³⁾

จากงานวิจัยของ Jain A⁽³⁰⁾ ศึกษาผู้ป่วยวัณโรคกระดูกสันหลังบริเวณทรวงอกและทรวงคอเอว 47 ราย โดยมี 28 รายที่มีภาวะกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากเส้นประสาทถูกกดทับ ได้รับการผ่าตัดทางด้านหลังอย่างเดียว ผลการศึกษาพบว่าก่อนผ่าตัดมีผู้ป่วย Frankel grade B 7 ราย, grade C 11 ราย และ grade D 10 ราย ติดตามอาการหลังผ่าตัด 1 ปี พบว่าอาการอ่อนแรงฟื้นฟูดีขึ้น โดยมีผู้ป่วย grade D 6 ราย และ grade E 22 ราย นอกจากนั้นสามารถแก้ไขภาวะโค้งงอ (segmental kyphosis) ได้ 10.5°

งานวิจัยนี้นำเสนอข้อมูลผู้ป่วยวัณโรค 10 รายที่ได้รับการผ่าตัดด้วยวิธีผ่าตัดทางด้านหลังอย่างเดียว พบว่าผลลัพธ์การรักษาทางด้านความบกพร่องทางเส้นประสาทหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากเส้นประสาทถูกกดทับหลังในผู้ป่วยหลังผ่าตัด 3 เดือนดีกว่าก่อนผ่าตัดอย่างมีนัยสำคัญ ทำให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น ในเรื่องการแก้ไขภาวะการโค้งงอของกระดูกสันหลังพบว่าหลังผ่าตัดสามารถแก้ไขภาวะการโค้งงอได้แต่อย่างไรก็ตามหลังจากติดตามผู้ป่วยหลังผ่าตัด 12 เดือนพบว่ามีอาการสูญเสียสมรรถภาพที่แก้ไข ส่วนเรื่องภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัดแม้ว่าจะมีอัตราการเกิดที่สูงแต่ไม่มีภาวะที่รุนแรงถึงขั้นเสียชีวิตและสามารถแก้ไขได้

ข้อเสนอแนะ

การศึกษารังนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลัง ไม่มีการเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มรักษาแบบไม่ผ่าตัดและแบบผ่าตัด อีกทั้งจำนวนผู้ป่วยปริมาณน้อย ควรทำการศึกษาไปข้างหน้า มีการเปรียบเทียบระหว่างสองกลุ่มและเพิ่มจำนวนผู้ป่วยที่ศึกษามากขึ้น

สรุป

การรักษาผู้ป่วยวัณโรคกระดูกสันหลังที่มีภาวะบกพร่องทางเส้นประสาทหรือกล้ามเนื้ออ่อนแรงจากเส้นประสาทถูกกดทับด้วยวิธีผ่าตัดทางด้านหลังอย่างเดียวเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพ สามารถทำให้การฟื้นฟูของเส้นประสาทเร็วขึ้น และแก้ไขภาวะกระดูกสันหลังโก่งงอได้

เอกสารอ้างอิง

1. Tuli SM. Tuberculosis of the spine: a historical review. *Clin Orthop Relat Res.* 2007;460:29-38. doi:10.1097/BLO.0b013e31 8065b75e
2. Bodapati PC, Vemula RCV, Mohammad AA, Mohan A. Outcome and management of spinal tuberculosis according to severity at a tertiary referral center. *Asian J Neurosurg* 2017;12:441-6. doi: 10.4103/1793-5482.180924
3. Moorthy S, Prabhu NK. Spectrum of MR imaging findings in spinal tuberculosis. *AJR Am J Roentgenol* 2002;179(4):979-83.
4. Tuli SM. Treatment of neurological complications in tuberculosis of the spine. *J Bone Joint Surg Am* 1969;51(4):680-92.
5. Rajasekaran S, Khandelwal G. Drug therapy in spinal tuberculosis. *Eur Spine J* 2013;22 Suppl 4:587-93.
6. Eighth Report of the Medical Research Council Working Party on Tuberculosis of the Spine. A 10-year assessment of a controlled trial comparing debridement and anterior spinal fusion in the management of tuberculosis of the spine in patients on standard chemotherapy in Hong Kong. *J Bone Joint Surg Br* 1982;64(3):393-8.
7. Halsey JP, Reeback JS, Barnes CG. A decade of skeletal tuberculosis. *Ann Rheum Dis* 1982;41:7-10.
8. Soares do Brito J, Batista N, Tirado A, Fernandes P. Surgical treatment of spinal tuberculosis: An orthopedic service experience. *Acta Med Port* 2013;26:349-56.
9. Hafez AR, Fattouh M. One-stage posterior instrumentation and fusion for the treatment of tuberculous spondylodiscitis of dorsal and lumbar spine. *J Am Sci* 2012;8:85-90.
10. Garg B, Kandwal P, Nagaraja UB, Goswami A, Jayaswal A. Anterior versus posterior procedure for surgical treatment of thoracolumbar tuberculosis: a retrospective analysis. *Indian J Orthop* 2012;46:165-7.
11. Pandita A, Madhuripan N, Pandita S, Hurtado RM. Challenges and controversies in the treatment of spinal tuberculosis. *J Clin Tuberc Other Mycobact Dis.* 2020;19:100151. doi:10.1016/j.jctube.2020.100151
12. Luan H, Liu K, Wang Y, Kahaer A, Sheng W, Maimaiti M, et al. Efficacy of anterior debridement and bone grafting with fusion using internal fixation combined with anti-tuberculosis chemotherapy in the treatment of subaxial cervical tuberculosis. *BMC Surg.* 2022;22(1):150. doi:10.1186/s12893-022-01606-y
13. Bai J, Xia Q, Miao J. Combined anteroposterior approaches in lateral position treatment of lumbosacral tuberculous in single-stage. *BMC Surg.* 2022;22(1):154. doi:10.1186/s12893-022-01612-0
14. Du X, Ou Y, Luo W, Jiang G, Qin W, Zhu Y. Evaluation of the efficacy of OLIF combined posterior internal fixation for single-segment lumbar tuberculosis: a single-center retrospective cohort study. *BMC Surg.* 2022;22(1):54. doi:10.1186/s12893-022-01492-4
15. Su SH, Tsai WC, Lin CY, Lin WR, Chen TC, Lu PL, et al. Clinical features and outcomes of spinal tuberculosis in southern Taiwan. *J Microbiol Immunol Infect* 2010;43 (4):291–300. doi:10.1016/S1684-1182(10)60046-1

16. Park DW, Sohn JW, Kim EH, Cho DI, Lee JH, Kim KT, et al. Outcome and management of spinal tuberculosis according to the severity of disease: a retrospective study of 137 adult patients at Korean teaching hospitals. *Spine*. 2007;32(4):E130–5. doi:10.1097/01.brs.0000255216.54085.21
17. Chen WJ, Chen CH, Shih CH. Surgical treatment of tuberculous spondylitis. 50 patients followed for 2–8 years. *Acta Orthop Scand*. 1995;66(2):137–42. doi:10.3109/17453679508995507
18. Jutte PC, van Loenhout-Rooyackers JH. Routine surgery in addition to chemotherapy for treating spinal tuberculosis. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; 5:CD004532. doi:10.1002/14651858.CD004532.pub2
19. Zhang Z, Luo F, Zhou Q, Dai F, Sun D, Xu J. The outcomes of chemotherapy only treatment on mild spinal tuberculosis. *J Orthop Surg Res* 2016;11(1):49. doi:10.1186/s13018-016-0385-y
20. Frankel HL, Hancock DO, Hyslop G, Melzak J, Michaelis LS, Ungar GH, et al. The value of postural reduction in the initial management of closed injuries of the spine with paraplegia and tetraplegia: I. *Paraplegia* 1969;7:179-92
21. Muangchan C, Nilganuwong S. The study of clinical manifestation of osteoarticular tuberculosis in Siriraj Hospital, Thailand. *J Med Assoc Thai* 2009;92 Suppl 2:S101-9.
22. Rivas-Garcia A, Sarria-Estrada S, Torrents-Odin C, et al. Imaging findings of Pott's disease. *Eur Spine J* 2013;22 Suppl 4:567-78.
23. Lee KY. Comparison of pyogenic spondylitis and tuberculous spondylitis. *Asian Spine J* 2014;8:216-23.
24. Rasouli MR, Mirkoohi M, Vaccaro AR, Yarandi KK, Movaghar VR. Spinal tuberculosis: diagnosis and management. *Asian Spine J* 2012;6:294-308.
25. Graham SM. Guidance for National Tuberculosis Programmes on the Management of Tuberculosis in Children. *Malawi Med J* 2007 Jun; 19(2): 82–6.
26. Blumberg HM, Burman WJ, Chaisson RE, Daley CL, Etkind SC, Friedman LN, et al. American Thoracic Society/Centers for Disease Control and Prevention/Infectious Diseases Society of America: Treatment of tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med* 2003;167:603-62
27. Phalak M, Kale SS. Tuberculosis of the thoracic spine-when and how to operate. *Current practice in Neurosciences*. 2019;1:1-12.
28. D'souza AR, Mohapatra B, Bansal ML, Das K. Role of posterior stabilization and transpedicular decompression in the treatment of thoracic and thoracolumbar TB: A retrospective evaluation. *Clin Spine Surg* 2017;30:E1426-33.
29. Zhang H, Sheng B, Tang M, Guo C, Liu S, Huang S, et al. One-stage surgical treatment for upper thoracic spinal tuberculosis by internal fixation, debridement, and combined interbody and posterior fusion via posterior-only approach. *Eur Spine J* 2013;22:616-23.
30. Jain A, Jain RK, Kiyawat V. Evaluation of outcome of transpedicular decompression and instrumented fusion in thoracic and thoracolumbar tuberculosis. *Asian Spine J* 2017;11:31-6.
31. Rath SA, Neff U, Schneider O, Richter HP. Neurosurgical management of thoracic and lumbar vertebral osteomyelitis and discitis in adults: A review of 43 consecutive surgically treated patients. *Neurosurgery* 1996;38:926-33.
32. Güven O, Kumano K, Yalçın S, Karahan M, Tsuji S. A single stage posterior approach and rigid fixation for preventing kyphosis in the treatment of spinal tuberculosis. *Spine (Phila Pa 1976)* 1994;19:1039-43.
33. Cui X, Ma YZ, Chen X, Cai XJ, Li HW, Bai YB. Outcomes of different surgical procedures in the treatment of spinal tuberculosis in adults. *Med Princ Pract* 2013;22:346-50.



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้โรคพิษสุนัขบ้า ตามเกณฑ์พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ในประชาชนเขตสุขภาพที่ 4

Factors associated with rabies knowledge according to Rabies Free Zone criteria in people in Public Health Region 4

ธนาкар แถมเจริญ

Thanakarn Thaemcharoen

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

Corresponding author: thana_thaem@hotmail.com

Received: October 31, 2023 Revised: March 13, 2024 Accepted: March 29, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) จากการสำรวจความรู้โรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 ที่ตอบแบบสอบถามความรู้ในศูนย์ข้อมูล Rabies 4 Free Zone สำหรับใช้ประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ปีงบประมาณ 2565 (ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม - 30 กันยายน พ.ศ. 2565) ทั้งหมด 1,848 ราย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้โรคพิษสุนัขบ้า ตามเกณฑ์พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในประชาชนเขตสุขภาพที่ 4 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่าร้อยละ สถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-Square Test) การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (binary logistic regression analysis) และสถิติทดสอบ likelihood ratio test สำหรับเปรียบเทียบโมเดล ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละข้อที่ตอบไม่ถูกต้องหรือไม่ทราบสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) ลูกสุนัขที่อายุต่ำกว่า 3 เดือน เป็นโรคพิษสุนัขบ้าไม่ได้ ที่ตอบไม่ถูกต้อง ร้อยละ 49.13 2) เมื่อคนหรือสัตว์แสดงอาการของโรคพิษสุนัขบ้า แล้วรักษาไม่หาย ตายทุกราย ที่ตอบไม่ถูกต้อง ร้อยละ 39.12 และ 3) สุนัขที่มีเจ้าของมักไม่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า ที่ตอบไม่ถูกต้อง ร้อยละ 30.41 ตามลำดับ และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการผ่านเกณฑ์ความรู้ ได้แก่ กลุ่มอายุ 10 - 19 ปี เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มโอกาสในการผ่านเกณฑ์ความรู้ 2.12 เท่า ($OR_{adj} = 2.12, 95\%CI 1.11 - 4.04$) เมื่อเปรียบเทียบกับระดับการศึกษาต่ำกว่า ประถมศึกษา พบว่า กลุ่มที่มีระดับการศึกษาสูงขึ้น เพิ่มโอกาสในการผ่านเกณฑ์ความรู้ โดยกลุ่มประถมศึกษาเพิ่มโอกาสในการผ่านเกณฑ์ความรู้ 3.08 เท่า ($OR_{adj} = 3.08, 95\%CI 1.31 - 7.24$) มัธยมศึกษาตอนต้นเพิ่มขึ้น 3.87 เท่า ($OR_{adj} = 3.87, 95\%CI 1.63 - 9.18$) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. เพิ่มขึ้น 4.12 เท่า ($OR_{adj} = 4.12, 95\%CI 1.75 - 9.67$) อนุปริญญา/ปวส. เพิ่มขึ้น 6.14 เท่า ($OR_{adj} = 6.14, 95\%CI 2.57 - 14.68$) และปริญญาตรีขึ้นไป 8.01 เท่า ($OR_{adj} = 8.01, 95\%CI 3.37 - 19.52$) และพบว่าผู้ที่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า (ภายในระยะเวลา 6 เดือน) เพิ่มโอกาสในการผ่านเกณฑ์ความรู้ 1.89 เท่า ($OR_{adj} = 1.89, 95\%CI 1.51 - 2.36$) ข้อเสนอแนะ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรสื่อสารความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในหัวข้อลูกสุนัขที่อายุต่ำกว่า 3 เดือน สามารถเป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้ และหัวข้อเมื่อคนหรือสัตว์แสดงอาการของโรคพิษสุนัขบ้าแล้วรักษาไม่หายตายทุกราย ควรเน้นสื่อสารในกลุ่มเป้าหมายกลุ่มสูงอายุและระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี และการดำเนินการความถี่ ≤ 6 เดือน รวมถึงควรสำรวจความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าในประชาชนเป็นระยะเพื่อปรับเปลี่ยนการเสริมสร้างความรู้ที่เหมาะสม

คำสำคัญ: พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า, ความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า, เขตสุขภาพที่ 4

Abstract

This study is a cross-sectional analytical study. from the survey of the people in Public Health Region 4 who answered the Rabies knowledge questionnaire in the Rabies 4 Free Zone information center to evaluate the area. in fiscal year 2022 (between 1 March - 30 September 2022), a total of 1,848 cases. The objective is to study the Factors associated with rabies knowledge according to Rabies Free Zone criteria in people in Public Health Region 4, data were analyzed using descriptive statistics, presenting percentages chi-square test, binary logistic regression analysis and ratio likelihood test for comparing models. The results of the study found that the top 3 highest percentages of incorrect or unknown answers were: 1) Belief that puppies under 3 months of age cannot have rabies (49.13%). 2) Misconception that individuals or animals showing rabies symptoms that cannot be treated will inevitably die (39.12%). 3) Incorrect belief that dogs typically kept by people are unlikely to have rabies (30.41%). Furthermore, the study identified factors influencing the rabies knowledge criteria. Individuals aged 10 to 19 years old were 2.12 times (OR adj = 2.12, 95%CI 1.11 - 4.04) increasing the chances of passing the knowledge criteria compared to those aged 60 years and above. Moreover, Individuals with education up to the were 3.08 times (OR adj = 3.08, 95%CI 1.31 - 7.24), lower secondary school level were 3.87 times (OR adj = 3.87, 95%CI 1.63 - 9.18), upper secondary/vocational school level were 4.12 times (OR adj = 4.12, 95%CI 1.75 - 9.67), diploma/high vocational certificate were 6.14 times (OR adj = 6.14, 95%CI 2.57 - 14.68), and bachelor's degree or higher was 8.01 times (OR adj = 8.01, 95%CI 3.37 - 19.52), increasing the chances of passing the knowledge criteria compared to the level of education below primary school. Additionally, individuals who had received rabies knowledge within the past 6 months increased the chance of passing the knowledge criteria 1.89 times (OR adj = 1.89, 95%CI 1.51 - 2.36). The recommendations: Public health officials Should communicate to the public, such as dispelling the misconception that puppies under 3 months of age can't have rabies and addressing the notion that rabies symptoms cannot be treated and always result in fatality. Communication should be focused on the target group of the elderly and those with a level below a bachelor's degree. Promoting the dissemination of knowledge among the target population for at least 6 months is advisable. including the knowledge of rabies among the people should be surveyed periodically to adjust and enhance appropriate knowledge.

Keywords: Rabies Free Zone, Rabies Knowledge, Public Health Region 4

บทนำ

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 กรมควบคุมโรค ร่วมกับ กรมปศุสัตว์ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และ หน่วยงานภาคีเครือข่าย ได้จัดทำคู่มือการสร้างและ ประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ภายใต้โครงการสัตว์ ปลอดโรค คนปลอดภัย จากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธาน ศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จเจ้าฟ้าฯ กรมพระศรีสวางควัฒน วรขัตติยราชนารี เพื่อเป็นแนวทางสำหรับผู้ปฏิบัติงาน ในการดำเนินงาน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ในฐานะหน่วยงานที่ผลักดันการดำเนินงาน ในระดับเขตสุขภาพที่ 4 ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ ของคน ตามเกณฑ์พิจารณา ข้อ 6. ความยั่งยืนของการปลอด

โรคพิษสุนัขบ้า ประกอบด้วย 3 ข้อย่อย ได้แก่ 6.1 การ บูรณาการระหว่างหน่วยงาน 6.2 การสื่อสารความเสี่ยงและ ประชาสัมพันธ์ และในข้อย่อยที่ 6.3 ประชาชนมีความรู้ เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า กำหนดให้มีการสำรวจพฤติกรรม และความรู้ของประชาชนทุกปีงบประมาณ โดยเป้าหมาย ปลอดโรคนั้นประชาชนที่สำรวจต้องผ่านเกณฑ์ความรู้เรื่อง โรคพิษสุนัขบ้ามากกว่าร้อยละ 80⁽¹⁾ ทั้งนี้ได้รวบรวมข้อมูล ไว้ที่ศูนย์ข้อมูล Rabies 4 Free Zone โดยเป็นฐานข้อมูล แบบเปิด เพื่อใช้ประโยชน์ในการประกอบการประเมิน พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า⁽²⁾ และจากสถานการณ์โรค พิษสุนัขบ้าในประเทศไทยพบว่าปี พ.ศ. 2561 มีผู้เสียชีวิต

มากที่สุดถึง 17 ราย และยังคงมีผู้เสียชีวิตต่อเนื่องทุกปี พ.ศ. 2562 (3 ราย) พ.ศ. 2563 (3 ราย) และ พ.ศ. 2564 (4 ราย) เรื่อยมา⁽³⁾ กรมควบคุมโรคได้มีมาตรการควบคุมโรค (มาตรการ 1-2-3) ดำเนินการเมื่อพบผู้เสียชีวิต 1 ราย หรือ สัตว์ตรวจพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า 1 ตัว ดังนี้ 1 หมายถึง เริ่มดำเนินการเมื่อพบผู้เสียชีวิต 1 ราย หรือสัตว์ตรวจพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า 1 ตัว 2 หมายถึง ค้นหาผู้สัมผัสโรค พื้นที่รับผิดชอบ และประสานเครือข่าย สื่อสารประชาสัมพันธ์ ภายใน 2 วัน 3 หมายถึง ประสานงานให้มีการฉีดวัคซีน สุนัขและแมวรอบจุดเกิดเหตุในรัศมี 5 กิโลเมตร⁽⁴⁾ และ จากพฤติกรรมป้องกันการโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ที่มีรายงานพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า ในสัตว์ปี 2562 ยังพบความเข้าใจไม่ถูกต้อง หลายประการ ตัวอย่างเช่น สุนัขที่อายุต่ำกว่า 3 เดือน ไม่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า โรคพิษสุนัขบ้ารักษาไม่หายตายทุกราย และ สุนัข/แมวกัด ข่วนรักษาหายด้วยวิธีอื่นที่ไม่ใช่การฉีดวัคซีน⁽⁵⁾ ประกอบกับ เกณฑ์การประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าปี พ.ศ. 2565 ดังกล่าวในส่วนของความรู้ความเข้าใจของประชาชนเป็น ส่วนสำคัญที่จะส่งผลต่อการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ทั้งในคนและสัตว์ จึงเป็นที่มาของการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการผ่านเกณฑ์ความรู้โรคพิษสุนัขบ้าตามเกณฑ์พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในประชาชนเขตสุขภาพที่ 4 เพื่อใช้วางแผนการดำเนินงานเสริมสร้างความรู้ให้แก่ประชาชนต่อไป โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ในปีงบประมาณ 2565 ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการผ่านเกณฑ์ความรู้โรคพิษสุนัขบ้าตามเกณฑ์พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้าในประชาชนเขตสุขภาพที่ 4

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (cross-sectional analytical study) โดยอาศัยข้อมูลทุติยภูมิ (secondary data) ลักษณะของข้อคำถามความรู้เป็นการตอบ ใช่/ไม่ใช่/ไม่แน่ใจ โดยตอบเข้ามาในศูนย์ข้อมูล Rabies 4 Free Zone โดยวิธีตอบผ่าน link และ QR code google Form โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เป็นผู้ร่วม

ดำเนินการสำรวจประชาชนในพื้นที่ของตนเอง หัวข้อ: สถานการณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน สำหรับใช้ประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ปีงบประมาณ 2565 (ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม - 30 กันยายน พ.ศ. 2565) ทั้งหมด 1,865 ราย โดยคัดข้อมูลการตอบตัวแปรที่สนใจไม่สมบูรณ์ ออก ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,848 ราย โดยไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลประชากร

เลือกลักษณะที่สนใจ คือ ประชาชนในเขตสุขภาพที่ 4 ที่ตอบแบบสอบถามความรู้ และมีข้อมูลการตอบที่สมบูรณ์ทุกตัวแปรที่สนใจ ซึ่งคาดว่าจะมีผลต่อการผ่านเกณฑ์ความรู้ ตัวแปรที่สนใจ ได้แก่ 1) เพศ 2) อายุ 3) การศึกษา 4) สถานการณ์เลี้ยงสัตว์ 5) การเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา) และ 6) การเคยถูกสุนัข/แมวกัด-ข่วน (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา) และสามารถนำมาวิเคราะห์ได้⁽¹⁾

ขอบเขตการศึกษา

โดยเป็นการศึกษาในประชาชนเขตสุขภาพที่ 4 ที่ตอบแบบสอบถามเข้ามาในศูนย์ข้อมูล Rabies 4 Free Zone หัวข้อ: สถานการณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน สำหรับประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า และมีข้อมูลการตอบที่สมบูรณ์ทุกตัวแปรที่สนใจ ในปีงบประมาณ 2565 โดยได้กำหนดนิยามและขอบเขตการศึกษา ดังนี้

ศูนย์ข้อมูล Rabies 4 Free Zone คือ ศูนย์รวมข้อมูลสถานการณ์และผลการดำเนินงานโรคพิษสุนัขบ้าในคน (เขตสุขภาพที่ 4) ประกอบไปด้วย จังหวัดนนทบุรี ปทุมธานี พระนครศรีอยุธยา สระบุรี ลพบุรี สิงห์บุรี อ่างทอง และนครนายกจัดทำโดยแผนงานโรคพิษสุนัขบ้า สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขในพื้นที่ เพื่อสนับสนุนข้อมูลสำหรับการสร้างและประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า

สถานการณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน คือ หัวข้อการประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า เกณฑ์พิจารณา ข้อ 6. ความยั่งยืนของการปลอดโรคพิษสุนัขบ้า 6.3 ประชาชนมีความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้า โดยกำหนดให้

ประชาชน อายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ในพื้นที่อย่างน้อยพื้นที่
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นละ 30 ราย ดำเนินการอย่าง
น้อยปีละ 1 ครั้ง โดยในแบบสอบถาม ประกอบไปด้วย
2 ส่วน คือ 1) ข้อมูลทั่วไป และ 2) ความรู้เกี่ยวกับโรค
พิษสุนัขบ้า เกณฑ์ตัดสิน คือประชาชนอย่างน้อยร้อยละ 80
ผ่านเกณฑ์ (ส่วนที่ 2 เต็ม 10 คะแนน ได้ 8 คะแนน ขึ้นไป)⁽⁵⁾

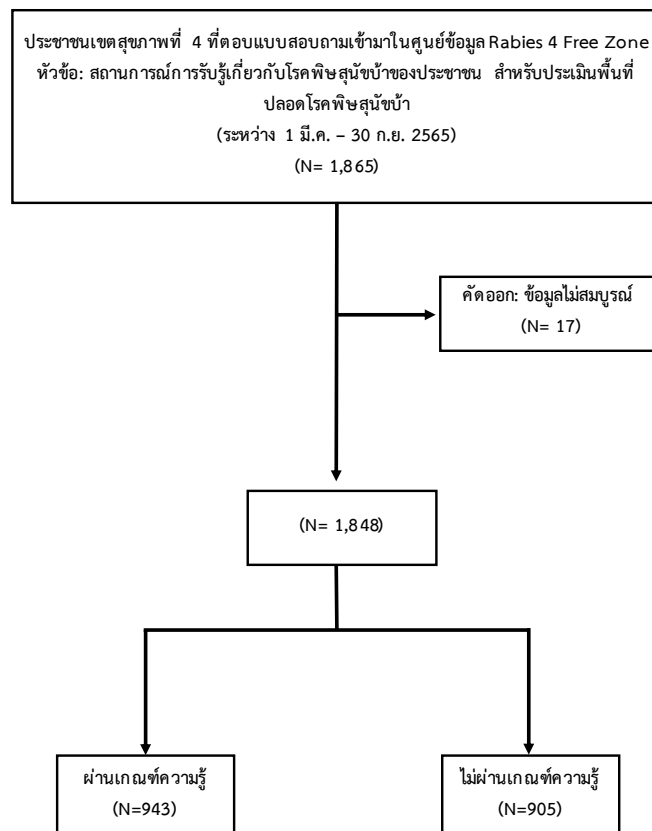
การดำเนินการศึกษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ และแปลผล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากศูนย์ข้อมูล Rabies 4 Free Zone
ระยะเวลา 7 เดือน (ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม - 30 กันยายน
พ.ศ. 2565) ภายหลังการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนเข้ามา
ตอบแบบสอบถาม สำหรับประเมินพื้นที่ปลอดโรค
พิษสุนัขบ้า เกณฑ์การคัดเข้า ได้แก่ ประชาชนในเขต
สุขภาพที่ 4 ที่ตอบแบบสอบถามความรู้ เกณฑ์การคัดออก
ได้แก่ ข้อมูลการตอบตัวแปรที่สนใจไม่สมบูรณ์

วิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรม STATA version 17.0
สำหรับสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอค่าร้อยละ สำหรับ

ประชากรที่มีความรู้ถูกต้องตามเกณฑ์พื้นที่ปลอดโรค
พิษสุนัขบ้า และสถิติทดสอบไคสแควร์ (chi-Square Test)
สำหรับนำเสนอข้อมูลทั่วไป และการวิเคราะห์การ
ถดถอยโลจิสติกแบบไบนารี (binary logistic regression
analysis) สำหรับการค้นหาปัจจัยที่สนใจที่มีผลต่อการผ่าน
เกณฑ์ความรู้ และควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ซึ่งคาดว่าจะมีผล
ต่อการผ่านเกณฑ์ความรู้ แปลผลเป็นโอกาสที่จะผ่านเกณฑ์
ความรู้เพิ่มขึ้น การคัดตัวแปรแบบขจัดออก (backward
Elimination) โดยใช้สถิติทดสอบ likelihood ratio test
เพื่อพิจารณาเปรียบเทียบโมเดลแต่ละ โมเดลโดยตัวแปร
อิสระจะถูกคัดออกจากโมเดลที่ละตัวจนกว่าจะได้โมเดล
สุดท้าย (final model) โดยนำเสนอผลการศึกษาด้วย
adjusted OR พร้อมช่วงความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 กำหนดค่า
ระดับนัยสำคัญของการทดสอบที่ 0.05 งานวิจัยนี้เป็นการ
ใช้ข้อมูลทุติยภูมิโดยไม่มีข้อมูลที่เชื่อมโยงถึงตัวบุคคลได้
และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
เขตสุขภาพที่ 4 ได้รับการรับรองเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม
พ.ศ. 2566 รหัสโครงการ 002/66EE



รูปที่ 1 แผนภูมิการศึกษา

ผลการศึกษา

จากผลการตอบแบบสอบถามความรู้โรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนที่รายงานเข้ามาในศูนย์ข้อมูล Rabies 4 Free Zone หัวข้อ: สถานการณ์การรับรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน สำหรับใช้ประเมินพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 1,848 ราย พบว่าร้อยละ 39.12 ที่ตอบได้ถูกต้องสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อ 3 โรคพิษสุนัขบ้าติดต่อได้โดยการถูกสุนัขกัด ข่วน หรือเลียบาดแผล ร้อยละ 90.26 ข้อ 4 สุนัขบ้ามีอาการได้ทั้งแบบดุร้ายและแบบเชื่องซึม ร้อยละ 85.06 ข้อ 10 หากถูกสุนัขจรจัดกัด ค่อยไปพบแพทย์เมื่อมีเวลาว่างหรือมีเงินเพียงพอกับค่ารักษาพยาบาลก่อนก็ได้ (คำตอบที่ถูกต้องคือควรไปพบแพทย์โดยเร็วที่สุด) ตอบถูกต้องร้อยละ 83.28 ตามลำดับ และร้อยละข้อที่ตอบผิดหรือไม่ทราบสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ ข้อ 5 ลูกสุนัขที่อายุต่ำกว่า 3 เดือน เป็นโรคพิษสุนัขบ้าไม่ได้ ร้อยละที่ตอบไม่ถูกต้อง 49.13 ข้อ 2 เมื่อคนหรือสัตว์แสดงอาการของโรคพิษสุนัขบ้าแล้ว รักษาไม่หาย ตายทุกราย

ร้อยละที่ตอบไม่ถูกต้อง 39.12 ข้อ 6 สุนัขที่มีเจ้าของมักไม่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละที่ตอบไม่ถูกต้อง 30.41 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ลักษณะทั่วไปของประชากรที่ศึกษาจากผู้เข้าเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 1,848 ราย จำแนกเป็นกลุ่ม ผ่านเกณฑ์ความรู้ 943 ราย ร้อยละ 51.03 และไม่ผ่านเกณฑ์ความรู้ 905 ราย ร้อยละ 48.97% เฉพาะกลุ่มที่ผ่านเกณฑ์ความรู้ พบว่าส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.14 กลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไปมากที่สุดร้อยละ 47.97 การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.มากที่สุดร้อยละ 49.70 ส่วนใหญ่ไม่มีสถานะเลี้ยงสัตว์ ร้อยละ 51.67 ส่วนใหญ่เคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา) ร้อยละ 54.52 และส่วนใหญ่ไม่เคยถูกสุนัข/แมว กัด-ข่วน (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา) ร้อยละ 51.06 โดยพบว่าปัจจัยที่มีสัดส่วนของตัวแปรต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ อายุ ($p\text{-value} < 0.001$) การศึกษา ($p\text{-value} < 0.001$) การเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา) ($p\text{-value} < 0.001$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชากรที่มีความรู้ถูกต้องตามเกณฑ์พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ($n = 1,848$)

คำถาม	ตอบได้ถูกต้อง		ตอบผิดหรือไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1) โรคพิษสุนัขบ้าพบได้ในสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมทุกชนิด	1,405	76.03	443	23.97
2) เมื่อคนหรือสัตว์แสดงอาการของโรคพิษสุนัขบ้าแล้ว รักษาไม่หาย ตายทุกราย	1,125	60.88	723	39.12
3) โรคพิษสุนัขบ้าติดต่อได้โดยการถูกสุนัขกัด ข่วน หรือเลียบาดแผล	1,668	90.26	180	9.74
4) สุนัขบ้ามีอาการได้ทั้งแบบดุร้ายและแบบเชื่องซึม	1,572	85.06	276	14.94
5) ลูกสุนัขที่อายุต่ำกว่า 3 เดือน เป็นโรคพิษสุนัขบ้าไม่ได้	940	50.87	908	49.13
6) สุนัขที่มีเจ้าของมักไม่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า	1,286	69.59	562	30.41
7) หากเลี้ยงสุนัข ในปีแรกต้องพาไปฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า 2 ครั้ง ปีถัดไป ฉีดปีละ 1 ครั้ง	1,321	71.48	527	28.52
8) หากถูกสุนัขไม่มีเจ้าของกัด-ข่วน แล้วไม่ไปพบแพทย์ จะมีโอกาสเสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าได้	1,374	74.35	474	25.65
9) หากถูกสุนัขบ้าข่วนเป็นแผลเพียงเล็กน้อย ให้ล้างแผลและใส่ยาฆ่าเชื้อ โดยไม่ต้องไปพบแพทย์	1,348	72.94	500	27.06

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชากรที่มีความรู้ถูกต้องตามเกณฑ์พื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า (n = 1,848) (ต่อ)

คำถาม	ตอบได้ถูกต้อง		ตอบผิดหรือไม่ทราบ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
10) หากถูกสุนัขจรจัดกัด ค่อยไปพบแพทย์เมื่อมีเวลาว่างหรือมีเงินเพียงพอกับค่ารักษาพยาบาลก่อนก็ได้	1,539	83.28	309	16.72

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไป

ลักษณะที่ศึกษา	ผ่านเกณฑ์ความรู้ (n = 943)		ไม่ผ่านเกณฑ์ความรู้ (n = 905)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	220	54.19	186	45.81	0.149
หญิง	723	50.14	719	49.86	
อายุ					
10-19 ปี	30	66.67	15	33.33	< 0.001
20-29 ปี	113	63.84	64	36.16	
30-39 ปี	114	57.58	84	42.42	
40-59 ปี	155	48.29	166	51.71	
60 ปี ขึ้นไป	531	47.97	576	52.03	
การศึกษา					
ต่ำกว่าประถมศึกษา	7	20.00		80.00	< 0.001
ประถมศึกษา	188	41.78		58.22	
มัธยมศึกษาตอนต้น	147	48.20	158	28	
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	247	49.70	250	262	
อนุปริญญา / ปวส.	173	59.86	116	40.14	
ปริญญาตรีขึ้นไป	181	66.54	91	33.46	
สถานะการเลี้ยงสัตว์					
เลี้ยงสัตว์	457	49.62	464	50.38	0.579
ไม่เลี้ยงสัตว์	479	51.67	448	48.33	
การเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา)					
เคย	760	54.52	634	45.48	< 0.001
ไม่เคย	183	40.31	271	59.69	
การเคยถูกสุนัข/แมว กัด-ข่วน (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา)					
เคย	103	50.74	100	49.26	0.930
ไม่เคย	840	51.06	805	48.94	

เมื่อพิจารณาปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการผ่านเกณฑ์ความรู้เพิ่มขึ้น (crude odds ratio: cOR) จำแนกตามปัจจัย โดยไม่ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ อายุ การศึกษา และ การเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา) เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มโอกาสในการผ่านเกณฑ์ความรู้ กลุ่มอายุ 10 - 19 ปี เพิ่มขึ้น 2.17 เท่า (OR = 2.17, 95%CI 1.15 - 4.07) กลุ่มอายุ 20 - 29 ปี เพิ่มขึ้น 1.92 เท่า (OR = 1.92, 95%CI 1.38 - 2.66) กลุ่มอายุ 30 - 39 ปี เพิ่มขึ้น 1.47 เท่า (OR = 1.47, 95%CI 1.08 - 2.00) เมื่อพิจารณาตามการศึกษา พบว่าระดับการศึกษาอื่น ๆ เมื่อเทียบกับระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา เพิ่มโอกาสในการผ่านเกณฑ์ความรู้

ประถมศึกษา เพิ่มขึ้น 2.87 เท่า (OR = 2.87, 95%CI 1.23 - 6.71) มัธยมศึกษาตอนต้น เพิ่มขึ้น 3.72 เท่า (OR = 3.72, 95%CI 1.58 - 8.78) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. เพิ่มขึ้น 3.95 เท่า (OR = 3.95, 95%CI 1.69 - 9.22) อนุปริญญา/ปวส. เพิ่มขึ้น 5.97 เท่า (OR = 5.97, 95%CI 2.52 - 14.11) และปริญญาตรีขึ้นไป เพิ่มขึ้น 7.96 เท่า (OR = 7.96, 95%CI 3.35 - 18.91) เมื่อพิจารณาตามการเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา) พบว่าผู้ที่เคยได้รับความรู้ เพิ่มโอกาสในการผ่านเกณฑ์ความรู้ 1.77 เท่า (OR = 1.77, 95%CI 1.43 - 2.20) ดังนั้น อายุ การศึกษา และการเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา) สามารถทำนายโอกาสการผ่านเกณฑ์ความรู้ได้ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการผ่านเกณฑ์ความรู้เพิ่มขึ้นจำแนกตามปัจจัย โดยไม่ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น (crude OR)

ลักษณะที่ศึกษา	cOR	95% CI of OR	p-value
เพศ			
ชาย	1.18	0.94 - 1.47	0.150
หญิง	1.00	(reference category)	
อายุ			
10-19 ปี	2.17	1.15 - 4.07	0.016
20-29 ปี	1.92	1.38 - 2.66	< 0.001
30-39 ปี	1.47	1.08 - 2.00	0.013
40-59 ปี	1.01	0.79 - 1.30	0.920
60 ปี ขึ้นไป	1.00	(reference category)	
การศึกษา			
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.00	(reference category)	
ประถมศึกษา	2.87	1.23 - 6.71	0.015
มัธยมศึกษาตอนต้น	3.72	1.58 - 8.78	0.003
มัธยมศึกษาตอนปลาย / ปวช.	3.95	1.69 - 9.22	0.001
อนุปริญญา / ปวส.	5.97	2.52 - 14.11	< 0.001
ปริญญาตรีขึ้นไป	7.96	3.35 - 18.91	< 0.001
สถานะการเลี้ยงสัตว์			
เลี้ยงสัตว์	1.00	(reference category)	
ไม่เลี้ยงสัตว์	1.05	0.88 - 1.26	0.579

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการผ่านเกณฑ์ความรู้เพิ่มขึ้นจำแนกตามปัจจัยโดยไม่ควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น (crude OR) (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	cOR	95% CI of OR	p-value
การเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา)			
เคย	1.77	1.43 - 2.20	< 0.001
ไม่เคย	1.00	(reference category)	
การเคยถูกสุนัข/แมว กัด-ข่วน (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา)			
เคย	1.00	(reference category)	
ไม่เคย	1.01	0.76 - 1.36	0.930

เมื่อพิจารณาควบคุมตัวแปรที่อาจส่งผลต่อโอกาสการผ่านเกณฑ์ความรู้ (adjusted odds ratio: aOR) ได้แก่ อายุ การศึกษา และ การเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา) เมื่อพิจารณาตามกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 10 - 19 ปี เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป เพิ่มโอกาสในการผ่านเกณฑ์ความรู้ เพิ่มขึ้น 2.12 เท่า ($OR_{adj} = 2.12$, 95%CI 1.11 - 4.04) เมื่อพิจารณาตามการศึกษา พบว่าระดับการศึกษาอื่น ๆ เมื่อเทียบกับระดับการศึกษาต่ำกว่าประถมศึกษา เพิ่มโอกาสในการผ่านเกณฑ์ความรู้ ประถมศึกษา เพิ่มขึ้น 3.08 เท่า ($OR_{adj} = 3.08$, 95%CI 1.31 - 7.24) มัธยมศึกษาตอนต้น เพิ่มขึ้น 3.87 เท่า (95%CI 1.63 - 9.18) มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. เพิ่มขึ้น 4.12 เท่า

($OR_{adj} = 4.12$, 95%CI 1.75 - 9.67) อนุปริญญา/ปวส. เพิ่มขึ้น 6.14 เท่า (95%CI 2.57 - 14.68) และปริญญาตรีขึ้นไป เพิ่มขึ้น 8.01 เท่า ($OR_{adj} = 8.01$, 95%CI 3.37 - 19.52) เมื่อพิจารณาตามการเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา) พบว่าผู้ที่เคยได้รับความรู้เพิ่มโอกาสในการผ่านเกณฑ์ความรู้ 1.89 เท่า ($OR_{adj} = 1.89$, 95%CI 1.51 - 2.36) ดังนั้น จึงสรุปได้ว่า อายุ การศึกษา และการเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา) เป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการผ่านเกณฑ์ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยควบคุมตัวแปรอื่น ๆ ข้างต้นแล้ว (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการผ่านเกณฑ์ความรู้เพิ่มขึ้นจำแนกตามปัจจัย เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น (adjusted OR)

ลักษณะที่ศึกษา	aOR	95% CI of OR	p-value
อายุ			
10 - 19 ปี	2.12	1.11 - 4.04	0.023
20 - 29 ปี	1.39	0.97 - 2.00	0.072
30 - 49 ปี	1.08	0.77 - 1.51	0.654
40 - 59 ปี	0.87	0.67 - 1.13	0.298
60 ปี ขึ้นไป	1.00	(reference category)	
การศึกษา			
ต่ำกว่าประถมศึกษา	1.00	(reference category)	
ประถมศึกษา	3.08	1.31 - 7.24	0.010
มัธยมศึกษาตอนต้น	3.87	1.63 - 9.18	0.002
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	4.12	1.75 - 9.67	0.001
อนุปริญญา/ปวส.	6.14	2.57 - 14.68	< 0.001
ปริญญาตรีขึ้นไป	8.01	3.37 - 19.52	< 0.001

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่เพิ่มโอกาสในการผ่านเกณฑ์ความรู้เพิ่มขึ้นจำแนกตามปัจจัย เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่น (adjusted OR) (ต่อ)

ลักษณะที่ศึกษา	aOR	95% CI of OR	p-value
การเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา)			
เคย	1.89	1.51 - 2.36	< 0.001
ไม่เคย	1.00	(reference category)	

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่าร้อยละข้อที่ตอบผิดหรือไม่ทราบสูงที่สุด 3 อันดับแรก ได้แก่ 1) ลูกสุนัขที่อายุต่ำกว่า 3 เดือน เป็นโรคพิษสุนัขบ้าไม่ได้ ร้อยละ 49.13 2) เมื่อคนหรือสัตว์แสดงอาการของโรคพิษสุนัขบ้าแล้วรักษาไม่หาย ตายทุกราย ร้อยละ 39.12 และ 3) สุนัขที่มีเจ้าของมักไม่เป็นโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 30.41 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษา ความรู้ความเข้าใจ และพฤติกรรม การป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 4 ที่มีรายงานพบเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าในสัตว์ ปี 2562 ตอบถูกต้องได้ต่ำที่สุด 3 อันดับแรก คือ 1) สุนัขที่อายุต่ำกว่า 3 เดือน ไม่เป็นโรคพิษสุนัขบ้าตอบถูกเพียงร้อยละ 39.92 2) โรคพิษสุนัขบ้า รักษาไม่หายตายทุกราย ร้อยละ 65.30 และ 3) สุนัข/แมวกัดข่วนรักษาหายด้วยวิธีอื่นที่ไม่ใช่การฉีดวัคซีน ร้อยละ 65.71⁽⁵⁾ แสดงให้เห็นถึง ความรู้ความเข้าใจของประชาชนในประเด็นที่ต้องพัฒนาเพิ่มเติม ได้แก่ หัวข้อลูกสุนัขที่อายุต่ำกว่า 3 เดือน เป็นโรคพิษสุนัขบ้าไม่ได้ (ลูกสุนัขสามารถเป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้) และ เมื่อคนหรือสัตว์แสดงอาการของโรคพิษสุนัขบ้าแล้ว รักษาไม่หาย ตายทุกราย ซึ่งทั้งสองประเด็นควรเร่งสื่อสารความเสี่ยงทำความเข้าใจกับประชาชนเพิ่มขึ้น

ส่วนของปัจจัยพบว่าปัจจัยที่เพิ่มโอกาสการผ่าน เกณฑ์ความรู้ ได้แก่ อายุ การศึกษา และ การเคยได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา) ในส่วนของปัจจัยเรื่องอายุ สอดคล้องกับการศึกษาของ สำนักโรคติดต่อทั่วไปและศูนย์สิรินธรเพื่อการฟื้นฟู

สมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติพบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการไปพบแพทย์หลังถูกสัตว์กัด คือ ประชาชนที่มีอายุ 76 - 90 ปี เมื่อถูกสัตว์กัดแล้วไปพบ แพทย์น้อยที่สุดเพียงร้อยละ 25 และมีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)⁽⁶⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่กลุ่มอายุน้อยมีโอกาสผ่านเกณฑ์ มากกว่าถึง 2.12 เท่า (95%CI 1.11 - 4.04, $p\text{-value} < 0.05$) ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้สูงอายุ มีข้อจำกัดหลายประการ ในการฟังและอ่านคำแนะนำ ข้อมูลสุขภาพ หรือใบสั่งยา ของแพทย์ ซึ่งต้องใช้การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ (health literacy) ที่เพิ่มมากขึ้นในกลุ่มดังกล่าว⁽⁷⁾ ส่วนของ ปัจจัยการศึกษาของประชากรพบว่าสอดคล้องกับการศึกษา ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ในอำเภอยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม ซึ่งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ใน ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าคือ การไม่ได้เรียนหนังสือ ($OR = 9.51$, 95% CI: 2.42 - 37.32, $p\text{-value} = 0.001$)⁽⁸⁾ โดยพบว่าการศึกษาในผู้บังคับสุนัขทหาร ของกองพัน ทหารสุนัข พบว่าคะแนนรวมความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ในกลุ่มการศึกษา ระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า มีคะแนนในระดับดีมาก (ร้อยละ 47.8)⁽⁹⁾ และการศึกษาในพนักงานรักษาความ สะอาด กรุงเทพมหานคร ปัจจัยที่ส่งผลต่อสถานะสุขภาพ ป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อในพนักงานรักษาความสะอาดได้แก่ ระดับการศึกษา (odds ratio 2.15, 95% CI 1.13 - 4.09)⁽¹⁰⁾

จะเห็นได้ว่าระดับการศึกษาที่สูงขึ้นส่งผลต่อความรู้ในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ และในส่วนของภาคประชาชนที่ได้รับรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ได้แก่ การผ่านการเรียนหลักสูตรผู้บังคับสุนัขทหารและพบว่าคะแนนรวมความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พบว่าการกำลังศึกษาหลักสูตรผู้บังคับสุนัขทหาร มีคะแนนในระดับดีมาก (ร้อยละ 54.8)⁽⁹⁾ แสดงให้เห็นว่าการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ผ่านเกณฑ์ความรู้

ดังนั้น ในปัจจัยด้านอายุและการศึกษา ควรเน้นกลุ่มเป้าหมายในกลุ่มสูงอายุและระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีในการสื่อสารความเสี่ยงเพิ่มขึ้น และปัจจัยด้านการได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า (ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา) ควรส่งเสริมให้มีการให้ความรู้ในประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างน้อยความถี่ภายในระยะเวลา 6 เดือน

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานสาธารณสุขทุกระดับที่รับผิดชอบนโยบายป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้มีหน้าที่สื่อสารความเสี่ยงโดยตรงถึงประชาชน ควรสนับสนุนแผนการสื่อสารความเสี่ยงเพิ่มขึ้นในกลุ่มเป้าหมายกลุ่มสูงอายุและระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีในการสื่อสารความเสี่ยงเพิ่มขึ้น
2. หัวข้อความรู้ที่ควรเน้นสื่อสารทำความเข้าใจกับประชาชนเพิ่มขึ้น คือ หัวข้อลูกสุนัขที่อายุต่ำกว่า 3 เดือนสามารถเป็นโรคพิษสุนัขบ้าได้ และหัวข้อเมื่อคนหรือสัตว์แสดงอาการของโรคพิษสุนัขบ้าแล้ว รักษาไม่หาย ตายทุกราย
3. ควรส่งเสริมให้มีการให้ความรู้ในประชาชนกลุ่มเป้าหมายอย่างน้อยภายในระยะเวลา 6 เดือน จะสามารถเพิ่มโอกาสการผ่านเกณฑ์ความรู้ได้
4. ควรมีการสำรวจความรู้เรื่องโรคพิษสุนัขบ้าและวิเคราะห์ข้อมูลเป็นระยะ ๆ เพื่อประเมินผลและปรับเปลี่ยนการเสริมสร้างความรู้

5. ควรทำการศึกษาเพิ่มเติมในการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าในประเด็นระยะเวลาความถี่ที่เหมาะสม ส่งผลให้ประชาชนมีความรู้ผ่านเกณฑ์โดยยังคงพิจารณาเรื่องของงบประมาณในการดำเนินการที่เหมาะสมและคุ้มค่าด้วย

ข้อจำกัด

ข้อจำกัดในการศึกษา กลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ อาจมีข้อจำกัดในการเป็นตัวแทนสำหรับประชากรในเขตสุขภาพที่ 4

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะผู้บริหารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี ที่ให้การสนับสนุนในการดำเนินงานตามแผนงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ผู้รับผิดชอบงานโรคพิษสุนัขบ้า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 4 คุณเต็มดวง สันตินรนต์ (นนทบุรี), คุณสมปรารถนา มหาผล (สิงห์บุรี), คุณสุจิตรา แสงทรัพย์ (นครนายก), คุณชวัส จิโรจน์ (พระนครศรีอยุธยา), คุณแอนณา รัชมิ (สระบุรี), คุณอัครวัจน์ ทรัพย์เจริญ (ลพบุรี), คุณดลาลัย มาลัยเจริญ (อ่างทอง) และคุณสุพัตรา โตใหญ่ (ปทุมธานี) ที่กรุณาให้ความอนุเคราะห์และประสานงานในการสำรวจข้อมูลในระดับพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. Yurachai O, Skaraseranee O, Songkaew R. A Guide to creating and assessing rabies-free areas [internet]. 2nd ed. Bangkok: Akhorn Graphic and Design Publishing Limited Partnership; 2022 [cited 2023 Aug 30]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1434420230607031237.pdf> (in Thai)
2. Office of Disease Prevention and Control Region 4 Saraburi(TH). Rabies 4 Free Zone Data Center[internet]. [cited 2023 Aug 30]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/odpc4/pagecontent.php?page=870&dept=odpc4>

3. Department of Disease Control (TH), Division of Epidemiology. R506 (Rabies) [internet]. [cited 2023 Aug 30]. Available from: <http://doe.moph.go.th/surdata/disease.php?ds=42>
4. Department of Disease Control (TH). Cluster CD Rabies Roadmap [internet]. [cited 2023 Aug 30]. Available from: http://utoapp.moph.go.th/e_doc/views/uploads/640027c540bae-17a4e3c527d1f5e6eb654cd754d902d6-1426.pdf
5. Meesap K, Phatairat P. Knowledge and behavior of rabies prevention in confirmed animal rabies area, Health Region 4, 2019. Journal of Medical and Public Health Region 4 [internet]. 2021[cited 2023 Aug 30]; 11(2): 28 – 39. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/article/download/251490/169916/935348>
6. Puanghat A, Theerawitthayalert R, Thanacharoenrat N. Knowledge, attitude and practice of thai people in prevention and control of rabies. Disease Control Journal [internet]. 2010 [cited 2023 Aug 30]; 36(1): 50 – 9. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/DCJ/article/download/155881/113149>
7. Kaeodumkoeng K, Thummakul D. Health literacy promoting in aging population. Journal of Health Science Research [internet]. 2015 [cited 2023 Sep 27]; 9(2): 1 – 8. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JHR/article/view/56547/47169>
8. Tee-ngam T, Suggaravetsiri P. Factors associated with Incomplete vaccination among rabies exposures at Yangsisurat District in Mahasarakham Province. KKU Journal for Public Health Research [internet]. 2020 [cited 2023 Aug 30]; 13(1): 33 – 40. Available from: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/view/202493/164038>
9. Werajong O, Deepreecha K, Saengdidtha B, Sirimalaisuwan A. Knowledge, Attitude and practice regarding rabies prevention in a Military Working Dog Battalion. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center [internet]. 2022 [cited 2023 Aug 30]; 39(2): 170 – 7. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ppkjournal/article/view/255420/175769>
10. Butrangamdee C. Health status and factors affecting health status of public cleaners in Lat Phrao district, Bangkok Metropolitan Administration. Journal of Charoenkrung Pracharak Hospital [internet]. 2021 [cited 2023 Aug 30]; 17(1): 65 – 83. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/JCP/article/view/249075/170872>



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index>

Usefulness of ambulatory ECG monitoring for paroxysmal atrial fibrillation in patients presenting with palpitation

Surachat Jaroonpipatkul, Apichai Pokawattana**Division of Cardiology, Rajavithi Hospital, Collage of Medicine, Rangsit University***Corresponding author: surachat.ja@rsu.ac.th**Received: September 25,2023 Revised: March 15,2024 Accepted: April 3,2024*

Abstract

In this study, the focus was on exploring the prevalence of paroxysmal atrial fibrillation (AF) among patients presenting with palpitations, utilizing the method of 24-hour ambulatory electrocardiographic (ECG) monitoring. The research encompassed 248 participants, predominantly comprising females (75.8%), with an average age of 52.18 years, most of whom fell within the 50 - 59 age bracket. Prior to medical examination, the duration of palpitations ranged from 1 to 3 months for the majority of patients. The study's findings unveiled that 4.84% of the patients exhibited atrial fibrillation, while 1.61% showcased atrial flutter. Interestingly, the youngest individual diagnosed with AF was merely 43 years old. The investigation further delved into factors associated with a heightened prevalence of atrial fibrillation. Notably, advancing age was correlated with an increased risk of AF (odds ratio [OR] 1.064, 95% confidence interval [CI] 1.015 - 1.115, $p < 0.005$), along with the presence of valvular heart disease (OR 19.00, 95% CI 4.23 - 85.37, $p < 0.005$) and other structural heart diseases (OR 12.56, 95% CI 3.12 - 50.51, $p < 0.005$). This study underscores the significance of 24-hour ambulatory ECG monitoring in detecting a higher prevalence of atrial fibrillation compared to standard ECG testing. Additionally, it emphasizes the pivotal role of this monitoring technique in AF detection, particularly among older patients presenting with valvular or structural heart diseases, thus highlighting the importance of timely and accurate diagnosis in enhancing patient care and outcomes.

Keywords: Atrial fibrillation, 24-hour ambulatory ECG monitoring, Palpitation

Introduction

The 24-hour ambulatory electrocardiographic (ECG) monitoring constitutes a valuable tool for recording and evaluating the underlying causes of cardiovascular mortality, encompassing cardiac arrhythmias, coronary artery disease, myocardial infarction, heart block, and facilitating follow-up on cardiac arrhythmias.

Palpitations represent a prevalent clinical concern, typically benign, yet occasionally disruptive. Multiple factors contribute to palpitations, including cardiac arrhythmias originating from both atrial and ventricular sources, valvular heart disease, pericardial disease, stress, hyperthyroidism, hypoglycemia, pharmaceutical agents, among others, with idiopathic origins accounting for up to 16% of cases.⁽¹⁾

Atrial fibrillation (AF) constitutes a common clinical issue, particularly prevalent among the elderly population. The incidence of AF stands at 19.2 per 1000 person-years, with a higher prevalence observed among Asians⁽²⁾. In individuals aged over 75 years, females exhibit twice the incidence compared to males, albeit with less severe manifestations⁽³⁾. Notably, in England, AF ranks as the most prevalent cardiac arrhythmia, exhibiting an age-related increase in incidence and a twofold increase in mortality compared to other cardiac arrhythmias⁽⁴⁾. In the United States, AF affects approximately 2.5 million individuals, with prevalence rates of 1.1% in males and 0.8% in females⁽⁵⁾. In Thailand, AF prevalence stands at around 0.36% among individuals over 30 years old, with a rising trend attributed to population aging⁽⁶⁾.

Given its implications for morbidity and mortality, AF represents a significant clinical challenge. Risk factors for AF encompass a myriad of factors, including modifiable lifestyle elements and non-modifiable characteristics such as gender, advanced age (particularly over 70 years), genetic predisposition, and various structural heart diseases

(e.g., rheumatic heart disease, congestive heart failure, valvular heart disease, coronary artery disease, and myocardial infarction), alongside hypertension, diabetes mellitus, pneumonia, obesity, smoking, electrolyte imbalances, thyrotoxicosis, and septicemia.

Clinical evaluation, including comprehensive history-taking and physical examination, aids in diagnosing AF, with confirmation typically achieved via 12-lead ECG. While many patients with AF are asymptomatic, some may present with palpitations or exertional dyspnea, while more severe cases may manifest as heart failure or stroke. Additionally, physical signs such as left ventricular hypertrophy, signs of heart failure, valvular heart disease, or indications of chronic lung disease or hyperthyroidism may be evident.

This study endeavors to ascertain the prevalence of paroxysmal AF, evaluated through 24-hour ambulatory ECG monitoring, among patients presenting with palpitations.

Material and method

Study Design and Protocol:

A descriptive cross-sectional study, conducted at a single center, was undertaken. This retrospective study analyzed previously collected data from the center's records. Patients presenting with palpitations were enrolled, and their cardiac activity was assessed using 24-hour ambulatory electrocardiographic (ECG) monitoring. The DigiTrak XT and SEER 1000 devices, featuring a full-disclosure ECG recorder with 3 channels, were employed for the monitoring process. Data interpretation was facilitated through ECG data analysis software. The monitoring device was affixed to a shoulder strap worn by the patient. Two Cardiologists (S.J and A.P) meticulously analyzed the 24-hour ambulatory ECG monitoring reports for arrhythmias and other pertinent findings.

Atrial fibrillation (AF) was defined as any episode lasting longer than 30 seconds. The study protocol received approval from the Medical Ethics Committee of Rajavithi Hospital.

Study Population:

Eligible participants were aged 18 years or older and had experienced at least one episode of palpitation recorded via 24-hour ambulatory ECG monitoring at Rajavithi Hospital between January 2017 and January 2019. The data collected from patients encompass baseline information, including age, sex, BMI, underlying diseases, duration of palpitation. Additionally, laboratory data such as blood sugar, thyroid function, and renal function is also collected. Exclusion criteria encompassed evidence of myocardial ischemia or cardiac arrhythmias, including a history of atrial fibrillation, prior to study enrollment.

The sample size was determined referencing the study by Badri and Klara Paudel, which anticipated a prevalence of atrial fibrillation (AF) at 7.8%. Accordingly, a total study population of 120 participants, accounting for potential dropouts, was deemed necessary for this investigation.

Patients with other identifiable medical etiologies for their symptoms, such as those with a confirmed diagnosis of arrhythmias on ECG that aligns with their symptoms, or those currently using anti-arrhythmic drugs, were also excluded from the study.

Endpoints:

The primary endpoint was the determination of the prevalence of paroxysmal atrial fibrillation. Secondary endpoints included identifying factors associated with the prevalence of paroxysmal atrial fibrillation and atrial flutter.

Statistical Analysis:

Descriptive statistics were employed to analyze baseline demographic data. Categorical variables, such as sex or underlying diseases, were compared using the Chi-square test or Fisher's exact test and presented

as percentages. Continuous variables, such as BMI or age, were assessed using the Independent t-test or the Mann-Whitney U test and expressed as mean $\pm$ standard deviation (S.D.) or median $\pm$ interquartile range (IQR). Logistic regression analysis was utilized to identify factors associated with paroxysmal atrial fibrillation and atrial flutter, with results presented as odds ratios (OR). All statistical analyses were two-tailed, with a p-value < 0.05 considered statistically significant. The Statistical Package for Social Scientists (SPSS version 23.0) was used for all data analyses.

Results

A total of 248 patients participated in the study, with approximately 75% being females. The mean age of the participants was 52.18 years, with a mean body mass index (BMI) of 24.09 kg/m². Roughly one-third of the patients had a normal BMI. The majority of patients experienced palpitations for a duration of 1-3 months before seeking investigation. The most prevalent underlying diseases among the patients were hypertension (37.5%) and dyslipidemia (22.2%). Table 1 displays the baseline characteristics of the study population.

Arrhythmias detected by 24-hour ambulatory ECG monitoring are outlined in Figure 1. Atrial fibrillation was identified in 4.84% of the population, while atrial flutter was found in 1.61%. Overall, 71.37% of patients exhibited arrhythmias, with 28.63% demonstrating normal sinus rhythm. Other observed arrhythmias included ventricular ectopic beats (27.82%), atrial ectopic beats (18.55%), atrial tachycardia (8.06%), supraventricular tachycardia (3.23%), sick sinus syndrome (2.82%), AV block (2.42%), Wolf Parkinson's White (1.61%), and ventricular tachycardia (0.4%).

Table 2 elucidates that advanced age, valvular heart disease, and other structural heart diseases were associated with paroxysmal atrial fibrillation and atrial flutter.

Table 1. Baseline characteristics of the study population

	Total		AF		No AF		p-value
	(n = 248)		(n = 12)		(n = 236)		
	n	%	n	%	n	%	
Sex							1.000
Female	188	75.8%	9	75.0%	179	75.8%	
Male	60	24.2%	3	25.0%	57	24.2%	
Age (years)							0.085
< 30	28	11.3%	0	0%	28	11.9%	
30 - 39	31	12.5%	0	0%	31	13.1%	
40 - 49	39	15.7%	1	8.3%	38	16.1%	
50 - 59	61	24.6%	4	33.3%	57	24.2%	
60 - 69	54	21.8%	2	16.7%	52	22.0%	
70 - 79	30	12.1%	4	33.3%	26	11.0%	
≥ 80	5	2.0%	1	8.3%	4	1.7%	
Mean±SD	52.18	±15.89	64.33	±12.55	51.56	±15.82	0.006
BMI (kg/m ²)							0.326
Underweight < 18.5	10	4.0%	1	8.3%	9	3.8%	
normal 18.5 - 22.9	90	36.3%	4	33.3%	86	36.4%	
overweight 23 - 24.9	57	23.0%	1	8.3%	56	23.7%	
Obese I 25 - 29.9	73	29.4%	6	50.0%	67	28.4%	
Obese II ≥ 30	18	7.3%	0	0%	18	7.6%	
Mean ± SD	24.09	±3.73	24.09	±3.62	24.08	±3.74	0.994
Duration of palpitation							0.825
Below 1 month	65	26.2%	2	16.7%	63	26.7%	
1 - 3 months	111	44.8%	7	58.3%	104	44.1%	
3 - 6 months	27	10.9%	2	16.7%	25	10.6%	
6 - 12 months	12	4.8%	0	0%	12	5.1%	
Beyond 1 year	33	13.3%	1	8.3%	32	13.6%	
Underlying disease							
Diabetes	16	6.5%	0	0%	16	6.8%	0.351
Hypertension	74	29.8%	6	50.0%	68	28.8%	0.118
Dyslipidemia	55	22.2%	4	33.3%	51	21.6%	0.340
Chronic kidney disease	10	4.0%	0	0%	10	4.2%	0.467
ESRD on HD	1	0.4%	0	0%	1	0.4%	1.000
Kidney transplantation	2	0.8%	0	0%	2	0.8%	1.000

Table 1. Baseline characteristics of the study population (cont.)

	Total		AF		No AF		p-value
	(n = 248)		(n = 12)		(n = 236)		
	n	%	n	%	n	%	
Previous stroke/TIA	3	1.2%	0	0%	3	1.3%	1.000
Coronary artery disease	11	4.4%	1	8.3%	10	4.2%	0.501
Valvular heart disease	8	3.2%	2	16.7%	6	2.5%	0.007
Underlying disease							
Others structural heart disease	10	4.0%	2	16.7%	8	3.4%	0.023
Arrhythmias	2	0.8%	0	0%	2	0.8%	1.000
Thyroid disease	9	3.6%	0	0%	9	3.8%	0.491
Liver disease	5	2.0%	0	0%	5	2.1%	1.000
Non hematologic malignancy	9	3.6%	1	8.3%	8	3.4%	0.372
Hematologic malignancy	1	0.4%	0	0%	1	0.4%	1.000
Hematologic disease	4	1.6%	0	0%	4	1.7%	1.000
Autoimmune disease	7	2.8%	0	0%	7	3.0%	0.545
HIV infection	5	2.0%	1	8.3%	4	1.7%	0.221
Mental disorder	6	2.4%	1	8.3%	5	2.1%	0.172
Others	25	10.1%	2	16.7%	23	9.7%	0.437

p-value from Fisher's Exact Test, Mann-Whitney U-test and Independent t-test, * Significant at the 0.05

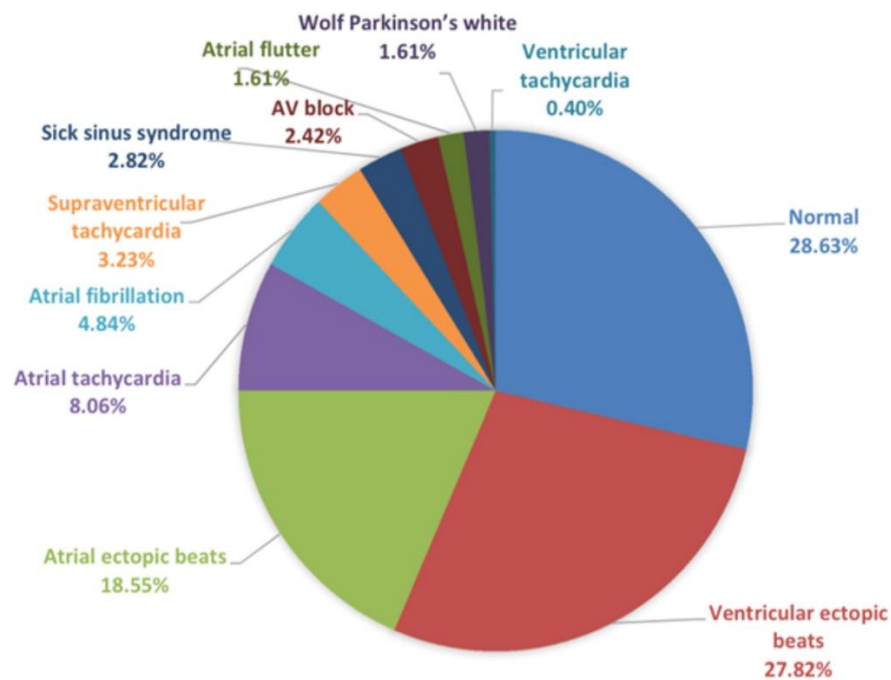
**Figure 1** Cardiac arrhythmias detected by 24-hour ambulatory ECG monitoring

Table 2. Factors associated with the prevalence of paroxysmal AF and atrial flutter

	Crude OR	(95%CI)	p-value	Adjusted OR*	(95%CI)	p-value
Valvular heart disease	7.667	(1.371 - 42.857)	0.020	15.40	(1.589 - 149.136)	0.018
Age	1.064	(1.015 - 1.115)	0.009			
Other structural heart disease	5.700	(1.069 - 30.397)	0.042			

* Adjusted by age and other structural heart diseases

Discussion

Palpitations represent a common clinical complaint characterized by sensations of rapid, slow, or irregular heartbeats⁽⁷⁾. Given their varied etiologies, palpitations frequently prompt hospital visits. While routine 12-lead ECGs are often utilized for evaluation, portable ECG recorders capable of 24-hour monitoring have emerged to address diagnostic challenges. This study aims to assess the prevalence of paroxysmal atrial fibrillation among patients experiencing palpitations. Various studies have explored this topic, such as Badri and Klara Paudrel's investigation into the diagnostic significance of 24-hour ambulatory ECG monitoring in evaluating palpitations, which involved 335 symptomatic individuals undergoing monitoring and revealed a 7.8% prevalence of paroxysmal atrial fibrillation and atrial flutter⁽¹⁾.

Additionally, Joao Primo et al.'s study in Portugal, focusing on individuals over 40 years old, reported a prevalence of 12.4% for atrial fibrillation⁽²⁾. Notably, recent randomized trials comparing routine versus targeted population-based screening demonstrated similar rates of new case detection between systematic and opportunistic screening methods^(8,9).

In our study, among 248 patients undergoing 24-hour ambulatory ECG monitoring for palpitations, 71.37% exhibited arrhythmias, with ventricular ectopic beats being the most common. The prevalence of atrial fibrillation was 4.84%, and atrial fibrillation/flutter combined was 6.45%,

aligning with findings from previous investigations. Furthermore, our study identified a higher prevalence of atrial fibrillation among older patients and those with valvular or structural heart diseases compared to the general population.

While our study did not evaluate ST-T changes during ambulatory ECG monitoring, such monitoring could potentially detect episodes of silent myocardial infarction. However, current guidelines suggest limited evidence supporting the use of ambulatory ECG monitoring for asymptomatic patients without coronary artery disease⁽¹⁰⁾.

However, several limitations should be acknowledged. Firstly, the retrospective nature of the study may introduce bias and confounding variables. Secondly, the relatively small sample size could impact the primary endpoint. Lastly, some patients with a history of palpitations declined 24-hour ambulatory ECG monitoring. The absence of data from patients who declined 24-hour ambulatory ECG monitoring may result in missing information regarding their symptoms, underlying conditions, and potential arrhythmias, limiting the comprehensiveness of the study and the ability to draw robust conclusions. Moreover, if patients with more severe symptoms or a higher likelihood of arrhythmias were more inclined to decline monitoring, this could lead to an underestimation of the true prevalence of arrhythmias in the study population.

In conclusion, our retrospective cross-sectional study aimed to assess the prevalence of paroxysmal atrial fibrillation among patients experiencing palpitations. While our findings indicated a prevalence of atrial fibrillation at 4.84% and a combined prevalence of atrial fibrillation/flutter at 6.45%, these figures exhibited a slight deviation from the rates reported in previous investigations by Badri and Klara Paudrel (7.8%) and Joao Primo et al. (12.4%). The observed differences may be attributed to variations in population demographics, diagnostic approaches, geographic factors, and temporal considerations. Nonetheless, our study provides valuable contributions to the understanding of atrial fibrillation prevalence in our study cohort.

Funding

This research did not receive specific funding from public, commercial, or not-for-profit sectors.

Reference

1. Paudel B, Paudel K. The diagnostic significance of the holder monitoring in the evaluation of palpitation. *Journal of clinical and diagnostic research* 2013 Mar;7(3):480-3
2. Primo J, Gonçalves H, Macedo A, Russo P, Monteiro T, Guimarães J, et al. Prevalence of paroxysmal atrial fibrillation in a population assessed by continuous 24-hour monitoring. *Rev Port Cardiol.* 2017 Jul 19;36(7-8):535-46
3. Stanley JM. Pharmacological treatment of persistent atrial fibrillation in the older adult: evidence-based practice. *J Am Acad Nurse Pract* 2011;23:120-6
4. Panchmatia S. Atrial fibrillation and the use of antiarrhythmic drugs. *Nurse Prescribing* 2010;8:207
5. Nottingham, F. Diagnosis and treatment of atrial fibrillation in the acute care setting. *J Am Acad Nurse Pract* 2010;22:280-7
6. Sittisuk S. Practice guidelines for management patients with Atrial Fibrillation (AF) in Thailand. Bangkok :The Heart Association of Thailand under the Royal Patronage, 2012.
7. Aditya MS, Chandra KS. Practical Approach to the Patient with Palpitation. *The Association of Physician on India*[Internet]. [cited 2017 Mar 16]. Available from: http://www.apiindia.org/pdf/progress_in_medicine_2017/mu_14.pdf
8. David A Fitzmaurice , F D Richard Hobbs, Sue Jowett, Jonathon Mant, Ellen T Murray, Roger Holder, et al. , et al. Screening versus routine practice in detection of atrial fibrillation in patients aged 65 or over: cluster randomized controlled trial. *BMJ* 2007;335:83.
9. Farce M, Malum ASMHA, Siddiqui MMR, Faruk MT, Rahman F, Iqbal MJ, et al. Different types of cardiac arrhythmias shown in Holter ECG monitoring of 100 patients studied in NICVD. *Medicine today* 2014; 26(2):71-4
10. Michael H. Crawford, Steven J. Bernstein, Prakash C. Deedwania, et al. ACC/AHA Guidelines For Ambulatory Electrocardiography. *Journal of the American College of Cardiology* 1999;34(3):912-48.



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index>

รูปแบบการบริหารจัดการสู่การเปลี่ยนแปลงคุณภาพของห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

Model management to change the quality of emergency room of Pranangklao hospital

สุวันดี บัญชรเทวกุล

Suwandee Bunchontevakul

มหาวิทยาลัยบูรพา

Burapha University

Corresponding author: suwandeekb@gmail.com

Received: July 11,2023 Revised: March 19,2024 Accepted: April 3,2024

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาในการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และเสนอรูปแบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ดำเนินการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 34 คน เพื่อให้ทราบสถานการณ์ สภาพปัญหา และการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน นำมาสรุปปัญหาและการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน ดำเนินการเข้าสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม ณ ห้องฉุกเฉิน และประชุมกลุ่มกับผู้บริหารและทีมห้องฉุกเฉิน จำนวน 30 คน ผลการศึกษา พบว่าสถานการณ์และสภาพปัญหาในการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีประเด็นปัญหาเรียงลำดับความสำคัญในการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน ได้แก่ ความแออัด, สถานที่, บุคลากร, รายได้, การประชาสัมพันธ์, ความเสี่ยงและความปลอดภัย, อุปกรณ์, ระยะเวลาการรักษา, การบริการ, ระบบและนโยบาย, ทักษะ ความรู้ ความสามารถ, ข้อร้องเรียน, ผลกระทบอื่น ๆ ตามลำดับ รูปแบบการบริหารจัดการสู่การเปลี่ยนแปลงคุณภาพของห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า สอดคล้องกับตัวชี้วัดมาตรฐานห้องฉุกเฉินคุณภาพ ได้แก่ พัฒนาระบบการคัดกรอง เพื่อลดความแออัดและการจัดบริการที่สะดวก รวดเร็ว พัฒนากิจกรรมห้องฉุกเฉิน มีจำนวนบุคลากรตามสัดส่วนของประชากรที่รับผิดชอบจริง เพื่อปฏิบัติงานในสถานการณ์ฉุกเฉินอย่างมีประสิทธิภาพ และพัฒนาเทคโนโลยีระบบปฏิบัติการห้องฉุกเฉิน ด้วยการแพทย์ทางไกล และเครือข่ายการจัดการระบบการรักษายาพยาบาลฉุกเฉิน ตามแนวทางการพัฒนา One Province One Hospital รวมทั้งพัฒนาห้องฉุกเฉินเคลื่อนที่ เพื่อลดความแออัด

คำสำคัญ: รูปแบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน, ห้องฉุกเฉินคุณภาพ, โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

Abstract

This study is a qualitative research with the following objectives: To examine the situation and problems in managing the emergency room at Phramangklao hospital and proposing a management model for the emergency room at Phranangklao hospital. The study includes: In-depth interviews with 34 relevant individuals to identify real problems and emergency room management, non-participatory observation in the emergency room and focus group with 30 management and emergency room team members. Findings indicate: Key problems in managing the emergency room at Phranangklao hospital include, overcrowding, location, personnel, income, public relations, risk and safety, equipment, treatment duration, services, systems and policies, skills, knowledge, and abilities, complaint management and other impacts respectively. Proposed management model to change the quality of emergency room of Pranangklao hospital corresponds to standard ER quality indicators including; Creating screening processes to reduce overcrowding and improve service convenience and fast, enhancing emergency room staff with appropriate staffing ratios, integrating telemedicine technology and emergency care system networks following the One Province One Hospital approach, and developing mobile emergency rooms to alleviate overcrowding.

Keywords: Emergency room management model, quality emergency room, Pranangklao hospital

บทนำ

ระบบสุขภาพในเขตปริมณฑลเป็นพื้นที่ซึ่งมีลักษณะพิเศษ ด้วยการบริหารจัดการในรูปแบบจังหวัด แต่มีความเป็นเขตเมืองสูง จังหวัดนนทบุรีเป็นหนึ่งในพื้นที่ปริมณฑล ต้องเผชิญทั้งโอกาสและอุปสรรคของการบริหารจัดการ มีความแออัดในระบบสุขภาพ โดยเฉพาะในโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง ด้วยจำนวนประชากรที่พุ่งสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว จากการพัฒนาที่อยู่อาศัยอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลชุมชนที่เคยให้บริการประชากรประมาณ 3 - 5 หมื่นคน เพิ่มขึ้นเป็น 1 - 2 แสนคน⁽¹⁾ จากสถิติปี 2560 - 2564 พบว่า ประชากรตามทะเบียนราษฎร์⁽²⁾ แรงงานต่างด้าว⁽³⁾ และประชากรแฝง⁽⁴⁾ ของจังหวัดนนทบุรีรวมมีจำนวน 1,998,222, 2,049,470, 1,996,341, 1,815,715, 2,053,930 คน ตามลำดับ แสดงดังตารางที่ 1 นอกจากการให้บริการประชาชนในจังหวัดยังมีประชากรจากนอกพื้นที่อพยพเข้ามาอยู่อาศัย และรองรับผู้ป่วยของจังหวัดใกล้เคียงด้วยนโยบายในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินซึ่งมีกองทุน UCEP (Universal Coverage for Emergency Patient) ที่คุ้มครองสิทธิผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต สามารถเข้ารับรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐและเอกชนได้ทุกแห่ง โดยไม่มีเงื่อนไข สามารถเรียกเก็บค่ารักษาพยาบาล ภายใน 72 ชั่วโมง หรือในกรณี

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนอกคู่สัญญา 3 กองทุน (กองทุนหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กองทุนประกันสังคม และกองทุนสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ)⁽⁵⁾ ผู้ที่จะใช้สิทธินี้ได้ต้องเป็นผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต ตามหลักเกณฑ์การคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉิน⁽⁶⁾ ที่สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) กำหนด จึงเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของทุกโรงพยาบาล รวมทั้งในปี 2566 คณะกรรมการพัฒนาระบบสุขภาพแห่งชาติ ยกระดับนโยบาย 30 บาท บัตรประชาชนใบเดียว รักษาได้ทุกที่ เชื่อมโยงข้อมูลสุขภาพจากหน่วยบริการทุกระดับทั้งรัฐและเอกชน อำนวยความสะดวกแก่ประชาชนให้ได้รับการบริการสาธารณสุขที่สะดวก รวดเร็ว เพิ่มประสิทธิภาพและคุณภาพการให้บริการ⁽⁷⁾ ส่งผลให้จำนวนผู้รับบริการในจังหวัดนนทบุรีเพิ่มขึ้น

จังหวัดนนทบุรี มีโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน 7 แห่ง ได้แก่ ไทรน้อย บางกรวย บางใหญ่ ปากเกร็ด บางบัวทอง บางบัวทอง 2 และ ศูนย์บริการการแพทย์ นนทบุรี และ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์ขนาด A1 จำนวน 515 เตียง

(เปิดบริการจริง 606 เตียง) 1 แห่ง ระดับตติยภูมิเพียงแห่งเดียวของจังหวัดนนทบุรี จากสถิติการให้บริการรักษาผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยใน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 - 2565 เฉลี่ยต่อวัน พบว่ามีจำนวน 2,506, 2,567, 2,746, 2,425, 2,096 และ 2,423 คน ตามลำดับ ช่วงปี 2563 - 2565 (สถานการณ์โรคโควิด-19) จำนวนการครองเตียง พบว่า มีจำนวน 541, 569, 572, 565, 571 และ 589 เตียง นอกจากนี้ จำนวนผู้ที่เข้ารับบริการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ในช่วงปีงบประมาณ 2558 - 2565⁽⁸⁾ พบว่า ผู้รับบริการที่ไม่ได้ป่วยฉุกเฉินมีจำนวนใกล้เคียงหรือมากกว่าจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน ภาระงานให้บริการที่ห้องฉุกเฉินจึงเพิ่มมากยิ่งขึ้น แสดงดังตารางที่ 2

ด้วยประเด็นปัญหาดังกล่าวข้างต้นในการให้บริการของห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ซึ่งเป็นโรงพยาบาล

ตารางที่ 1 สถิติจำนวนประชากรจังหวัดนนทบุรี ปี 2560 - 2564

ประชากร (คน)	2560	2561	2562	2563	2564
ประชากรตามทะเบียนราษฎร ⁽²⁾	1,229,735	1,246,295	1,265,387	1,276,745	1,288,637
แรงงานต่างด้าว ⁽³⁾	162,842	193,715	177,496	131,557	161,713
ประชากรแฝง ⁽⁴⁾	605,645	609,460	553,458	407,413	603,580
รวม	1,998,222	2,049,470	1,996,341	1,815,715	2,053,930

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยเฉลี่ย/ วัน ปีงบประมาณ 2558 - 2565⁽⁸⁾

จำนวนผู้ป่วย/ปีงบประมาณ	2558	2559	2560	2561	2562	2563	2564	2565
จำนวนผู้ป่วย (คน)	54,456	56,352	50,481	54,390	51,443	47,750	46,280	47,568
จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน	28,867	26,710	24,277	26,091	26,231	25,512	26,225	29,881
จำนวนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน	25,589	29,642	26,642	28,299	25,212	22,238	20,055	17,687
จำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุ	23,020	22,533	20,887	21,091	19,000	17,555	15,146	13,812

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาในการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า
2. เพื่อเสนอรูปแบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

ระดับตติยภูมิแห่งเดียวของจังหวัดนนทบุรี จำเป็นต้องหารูปแบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน เพื่อให้บริการที่มีคุณภาพ ซึ่งแนวทางการพัฒนางานบริการของห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลต่าง ๆ มีความหลากหลายและความแตกต่างตามบริบท ไม่อาจนำมาปรับใช้ได้ทั้งหมด และผู้วิจัยได้พบและสอบถามผู้บริหาร โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า (ผู้อำนวยการ) เมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ถึงปัญหาที่ต้องการให้ทำการวิจัย พบปัญหาโดยเฉพาะด้านการเงิน คิดลบ 400 ล้านบาท ปัญหาผู้ป่วยมีจำนวนมากล้นห้องฉุกเฉิน ซึ่งส่งผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาพยาบาล ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้ศึกษาปัญหาและรูปแบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เพื่อนำไปสู่การพัฒนาูปแบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉินที่มีคุณภาพต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ รวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) การเข้าสังเกตการณ์ (Observational research) และการประชุมกลุ่ม (Focus group)

วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาของห้องฉุกเฉิน ดังนี้

1) ศึกษาค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร วารสาร บทความงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2) จัดทำประเด็นคำถาม เกี่ยวกับสถานการณ์และสภาพปัญหาและรูปแบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉินที่มีคุณภาพ

3) ดำเนินการให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 คน ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และความเหมาะสมของข้อคำถาม⁽⁹⁾ ประกอบด้วย ข้อคำถามข้อที่ 1 โรงพยาบาลพระนั่งเกล้ามีสภาพปัญหาของห้องฉุกเฉินที่แท้จริงเป็นอย่างไร และ ข้อคำถามข้อที่ 2 รูปแบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉินที่มีประสิทธิผลเป็นอย่างไร ดำเนินการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) และตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงโครงสร้าง (Construct validity) โดยกำหนดค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-object congruence: IOC) ของคำถามที่กำหนดขึ้น กับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน ค่า IOC = 0.8 (≥ 0.5) ได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยบูรพา เลขที่โครงการวิจัย G-HU 219/2563 เมื่อวันที่ 13 กรกฎาคม พ.ศ. 2564 และจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า รหัสโครงการวิจัย PE6238 เมื่อวันที่ 16 สิงหาคม พ.ศ. 2564 และผู้วิจัยได้ดำเนินการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด

4) นัดสัมภาษณ์ผู้บริหาร เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ตามประเด็นคำถามที่ผ่านความคิดเห็นจากผู้เชี่ยวชาญ สรุปประเด็นที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปตรวจสอบความถูกต้องอย่างละเอียด และนำมาวิเคราะห์เพื่อจัดหมวดหมู่ในแต่ละประเด็นที่เป็นสถานการณ์และสภาพปัญหา และรูปแบบการบริหารจัดการของห้องฉุกเฉิน

ขั้นตอนที่ 2 ดำเนินการเข้าสังเกตการณ์ (Observational) แบบไม่มีส่วนร่วม ดังนี้

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการและหัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าเพื่อเข้าสังเกตการณ์ ณ ห้องฉุกเฉิน

2) เข้าสังเกตการณ์ ณ ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ระหว่างวันที่ 13 - 14 กันยายน พ.ศ. 2565 จัดบันทึกรายละเอียด สภาพห้องฉุกเฉิน ขั้นตอนการปฏิบัติงานอาการของผู้ป่วยและญาติที่เข้ารับบริการ

ขั้นตอนที่ 3 ประชุมกลุ่มและเสนอรูปแบบการบริหารจัดการสู่การเปลี่ยนแปลงคุณภาพห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ดังนี้

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตผู้อำนวยการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เพื่อจัดประชุมกลุ่ม จำนวน 30 คน โดยประชุมผ่านระบบออนไลน์ วันที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2565 เวลา 10.00 น. - 11.00 น.

2) นำเสนอข้อสรุปสถานการณ์และสภาพปัญหาและรูปแบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉินที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการเข้าสังเกตการณ์ ต่อผู้เข้าร่วมการประชุม ขอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

3) รวบรวมข้อเสนอแนะที่ได้จากการประชุมกลุ่มนำไปสรุปและพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการสู่การเปลี่ยนแปลงคุณภาพห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญหรือเป็นผู้ปฏิบัติหน้าที่ และ/หรือเคยปฏิบัติหน้าที่บริหารโรงพยาบาล โดยแบ่งตามกลุ่มตัวอย่างดังนี้

สัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) ระหว่างปี 2562 - 2565 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ (1) ผู้อำนวยการ จำนวน 3 คน (2) รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ จำนวน 2 คน (3) รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร จำนวน 2 คน (4) รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล จำนวน 2 คน (5) ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ฉุกเฉินและบริการสาธารณสุข จำนวน 1 คน (6) หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 1 คน (7) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 1 คน (8) พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 1 คน (9) พยาบาลหัวหน้างานห้องฉุกเฉิน จำนวน 1 คน (10) พยาบาลหัวหน้าเวรฉุกเฉิน จำนวน 3 คน (11) หัวหน้างานคุณภาพ จำนวน 1 คน (12) หัวหน้างานการเงิน จำนวน 1 คน (13) เจ้าหน้าที่การเงิน จำนวน 2 คน (14) หัวหน้างาน

ตรวจสอบสิทธิ์ จำนวน 1 คน (15) เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิ์ จำนวน 2 คน (16) หัวหน้าห้องบัตร จำนวน 1 คน (17) เจ้าหน้าที่ห้องบัตร จำนวน 2 คน (18) หัวหน้าเวรเปล จำนวน 1 คน (19) เจ้าหน้าที่เวรเปล จำนวน 2 คน (20) หัวหน้าเภสัช ห้องฉุกเฉิน จำนวน 1 คน และ (21) เภสัชกร ห้องฉุกเฉิน จำนวน 3 คน รวมจำนวน 34 คน

การประชุมกลุ่ม (Focus group) กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย (1) ผู้อำนวยการ (2) รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ (3) รองผู้อำนวยการฝ่ายบริหาร (4) รองผู้อำนวยการฝ่ายการพยาบาล (5) ผู้ช่วยผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ฉุกเฉินและบริการสาธารณสุข (6) หัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (7) แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 คน (8) พยาบาลหัวหน้ากลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน (9) พยาบาลหัวหน้างานห้องฉุกเฉิน (10) พยาบาลหัวหน้าเวรฉุกเฉิน จำนวน 3 คน (11) หัวหน้างานคุณภาพ (12) หัวหน้างานการเงิน (13) เจ้าหน้าที่การเงิน จำนวน 2 คน (14) หัวหน้างานตรวจสอบสิทธิ์ (15) เจ้าหน้าที่ตรวจสอบสิทธิ์ จำนวน 2 คน (16) หัวหน้าห้องบัตร (17) เจ้าหน้าที่ห้องบัตร จำนวน 2 คน (18) หัวหน้าเวรเปล จำนวน 1 คน (19) เจ้าหน้าที่เวรเปล จำนวน 2 คน (20) หัวหน้าเภสัช ห้องฉุกเฉิน และ (21) เภสัชกร ห้องฉุกเฉิน จำนวน 3 คน รวมจำนวน 30 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) เป็นคำถามปลายเปิด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ผ่านการเห็นชอบจากอาจารย์ที่ปรึกษา ผู้ให้สัมภาษณ์มีอิสระในการให้ข้อมูลเกี่ยวกับปัญหา และแนวทางหรือวิธีที่จะแก้ปัญหา ของห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

2) การเข้าสังเกตการณ์ (Observational research) เป็นเครื่องมือบันทึกในการเข้าสังเกตการณ์แบบไม่มีส่วนร่วม จดบันทึกรายละเอียด สภาพห้องฉุกเฉิน ขั้นตอนการปฏิบัติงาน เพื่อยืนยันสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นภายในห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

3) การประชุมกลุ่ม (Focus group) เป็นคำถามแบบมีโครงสร้าง เพื่อขอคำตอบ ข้อเสนอแนะต่าง ๆ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) วิเคราะห์ข้อมูล สรุปประเด็นต่าง ๆ จากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ได้จากการจดบันทึกนำมาสรุปประเด็นที่ผู้ให้สัมภาษณ์แสดงความคิดเห็น และการเข้าสังเกตการณ์

แบบไม่มีส่วนร่วม ตรวจสอบข้อมูล เกี่ยวกับปัญหา และแนวทางหรือวิธีที่จะแก้ปัญหา ของห้องฉุกเฉิน นำข้อมูลมาวิเคราะห์ จัดกลุ่มของปัญหาและแนวทางการแก้ปัญหาของผู้ให้สัมภาษณ์แต่ละราย และนำมาสรุปรวมอีกครั้งหนึ่ง

2) วิเคราะห์ข้อมูลจากการประชุมกลุ่ม เสนอผลการวิจัยที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการเข้าสังเกตการณ์ โดยเขียนให้มีความกลมกลืนและต่อเนื่องกันระหว่างสถานการณ์และสภาพปัญหา และรูปแบบการบริหารจัดการ ที่เป็นข้อความ ประโยค ความหมายและหัวข้อต่าง ๆ โดยการตัดข้อมูลหรือหัวข้อที่ไม่จำเป็นออกไป เพื่อนำไปสรุปได้ง่ายขึ้น พร้อมกับเขียนพรรณนาสถานการณ์ และสภาพปัญหาและรูปแบบ ข้อเสนอแนะเพิ่มเติมอย่างละเอียดและชัดเจนด้วยภาษาวิชาการ

ผลการศึกษา

ผู้วิจัยสรุปประเด็นตามขั้นตอนการวิจัย จากการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสังเกตการณ์ โดยพบสภาพปัญหา และรูปแบบการบริหารจัดการห้องฉุกเฉิน ได้พบประเด็นปัญหาในการบริหารจัดการมากที่สุดเรียงลำดับ รวมทั้งข้อเสนอแนะดังนี้

1. ด้านความแออัด ในแต่ละวันห้องฉุกเฉินเกิดความแออัดจากผู้ป่วยที่มีอาการฉุกเฉินจำนวนมากที่มารับบริการโดยตรง และ Refer จากโรงพยาบาลชุมชน และจากโรงพยาบาลอื่น ๆ ในจังหวัดใกล้เคียง รวมถึงผู้ป่วยที่มีอาการไม่ฉุกเฉินมารับบริการ นอกจากนี้ยังมีผู้ป่วยฉุกเฉินบัตรทองนอกเขตที่เดินทางมารักษาที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ความแออัดที่ไม่สามารถเคลื่อนย้ายผู้ป่วยออกจากห้องฉุกเฉิน เนื่องจากจำนวนเตียงผู้ป่วยในไม่มีรองรับ รวมทั้งผู้ป่วยที่รอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อพบแพทย์

ข้อเสนอแนะเพื่อลดความแออัด ควรพัฒนาระบบการคัดกรองนอกห้องฉุกเฉิน ส่งเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเข้าห้องฉุกเฉิน จัดหาพื้นที่สำหรับผู้ป่วยที่รอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรอรับการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล (admit)

2. ด้านสถานที่ พื้นที่ของห้องฉุกเฉินเป็นห้องที่มีขนาด 478 ตารางเมตร เมื่อมีผู้รับบริการจำนวนมาก พื้นที่บริการไม่เพียงพอที่จะรับผู้ป่วย ห้องมีขนาดเล็ก และคับแคบ รวมทั้งมีการปรับสถานที่ตามบริบทของการเปลี่ยนแปลงให้เป็นพื้นที่ชั่วคราวรอการก่อสร้างอาคารอุบัติเหตุหลังใหม่

พื้นที่ห้องตรวจ พื้นที่คัดกรองผู้ป่วยในห้องฉุกเฉิน ทางเข้า-ออกแคบ ทางเข้าโซนผู้ป่วยวิกฤติไม่สะดวก โครงสร้างที่ไม่สามารถแบ่งโซนได้ชัดเจน พื้นที่จุดพักรอผู้ป่วยไม่เพียงพอ ห้องยา การเงิน และห้องบัตร มาจัดบริการรวมที่หน้าห้องฉุกเฉิน เพดานฝ้าต่ำทำให้การระบายอากาศไม่ดี อัดอัด ไม่มีระบบกรองอากาศ

ข้อเสนอแนะ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ควรขยายพื้นที่ห้องฉุกเฉินให้กว้างขึ้น พัฒนาระบบคัดกรองส่งเฉพาะผู้ป่วยวิกฤติ อุบัติเหตุและฉุกเฉินมาที่ห้องฉุกเฉิน หาพื้นที่ให้ห้องยาและการเงินแยกออกมานอกห้องฉุกเฉิน แต่ใกล้ห้องฉุกเฉิน เพื่อลดความแออัดในการให้บริการผู้ป่วยได้สะดวกรวดเร็ว

3. ด้านบุคลากร อัตรากำลังขาดแคลน มีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 10 คน พยาบาลวิชาชีพในห้องฉุกเฉินมีทั้งหมด 32 คน ผู้ช่วยพยาบาล มีเพียง 4 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้มีเพียง 1 คน พนักงานเวรเปล 8 คน บุคลากรห้องฉุกเฉินมีภาระหนัก ต้องดูแลผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินจำนวนมาก ดูแลผู้ป่วยในห้องสังเกตอาการ ทำแผล ฉีดยา ต้องช่วยชีวิตผู้ป่วยวิกฤติ ต้องดูแลผู้ป่วยที่รอรับการเข้ารักษาตัวในโรงพยาบาล (Admit) ส่งผลให้ภาระงานเพิ่มขึ้น บุคลากรไม่เพียงพอต้องจัดเวรปฏิบัติงานล่วงเวลามากขึ้น

ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาระบบคัดกรองให้บุคลากรห้องฉุกเฉินดูแลรักษาเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินเพิ่มแพทย์ และบุคลากรห้องฉุกเฉินให้เหมาะสมกับภาระงาน ตามมาตรฐานห้องฉุกเฉินคุณภาพ

4. ด้านรายได้ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าต้องรับผู้ป่วยหนักเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาค่อนข้างสูง แต่เรียกเก็บได้ไม่เท่ากับค่าใช้จ่ายจริงที่โรงพยาบาลใช้ในการรักษาผู้ป่วย ผู้ป่วยบางรายไม่มีเงินชำระค่ารักษาพยาบาล เมื่อได้รับการรักษาแล้วหลบหนีไม่ชำระเงิน ไม่สามารถเรียกเก็บเงินจากผู้ประกันตนจากรวดตาม พ.ร.บ. และ แรงงานต่างด้าวบางรายได้ นอกจากนี้ไม่มีเจ้าหน้าที่ทำหน้าที่บันทึกข้อมูลการรักษาโดยเฉพาะ ซึ่งพยาบาลจะเป็นผู้บันทึก ทำให้การบันทึกค่าใช้จ่ายไม่ครบถ้วน รวมทั้งการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยบัตรทอง

เพื่อเบิกเงินจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ไม่ครบถ้วน ส่งเบิกล่าช้าไม่ทันเวลา ทำให้ไม่สามารถเบิกค่าใช้จ่ายได้ครบถ้วนตามสิทธิที่ควรจะได้รับ

ข้อเสนอแนะ ควรบริหารข้อมูลการเงินและบัญชีการติดตามหนี้ มีเจ้าหน้าที่เฉพาะทำการบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วนและเป็นปัจจุบัน ดำเนินการส่งเบิกค่าใช้จ่ายให้ทันเวลา ใช้วัสดุอุปกรณ์ทำให้คุ้มค่า ลดต้นทุนของโรงพยาบาล

5. ด้านการประชาสัมพันธ์ ขาดการประชาสัมพันธ์เชิงรุกลักษณะหรืออาการผู้ป่วยฉุกเฉินที่จะมารักษาที่ห้องฉุกเฉิน และที่ห้องฉุกเฉินไม่มีเจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลอาการ ขั้นตอนการรับบริการ หรือแจ้งให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบลำดับคิว หรือความรุนแรงของโรคในผู้ป่วยที่มารับบริการ ไม่แจ้งเวลาการรอคอยแก่ผู้ป่วยที่มีอาการไม่รุนแรง ทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่พอใจ

ข้อเสนอแนะ สร้างการรับรู้แก่ประชาชนเรื่องผู้ป่วยฉุกเฉินควรจัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ลักษณะฉุกเฉินและวิกฤติที่จำเป็นจะต้องมาตรวจที่ห้องฉุกเฉิน และที่ห้องฉุกเฉินมีพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่คอยให้ข้อมูลหรือคำแนะนำหน้าห้องฉุกเฉิน ขั้นตอนการรับบริการ หรือแจ้งให้ผู้ป่วยหรือญาติทราบ ลำดับคิว หรือความรุนแรงของโรคผู้ป่วยที่มารับบริการ จัดทำสื่อประชาสัมพันธ์ขั้นตอนการรักษาลักษณะอาการของผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยที่มารอ admit ทราบ

6. ด้านความเสี่ยงและความปลอดภัย ในขณะที่ยานบุคลากรทางการแพทย์ให้การดูแลผู้ป่วยวิกฤติและฉุกเฉินอาจมีผู้ป่วย ซึ่งรอ Amit หรือสังเกตอาการ มีอาการทรุดลงและได้รับการช่วยเหลือไม่ทันทั่วทั้งที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตได้ รวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์ถูกทำร้ายจากผู้ป่วยจิตเวช หรือผู้เมาสุรา เกิดอาการคุ้มคลั่ง ขณะให้การรักษายาขาดตลอดจนเหตุการณ์การบุกรุกทำร้ายคู่อริในห้องฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาการคัดกรอง บุคลากรห้องฉุกเฉินควรดูแลเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยวิกฤติเท่านั้น เพื่อลดความเสี่ยง เพิ่มโอกาสรอดให้กับผู้ป่วย ควรมีตำรวจสายตรวจและเจ้าหน้าที่รักษาความปลอดภัย หากเกิดกรณีวิวาทสามารถเข้าช่วยระงับเหตุการณ์ได้ทันทั่วทั้งที่มีการจัดทำแผนและซ้อมเผชิญเหตุการณ์ จัดทำประตู

กระจกเลื่อนอัตโนมัติ 2 ชั้น เพื่อเพิ่มการคัดกรองผู้มาติดต่อ กับห้องฉุกเฉิน

7. ด้านอุปกรณ์ อุปกรณ์และเครื่องมือทางการแพทย์ที่มีราคาสูงและความจำเป็นต่อการช่วยชีวิต เช่น เครื่องช่วยหายใจอัตโนมัติไม่เพียงพอต่อการใช้งาน

ข้อเสนอแนะ ควรจัดสรรงบประมาณจัดซื้อให้เพียงพอต่อความต้องการและบริหารจัดการร่วมกันหอผู้ป่วยหนักในการใช้เครื่องช่วยหายใจ

8. ด้านระยะเวลาการรักษา เมื่อมีผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉินจำนวนมาก บุคลากรมีไม่เพียงพอ ทำให้ผู้ป่วยต้องรอนาน ส่วนผู้ป่วยฉุกเฉินรอนาน เพราะห้องยาฉุกเฉินต้องทำหน้าที่จัดหาให้ผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ป่วยในที่จะกลับบ้านด้วย

ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาระบบการคัดกรอง ด้านหน้าโรงพยาบาลส่งตรวจเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มาที่ห้องฉุกเฉิน ให้บุคลากรในห้องฉุกเฉินดูแลรักษาเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉิน ส่วนห้องยาฉุกเฉินควรทำหน้าที่จัดหาเฉพาะผู้ป่วยฉุกเฉิน

9. ด้านการบริการ พฤติกรรมบริการ คำพูด กริยา ท่าทาง ที่ไม่สุภาพ

ข้อเสนอแนะ ควรจัดการอบรมปรับเปลี่ยน พฤติกรรมบริการ การปฏิบัติงาน และอื่น ๆ ภายในห้องฉุกเฉิน การดูแลผู้ป่วย คุณภาพดี

10. ด้านระบบและนโยบาย ด้านระบบฐานข้อมูล ประวัติการรักษาผู้ป่วย ผลทางห้องปฏิบัติการของ โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลพระนั่งเกล้ายังไม่ เชื่อมโยง การส่ง Refer ผู้ป่วยใช้การ FAX ผลสรุปการรักษาของแพทย์จากโรงพยาบาลที่ส่ง ทำให้ได้ข้อมูล ไม่ครบถ้วน ต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการวินิจฉัยซ้ำ เช่น การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เอกซเรย์ เป็นต้น ด้านนโยบาย การคำนวณอัตราค่าส่ง โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาล ชุมชน การคำนวณเหมือนกัน เช่น พยาบาลห้องฉุกเฉิน 1 คนต่อผู้ป่วย 10 คน แต่ในขณะที่การดูแลผู้ป่วยหนัก ที่โรงพยาบาลศูนย์กับโรงพยาบาลชุมชนไม่เท่ากัน

ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาระบบเทคโนโลยี เพื่อให้ได้ประวัติผู้ป่วย ข้อมูลการรักษา และผลทางห้องปฏิบัติการ

ต่าง ๆ เชื่อมโยงกัน เพื่อความสะดวกรวดเร็ว การรักษาที่ ต่อเนื่องและประหยัดค่าใช้จ่ายในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซ้ำซ้อน เจ้าหน้าที่ห้องฉุกเฉินควรเข้าศึกษาอบรมเรื่อง การคิดคำนวณภาระงาน เพื่อ จัดหาบุคลากรให้เหมาะสมกับ งานและมีจำนวนบุคลากรรองรับกับงานและปริมาณผู้ป่วย ในห้องฉุกเฉิน

11. ด้านทักษะ ความรู้ ความสามารถ ทักษะที่ ต่างกันและอายุที่ต่างกันอาจทำให้เกิดปัญหาในการ ปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะ ควรสนับสนุนให้มีการฝึกอบรม และ ให้ผู้ที่ได้ไปเรียนหรืออบรมกลับมาถ่ายทอดให้กับทีม จัดอบรมการเขียนแผนห้องฉุกเฉินคุณภาพ การเขียน ภาระงาน ให้เจ้าหน้าที่ทุกปีอย่างต่อเนื่อง

12. ด้านข้อร้องเรียน เนื่องจากเป็นหน่วยงาน บริการประชาชนด้านหน้า จึงมีข้อร้องเรียนในด้านต่าง ๆ เป็นจำนวนมาก เช่น เรื่องพฤติกรรมบริการ ความล่าช้าใน การรักษา

ข้อเสนอแนะ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าควรมี มาตรการด้านข้อร้องเรียนที่ชัดเจนและเป็นไปในทิศทาง เดียวกัน แก้ปัญหาเป็นระบบ มีการปรับปรุง อบรมบุคลากร ในห้องฉุกเฉินเรื่องพฤติกรรมบริการ การบริการคุณภาพดี

13. ด้านผลกระทบอื่น ๆ โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เป็นโรงพยาบาลประจำจังหวัดและโรงพยาบาลศูนย์แห่ง เดียวของจังหวัดนนทบุรี ไม่มีโรงพยาบาลทั่วไปแบ่งเบา ภาระการรักษาผู้ป่วย รองรับประชากรในจังหวัด แรงงาน ต่างด้าว และประชากรแฝง รวมประมาณ 2 ล้านคน ซึ่งควร มีจำนวนเตียงประมาณ 4,000 - 5,000 เตียงเพื่อรองรับผู้ป่วย

ข้อเสนอแนะ ควรขยายโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เพิ่มจำนวนเตียงเป็น 1,000 - 2,000 เตียง หรือจัดหาพื้นที่สร้าง โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าแห่งที่ 2 ขอความร่วมมือกับ โรงพยาบาลในจังหวัดนนทบุรีช่วยให้ผู้ป่วยไปใช้บริการ ขอความร่วมมือกับ โรงพยาบาลจังหวัดใกล้เคียงที่มี เขตติดต่อกับบ้านผู้ป่วยที่เป็นประชากรของจังหวัดนนทบุรี ได้ไปใช้บริการ เพื่อความสะดวกของผู้ป่วยและลดความ แออัดของห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาในการบริหารห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าพบประเด็นหลักๆ ที่ส่งผลให้ศักยภาพในการปฏิบัติงานไม่มีคุณภาพจำนวน 13 ด้าน ได้แก่ 1) ความแออัด 2) สถานที่ 3) บุคลากร 4) รายได้ 5) การประชาสัมพันธ์ 6) ความเสี่ยง 7) อุปกรณ์ 8) ระยะเวลาการรักษา 9) การบริการ 10) ระบบและนโยบาย 11) ทักษะ ความรู้ ความสามารถ 12) ข้อร้องเรียน และ 13) ผลกระทบอื่นๆ ได้ข้อเสนอแนะ รูปแบบการบริหารจัดการสู่การเปลี่ยนแปลงคุณภาพของห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จะสอดคล้องกับตัวชี้วัดมาตรฐานห้องฉุกเฉินคุณภาพ⁽¹⁰⁾ ได้ 4 ด้าน ดังนี้

1. การพัฒนากระบวนการคัดกรอง โดยการพัฒนา รูปแบบการคัดกรองผู้ป่วยและจัดสรรพื้นที่แยกจากห้องฉุกเฉิน ให้ดูแลเฉพาะผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หรือวิกฤติมาที่ห้องฉุกเฉิน เพื่อลดความแออัดของผู้ป่วย จัดกระบวนการให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ สะดวก รวดเร็วมากขึ้น

2. การพัฒนาบุคลากรห้องฉุกเฉิน เพิ่มศักยภาพการปฏิบัติงาน องค์ความรู้ด้านอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ลดการสูญเสียชีวิต ลดความเสี่ยง เพราะการปฏิบัติงานในห้องฉุกเฉินบุคลากรต้องมีความพร้อมตลอดเวลาและสามารถแก้ไขสถานการณ์ฉุกเฉินได้อย่างดี ต้องส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาเฉพาะทางให้แก่ แพทย์ และบุคลากรทางการแพทย์ การจัดฝึกอบรมปฏิบัติการแพทย์ขั้นพื้นฐาน และช่วยปฏิบัติการแพทย์ขั้นสูง (EMT) บุคลากรสายสนับสนุน รวมถึงกู้ภัยและมูลนิธิต่าง ๆ ควรผ่านการอบรมการกู้ชีพพื้นฐานและการดูแลขั้นพื้นฐาน เพราะสภาพปัญหาของห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ต้องสามารถรองรับผู้ป่วยที่มีอาการบาดเจ็บจากอุบัติเหตุ หรือโรคที่มีอาการรุนแรงเฉียบพลัน ได้อย่างเท่าเทียมตามมาตรฐาน ผู้วิจัยพบว่าการบริหารจัดการสู่การเปลี่ยนแปลงคุณภาพห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ด้านการพัฒนาบุคลากรห้องฉุกเฉินจากตัวชี้วัดสัดส่วนของบุคลากรคำนวณตามจำนวนประชากรที่รับผิดชอบ ต่อประชากร 1 แสนคน แพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน จำนวน 2.4 คน พยาบาลเวชปฏิบัติฉุกเฉิน

จำนวน 4.1 คน และนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์จำนวน 4.1 คน และตัวชี้วัดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติตายภายใน 24 ชั่วโมง น้อยกว่า ร้อยละ 12 ดังนั้น ถ้าประชากรจังหวัดนนทบุรีมีจำนวน 2 ล้านคน จังหวัดนนทบุรีควรมีแพทย์เวชศาสตร์ฉุกเฉิน 48 คน มีพยาบาลเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 82 คน และมีนักปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ 82 คน และมีอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติตายภายใน 24 ชั่วโมง น้อยกว่า 240,000 คน

3. การพัฒนาเทคโนโลยีระบบปฏิบัติการห้องฉุกเฉิน เพื่อยกระดับมาตรฐานการปฏิบัติงานฉุกเฉินให้เท่าเทียมกัน จัดกระบวนการปฏิบัติงานฉุกเฉินจะต้องมีระบบเชื่อมโยงกันทั่วประเทศ ตามแนวทางการพัฒนาตามแนวทาง One Province One Doctor โรงพยาบาลจะต้องมีเทคโนโลยีในการ Conference ในห้องฉุกเฉิน เพื่อบรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์และช่วยให้แพทย์ พยาบาล รวมทั้งบุคลากรสามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ให้ความช่วยเหลือในการดูแลผู้ป่วยได้และเป็นการสร้างระบบปฏิบัติงานที่เกิดจากความร่วมมือและตกลงกันภายในเครือข่าย และแลกเปลี่ยนทรัพยากรภายในเครือข่าย การจัดระบบหรือกระบวนการที่เหมาะสมแต่ละสถานพยาบาล การทบทวนความเสี่ยง ความรู้วิชาการงานวิจัย รวมถึง การกำกับ ติดตาม ส่งผลให้โรงพยาบาลพระนั่งเกล้าลดระยะเวลาการรักษา และใช้อัตรากำลังที่มีให้เกิดความคุ้มค่ามากยิ่งขึ้น เพราะช่วยคัดกรองประเภทผู้ป่วยตามเกณฑ์ระดับความรุนแรง และวิธีการรักษาผู้ป่วยให้มีรวดเร็ว โดยไม่จำเป็นต้องเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ลดความแออัด ลดความเสี่ยง ประหยัดค่าใช้จ่าย เพิ่มความปลอดภัยให้กับผู้ป่วย

4. การพัฒนาห้องฉุกเฉินเคลื่อนที่ จัดทำแผนงานแนวทางและข้อกำหนดในการปฏิบัติการฉุกเฉินเคลื่อนที่ร่วมกับภาคีเครือข่ายและภาคประชาสังคม ประชุมร่วมกันเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนร่วมสะท้อนปัญหา กำหนดแนวทางให้มีความสอดคล้องกัน โดยกำหนดแผนการดำเนินงานตามหลัก PDCA ตามสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติกำหนด ต้องได้รับการตรวจรับรองคุณภาพและ

ขอขึ้นทะเบียน TEMSA เพื่อลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน และยกระดับระบบการบริการการแพทย์ฉุกเฉินให้มีความปลอดภัยต่อผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงาน มีความพร้อมในด้านอุปกรณ์ทางการแพทย์ เครื่องมือแพทย์ ให้เข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างทั่วถึง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. มีมาตรการระดับจังหวัดเพิ่มจำนวนเตียงในภาพรวมของจังหวัดรองรับการเจ็บป่วยของประชากรในจังหวัดนนทบุรีและประชากรแฝง ประมาณ 2 ล้านคนหรือประชากรที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และรองรับโรคของสังคมผู้สูงอายุในไม่ช้า
2. กำหนดมาตรการที่คำนึงถึงประโยชน์ และความปลอดภัยของประชาชน ใช้ประชาชนเป็นจุดศูนย์กลาง โดยให้ผู้ป่วยในจังหวัดนนทบุรี สามารถใช้สิทธิบัตรทองในพื้นที่ใกล้เคียงข้ามจังหวัดได้ ในทุกกรณีเมื่อต้องการเข้ารับการรักษา
3. ดำเนินการประสานขอความร่วมมือในการรับการรักษาผู้ป่วยบัตรทองกับโรงพยาบาลของรัฐบาลทุกแห่งในจังหวัดนนทบุรี ที่ไม่ได้สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข
4. ขยายโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า เพิ่มจำนวนเตียงเป็น 1,000 - 2,000 เตียง
5. จัดหาพื้นที่สร้างโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าแห่งที่ 2 จำนวนเตียง 1,000 - 2,000 เตียง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ควรรวบรวมข้อมูลห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลศูนย์ที่อยู่ในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกจังหวัด เพื่อถอดบทเรียนการบริหารจัดการห้องฉุกเฉินที่มีคุณภาพเพื่อนำไปสู่แนวทางการปฏิบัติภายใต้มาตรฐานเดียวกัน
2. ขอความร่วมมือโรงพยาบาลชุมชนที่เป็นเครือข่ายบริการในเขตจังหวัดนนทบุรี ร่วมหารือและกำหนดเกณฑ์ตัวชี้วัดที่เหมาะสมกับความต้องการของประชาชน เพื่อพัฒนาคุณภาพการให้บริการในทิศทางเดียวกัน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

วิจัยเชิงปริมาณสำหรับสอบถามความคิดเห็นประชาชนที่เข้ารับบริการโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำไปสนับสนุนแนวทางการแก้ไขสถานการณ์และสภาพปัญหา

ข้อจำกัด

1. ช่วงระยะเวลาที่ดำเนินการวิจัยอยู่ในระหว่างการแพร่เชื้อโควิด-19 กำลังระบอบอย่างหนักในประเทศไทย ซึ่งการวิจัยนี้มีความเกี่ยวข้องกับห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลพระนั่งเกล้าโดยตรง ผู้ให้การสัมภาษณ์ เป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่มีหน้าที่ดูแลรักษาผู้ป่วยที่ประสบอุบัติเหตุ และผู้ติดเชื้อโควิด และต้องเข้าร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เป็นแม่ข่ายโครงการบูรณาคัม ที่ดูแลผู้ป่วยโควิด ผู้ป่วยระยะสีเหลือง ถ้าผู้ป่วยอาการหนักก็มารักษาต่อที่โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า ช่วงเวลานั้นโรงพยาบาล ปิดกั้นไม่ให้บุคคลภายนอกเข้าบริเวณโรงพยาบาลพระนั่งเกล้า นอกจากผู้ป่วยฉุกเฉินและผู้ติดเชื้อโควิด

2. ช่วงระยะเวลาที่ทำการวิจัยมีการเปลี่ยนแปลงผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการซึ่งเป็นตำแหน่งผู้บริหารระดับสูงของโรงพยาบาลหลายท่าน จากการเกษียณอายุราชการและย้ายไปดำรงตำแหน่งที่สูงขึ้น โดยแต่ละท่านเมื่อมาดำรงตำแหน่ง ต้องใช้ระยะเวลาศึกษาปัญหาของห้องฉุกเฉิน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงต้องปรับผู้ให้สัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสรุปข้อมูลและสภาพปัญหาให้เป็นปัจจุบันที่สุด

3. การเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับสภาพปัญหาของห้องฉุกเฉิน ผู้วิจัยใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก อาจทำให้มีข้อจำกัดในการตอบคำถามในบางประเด็น เนื่องจากเป็นคำถามปลายเปิด รวมทั้งระยะเวลาในการสัมภาษณ์จำกัด อาจมีข้อจำกัดในรายละเอียดของข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. Muanprasitporn R. Population “Nonthaburi” stream people spill a lot-added health burden. [internet]. 2023 [cited 2023 May 15]. Available from: <https://www.thecoverage.info/news/content/4966>

2. National Statistical Office. Population statistics from registration. [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 1]. Available from: https://ittdashboard.nso.go.th/preview.php?id_project=69
3. Foreign Worker Administration Office. Statistics on employment of foreigners. [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 1]. Available from: <https://www.doe.go.th/prd/alien/statistic/param/site/152/cat/82/sub/0/pull/category/view/list-label>
4. National Statistical Office. Latent population survey in Thailand. [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 1]. Available from: https://www.nso.go.th/nsoweb/nso/survey_detail/yS
5. Opassawas P. Development of district health network management model to support transferring district health promoting hospital to local government organization in Saraburi Province. *Journal of Medical and Public Health Region 4* 2022; 12(1): 80–94. (in Thai)
6. Pangma A. A study on the development of emergency medical systems in ASEAN Countries. Bangkok: Ministry of Foreign Affairs of the Kingdom of Thailand; 2012.
7. Royal Thai Government. 30–baht, healthcare everywhere, single ID card. [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 24]. Available from: <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/73694> (in Thai)
8. Pranangklaio Hospital. Number of Inpatients. [Internet]. 2023 [cited 2023 Oct 1]. Available from: <https://www.pranangklaio.go.th/webpnk60/> (in Thai)
9. Rovinelli, R. J., & Hambleton, R. K. On the use of content specialists in the assessment of criterion–referenced test item validity. *Tijdschrift voor Onderwijs research*. 1977; 2(2): 49–60.
10. Sirisamutr T, Duangtipsirakul S, Chuensumrong P, Wachiradilok P. Research to improve the quality of emergency medical services to the new normal: Guidelines for increasing time efficiency in accessing emergency medical services for critical care patients in Thailand. Nonthaburi: National Institute for Emergency Medicine; 2022.



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index>

รูปแบบการดำเนินงานการบริหารจัดการภูมิคุ้มกันสำเร็จรูป (long-acting antibody) ในจังหวัดนครราชสีมา

The management model of long-acting antibody (LAAB) in Nakhon Ratchasima Province

เกียรตินิสา สายพรหม*, ทวีชัย วิษณุโยธิน, ดวงจันทร์ จันทร์เมือง, วิวัฒน์ สังฆะบุตร

Kaitsuda Saiprom*, Taweechai Wisanuyothin, Doungjun Chanmaung, Wiwat Sungkabut

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

Office of Disease Prevention and Control, Region 9 Nakhon Ratchasima

*Corresponding author: kaitsuda.saiprom@gmail.com

Received: November 10, 2023 Revised: March 16, 2024 Accepted: April 9, 2024

บทคัดย่อ

ตามที่กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายการให้ภูมิคุ้มกันสำเร็จรูป (Long-acting Antibody: LAAB) เพื่อใช้สร้างภูมิคุ้มกันในประชากรที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำหรือได้รับวัคซีนแต่ไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้สูงเพียงพอต่อการป้องกันโรคพบว่าผลการดำเนินงานยังต่ำกว่าเป้าหมายมาก ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำกลยุทธ์ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึงภูมิคุ้มกันสำเร็จรูป ได้มากที่สุด อาทิ การให้ความรู้ การสื่อสารประชาสัมพันธ์สำหรับแพทย์ เจ้าหน้าที่ และกลุ่มเป้าหมาย การเพิ่มโอกาสเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับรู้และตัดสินใจ (Encouraging Decision) ในสถานดูแลผู้สูงอายุ และได้เพิ่มการใช้กลยุทธ์ “ประสงค์ดี หลังได้รับข้อมูล” (Opt-out strategy) ให้กับกลุ่มเป้าหมายที่เข้าเกณฑ์การฉีด เพื่อประกอบการตัดสินใจเข้ารับบริการฉีดภูมิคุ้มกันสำเร็จรูป เขตสุขภาพที่ 9 เริ่มดำเนินการในจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้กลยุทธ์การบูรณาการความร่วมมือของภาคีด้านสาธารณสุขกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี ได้ดำเนินการใช้กลยุทธ์ดังกล่าว ในอำเภอ เสงิสง, ทรายทอง, ปักธงชัย และ โชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ระหว่างวันที่ 17 กรกฎาคม ถึง 22 สิงหาคม 2566 พบว่ามีประชาชนที่ประสงค์ฉีด LAAB จำนวน 8,492 ราย และมีผู้ตัดสินใจเข้ารับบริการฉีด LAAB จำนวนทั้งสิ้น 7,529 ราย (ร้อยละ 96.52) จากประชากรเป้าหมายทั้งหมด 7,800 ราย โดยมีรูปแบบการดำเนินงานหลักที่เกี่ยวข้อง 3 รูปแบบ คือ รูปแบบการให้บริการในพื้นที่ รูปแบบการให้บริการจัดส่งภูมิคุ้มกันสำเร็จรูป และรูปแบบการรายงานข้อมูลเข้าระบบประมวลผล

คำสำคัญ: ภูมิคุ้มกันสำเร็จรูป, รูปแบบการดำเนินงาน, การบริหารจัดการทรัพยากร, จังหวัดนครราชสีมา

Abstract

According to the policy of Ministry of Public Health, it was recommended to used Long-acting antibody (LAAB) in populations with compromised immunization or those not responding to vaccination to improved immunization for prevention diseases. However, the implementation of LAAB did not achieve its goal in these populations. Consequently, the Ministry of Public Health released strategies to enhance access to LAAB, including providing information and communication to doctors, healthcare workers and target populations. Additionally, opportunities were increased for target populations to receive information and make decisions (Encouraging Decision) in elderly care facilities. It was followed by an increase in the “intent to inject after receiving information” (Opt-out strategy) among target populations to decide on the injection of LAAB. Area Health 9 start these strategies in Nakhon Ratchasima province by cooperated with public health partner and local administrative organization. Office of Disease Prevention and Control, Region 9 Nakhon Ratchasima cooperated with Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi, to initiate the strategies in 4 districts of Nakhon Ratchasima province including Soeng Sang, Khon Buri, Pak Thong Chai and Chokchai, during 17 July to 22 August 2023. The total number of individuals requiring LAAB injection was 8,492 persons, and the decision to receive LAAB was made by 7,592 persons (96.52%) out of 7,800 persons in the target populations. Three important procedures were utilized, including a service model in health centers, logistics model for efficient transportation of LAAB and a reporting systems model.

Keywords: Long-acting antibody; LAAB, Management model, Resource Management, Nakhon Ratchasima province

บทนำ

เนื่องด้วยสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือโควิด 19 ที่แพร่กระจายในประเทศไทยและต่างประเทศ ส่งผลกระทบในวงกว้างอย่างรวดเร็วทางกระทรวงสาธารณสุขจึงมีนโยบายการให้ฉีดวัคซีนโควิด 19 เพื่อลดความรุนแรงของการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในประเทศไทย โดยเริ่มให้บริการตั้งแต่วันที่ 28 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2564 เป็นต้นมา⁽¹⁾ วัคซีนโควิด 19 ที่ใช้ในกลุ่มผู้ใหญ่และผู้ป่วยอายุรกรรม ที่ได้รับอนุญาตให้ใช้ในประเทศไทย แบ่งตามกลุ่มต่างๆ ได้ดังนี้ Inactivated vaccines, Messenger RNA (mRNA) vaccines, Protein subunit vaccines และ viral vector vaccines⁽²⁾ ซึ่งวัคซีนในกลุ่มดังกล่าวยังไม่ครอบคลุมต่อประชาชนบางกลุ่ม เช่น กลุ่มภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือได้รับวัคซีนแต่ไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้สูงเพียงพอต่อการป้องกันโรค ดังนั้นจึงมีการพัฒนาแอนติบอดีออกฤทธิ์ยาว (Long-acting Antibodies; LAAB) เพื่อใช้สร้างภูมิคุ้มกันในกลุ่มประชากรดังกล่าว ซึ่งในประเทศไทยได้มีการจัดหา LAAB เพื่อใช้เป็นภูมิคุ้มกันสำเร็จรูปที่สามารถออกฤทธิ์ยับยั้งเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโควิด 19

ในกลุ่มที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ และร่างกายไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้ด้วยวัคซีน⁽¹⁾

LAAB คือ แอนติบอดีออกฤทธิ์ยาวที่ประกอบด้วยแอนติบอดีสองชนิด คือ Tixagevimab หรือ Cilgavimab ซึ่งพัฒนามาจากบีเซลล์ของผู้ที่เคยเป็นโควิด 19 และมีการพัฒนาเพิ่มเติมเพื่อขยายระยะเวลาครึ่งชีวิตให้ยาวนานกว่าแอนติบอดีทั่วไปอย่างน้อย 3 เท่า การศึกษาประสิทธิภาพของ LAAB พบว่ามีประสิทธิภาพสูงในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แบบมีอาการในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง หรือผู้ที่มีการตอบสนองต่อวัคซีนได้ไม่เพียงพอเนื่องจากภาวะหรือโรคร่วมต่าง ๆ โดยพบอาการไม่พึงประสงค์จากการศึกษาระยะที่สามเพียงเล็กน้อย อาการที่พบบ่อยที่สุดคือปฏิกิริยาบริเวณที่ฉีด ในระดับน้อยถึงปานกลาง นอกจากนี้ LAAB ยังได้รับการขึ้นทะเบียนจากสหภาพยุโรป เพื่อใช้สำหรับป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และได้รับการขึ้นทะเบียนให้นำมาใช้ในภาวะฉุกเฉินในประเทศอเมริกาและหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย⁽¹⁾ ซึ่งขนาดที่ใช้ในการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อและการรักษาไวรัสโคโรนา 2019

ตามคำแนะนำการให้ภูมิคุ้มกันสำเร็จรูป (Long-acting Antibody: LAAB) สำหรับการป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อและการรักษาโควิด 19 ของกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสมาคมแพทย์เฉพาะทาง⁽³⁾ ในกลุ่มผู้ใหญ่และวัยรุ่นตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป และมีน้ำหนักตัว 40 กิโลกรัมขึ้นไปโดยแนะนำให้ภูมิคุ้มกันสำเร็จรูปขนาด 600 มิลลิกรัม ประกอบด้วย Tixagevimab 300 มิลลิกรัม และ Cilgavimab 300 มิลลิกรัม โดยแนะนำให้แยกฉีด Tixagevimab และ Cilgavimab เข้ากล้ามเนื้อบริเวณสะโพก ชนิดละข้าง ข้างละ 3 มิลลิลิตร และให้เฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์หลังฉีดอย่างน้อย 1 ชั่วโมง กลุ่มเป้าหมาย คือกลุ่มประชากรที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำหรือได้รับวัคซีนแต่ไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้สูงเพียงพอต่อการป้องกันโรค เช่น กลุ่มภูมิคุ้มกันบกพร่องและกลุ่มผู้ป่วยฟอกไต รวมทั้งกลุ่มเสี่ยงต่อการป่วยอาการรุนแรงและเสียชีวิตจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ป่วย 7 โรคเรื้อรัง เป็นต้น

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำกลยุทธ์เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึง LAAB ได้มากที่สุด อาทิ การให้ความรู้ การสื่อสารประชาสัมพันธ์สำหรับแพทย์ เจ้าหน้าที่ และกลุ่มเป้าหมาย การเพิ่มโอกาสเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้รับรู้และตัดสินใจ (Encouraging Decision) ในสถานดูแลผู้สูงอายุ และได้เพิ่มการใช้กลยุทธ์ “ประสงคฺ์ฉีด หลังได้รับข้อมูล” (Opt-out strategy) ให้กับกลุ่มเป้าหมายที่เข้าเกณฑ์การฉีด⁽⁴⁾ โดยกรมควบคุมโรคได้มีการจัดตั้งคณะทำงานติดตามการฉีดวัคซีนโควิด 19 และการให้ภูมิคุ้มกันสำเร็จรูปในกลุ่มเปราะบาง โดยมีผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 สระบุรี เป็นประธานคณะทำงานเพื่อดำเนินการรณรงค์ฉีด LAAB ให้ประชาชน กลุ่มเป้าหมายมีความเชื่อมั่นในการฉีด LAAB สามารถใช้ LAAB ให้เกิดประโยชน์มากที่สุดกับกลุ่มเป้าหมายที่เข้าเกณฑ์ ในเขตสุขภาพที่ 9 เริ่มดำเนินการ ในจังหวัดนครราชสีมา โดยใช้กลยุทธ์ การบูรณาการความร่วมมือของภาคีด้านสาธารณสุขกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการภูมิคุ้มกันสำเร็จรูป (LAAB) ในจังหวัดนครราชสีมา ผ่านความร่วมมือเครือข่ายขององค์กรบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

วัสดุและวิธีการศึกษา

ในการศึกษาเป็นการศึกษาแบบวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผ่านการดำเนินงานโดยอาศัยความร่วมมือซึ่งกันและกัน (Mutual collaboration approach) นำมาใช้ในการศึกษารูปแบบการบริหารจัดการภูมิคุ้มกันสำเร็จรูป (LAAB) ในจังหวัดนครราชสีมา

ตัวแปรที่ทำการศึกษา คือ รูปแบบการให้บริการในพื้นที่ ผ่านการดำเนินงานร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา, รูปแบบการให้บริการในพื้นที่ร่วมกับการใช้กลยุทธ์ Encouraging Decision และ Opt-out strategy, รูปแบบการให้บริการจัดตั้ง LAAB ที่ให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมาเป็นคลังสำรองและศูนย์กระจาย LAAB และรูปแบบการรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานเข้าสู่ระบบ MOPH IC

ประชากรกลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือกลุ่มที่ได้รับวัคซีนแต่ไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้สูงเพียงพอต่อการป้องกันโรค กลุ่มเสี่ยงสูง (607) ได้แก่ ผู้สูงอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปและผู้ป่วยกลุ่มโรคเรื้อรัง 7 กลุ่มโรค กลุ่มอื่น ๆ ตามความเสี่ยงและดุลพินิจของแพทย์ ภายใต้นโยบายจากราชวิทยาลัยฯ หรือสมาคมฯ ที่เกี่ยวข้อง โดยคำนึงถึงความสมัครใจของผู้รับบริการที่เป็นประโยชน์ เสมอภาค และมีความเป็นไปได้ โดยต้องมียาตั้งแต่ 12 ปีขึ้นไป และมีน้ำหนักตัว 40 กิโลกรัมขึ้นไป การดำเนินงานเพื่อหากกลุ่มเป้าหมายในการรับบริการฉีด LAAB หน่วยบริการดำเนินการร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อหากกลุ่มเป้าหมายที่มีความสนใจต้องการฉีด LAAB มาเข้ารับบริการฉีด LAAB โดยมีการให้ความรู้จากทีมผู้เชี่ยวชาญ ตอบข้อสงสัย หรือข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับ LAAB ให้แก่กลุ่มเป้าหมายเพื่อเพิ่มการตัดสินใจในการรับบริการฉีด LAAB ผ่านการเพิ่มโอกาสให้กลุ่มเป้าหมายได้รับรู้และตัดสินใจ (Encouraging Decision) และกลยุทธ์ “ประสงคฺ์ฉีด หลังได้รับข้อมูล” (Opt-out strategy) ให้กับกลุ่มเป้าหมายในวันให้บริการฉีด LAAB โดยกลุ่มเป้าหมายที่มีความประสงค์ฉีด LAAB จำนวนทั้งสิ้น 8,492 ราย (อำเภอเสิงสาง 2,386 ราย, ครบุรี 1,144 ราย, ปักธงชัย 4,662 ราย และโชคชัย 300 ราย) จากประชากรเป้าหมายรวมทั้งสิ้น 7,800 ราย

(อำเภอเสิงสาง 3,000 ราย, ครบุรี 1,500 ราย, ปักธงชัย 3,000 ราย และโชคชัย 300 ราย)

ศึกษาในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเสิงสาง, ครบุรี, ปักธงชัย และโชคชัย ในระหว่างวันที่ 17 กรกฎาคม ถึง 22 สิงหาคม 2566

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ทั้งจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย, จำนวนประชากรที่ประสงค์ฉีด LAAB, จำนวนประชากรที่ได้รับการฉีด LAAB, แผนการจัดส่ง LAAB คือ โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป, โซเชียลมีเดียแอปพลิเคชัน พร้อม Internet, แบบฟอร์มยินยอมในการฉีด LAAB ซึ่งวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการร่วมกันระหว่างผู้วิจัย และผู้ร่วมวิจัย (สคร. 4 สระบุรี และ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. ในความรับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา) โดยแบ่งกลุ่มดำเนินงานตามบทบาท คือ กลุ่มประสานงาน (เจ้าหน้าที่ สคร.9, สคร. 4 และ หน่วยบริการ (รพ.สต.), กลุ่มบริหารจัดการทรัพยากร (เจ้าหน้าที่ สคร.9) ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งเป็น 4 ส่วน คือ

1. การรวบรวมจำนวนประชากรที่มีความประสงค์ในการฉีด LAAB โดยกลุ่มประสานงาน ดำเนินการประสานงานกับหน่วยบริการ เพื่อนำข้อมูลจำนวนประชากรที่มีความประสงค์ฉีด LAAB ในแต่ละหน่วยบริการ มาจัดทำแผนการจัดสรรทรัพยากรล่วงหน้า โดยมีรายละเอียดดังนี้คือ ชื่อหน่วยบริการ วันที่ให้ดำเนินการจัดส่ง จำนวนกลุ่มเป้าหมาย จำนวน LAAB ที่ต้องการให้จัดส่ง

2. การยืนยันแผนการจัดส่ง LAAB ดำเนินการโดยหน่วยบริการ ผ่านกลุ่มประสานงานมายังกลุ่มบริหารจัดการทรัพยากร โดยการแจ้งการเปลี่ยนแปลงแผนการจัดส่งต้องดำเนินการล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วันตามแผนการจัดส่ง LAAB เดิม (รายละเอียดที่ต้องการแก้ไข เช่น ชื่อหน่วยบริการ วันที่ให้ดำเนินการจัดส่ง จำนวนกลุ่มเป้าหมาย จำนวน LAAB ที่ต้องการให้จัดส่ง)

3. ข้อมูลการสำรอง LAAB ในคลังวัคซีน สคร.9 สามารถดำเนินการสำรองเพื่อสนับสนุนให้หน่วยบริการ รวมทั้งสิ้นไม่เกิน 3,000 กล่อง เนื่องจากเป็นจำนวนมากที่สุดที่ตู้เย็นเก็บวัคซีนภายใน สคร. 9 สามารถเก็บรักษาได้ และในกรณีฉุกเฉินจำเป็นต้องเก็บรักษา LAAB เกินขีด

ความสามารถของคลังวัคซีน สคร.9 สามารถเก็บรักษาได้ ต้องดำเนินการประสานงานยังหน่วยงานอื่น ที่มีคลังวัคซีนหรือห้องเย็นที่สามารถจัดเก็บ LAAB ได้ชั่วคราว ระหว่างรอการจัดส่ง LAAB ไปยังหน่วยบริการ โดยอัตราการใช้ LAAB จากแผนการจัดส่งมีความสำคัญในการวิเคราะห์จำนวน LAAB ที่สามารถสำรองภายในคลังวัคซีนได้

4. การรวบรวมข้อมูลผลการดำเนินงาน โดยรายงานผลการฉีด LAAB เข้าในระบบรายงานของกระทรวงสาธารณสุข คือ MOPH IC แบ่งเป็น 2 แบบ คือนำข้อมูลมาบันทึกเข้าระบบให้พื้นที่โดยตรง โดย สคร.9 ดำเนินการเฉพาะข้อมูลผู้รับบริการอำเภอเสิงสาง ในส่วนของอำเภอปักธงชัย, ครบุรี, โชคชัย ทาง รพ.สต. ต้องดำเนินการบันทึกข้อมูลด้วยรหัสหน่วยบริการ โดยมี สคร. 9 ให้คำปรึกษา ชี้แนะ และสนับสนุนการบันทึกให้กับ รพ.สต. และในกรณีที่ รพ.สต. ไม่สามารถบันทึกข้อมูลได้ รพ.สต. สามารถส่งเอกสารยินยอมของผู้รับบริการมายังสคร. 9 เพื่อให้สคร. 9 บันทึกข้อมูลลงในระบบ

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ส่วน คือ ข้อมูลการบริหารจัดการภูมิคุ้มกันสำเร็จรูป และข้อมูลผลการดำเนินงาน

1. ข้อมูลการบริหารจัดการ LAAB เช่น จำนวนประชากรที่มีความประสงค์ในการฉีด LAAB, แผนการจัดส่ง LAAB, การสำรอง LAAB ในคลังวัคซีน ใช้โปรแกรมวิเคราะห์ข้อมูลสำเร็จรูป, โซเชียลมีเดียแอปพลิเคชัน พร้อม Internet ใช้ในการประสานงานเพื่อรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์

- 1.1 จำนวน LAAB ที่ใช้รายหน่วยบริการ (กล่อง) = จำนวนประชากรที่มีความประสงค์ในการฉีด LAAB (ราย) x 2

ตัวอย่าง จำนวน LAAB รพ.สต. แม่ข่ายในอำเภอ (กล่อง) = 380 (ราย) x 2 = 760 กล่อง

- 1.2 จำนวนคงคลัง LAAB (กล่อง) = จำนวน LAAB มากที่สุดที่สามารถเก็บในคลังวัคซีนได้ (กล่อง) - จำนวน LAAB (กล่อง) ที่ใช้รายหน่วยบริการ

ตัวอย่าง จำนวนคงคลัง LAAB (กล่อง) ระหว่างวันที่ 17 - 21 ก.ค. 66 = 3,000 - 2,492 = 508 กล่อง

1.3 จำนวน LAAB ที่ต้องเบิก หรือ อัตราการใช้ (กล่อง) = จำนวน LAAB มากที่สุดที่สามารถเก็บในคลังวัคซีนได้ (กล่อง) - จำนวนคงคลัง LAAB (กล่อง)

ตัวอย่าง จำนวน LAAB ที่ต้องเบิก หรือ อัตราการใช้ (กล่อง) = 3,000 - 508 = 2,492 กล่อง

1.4 ยอดคงคลังต่ำสุด (Minimum stock) ที่ต้องเบิก LAAB เพื่อสำรองสำหรับการสนับสนุน (กล่อง) แปรผันตามปัจจัยต่างๆ ดังนี้ ระยะเวลาการจัดส่ง LAAB ระหว่างคลังส่วนกลาง ถึง สคร. 9, อัตราการใช้ (การเปลี่ยนแปลงการจัดส่ง ในส่วนของจำนวนประชากรที่ประสงค์ฉีด LAAB เพิ่มขึ้น มีผลทำให้อัตราการใช้เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อจำนวนคงคลัง และระยะเวลาที่ต้องเบิก LAAB เร็วขึ้น), จำนวนคงคลัง, จำนวน LAAB ในพื้นที่ใกล้เคียง (คลังสำรองในกรณีที่ LAAB ที่เบิกจากส่วนกลาง จัดส่งไม่ตามแผนที่กำหนดไว้ หรือมีการใช้ LAAB ที่เกินจากจำนวนที่คลังวัคซีนสามารถสำรองได้) โดยการคำนวณ minimum stock ขึ้นอยู่กับชนิดของทรัพยากรแต่ละชนิด ข้อมูลผลการดำเนินงาน จากการรายงานผลเข้าระบบ MOPH IC กระทรวงสาธารณสุข และการรายงานผลการดำเนินงานของพื้นที่

ผลการศึกษา

ในบริบทการดำเนินงานให้บริการฉีดวัคซีนป้องกันควบคุมโรคจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากประชาชนและสถานพยาบาล ซึ่งการให้บริการส่วนใหญ่เป็นการให้บริการเชิงรับ ณ สถานพยาบาล โดยการกระตุ้นให้ประชาชนมารับบริการ ผ่านการประชาสัมพันธ์การฉีด LAAB ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้สร้างภูมิคุ้มกันในประชากรที่มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำหรือได้รับวัคซีนแต่ไม่สามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้สูงเพียงพอต่อการป้องกันโรค พบว่าผลการดำเนินงานยังต่ำกว่าเป้าหมายมาก ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำกลยุทธ์เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายได้เข้าถึง

LAAB ได้มากที่สุด โดยการใช้การเพิ่มโอกาสกลุ่มเป้าหมายได้รับรู้และตัดสินใจ (Encouraging Decision) ในสถานดูแลผู้สูงอายุ และได้เพิ่มการใช้กลยุทธ์ “ประสงค์ฉีด หลังได้รับข้อมูล” (Opt-out strategy) ให้กับกลุ่มเป้าหมายที่เข้าเกณฑ์การฉีด เพื่อประกอบการตัดสินใจ

จากการศึกษารูปแบบการให้บริการในพื้นที่ ผ่านการดำเนินงานร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ร่วมกับใช้ตามกลยุทธ์ดังกล่าว พบว่าประชากรที่มีความประสงค์ฉีด LAAB ในอำเภอนำร่องของจังหวัดนครราชสีมา (อำเภอเสิงสาง, ครบุรี, ปักธงชัย และโชคชัย) จำนวนทั้งสิ้น 8,492 ราย และได้รับการฉีด LAAB จำนวน 7,592 ราย จากประชากรเป้าหมาย 7,800 คน รายละเอียด ดังตารางที่ 1

จำนวนที่เพิ่มขึ้นของประชากรที่ได้รับการฉีด LAAB สามารถจำแนกตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย (กลุ่มภูมิคุ้มกันบกพร่อง กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง กลุ่มผู้สูงอายุ (60 ปีขึ้นไป) และกลุ่มผู้ป่วย 7 โรคเรื้อรัง) ดังตารางที่ 2

รูปแบบการให้บริการในพื้นที่ ใช้กลยุทธ์การเพิ่มโอกาส (Encouraging Decision) และประสงค์ฉีดหลังได้รับข้อมูล (Opt-out strategy) สามารถเพิ่มจำนวนประชากรเป้าหมายให้ได้รับการฉีด LAAB ได้เพิ่มขึ้น

ทุกพื้นที่ของการให้บริการฉีด LAAB ในจังหวัดนครราชสีมา มีการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการฉีด LAAB โดยมีคณะทำงานจากกลุ่มระบาดของ สคร.9 ร่วมดำเนินการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการฉีดภูมิคุ้มกันสำเร็จรูป (LAAB) ในจุดฉีดของ รพ.สต.บางแห่ง และนอกเหนือจากนั้นเจ้าหน้าที่ของ รพ.สต. ดำเนินการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการฉีด LAAB ในหน่วยบริการของตนเอง ซึ่งจากการฉีด LAAB ทั้ง 4 อำเภอ พบผู้มีอาการไม่พึงประสงค์ภายหลังการฉีด LAAB เพียงเล็กน้อย และไม่พบอาการที่รุนแรง (ไม่มีข้อมูลรายงานอาการข้างเคียงในระบบ AEFI DDC)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของประชากรที่ประสงค์ฉีด LAAB และได้รับการฉีด LAAB จำแนกรายอำเภอ นำร่อง จังหวัดนครราชสีมา

อำเภอ	จำนวนประชากร เป้าหมายทั้งหมด	ประสงค์ฉีด LAAB	ได้รับการฉีด LAAB
		จำนวน (ร้อยละ)*	จำนวน (ร้อยละ)*
เสิงสาง	3,000	2,386 (79.53)	2,291 (76.36)
ครบุรี	1,500	1,144 (38.13)	1,644 (109.6)
ปักธงชัย	3,000	4,662 (155.40)	3,343 (111.43)
โชคชัย	300	300 (100.00)	251 (83.66)
รวม	7,800	8,492 (176.92)	7,529 (96.52)

*ร้อยละของประชากรเป้าหมายทั้งหมด

ตารางที่ 2 จำนวนประชากรที่ได้รับการฉีด LAAB (ก่อนช่วงดำเนินการ) และได้รับการฉีด LAAB (ช่วงดำเนินการ) จำแนกรายกลุ่มประชากรเป้าหมาย

อำเภอ	ได้รับการฉีด LAAB	ได้รับการฉีด LAAB
	(ก่อนช่วงดำเนินการ 1 ต.ค. 65 - 16 ก.ค. 66)	(ช่วงดำเนินการ 17 ก.ค. - 22 ส.ค. 66)
	จำนวน (ราย)	จำนวน (ราย)
กลุ่มภูมิคุ้มกันบกพร่อง	504	697
กลุ่มผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง	25	27
กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ขึ้นไป	1,143	1,637
กลุ่มผู้ป่วย 7 โรคเรื้อรัง	353	607
รวม	2,025	2,968

*ข้อมูลรายงานในระบบ MOPH IC

รูปแบบการให้บริการจัดส่งภูมิคุ้มกันสำเร็จรูปที่ให้น้ำหนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมาเป็นคลังสำรองและศูนย์กระจายภูมิคุ้มกันสำเร็จรูป (LAAB) พบว่า สคร. 9 มีการจัดส่ง LAAB ไปยัง รพ.สต. ในอำเภอ นำร่องทั้ง 4 อำเภอ ในจังหวัดนครราชสีมา จำนวนทั้งสิ้น 16,984 กล่อง หรือ 8,492 โด๊ส โดยใช้หลักการบริหารจัดการวัคซีนและระบบลูกโซ่ความเย็น ร่วมกับการประสานงานกับหน่วยบริการ จัดเตรียมแผนจัดส่ง LAAB ไปยัง รพ.สต. ให้เหมาะสมและเพียงพอต่อความต้องการของประชากรเป้าหมาย

โดยหลักการพื้นฐานของการดำเนินการบริหารจัดการวัคซีนและลูกโซ่ความเย็น คือการควบคุมอุณหภูมิในขณะจัดส่งให้อยู่ในระหว่าง 2 - 8 องศาเซลเซียส โดยบรรจุภายในลังโฟม หรือรถห้องเย็น ซึ่งทาง สคร. 9

พัฒนารูปแบบการจัดส่ง LAAB ให้กับ รพ.สต. ในการเพิ่มการประสานงานการยืนยันแผนการจัดส่งตามจำนวนที่รพ.สต. สามารถดำเนินการได้ในแต่ละวัน ซึ่งไม่เกินขีดความสามารถของ รพ.สต. ที่ดำเนินการได้ ดังนั้นการดำเนินงานของ รพ.สต. สามารถดำเนินการได้ตามแผนที่คาดการณ์ไว้ โดยไม่ต้องคำนึงถึงการดูแลเก็บรักษา LAAB ที่เกินความต้องการ จากการพัฒนารูปแบบการให้บริการจัดส่ง LAAB ไปยัง รพ.สต. พบปัญหาอุปสรรคหลายประการ เช่น กลุ่มเป้าหมายที่คาดการณ์ไว้ในช่วงแรกไม่มารับบริการตามจำนวน ทำให้มี LAAB เหลือที่หน่วยบริการ (ศูนย์ฉีดวัคซีนอำเภอเสิงสาง ณ ศาลาว่าการอำเภอเสิงสาง) จำนวนมาก ทำให้ สคร. 9 นำ LAAB กลับมาเก็บรักษายังคลัง สคร. 9 และทำการปรับแผนการสำรอง LAAB ในคลัง สคร. 9 เพื่อให้เหมาะสมกับบริบท

การให้บริการและเพียงพอต่อความต้องการ นอกจากนี้ยังพบปัญหาในเรื่องของพื้นที่ในการจัดเก็บและจัดส่ง LAAB เนื่องจาก LAAB มีบรรจุภัณฑ์ขนาดใหญ่ ดังนั้นต้องใช้พื้นที่ในการจัดเก็บมาก และยังมีผลต่อการจัดส่งในส่วนของการขนส่งเพื่อให้อุณหภูมิอยู่ในช่วง 2 - 8 เซลเซียสสำหรับรักษาคุณภาพและมีความปลอดภัยแก่ผู้รับบริการ

จากการดำเนินงานให้บริการฉีด LAAB เรียบร้อยแล้ว การรายงานข้อมูลผลการดำเนินงานเข้าระบบ MOPH IC ผลการศึกษารูปแบบการรายงานข้อมูล พบว่ามีการดำเนินงาน 2 รูปแบบ คือ การรายงานข้อมูลเข้าระบบโดย สคร. 9 ซึ่งดำเนินการเฉพาะอำเภอเสิงสาง และการรายงานข้อมูล โดย รพ.สต. แต่ละแห่ง ซึ่งมี สคร. 9 ช่วยให้การประชาสัมพันธ์และสนับสนุนการบันทึกข้อมูลของ รพ. สต. ในกรณีที่ หน่วยบริการไม่สามารถบันทึกข้อมูลได้ ขณะทำงานบันทึกข้อมูล สคร. 9 ดำเนินการบันทึกข้อมูลเข้าระบบแทน รพ.สต. การบันทึกข้อมูลโดย สคร.9 มีข้อดีคือ สามารถรายงานข้อมูลได้ค่อนข้างครบถ้วน แต่มีข้อจำกัดเนื่องจากการรายงานผลงานเข้าระบบ MOPH IC จะแสดงผลเป็นการรายงานโดย สคร.9 ซึ่งไม่ได้แสดงผลการให้บริการรายหน่วยบริการ และการบันทึกข้อมูลทำได้ช้ากว่าหน่วยบริการบันทึกข้อมูลโดยตรง เนื่องจากมีบุคลากรบันทึกข้อมูลจำกัด ร่วมกับจำนวนแบบแสดงความยินยอมที่ส่งมารวมกันจากหน่วยบริการมีจำนวนมาก และการบันทึกข้อมูลโดย รพ.สต. แต่ละแห่ง มีข้อดีคือ ได้ทราบผลการดำเนินงานรายหน่วยบริการ และได้ทราบปัญหาจากการรายงานของหน่วยบริการ ซึ่งมีประโยชน์ในการพัฒนาระบบรายงานข้อมูลต่อไป แต่มีข้อจำกัดในส่วนของระยะเวลาในการบันทึกข้อมูลเนื่องจาก รพ.สต. มีงานให้บริการร่วมด้วย และมีเจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการที่จำกัด ดังนั้นการรายงานข้อมูลอาจจะต้องทำการบันทึกข้อมูลย้อนหลังจากวันที่ให้บริการไปแล้ว

อภิปรายผลการวิจัย

ในการดำเนินการบริหารจัดการภูมิคุ้มกันสำเร็จรูปในจังหวัดนครราชสีมา ที่ดำเนินการร่วมกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาในการให้บริการภูมิคุ้มกันสำเร็จรูป

แก่ประชาชนกลุ่มเป้าหมาย เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถเข้าถึงการรับบริการได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยจากการดำเนินงานการบริหารจัดการ LAAB ควรประกอบด้วย 3 ปัจจัยหลักในการดำเนินงาน คือ รูปแบบในการดำเนินงานที่ทางพื้นที่สามารถดำเนินการได้ ในรูปแบบที่เหมาะสมตามศักยภาพของพื้นที่ ร่วมกับมีผู้เชี่ยวชาญจากภายนอกมาให้ความรู้ผ่านกลยุทธ์ Encouraging Decision เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับรู้ข้อมูลและตัดสินใจร่วมกับการใช้กลยุทธ์ Opt-out strategy ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่ประสคณดี หลังได้รับข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อประกอบการพิจารณาฉีด LAAB แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพ ความสำคัญ ความจำเป็นในการเข้ารับบริการ และเป็นการเพิ่มความเชื่อมั่นให้กลับประชาชนกลุ่มเป้าหมายอีกทางหนึ่ง

ปัจจัยที่สอง คือ การดำเนินการบริหารจัดการทรัพยากรที่เป็นไปตามมาตรฐาน เพื่อควบคุมคุณภาพและลดความเสี่ยงของการเกิดความปลอดภัยที่สามารถเกิดขึ้นได้ระหว่างการขนส่ง LAAB ไปยัง รพ.สต. จำเป็นต้องขนส่งและการเก็บรักษาอุณหภูมิตามมาตรฐานถูกใช้ความเย็นอย่างเคร่งครัด และต้องคำนึงถึงสต็อกที่ รพ.สต. สามารถจัดเก็บได้ เนื่องจาก LAAB ต้องใช้พื้นที่ในการจัดเก็บมาก เพราะกล่องบรรจุภัณฑ์มีขนาดใหญ่ ส่วนใหญ่ตู้เย็นของ รพ.สต.สามารถเก็บ LAAB ได้ประมาณ 60 ถึง 100 กล่องเท่านั้น ซึ่งเป็นข้อจำกัดในการเก็บรักษา LAAB ใน รพ.สต.

ปัจจัยที่มีความสำคัญอีกประการหนึ่ง คือ การรายงานผลการดำเนินงานผ่านระบบ MOPH IC ที่ทางกระทรวงสาธารณสุขกำหนด พบว่าจากรูปแบบที่ทำการศึกษามีข้อดีและข้อจำกัดแตกต่างกัน คือ การบันทึกข้อมูลโดย สคร. 9 ข้อดีของการรายงานรูปแบบนี้ คือ รายงานข้อมูลเข้าระบบจำนวนมาก ซึ่งมีข้อจำกัดในส่วนของจำนวนเจ้าหน้าที่ในการบันทึกข้อมูลมีน้อย ทำให้ใช้เวลานานในการบันทึกข้อมูล ไม่ทราบการรายงานผลของหน่วยบริการว่ามีปัญหาด้านใดบ้าง เช่น รายงานข้อมูลเข้าระบบได้แต่ไม่สามารถแสดงผลการดำเนินงานได้ เนื่องจากระบบไม่สามารถนำข้อมูลที่รายงานผลมาประมวลผลได้ ซึ่งเป็นข้อมูลปัญหาที่ใช้ในการพัฒนาระบบรายงานข้อมูลต่อไป

ส่วนการรายงานข้อมูลโดย รพ.สต. แต่ละแห่ง มีข้อดี คือ ข้อมูลผลการดำเนินงานแสดงราย รพ. สต. เจ้าหน้าที่ รพ. สต. สามารถดำเนินการได้ที่หน่วยบริการและข้อมูลผลการดำเนินงานเข้าระบบรวดเร็วกว่าบันทึกข้อมูลโดย สคร. และสามารถทราบถึงปัญหาที่เกิดขึ้นในการรายงานข้อมูลระหว่างหน่วยบริการเข้าระบบรายงานข้อมูล เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาพัฒนาระบบรายงานข้อมูลต่อไป

ในการดำเนินงานบริหารจัดการ LAAB ในเขต จังหวัดนครราชสีมา ช่วง 17 กรกฎาคม ถึง 22 สิงหาคม 2566 มีรูปแบบที่ประสบความสำเร็จ มีปัจจัยเกื้อหนุน คือ การบูรณาการความร่วมมือของภาคีด้านสาธารณสุขกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน รวมถึงการติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยบริการในสังกัด

จากรายงานข้อมูลความครอบคลุมของการการยอมรับการฉีด LAAB ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย ก่อนการดำเนินการในอำเภอนำร่องจังหวัดนครราชสีมา พบว่าความครอบคลุมของการยอมรับการฉีด LAAB ในกลุ่มประชากรเป้าหมาย จำนวน 2,028 ราย (ข้อมูลวันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 16 กรกฎาคม 2566) พบว่ามีค่อนข้างน้อย เนื่องจากข้อจำกัดด้านการเข้าถึง LAAB และการได้รับข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ เพื่อใช้ในการประกอบการตัดสินใจในการเข้ารับการฉีด LAAB ซึ่งความครอบคลุมการยอมรับการฉีด LAAB ในกลุ่มประชากรเป้าหมายของเขตสุขภาพที่ 9 เมื่อเทียบกับพื้นที่อื่น พบว่าค่อนข้างน้อย และจากการศึกษารูปแบบการดำเนินงานการบริหารจัดการ LAAB ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่าการใช้กลยุทธ์ Encouraging Decision และ Opt- out strategy ร่วมกับการบูรณาการความร่วมมือของภาคีด้านสาธารณสุขกับองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมาในการดำเนินการ สามารถเพิ่มความความครอบคลุมการยอมรับการฉีด LAAB ในประชากรเป้าหมายในพื้นที่นำร่องของจังหวัดนครราชสีมาได้เพิ่มขึ้น ซึ่งรูปแบบการดำเนินงานดังกล่าวเป็นอีกหนึ่งรูปแบบที่ใช้ในการดำเนินการเพิ่มการตัดสินใจและการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทีมผู้เชี่ยวชาญจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี นำโดยนายแพทย์ เอนก มุ่งอ้อมกลาง ที่ให้การสนับสนุนด้านวิชาการในการให้ความรู้ เพื่อเป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินงานของทีมวิจัย เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการบริหารจัดการภูมิคุ้มกันสำเร็จรูป (LAAB) ในจังหวัดนครราชสีมา

ขอขอบคุณหน่วยงานองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา ที่ให้การสนับสนุนพื้นที่ในการดำเนินงานวิจัย โดยดำเนินงานในพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่สังกัดองค์การบริหารส่วนจังหวัดนครราชสีมา

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Disease Control (TH). Guideline for administer long-acting antibody in Thailand 2022 [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2022 [cited 2023 Sep 8]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/getFiles/11/1669968711550.pdf>
2. Royal College of Physicians of Thailand. Practice guidelines for administering the COVID-19 vaccine to adults and medical patients 2021. Bangkok: Royal College of Physicians of Thailand; 2021[cited 2023 Sep 10]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/getFiles/13/1622091631926.pdf>
3. The Ministry of Public Health and Medical Association of Thailand. Recommendations for Long-acting antibody (LAAB) of pre-exposure prevention and treatment of COVID-19 (March 2023) [Internet]. Bangkok; The Ministry of Public Health and Medical Association of Thailand; 2023 [cite 2023 Sep 15]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1402820230322130408.pdf>
4. Department of Disease Control (TH). Guideline for administer long-acting antibody in Thailand, revised version 2 [Internet]. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2023 [cited 2023 Sep 22]. Available from: <https://ddc.moph.go.th/vaccine-covid19/getFiles/11/1669968744374.pdf>



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index>

ผลของโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

The effects of pregnancy protective program by family participation among middle school students in Srimuangmai district, Ubon Ratchathani province

นิภาวรรณ จันทะยา, เมรีรัตน์ มั่นวงศ์*

Nipawan Jantaya, Mereerat Manwong*

วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

College of Medicine and Public Health Ubon Ratchathani University

*Corresponding author: mereerat.m@ubu.ac.th

Received: October 16, 2023 Revised: March 24, 2024 Accepted: April 9, 2024

บทคัดย่อ

การศึกษาทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว จำนวน 8 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน ไม่ได้ได้รับโปรแกรมฯ ได้รับการเรียนการสอนตามหลักสูตรปกติ เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ โปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว แบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดี และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) มีค่าเท่ากับ 1, 1, 0.67 และ 0.67 ตามลำดับ มีค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.73, 0.75, 0.79 และ 0.72 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลเพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์การศึกษาภายในกลุ่มทดลอง ใช้สถิติ Paired sample t-test และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ใช้สถิติ Independent sample t-test ผลการศึกษาพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ และการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งการได้รับตัวแปรแทรกแซงในระหว่างการเข้าร่วมโปรแกรม ส่งผลให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างกัน และภายในกลุ่มเปรียบเทียบน้อยกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยบุคลากรทางด้านสาธารณสุข หรือครู สามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์เป็นแนวปฏิบัติ เพื่อนำไปสู่การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้อย่างยั่งยืนต่อไปในอนาคต

คำสำคัญ: การป้องกันการตั้งครรภ์, การมีส่วนร่วมของครอบครัว, นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น

Abstract

This quasi-experimental study employed a pre and post-test using compared groups to investigate the effects of a teenage pregnancy prevention program involving family participation. The sample group consisted of middle school students in Si Mueang Mai District, Ubon Ratchathani Province. The participants were selected and divided into an experimental group (n = 30) and a comparison group (n = 30). The experimental group received an 8-week pregnancy protection program with family participation program, while the comparison group received less training. The instruments consisted of the family participation pregnancy protection program, a questionnaire about teenage pregnancy prevention, self-efficacy perception of teenage pregnancy prevention, expectations for pregnancy prevention, and behavior toward teenage pregnancy prevention. The content validity (IOC) was 1, 1, 0.67 and 0.67, respectively. The Cronbach's Alpha coefficient of the questionnaires was 0.73, 0.75, 0.79, and 0.72, respectively. The data analysis compared the outcomes within the experimental group by a paired sample t-test and between the experimental group and the comparison group through an independent sample t-test with a statistical significance set at 0.05. According to the research, after completion of the program, there was a statistically significant difference ($p < 0.05$) in scores between the experimental and comparison groups. After the experimental scored higher than before the experimental in terms of knowledge about teenage pregnancy prevention and self-efficacy perception of teenage pregnancy prevention. The intervening variable results in the before-after the experimental score showed no differences in terms of expectation for pregnancy prevention and teenage pregnancy prevention, The comparison group got higher scores in the before experiment than the after experiment in terms of expectation for pregnancy prevention and teenage pregnancy prevention behavior. The experimental group scored higher than the comparison group in terms of knowledge about teenage pregnancy prevention, self-efficacy perception of teenage pregnancy prevention, expectation for pregnancy prevention and teenage pregnancy prevention behavior. Public health personnel or teachers can apply this program as a practical guideline for preventing teenage pregnancy by involving families. It can be developed into a public health policy and encourage families to play a greater role in other activities with students. This will lead to sustainable prevention of teen age pregnancy in the future.

Keywords: pregnancy protective, family participation, middle school students

บทนำ

ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาที่สำคัญในระดับโลก ซึ่งองค์การสหประชาชาติได้กำหนดเป็นเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (SDGs) สำหรับในประเทศไทยได้กำหนดเป็นยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2569⁽¹⁾ ทั้งนี้สถิติการตั้งครรภ์ในประเทศไทย ในปี 2564 พบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10 - 14 ปีต่อพันคน เท่ากับ 0.9 และอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปีต่อพันคน เท่ากับ 24.4⁽²⁾ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่น่าเป็นห่วง โดยตัวชี้วัดของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เท่ากับอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10 - 14 ปี ไม่เกิน 1 ต่อพันคน และอัตราการคลอดมีชีพ

ในหญิงอายุ 15 - 19 ปี ไม่เกิน 27 ต่อพันคน⁽³⁾ จึงยังเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของแม่วัยรุ่นทั้งด้านร่างกาย จิตใจและอารมณ์ ด้านครอบครัว ด้านเศรษฐกิจ และด้านสังคม⁽⁴⁾ เช่น เกิดภาวะโลหิตจางในระหว่างตั้งครรภ์ เกิดภาวะซึมเศร้าของแม่วัยรุ่นหลังคลอด เกิดการตีตราจากสังคมว่าทำผิดจารีตประเพณี⁽⁵⁾ เมื่อมีวัยรุ่นตั้งครรภ์จำนวนมากย่อมส่งผลกระทบต่อต้นทุนการเสียโอกาสทางเศรษฐกิจ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อชุมชนและประเทศชาติ⁽⁶⁾ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อทารกแรกเกิดด้วย โดยร้อยละของเด็กแรกเกิดที่น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในกลุ่มแม่อายุ 10 - 14 ปี ตั้งแต่ปี 2560 - 2564

มีค่ามากที่สุดเมื่อเทียบกับร้อยละของเด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานในกลุ่มแม่อายุที่มากกว่า⁽²⁾ สำหรับสาเหตุของการตั้งครรภ์ คือ การไม่ได้คุมกำเนิดเนื่องมาจากไม่รู้วิธีคุมกำเนิด และส่วนใหญ่วัยรุ่นไม่ได้ตั้งใจตั้งครรภ์เมื่อพิจารณาจากความไม่ตั้งใจในการตั้งครรภ์ พบว่าแม่วัยรุ่นที่เป็นนักเรียน นักศึกษา ไม่ได้ตั้งใจตั้งครรภ์ คิดเป็นร้อยละ 77 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มแม่วัยรุ่นที่ไม่ใช่ นักเรียน นักศึกษา และแม่วัยรุ่นส่วนใหญ่ก่อนตั้งครรภ์กำลังศึกษาในระบบการศึกษาปกติ คิดเป็นร้อยละ 83.9⁽⁷⁾ สะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นที่กำลังศึกษาอยู่ในระบบการศึกษายังขาดความรู้ในเรื่องเพศศึกษา

ปัญหาคุณแม่วัยรุ่น เป็นปัญหาของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นภาคที่หมู่บ้านมีปัญหาในเรื่องนี้มากที่สุด⁽⁸⁾ และของจังหวัดอุบลราชธานี โดยในปี 2564 พบว่า อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10 - 14 ปี เท่ากับ 0.8 และอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15 - 19 ปี เท่ากับ 25.3⁽²⁾ ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ที่น่าเป็นห่วงและยังคงมีความสำคัญโดยเฉพาะในนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาการตั้งครรภ์ทางด้านสุขภาพมากที่สุด และนอกจากนี้ยังพบว่า อายุโดยเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนในจังหวัดอุบลราชธานี คือ 13 ปี⁽⁹⁾ จากการศึกษายังพบว่า วัยรุ่นหญิงอายุไม่เกิน 20 ปี, บุคคลทั่วไป, พ่อแม่ผู้ปกครอง, ผู้นำ และครูที่อาศัยในชุมชนเขตชนบทมีค่าเฉลี่ยข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นน้อยกว่าที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ในเมือง⁽¹⁰⁾ ดังนั้น การแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในจังหวัดอุบลราชธานี โดยเฉพาะในพื้นที่ชนบทจึงเป็นสิ่งที่จำเป็น โดยในเขตอำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี มีสภาพพื้นที่เป็นเขตชนบทเป็นส่วนใหญ่ และมีอาณาเขตติดต่อกับชายแดน ยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในพื้นที่ ซึ่งการศึกษานี้เป็นสิ่งที่ช่วยเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการบริการสุขภาพให้กับกลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่ดังกล่าว โดยในปี 2562, 2563 และ 2564 จำนวนการคลอดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นที่มารับบริการในโรงพยาบาลศรีเมืองใหม่ มีจำนวน 29, 24 และ 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 13.94, 14.29 และ 16.07 ตามลำดับ เมื่อเทียบกับจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ นับว่ามีอุบัติการณ์

ของการตั้งครรภ์ของหญิงวัยรุ่นมีแนวโน้มที่สูงขึ้นจากปัญหาที่กล่าวมาข้างต้น ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของอำเภอศรีเมืองใหม่ จึงเป็นปัญหาเร่งด่วนปัญหาหนึ่งที่ต้องได้รับการแก้ไข

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดจากปัจจัยหลายอย่างด้วยกัน เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และปัจจัยแวดล้อมที่สำคัญ คือ สถาบันครอบครัว โดยพบว่า ในจังหวัดอุบลราชธานีวัยรุ่นหญิงที่ไม่เคยตั้งครรภ์มีต้นทุนชีวิตด้านพลังครอบครัวสูงกว่าวัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽¹¹⁾ และในนักเรียนที่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับครอบครัวจะมีโอกาสมีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนที่มีสัมพันธภาพที่ดีกับครอบครัว⁽⁹⁾ จากรายงานการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่นำมาสู่การตั้งครรภ์และการปรับตัวของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอยู่ในครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์ พ่อแม่แยกทางกัน ทำให้ขาดความอบอุ่นขาดที่ปรึกษา จนนำไปสู่การตั้งครรภ์ตั้งแต่อายุน้อย⁽¹²⁾ สรุปได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีทั้งปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้และปรับเปลี่ยนไม่ได้ ซึ่งปัจจัยที่ปรับเปลี่ยนได้ คือ พฤติกรรมทางเพศ ถึงแม้จะไม่สามารถเปลี่ยนสถานะครอบครัวของวัยรุ่นที่ไม่สมบูรณ์ได้ แต่การส่งเสริมให้วัยรุ่นได้รับ การมีส่วนร่วมจากครอบครัวในการดูแล ให้คำปรึกษา ทั้งในครอบครัวที่สมบูรณ์และครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์เป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น นอกจากนี้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ก็ยังเป็นสิ่งจำเป็นต่อการป้องกันการตั้งครรภ์อีกด้วย

จากการศึกษา โปรแกรมที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์เป็นโปรแกรมที่เหมาะสมกับการให้ความรู้ เปลี่ยนแปลงทัศนคติ และสร้างความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ดี ซึ่งจะสามารถเพิ่มทักษะและแรงจูงใจให้วัยรุ่นป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่อไปได้ แต่ยังไม่สามารถแสดงให้เห็นว่าวัยรุ่นจะเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจากการใช้โปรแกรมนี้ โปรแกรมที่ประยุกต์ใช้แนวคิดการให้ข้อมูล แรงจูงใจและทักษะด้านพฤติกรรมที่ใช้ทฤษฎีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพระดับบุคคลในการจัดกิจกรรม แต่หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมอาจทำให้

ความรู้ แรงใจ และทักษะพฤติกรรมลดลงเรื่อย ๆ จึงควรมีการจัดกิจกรรมด้วยโปรแกรมนี้ให้กับวัยรุ่นเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ หรือสร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ที่นับว่าเป็นบุคคลใกล้ชิดวัยรุ่นที่มีโอกาสในการสร้างแรงใจให้กับวัยรุ่นอย่างต่อเนื่องในการป้องกันการตั้งครรภ์ได้ สำหรับโปรแกรมที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-efficacy) ของแบนดูรา⁽¹³⁾ ถือว่ามีความเหมาะสมกับวัยรุ่น เพราะเมื่อได้รับรู้ความสามารถของตนเองและคิดว่าถ้ากระทำการป้องกันการตั้งครรภ์แล้ว จะได้รับผลดีที่เกิดจากการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่สูง วัยรุ่นก็จะมีความมั่นใจที่จะใช้ความพยายามในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงขึ้นด้วย ซึ่งวัยรุ่นในช่วงตอนต้นและช่วงตอนกลาง มีความพร้อมในการเรียนรู้และชอบค้นหาสิ่งต่าง ๆ ด้วยตนเอง ทฤษฎีนี้จึงมีความเหมาะสมกับการจัดกิจกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพื่อให้โปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองเกิดประสิทธิผลและยั่งยืน จึงควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมโดยให้บทบาทตามการทำหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิด McMaster⁽¹⁴⁾ ในการทำกิจกรรมด้วย เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกัน มีความเข้าใจกัน และร่วมสร้างภาพฝันในอนาคตให้กับวัยรุ่น

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะจัดทำโปรแกรมเพื่อช่วยให้วัยรุ่นหญิงสามารถป้องกันการตั้งครรภ์ เนื่องจากวัยรุ่นตอนต้นและตอนกลางมีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป็นวัยของการเรียนรู้ โดยนำทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง⁽¹³⁾ (Self-efficacy) และแนวคิด McMaster Model of family functioning⁽¹⁴⁾ (MMFF) การทำหน้าที่ของครอบครัวมาเป็นแนวทางการดำเนินกิจกรรมร่วมกันระหว่างผู้ปกครองและนักเรียน เพื่อให้วัยรุ่นมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะจนสามารถสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง และสร้างความคาดหวังในผลดีในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าผลการวิจัยครั้งนี้จะแสดงให้เห็นว่าการป้องกันการตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพจนสามารถใช้เป็นแนวทางสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครู และพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง นำไปประยุกต์

เพื่อการป้องกันการตั้งครรภ์ให้แก่นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาตอนต้นต่อไป

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์ โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ

เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ต่อ การป้องกันการตั้งครรภ์ ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนและหลังการทดลอง ทั้งภายในและระหว่างของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

สมมติฐานการวิจัย

1) ภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ ภายในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

2) ภายหลังการทดลองค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้การรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการตั้งครรภ์ ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ ภายในกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบที่มีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมแบบเจาะจง และมีการทดสอบก่อนกับหลังการทดลอง (Non-Equivalent Control Group Pretest Posttest Design)⁽¹⁵⁾

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ประชากร คือ นักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 - 3 โรงเรียนขยายโอกาสในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุบลราชธานี เขต 3

2) กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนหญิงที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 - 3 ประจำปีการศึกษา 2565 ในอำเภอศรีเมืองใหม่ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 2 โรงเรียนที่มีลักษณะของโรงเรียนและนักเรียนมีสภาพแวดล้อมใกล้เคียงกัน มีระยะทางห่างกัน 21 กิโลเมตร เป็นกลุ่มทดลอง 1 โรงเรียน และเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ 1 โรงเรียน เพื่อลดโอกาสที่กลุ่มตัวอย่างได้พบปะแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (Contaminated Effect) จากนั้นสุ่มกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์คัดเข้า โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลาก อย่างสุ่มครี

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าในการศึกษา (Inclusion Criteria)

- 1) โรงเรียน ผู้ปกครองและนักเรียนยินดียใจเข้าร่วมกิจกรรม
- 2) อาศัยอยู่กับบิดา มารดา หรือผู้ปกครอง
- 3) นักเรียนสามารถเข้าร่วมกิจกรรมจนสิ้นสุดการทดลอง
- 4) นักเรียนมีโทรศัพท์ หรือคอมพิวเตอร์ หรืออุปกรณ์สื่อสารอย่างอื่นที่สามารถใช้ในการทำกิจกรรมได้

เกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria)

- 1) เคยตั้งครรภ์
- 2) ผู้ปกครองไม่ยินยอมให้เข้าร่วมกิจกรรม
- 3) มีปัญหาสุขภาพทางกายที่ส่งผลต่อการร่วมกิจกรรม เช่น ได้รับอุบัติเหตุ
- 4) เป็นผู้บกพร่องทางพัฒนาการและสติปัญญา เช่น ภาวะสติปัญญาบกพร่อง (Intellectual Disabilities) ภาวะออทิสติก (Autistic Disorder) โรคสมาธิสั้น (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD) ภาวะบกพร่องทางการเรียน (Learning Disorder: LD) เป็นต้น หรือเป็นผู้ที่มีโรคเกี่ยวข้องกับโรคเนื้องอก เช่น ภาวะถุงน้ำในรังไข่หลายใบ (Polycystic ovary syndrome: PCOS) เป็นต้น

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้โปรแกรม G*Power 3.1.9.4 กำหนดขนาดอิทธิพล (effect size) เท่ากับ 0.80 กำหนดการทดสอบสมมติฐานสองทาง กำหนดให้ระดับความเชื่อมั่นที่ alpha

เท่ากับ 0.05 และอำนาจการทดสอบ 0.80 ได้กลุ่มตัวอย่าง 52 ราย และคำนวณเพื่อป้องกันการสูญหายหรือมีเหตุให้ยุติการเข้าร่วมวิจัยร้อยละ 15 ซึ่งสอดคล้องกับการเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง (Attrition Rate) ของการวิจัยเชิงปริมาณทั่วไปที่กำหนดในช่วงร้อยละ 10 - 15⁽¹⁶⁾ จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ทั้งหมด 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 30 ราย

การดำเนินการวิจัย จัดกิจกรรมโปรแกรมการป้องกันการตั้งครรภ์โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ประยุกต์จากทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง⁽¹³⁾ (Self-efficacy) และทฤษฎีความคาดหวัง⁽¹⁷⁾ (Expectancy theory) ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว MMFF⁽¹⁴⁾ (Mc Master Model of Family Functioning) จำนวน 8 สัปดาห์ ๆ ละประมาณ 1 ชั่วโมง ประกอบด้วย 8 กิจกรรม ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1 สร้างสัมพันธภาพ และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยให้กับนักเรียนกลุ่มทดลองและผู้ปกครอง จัดกิจกรรมในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน (Home Visit)

สัปดาห์ที่ 2 ประเมินความรู้ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจผู้ปกครอง เกี่ยวกับการทำหน้าที่ของครอบครัว ตามแนวคิด MMFF จัดกิจกรรมในรูปแบบออนไลน์ (Online) ผ่านโปรแกรม Messenger และโปรแกรมประยุกต์ Google Forms ในวันอาทิตย์ ระหว่างเวลา 18.30 - 19.30 น.

สัปดาห์ที่ 3 สร้างสัมพันธภาพ และให้ความรู้แก่กลุ่มทดลองเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ การใช้ถุงยางอนามัย การใช้ยาคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด และทักษะในการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ใช้เวลาในการทำกิจกรรม จำนวน 1 ชั่วโมง จัดกิจกรรมในรูปแบบออนไลน์ (Online) ผ่านโปรแกรม Messenger ในวันอาทิตย์ ระหว่างเวลา 18.30 - 19.30 น.

สัปดาห์ที่ 4 สร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ด้วยกิจกรรมสร้างเสริมประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ จากการทบทวน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ฝึกทักษะการตัดสินใจและทักษะ ปฏิเสธในสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เสี่ยงต่อการตั้งครรภ์ ใช้เวลา ในการทำกิจกรรม จำนวน 1 ชั่วโมง จัดกิจกรรมในรูปแบบ ออนไลน์ (Online) ผ่านโปรแกรม Messenger ในวันอาทิตย์ ระหว่างเวลา 18.30 - 19.30 น.

สัปดาห์ที่ 5 สร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ด้วยการสร้าง ประสบการณ์ให้นักเรียนจากการได้เห็นประสบการณ์จริง โดยเรียนรู้จากประสบการณ์ของตัวแทนบุคคลจริง การ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ทัศนคติการนำเสนอความสำเร็จ ของตัวแทน ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 1 ชั่วโมง จัดกิจกรรมในรูปแบบออนไลน์ (Online) ผ่านโปรแกรม Messenger ในวันอาทิตย์ ระหว่างเวลา 18.30 - 19.30 น.

สัปดาห์ที่ 6 สร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการชักจูงด้วย คำพูดเพื่อโน้มน้าวให้นักเรียนป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พุดชักจูงให้นักเรียนมีความเชื่อมั่นว่าสามารถป้องกันการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ การชี้ให้เห็นผลที่ตามมาจากการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การเสนอแนะแนวทางในการหลีกเลี่ยง การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และให้กำลังใจในการปฏิบัติตัว ร่วมกับการใช้แนวคิด McMaster ด้านการผูกพันทาง อารมณ์ (Affective Involvement) และด้านบทบาท (Role) ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 1 ชั่วโมง จัดกิจกรรมใน รูปแบบ การเยี่ยมบ้าน (Home Visit)

สัปดาห์ที่ 7 สร้างการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ด้วยการกระตุ้น อารมณ์ โดยให้นักเรียนมีความพร้อมที่จะป้องกันการ ตั้งครรภ์ จากการสร้างสัมพันธภาพระหว่างนักเรียนและ ครอบครัว และร่วมกันแก้ไขปัญหาจากสถานการณ์จำลอง ร่วมกับการใช้แนวคิด McMaster ด้านการแก้ปัญหา (Problem Solving) และด้านการตอบสนองทางอารมณ์ (Affective responsiveness) ใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 1 ชั่วโมง จัดกิจกรรมในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน (Home Visit)

สัปดาห์ที่ 8 สร้างความคาดหวังในผลดีจากการ ป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ด้วยกิจกรรมสร้าง สัมพันธภาพที่ดีระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครอง โดยการ สร้างภาพฝันของนักเรียน ให้นักเรียนและผู้ปกครอง ร่วมกันวางแผนสิ่งที่จะเกิดขึ้นในระยะสั้น และระยะยาว ในชีวิตของวัยรุ่น ร่วมกับการใช้แนวคิด McMaster ด้านการสื่อสาร (Communication) และด้านการควบคุม พฤติกรรม (Behavior control) ใช้เวลาในการดำเนิน กิจกรรม 1 ชั่วโมง จัดกิจกรรมในรูปแบบการเยี่ยมบ้าน (Home Visit)

เมื่อเสร็จสิ้นกิจกรรม เก็บรวมข้อมูลหลังการ ทดลอง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสอบถาม มีทั้งหมด 5 ส่วน ผ่านการตรวจสอบ คุณภาพเครื่องมือ ได้ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ใน วัยรุ่น มีค่า KR-20 เท่ากับ 0.73

ส่วนที่ 3 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ป้องกันการตั้งครรภ์ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.75

ส่วนที่ 4 ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการ ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.79

ส่วนที่ 5 พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค เท่ากับ 0.72

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป กำหนดระดับนัยสำคัญ เท่ากับ 0.05 โดยมีรายละเอียด ดังนี้

1) ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของความรู้ในการ ป้องกันการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการ ป้องกันการตั้งครรภ์ ความคาดหวังในผลดีของการป้องกัน การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่น ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired sample t-test

2) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันการตั้งครรภ์ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Independent sample t-test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีหมายเลขใบรับรอง UBU - REC - 135/2565 ลงวันที่ 1 พฤศจิกายน 2565 ผู้วิจัยได้ชี้แจงพร้อมขอความยินยอมในการเข้าร่วมวิจัยในนักเรียนและผู้ปกครอง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบที่มีอายุน้อยกว่า 14 ปี ก่อนการทำการวิจัย

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน ($P > 0.05$) โดยมีตัวแปรที่แตกต่างกัน คือ ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครองในการมาโรงเรียนต่อวัน และเกรดเฉลี่ยในภาคการศึกษาที่ผ่านมา ซึ่งแต่ละกลุ่มมีข้อมูลทั่วไป ดังนี้

กลุ่มทดลอง อายุเฉลี่ย 14 ปี ($IQR = 2.00$) เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 43.30 ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 26.70 และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 30 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีแฟน/เพื่อนสนิทชาย ร้อยละ 60 ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครองในการมาโรงเรียนต่อวันเฉลี่ย 40 บาท ($IQR = 10.00$) พักอาศัยกับบิดา มารดา ร้อยละ 63.30 และอยู่กับปู่ย่าตายาย ร้อยละ 33.30 ส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ย (GPA) ในภาคการศึกษาที่ผ่านมา มากกว่า 3.50 ร้อยละ 56.70 กลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับเพศชาย และส่วนใหญ่ปรึกษาเรื่องเพศกับเพื่อน ร้อยละ 63.30 และพ่อแม่/ผู้ปกครอง ร้อยละ 36.70

กลุ่มเปรียบเทียบ อายุเฉลี่ย 14 ปี ($IQR = 1.00$) เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ร้อยละ 53.30, ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ร้อยละ 30 และชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 16.70 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ไม่มีแฟน/เพื่อนสนิทชาย ร้อยละ 53.30

ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครองในการมาโรงเรียนต่อวันเฉลี่ย 50 บาท ($IQR = 10.00$) พักอาศัยกับบิดา มารดา ร้อยละ 66.70, ปู่ย่าตายาย ร้อยละ 23.30 และญาติ พี่น้อง ร้อยละ 10 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ย (GPA) ในภาคการศึกษาที่ผ่านมาเกรดเฉลี่ย 2.51-3.00 ร้อยละ 43.30 กลุ่มเปรียบเทียบทุกคนไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับเพศชาย และส่วนใหญ่ปรึกษาเรื่องเพศกับเพื่อน ร้อยละ 56.70, พ่อแม่/ผู้ปกครอง ร้อยละ 36.70 และทางช่องทางอื่น ๆ (อินเทอร์เน็ต) ร้อยละ 6.70 ตามลำดับ

2. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในกลุ่มทดลองไม่แตกต่างไปจากกลุ่มเปรียบเทียบ ดังแสดงใน ตารางที่ 1

หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ดังแสดงใน ตารางที่ 1

3. ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) แต่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่แตกต่างไปจากก่อนการทดลอง ดังแสดงในตารางที่ 2

ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นไม่แตกต่างไปจากก่อนการทดลอง แต่มีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในผลดี

ของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P=0.05$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		t	P-value
	(n = 30)		(n = 30)			
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้						
ก่อนการทดลอง	6.17	1.26	6.20	1.83	0.03	0.935
หลังการทดลอง	8.63	1.73	6.00	1.78	2.63	<0.001*
การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
ก่อนการทดลอง	33.87	4.29	33.60	6.03	0.27	0.844
หลังการทดลอง	37.63	5.01	31.73	4.61	5.90	<0.001*
ความคาดหวังในผลดี						
ก่อนการทดลอง	39.33	4.73	38.30	5.83	1.03	0.454
หลังการทดลอง	41.07	4.98	34.00	5.47	7.07	<0.001*
พฤติกรรม						
ก่อนการทดลอง	31.70	4.87	30.60	4.80	1.10	0.382
หลังการทดลอง	31.87	3.77	27.10	6.18	4.77	<0.001*

*p < 0.05

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	P-value
	(n = 30)		(n = 30)			
	Mean	SD	Mean	SD		
ความรู้						
กลุ่มทดลอง	6.17	1.26	8.63	1.73	2.47	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	6.20	1.83	6.00	1.78	0.20	0.607

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการตั้งครรภ์ และพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง (ต่อ)

	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	P-value
	(n = 30)		(n = 30)			
	Mean	SD	Mean	SD		
การรับรู้ความสามารถของตนเอง						
กลุ่มทดลอง	33.87	4.29	37.63	5.01	3.77	<0.001*
กลุ่มเปรียบเทียบ	33.60	6.03	31.73	4.61	1.87	0.109
ความคาดหวังในผลดี						
กลุ่มทดลอง	39.33	4.73	41.07	4.98	1.73	0.075
กลุ่มเปรียบเทียบ	38.30	5.83	34.00	5.47	4.30	<0.001*
พฤติกรรม						
กลุ่มทดลอง	31.70	4.87	31.87	3.77	0.17	0.834
กลุ่มเปรียบเทียบ	30.60	4.80	27.10	6.18	3.50	0.008*

*p < 0.05

อภิปรายผลการวิจัย

1) ประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ต่อความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

จากผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 2 เป็นผลจากกลุ่มทดลองได้รับการถ่ายทอดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ ตามโปรแกรมจากการบรรยายประกอบสไลด์และวีดิทัศน์ ซึ่งมีเนื้อหาข้อมูลที่มีความต่อเนื่องและมีรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีป้องกันการตั้งครรภ์ การใช้ถุงยางอนามัย การใช้ยาคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด และทักษะในการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ในรูปแบบออนไลน์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิภาพของโปรแกรมเพศศึกษาและการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น จังหวัดสุพรรณบุรี⁽¹⁸⁾ ซึ่งผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการศึกษาในครั้งนี้ นอกจากโปรแกรมฯ นี้จะมีส่วนช่วยให้นักเรียนมีระดับความรู้ที่เพิ่มมากขึ้นแล้ว ก็อาจเนื่องมาจากการที่นักเรียนทั้งสองกลุ่มมีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ ถึงแม้ว่าลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ด้านเกรดเฉลี่ยจะแตกต่างกัน

โดยกลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ย > 3.50 คิดเป็นร้อยละ 56.70 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีเกรดเฉลี่ย 2.51 - 3.00 คิดเป็นร้อยละ 43.30 แต่ไม่มีผลต่อการตอบข้อคำถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ เพราะเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนไม่แตกต่างกัน แสดงให้เห็นว่านักเรียนทั้งสองกลุ่มนั้นมีพื้นฐานความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกัน การตั้งครรภ์อยู่ในระดับเดียวกัน นอกจากนี้ จากการสอบถามครูประจำชั้นพบว่า ถึงแม้ว่านักเรียนไม่ได้รับการเรียนการสอนเกี่ยวกับเพศศึกษาหรือการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นวิชาเฉพาะ แต่ได้รับการเรียนในชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 เพียงเท่านั้น เมื่อผ่านการทำแบบสอบถามเพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ส่วนใหญ่เป็นการตั้งคำถามเกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ การใช้ถุงยางอนามัย การใช้ยาคุมกำเนิด ยาฝังคุมกำเนิด และทักษะในการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น จึงส่งผลให้ผลลัพธ์ที่ปรากฏ

โดยส่วนใหญ่ กลุ่มตัวอย่างทั้งสองสามารถตอบคำถามได้อย่างถูกต้องหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ และตั้งแต่ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ด้วย

2) ประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ต่อการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

จากผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 และข้อที่ 2 เป็นผลจากกลุ่มทดลองได้รับกิจกรรมที่ประยุกต์มาจากทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถของตนเองของแบนดูรา⁽¹³⁾ ที่ประกอบด้วย กิจกรรมการสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองผ่านกิจกรรมสร้างประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ กิจกรรมสร้างประสบการณ์ให้นักเรียนจากการให้ได้เห็นประสบการณ์ของผู้อื่น กิจกรรมการโน้มน้าวให้นักเรียนป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยพูดชักจูง และกิจกรรมการกระตุ้นอารมณ์ ที่ผู้ปกครองได้เข้ามามีบทบาทร่วมกับผู้วิจัยในกิจกรรมนี้ โดยใช้ด้านการผูกพันทางอารมณ์ ด้านบทบาท ด้านการแก้ปัญหา และด้านการตอบสนองทางอารมณ์ ตามแนวคิด McMaster⁽¹⁴⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้ความสามารถตนเอง เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2⁽¹⁹⁾ และการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ และการรับรู้ความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการเรียนรู้ความสามารถตนเอง (Self-Efficacy)⁽²⁰⁾

3) ประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ต่อความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

จากผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 เป็นผลจากกลุ่มทดลองได้รับการสร้างความคาดหวังในผลดี ซึ่งผู้วิจัยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความคาดหวัง (Expectancy theory)⁽¹⁷⁾ องค์ประกอบด้านความคาดหวังในผลการปฏิบัติงานต่อผลลัพธ์ ว่าถ้าได้แสดงพฤติกรรมหรือลงมือทำงานชิ้นนั้นแล้วด้วยความพยายามอย่างเต็มที่ที่จะได้ผลลัพธ์อย่างไรกับตนเอง ผลลัพธ์ที่ได้นั้นก่อให้เกิดผลดี

และผลเสียต่อตนเองอย่างไรบ้าง คำนวณหรือไม่ผ่านกิจกรรมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างนักเรียนกับผู้ปกครอง ด้วยการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นร่วมกันระหว่างนักเรียนและผู้ปกครอง โดยการสร้างภาพฝันของนักเรียน โดยให้นักเรียนและผู้ปกครองร่วมกันวางแผนสิ่งที่จะเกิดขึ้นในระยะสั้น และระยะยาวในชีวิตของวัยรุ่น เพื่อให้ นักเรียนเห็นว่าหากไม่ตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จะส่งผลอย่างไรในอนาคตของนักเรียน ซึ่งผู้วิจัยให้ผู้ปกครองเข้ามามีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมในด้านสื่อสาร และด้านการควบคุมพฤติกรรมตามแนวคิด McMaster⁽¹⁴⁾ โดยการจัดกิจกรรมในส่วนนี้ใช้รูปแบบการเยี่ยมชม นับว่าเป็นส่วนที่สำคัญที่ช่วยให้ระดับความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงขึ้น แต่ในช่วงการดำเนินกิจกรรมนี้ได้ผ่านช่วงวันวาเลนไทน์ ประกอบกับนักเรียนในช่วงวัยนี้ มีความสนใจเพศตรงข้าม อยากรู้ อยากลองในเรื่องเพศอยู่แล้ว⁽²¹⁾ จึงให้ความสำคัญกับเทศกาลนี้เป็นพิเศษ จะเห็นได้จากที่ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาต่อนักเรียนกลุ่มทดลองรายหนึ่งหลังจากวันวาเลนไทน์เกี่ยวกับการหลั่งนอกว่ามีโอกาสตั้งครรภ์ได้หรือไม่ และการกินยาคุมฉุกเฉิน หลังจากการมีเพศสัมพันธ์แล้ว แสดงให้เห็นว่านักเรียนได้รับตัวแปรแทรกแซงจากช่วงวาเลนไทน์ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยเฉพาะในกลุ่มเปรียบเทียบที่ไม่ได้รับโปรแกรมฯ ด้วยแล้ว จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหลังการทดลองต่ำกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในกลุ่มทดลอง การทำกิจกรรมร่วมกับผู้ปกครอง ซึ่งผู้ปกครองบางคนอาจไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ของครอบครัวตามแนวคิด MMFF ได้อย่างเหมาะสม อาจทำให้ผลลัพธ์จากการทำกิจกรรมไม่ดีเท่าที่ควร ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้พบว่าหลังการทดลองคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นดีกว่าก่อนการทดลองเพียง 1.73 คะแนนเท่านั้น ด้วยเหตุนี้ จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยของความคาดหวังในผลดีของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อนการทดลองและหลังการทดลองไม่แตกต่างกัน

4) ประสิทธิภาพของโปรแกรมฯ ต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

จากผลการศึกษาเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมฯ มีส่วนทำให้นักเรียนในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้นมากกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของแบนคูรา ที่ระบุถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองและความคาดหวังผลที่จะเกิดขึ้นไว้ว่า ถ้าการรับรู้ความสามารถของตนเองสูง มีแนวโน้มที่จะทำแน่นอน⁽¹³⁾ โดยผู้วิจัยได้นำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการมีส่วนร่วมของครอบครัวตามแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว MMFF⁽¹⁴⁾ (Mc Master Model of Family Functioning) ผ่านการทำกิจกรรมทั้ง 8 สัปดาห์ จากการศึกษาในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลติของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จึงส่งผลให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นไปในทางที่ดีขึ้นด้วย สำหรับผลการศึกษาภายในกลุ่มทดลองที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลติของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อนและหลังการทดลองแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจมาจากนักเรียนได้รับตัวแปรแทรกแซง เนื่องจากช่วงดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ได้ผ่านช่วงวันวาเลนไทน์ ซึ่งนักเรียนในช่วงวัยนี้มีความสนใจเพศตรงข้าม อยากรู้ อยากลองในเรื่องเพศอยู่แล้ว⁽²¹⁾ จึงให้ความสำคัญกับเทศกาลนี้เป็นพิเศษ จะเห็นได้จากที่ผู้วิจัยได้ให้คำปรึกษาต่อนักเรียนกลุ่มทดลองรายหนึ่งหลังจากวันวาเลนไทน์เกี่ยวกับการหลั่งนอกว่ามีโอกาสตั้งครรภ์ได้หรือไม่ และการกินยาคุมฉุกเฉิน หลังจากการมีเพศสัมพันธ์แล้ว ทั้งนี้ในกลุ่มเปรียบเทียบก็ได้รับตัวแปรแทรกแซงจากช่วงวันวาเลนไทน์เช่นเดียวกัน จึงทำให้คะแนนเฉลี่ยความคาดหวังในผลติของการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหลังการทดลองต่ำกว่าก่อน

การทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการให้นักเรียนได้มีช่วงระยะเวลาในการตัดสินใจเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลังจากที่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ ไปแล้ว จึงวัดระดับพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอีกครั้งหนึ่ง จะทำให้คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มขึ้นหลังการทดลองได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยเพื่อเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความตั้งใจ และพฤติกรรมต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ของนักศึกษาปริญญาตรี ในประเทศไทย⁽²⁴⁾

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรปรับปรุงรูปแบบของโปรแกรมฯ ให้อยู่ในรูปแบบการออนไลน์ทั้งหมด เพื่อรองรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคระบาดในอนาคต และเพื่อให้นักเรียนและผู้ปกครองสามารถเข้าถึงกิจกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ง่าย เข้ากับพฤติกรรมการใช้สื่อสังคมออนไลน์ในปัจจุบันของคนไทย
- 2) ควรเพิ่มการติดตามหลังจากเสร็จสิ้นโปรแกรมฯ 12 สัปดาห์ อาจทำให้พฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์เพิ่มขึ้น เนื่องจากการกระตุ้นนักเรียนหลังจากที่ได้เรียนรู้ผ่านกิจกรรมตามโปรแกรมฯ แล้ว
- 3) ควรพัฒนาโปรแกรมการให้ความรู้ ความเข้าใจของผู้ปกครอง เกี่ยวกับแนวคิดการทำหน้าที่ของครอบครัว MMFF และความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ควบคู่ไปกับโปรแกรมฯ เพื่อเป็นแรงสนับสนุนให้โปรแกรมฯ มีประสิทธิภาพที่ดียิ่งขึ้น
- 4) ควรมีการควบคุมตัวแปรแทรกแซงที่อาจเกิดขึ้นโดยการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ในช่วงที่ไม่มีเทศกาล

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

- 1) ครูในโรงเรียนหรือบุคลากรทางสาธารณสุขสามารถนำโปรแกรมฯ นี้ไปใช้ในการจัดการเรียนการสอน จะทำให้นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจดีกว่าการเรียนการสอนตามปกติ เนื่องจากนักเรียนในกลุ่มชั้นมัธยมศึกษา

ตอนต้นเป็นวัยที่ค่อนข้างมีความพร้อมในการเรียนรู้
สิ่งต่าง ๆ เหมาะกับการจัดกิจกรรมให้ความรู้ ทักษะต่าง ๆ

2) บุคลากรทางด้านสาธารณสุข สามารถนำข้อมูล
ที่ได้ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโยบายด้านสาธารณสุข
ในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วม
ของครอบครัว นอกจากนี้หากมีการส่งเสริมให้
ครอบครัวเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการทำกิจกรรมอื่น ๆ
ร่วมกับนักเรียน ก็จะสามารถนำไปสู่การป้องกันการ
ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้อย่างยั่งยืนต่อไปในอนาคต

3) การใช้สื่อสังคมออนไลน์ให้เกิดประโยชน์ต่อ
นักเรียนทั้งในด้านการเรียนการสอนตามหลักสูตรปกติ
และโปรแกรมพิเศษต่าง ๆ เพื่อให้นักเรียนเกิดความสนใจ
เพิ่มมากขึ้น และทำให้นักเรียนเข้าถึงการเรียนรู้ได้สะดวก
มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวย การ ครู ผู้ปกครอง และ
นักเรียน ที่ให้ความร่วมมือในการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดี และ
ขอขอบคุณ อาจารย์ที่ปรึกษาคณาจารย์และเจ้าหน้าที่วิทยาลัย
แพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี
ในการช่วยผลักดันและให้คำปรึกษาคำแนะนำต่าง ๆ
ให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Department of Health. National strategy for preventing and solving the problem of teenage pregnancy in 2017-2026: According act for prevention and solution of the adolescent pregnancy problem in 2016. Bangkok: Thep phen Vanish; 2017. (in Thai)
2. Department of Health. Statistics on adolescent births, Thailand 2021 Annual. Nonthaburi: Department of Health; 2021. (in Thai)
3. Department of Health. Annual report 2021 [Internet]. 2021 [cited 2021 Dec 21]. Available from: <https://rh.anamai.moph.go.th/th/departement-yearly-report/207441> (in Thai)
4. Panpetch O, Wongsawat P. Unwanted pregnancy in adolescents: Guidelines for prevention and surveillance. Journal of Phrapokklao Nursing College 2020;31(2):280-92. (in Thai)
5. Pilasun S. Impact of pregnancy in Thai teenagers. Health Intervention and Technology Assessment Program 2014;2(15):1-4. (in Thai)
6. Tumchuea S, Pumprayool, P. Teenage pregnancy: Concept of solving problems with the district health system. Journal of Health Science 2018;12(2):29-38. (in Thai)
7. Department of Health. Teenage pregnancy surveillance report, 2021. Nonthaburi: Department of Health; 2021. (in Thai)
8. Committee for the Administration of Development of People's Quality of Life. Report of Thai rural villages from Village primary information. Bangkok: BTS Press; 2019. (in Thai)
9. Junnual N, Manwong M, Suebsamran P, Singto S. Factors related to sexual behavior among the lower secondary school students at a school in Ubon Ratchathani province. The Public Health Journal of Burapha University 2014;9(2):56-65. (in Thai)
10. Niemlang J, Rukspollmuang C. A study of knowledge, Attitude and behavior' s of people in risky areas towards unplanned teenage pregnancy. Journal of MCU Social Science Review 2016;5(3):175-88. (in Thai)
11. Pumjan P, Homsin P, Srisuriyawate R. A comparison of life assets between pregnant and non-experienced pregnant adolescents. The Journal of Faculty of Nursing , Burapha University 2019;27(4):10-20. (in Thai)
12. Sawangket A, Srinon R. Factors regarding pregnancy and adapting of teenage pregnant. Ratchaburi: Boromarajonani College Nursing, Ratchaburi; 2016. (in Thai)

13. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: W. H. Freeman; 1997.
14. Epstein N. B., Bishop D. S., Baldwin L. M. McMaster Model of Family Functioning: A view of the normal family. New York: Guilford Press; 1982.
15. Srisa-ard B. Statistics for research. Bangkok: Faculty of Education Srinakharinwirot University; 1988. (in Thai)
16. Srisathitnarakun B. Methodology in nursing research. 5th ed. Bangkok: U & I Intermedia; 2010. (in Thai)
17. Vroom V. H. Work and motivation. New York: John Wiley & Sons; 1964.
18. Moudkoon O, Therawiwat M, Kaeodumkoeng K, Imamee N. Effectiveness of sexuality education and pregnancy prevention program for secondary school students in Suphanburi province. *Journal of Health Education* 2018;41(2):181-92. (in Thai)
19. Kaewpipob N, Banchonhattakit P. Effects of health literacy and self-efficacy developing program for promote pregnancy prevention behavior. *Journal of Health Education* 2019;42(1):55-67. (in Thai)
20. Sirited P, Kaowsoon C, Kongsin C. The result of knowledge development program and self-efficacy perception towards teenage pregnancy prevention in secondary school girls. *Journal of Public Health Research, Ubon Ratchathani Rajabhat University* 2020;9(2):90-100. (in Thai)
21. Paisanautphong K, Gespradit C, Kaeodumkoeng N, Suthotvoravut S. Comprehensive Sexuality Education. In: Suthotvoravut S, Chansorn P, Phonkum Y, Iamkong P, Intaraprasert S, Saejeng K, editors. *Providing reproductive health services*. 2nd ed. Bangkok: wvotai; 2013. P. 45-62. (in Thai)
22. Isarapreeda P, Thongwiset T. Teacher-Student interpersonal behavior: Theoretical model, Assessment, and research review. *Journal of Education Studies* 2017;45(3):206-20.
23. Thongnopakun S, Pumpaibool T, Visanuyothin S, Rodjarkpai Y, Manwong M. Effects of a safe sex program for increasing health literacy intention and practice to prevent pregnancy among undergraduates in Thailand. *Journal of Public Health and Development* 2021;19(1):141-51.



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index>

แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการใช้สมุนไพรใกล้มือในพื้นที่ตำบลคอยฮาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

Elderly health care guidelines with herbs in Doi Hang sub-district,

Mueang district, Chiang Rai province

สุธิดา วิริยา, โชคชัย แซ่หว่าง, ปัญญารัช คำเสื่อ, สุวนันท์ แก้วจันทา, นิศรา ชัยวงศ์*

Suthida Wiriya, Chokchai Saewang, Panyarach Kamsua, Suwunan Keawjantha, Nissara Chaiwong*

วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก

Thai Traditional Medicine, School of Traditional and Alternative Medicine

*Corresponding author: news_doctor@hotmail.com

Received: January 5, 2024 Revised: April 2, 2024 Accepted: April 23, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วมในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการใช้สมุนไพรใกล้มือในพื้นที่ตำบลคอยฮาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 100 คนที่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอนผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุตำบลคอยฮางมีปัญหาด้านสุขภาพที่มีโอกาสใช้สมุนไพรดูแลรักษาและพบสมุนไพรในชุมชน จำนวน 30 ชนิดที่มีสรรพคุณทางยาที่สามารถนำมาดูแลสุขภาพเบื้องต้นผู้สูงอายุจากปัญหาสุขภาพและศักยภาพชุมชนจึงได้พัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการใช้สมุนไพรใกล้มือ โดยศึกษาสมุนไพรในท้องถิ่น ทำการคัดเลือกสมุนไพรและจัดแบ่งสมุนไพรบรรเทาอาการตามกลุ่มโรค จำนวน 5 กลุ่มโรค ได้แก่ 1) กลุ่มโรคกระดูกข้อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น 2) กลุ่มโรคลมและเลือดลม 3) กลุ่มโรคทางเดินอาหาร 4) กลุ่มโรคทางเดินหายใจ และ 5) กลุ่มโรคผิวหนัง แล้วให้ความรู้กับผู้สูงอายุได้รู้จักชื่อ สรรพคุณ วิธีใช้ และวิธีทำยาจากสมุนไพรใช้เองในชุมชน ผลการศึกษาพบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลอาการเจ็บป่วยของตนเองด้วยสมุนไพรที่มีในชุมชนเป็นการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพและเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพ

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, สมุนไพรใกล้มือ

Abstract

This participatory action research article aimed to develop guidelines for elderly health care with home-based herbs in the Doi Hang sub-district, Mueang district, Chiang Rai Province. One hundred samples were selected by purposive sampling according to the inclusion criteria to participate in all activities. The results found that elderly people in Doi Hang Sub-district faced health problems when they had the opportunity to use herbs, and more than 30 herbs with medicinal properties were found in this area that can be used to care for elderly health. According to those health problems and the potential of the community, the elderly health care guideline using home-based herbs was developed. Local herbs were selected and divided into 5 groups according to disease groups: 1) Symptoms of bone, joint, muscle, and tendon diseases, 2) Symptoms of wind and blood diseases, 3) Symptoms of gastrointestinal diseases, 4) Symptoms of respiratory diseases, and 5) Symptoms of skin diseases. Educate the elderly about the names, properties, and methods of use, as well as how to make medicine from herbs for use by yourself in the community. Following up on the activities, it was found that elderly people know more about medicinal herbs for treating their illnesses. This can reduce health costs and be an alternative to health care.

Keywords: Health care, Elderly, Home-based herbs

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยกำลังจะกลายเป็นสังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) โดยในปี พ.ศ. 2566 มีผู้สูงอายุสูงถึง 13,458,000 คน หรือร้อยละ 20.39 ของจำนวนประชากรทั้งประเทศ⁽¹⁾ ในขณะที่วัยกันภาคเหนือเป็นภูมิภาคที่มีประชากรผู้สูงอายุสูงที่สุดโดยจังหวัดแพร่ อุดรดิตถ์ พิจิตร และลำปาง⁽²⁾ เป็นจังหวัดที่เข้าสู่สังคมสูงอายุระดับสุดยอด และจังหวัดเชียงรายมีผู้สูงอายุเป็นอันดับที่ 11 ของประเทศซึ่งมีผู้สูงอายุถึง 260,136 คน หรือร้อยละ 20.02 ของจำนวนประชากรทั้งจังหวัด⁽³⁾ ในขณะที่ตำบลดอยฮาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มีประชากรทั้งหมด 4,459 คน แบ่งเป็นผู้สูงอายุ 617 คน คิดเป็นร้อยละ 13.84⁽⁴⁾ แสดงให้เห็นว่าตำบลดอยฮางกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society)

จากที่วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก ได้ดำเนินกิจกรรมคลินิกการแพทย์แผนไทยเคลื่อนที่ ภายใต้โครงการฝึกประสบการณ์วิชาชีพการแพทย์แผนไทย พบว่าผู้สูงอายุในตำบลดอยฮางประสบปัญหาทางด้านสุขภาพโดยมีอาการเจ็บป่วยในกลุ่มโรคต่าง ๆ ทั้งกลุ่มโรคเรื้อรังที่เป็นโรคประจำตัวของผู้สูงอายุ เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดสูง

โรคเก๊าต์ โรคหมอนรองกระดูกทับเส้นประสาท และโรคไตเรื้อรัง เป็นต้น รวมถึงกลุ่มโรคที่แพทย์แผนไทยมีโอกาสนในการดูแลรักษา ได้แก่ 1) กลุ่มโรคกล้ามเนื้อ กระดูก ข้อ และเส้นเอ็น ได้แก่ โรคไหล่ติด โรคนิ้วล็อก โรคเข่าเสื่อม ระยะเริ่มต้น 2) กลุ่มโรคลมและเลือดลม ได้แก่ วิงเวียนศีรษะ 3) กลุ่มโรคทางเดินอาหาร ได้แก่ โรคกระเพาะอาหาร โรคกรดไหลย้อน ท้องอืด ท้องเฟ้อ 4) กลุ่มโรคทางเดินหายใจ ได้แก่ โรคหืดหอบ โรคภูมิแพ้ทางเดินหายใจ และ 5) กลุ่มโรคผิวหนัง ได้แก่ โรคสะเก็ดเงิน โรคกลาก-เกลื้อน ตลอดจนกลุ่มปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะเหงา ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด เป็นต้น ด้วยพื้นที่ส่วนใหญ่ของตำบลดอยฮางอยู่ในเขตห่างไกล ส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดความลำบากในการเดินทางเพื่อเข้ารับบริการสุขภาพ จึงมีความต้องการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพโดยการนำเอาภูมิปัญญาท้องถิ่นในด้านสมุนไพรช่วยแก้ปัญหาสุขภาพเบื้องต้น นอกจากนี้ยังพบว่าตำบลดอยฮางมีลักษณะพื้นที่บางส่วนเป็นที่ราบลุ่มติดลำน้ำกกและที่ราบตามแนวเชิงเขา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่เหมาะสมต่อการประกอบอาชีพเกษตรกรรม และมีทรัพยากรธรรมชาติที่อุดมสมบูรณ์ ประกอบกับมีวนอุทยานน้ำตกห้วยแก้วที่มีขนาดพื้นที่ป่าไม้ จำนวน 4,700 ไร่

และพุทธอุทยานคอยอินทรีที่มีขนาดพื้นที่ป่าไม้ จำนวน 300 ไร่⁽⁴⁾ และมีความหลากหลายทางพืชพันธุ์สมุนไพรในท้องถิ่นที่มีโอกาสนำมาใช้ดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนได้ ทางทีมผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการใช้สมุนไพรใกล้มือในพื้นที่ตำบลคอยยาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถนำคุณลักษณะเบื้องต้นซึ่งเป็นการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพ ช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของครอบครัวและสามารถต่อยอดเป็นแหล่งวัตถุดิบสมุนไพรในชุมชนที่สามารถสร้างรายได้จากการขายวัตถุดิบสมุนไพร

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการใช้สมุนไพรใกล้มือในพื้นที่ตำบลคอยยาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม ในพื้นที่ตำบลคอยยาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย โดยมีระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนพฤษภาคม ถึงธันวาคม พ.ศ. 2566

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากรในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมคลินิกการแพทย์แผนไทยเคลื่อนที่ตำบลคอยยาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 667 คน
2. กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ได้มาจากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยการประมาณจากจำนวนประชากร ร้อยละ 15 ได้ กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 100 คน และใช้วิธีการเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ที่กำหนด โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 3 กลุ่ม คือ 1) อาจารย์แพทย์แผนไทย วิทยาลัยการแพทย์พื้นบ้านและการแพทย์ทางเลือก จำนวน 10 คน 2) ผู้นำชุมชนตำบลคอยยาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 10 คน และ 3) ผู้สูงอายุตำบลคอยยาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย จำนวน 80 คน

เกณฑ์การคัดเข้า

1. ยินดีเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอนด้วยความสมัครใจ

2. ผู้เข้าร่วมกิจกรรมต้องไม่เป็นสมาชิกในทีมวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. เป็นผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมครบทุกขั้นตอน

2. ขอดอนตัวจากการเข้าร่วมกิจกรรมไม่ว่ากรณีใด ๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลวิจัยในครั้งนี้ได้แก่

- 1) แบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุและผู้นำชุมชน เพื่อสอบถามปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุและศักยภาพชุมชน
- 2) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับทีมอาจารย์แพทย์แผนไทย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้เริ่มจากการศึกษาทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์และปัญหาของผู้สูงอายุตำบลคอยยางมีการออกแบบเครื่องมือในการเก็บข้อมูลและตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน จากนั้นลงพื้นที่เก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชน และประชุมสนทนากลุ่มกับทีมอาจารย์แพทย์แผนไทย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลครั้งนี้ ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการตีความและสร้างข้อสรุปที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูล

การพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยนี้ผ่านการพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ร่วมวิจัยโดยผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากสถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย เอกสารเลขที่ COE.P2-003/2566 ลงวันที่ 14 กรกฎาคม 2566

ผลการศึกษา

จากการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการใช้สมุนไพรใกล้มือในพื้นที่ตำบลคอยาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย สามารถแบ่งผลการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1. สภาพบริบทชุมชนและศักยภาพชุมชนของพื้นที่ตำบลคอยาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

ตำบลคอยาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย มีเนื้อที่ประมาณ 91 ตารางกิโลเมตร หรือ 56,875 ไร่ พื้นที่ส่วนใหญ่เป็นเขตภูเขาสูง มีระดับความสูงประมาณ 500 - 1,200 เมตรจากระดับน้ำทะเลปานกลาง เป็นพื้นที่ราบลุ่มติดลำน้ำกกและที่ราบตามแนวเชิงเขา ซึ่งเป็นพื้นที่ที่เหมาะสมต่อการประกอบอาชีพเกษตรกรรมและมีทรัพยากรธรรมชาติที่อุดมสมบูรณ์ เนื่องจากมีวนอุทยานน้ำตกห้วยแก้วที่มีขนาดพื้นที่ป่าไม้ จำนวน 4,700 ไร่ และพุทธอุทยานดอยอินทรีที่มีขนาดพื้นที่ป่าไม้ จำนวน 300 ไร่ ซึ่งมีความหลากหลายทางพืชพันธุ์สมุนไพรในท้องถิ่นนอกจากนี้ยังมีแหล่งท่องเที่ยวทางธรรมชาติที่สำคัญ ได้แก่ น้ำตกห้วยดาด บ่อน้ำพุร้อนผาเสริฐ ต้นจันทน์ยักษ์ (ต้นสมพงษ์) วัดพระธาตุดอยกองข้าวและวัดพระธาตุแม่ แอบสะท้อนให้เห็นว่าตำบลคอยางมีศักยภาพในด้านของพื้นที่ โดยมีทรัพยากรทางธรรมชาติที่อุดมสมบูรณ์ ส่วนหนึ่งเกิดจากความเข้มแข็งของประชาชนที่ร่วมกันอนุรักษ์ทรัพยากรในพื้นที่ให้คงอยู่เพื่อให้เกิดการใช้ประโยชน์ได้อย่างยั่งยืน

1.1 ด้านสุขภาพพบว่า ตำบลคอยางกำลังประสบปัญหาด้านสุขภาพ ซึ่งจากการจัดกิจกรรมคลินิกการแพทย์แผนไทยเคลื่อนที่ในชุมชนตำบลคอยาง สามารถแบ่งปัญหาสุขภาพออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มปัญหาด้านโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันเลือดสูง โรคเกาต์ โรคไตเรื้อรัง โรคหลอดเลือดสมอง โรคหัวใจโต เป็นต้น 2) กลุ่มปัญหาด้านอาการเจ็บป่วย เช่น โรคเข่าเสื่อม โรคไหล่ติด โรคนิ้วล็อก โรคกระเพาะอาหารเรื้อรัง โรคกรดไหลย้อน ทวารหนัก อาการจุกเสียด อาการท้องผูก โรคหืดหอบ โรคภูมิแพ้ทางอากาศ อาการผื่นคัน

เป็นต้น และ 3) กลุ่มปัญหาสุขภาพจิต เช่น ภาวะเหงา ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด เป็นต้น จากปัญหาดังกล่าว ผู้สูงอายุจึงมีความต้องการพึ่งพาการดูแลสุขภาพตนเองเบื้องต้นเพื่อลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

1.2 ด้านเศรษฐกิจและสังคมพบว่า ตำบลคอยางกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ เนื่องจากวัยผู้สูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอยในทุกด้านอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านสุขภาพกาย ใจ และสังคม ผู้สูงอายุบางคนถูกทอดทิ้งหรืออยู่ตามลำพังไม่มีรายได้จึงต้องพึ่งพาครอบครัวและหน่วยงานของรัฐ ในขณะที่ผู้สูงอายุบางคนยังต้องทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงตนเองและครอบครัว ส่งผลให้ผู้สูงอายุมีโอกาสเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมลดลง ทำให้ขาดโอกาสในการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนจากสังคม ดังนั้นผู้สูงอายุจึงมีความต้องการพึ่งพาการดูแลสุขภาพตนเองให้ได้มากที่สุดเพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว

1.3 ด้านการเข้ารับบริการสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุตำบลคอยาง กำลังประสบปัญหาการเข้าใช้บริการในระบบบริการสุขภาพของรัฐ เนื่องจากบางหมู่บ้านอยู่ห่างไกลจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคอยาง ประกอบกับสภาพของบริบทพื้นที่การเดินทางที่ถนนมีความสลับซับซ้อนและข้อจำกัดการดูแลสุขภาพที่มีความจำเพาะที่หลากหลายทางมิติวัฒนธรรมจึงส่งผลกระทบต่อเข้าถึงบริการของรัฐในพื้นที่ จึงมีความจำเป็นต้องชื้อยามารับประทานเอง ทำให้เกิดภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัว ดังนั้นจึงเป็นประโยชน์อย่างยิ่งหากผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาการดูแลสุขภาพตนเองและครอบครัวเบื้องต้นได้

1.4 ด้านศักยภาพชุมชน พบว่า ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น การปลูกมะเขวน การปลูกสมุนไพร การปลูกเมี่ยงและชาอัสสัม เป็นต้น มีการรวมกลุ่มอาชีพของประชากรในพื้นที่ เช่น กลุ่มทอผ้าป่าวากอ กลุ่มอาหารเจ กลุ่มผลิตดอกไม้จันทน์และดอกไม้กระชาย กลุ่มทำผลิตภัณฑ์จากสมุนไพร เช่น ขาหม่องสมุนไพร เป็นต้น

แสดงให้เห็นถึงความเข้มแข็งของประชาชนจากการรวมกลุ่มในการประกอบอาชีพ นอกจากนี้ยังพบว่า มีพืชสมุนไพรในท้องถิ่น จำนวนกว่า 176 ชนิด และสามารถคัดเลือกสมุนไพรในชุมชนที่มีสรรพคุณทางยาสามารถนำมาดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุจำนวน 30 ชนิด นับว่าเป็นโอกาสในการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยสมุนไพรที่มีอยู่ในชุมชนท้องถิ่น

2. แนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยสมุนไพรใกล้มือในพื้นที่ตำบลดอยฮาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ ผู้นำชุมชนตำบลดอยฮาง และการประชุมสนทนากลุ่มกับอาจารย์แพทย์แผนไทย ทำให้ทราบถึงปัญหาสุขภาพและศักยภาพของชุมชน โดยเฉพาะโอกาสในการนำเอาสมุนไพรที่มีอยู่ในท้องถิ่นมาช่วยดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ กระทั่งนำไปสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยสมุนไพรใกล้มือในพื้นที่เทศบาลตำบลดอยฮางอำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย ดังนี้

2.1 แนวคิดการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการใช้สมุนไพรใกล้มือ

จากการศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลตำบลดอยฮางทำให้ทราบถึงโรคหรืออาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งในปัจจุบันผู้สูงอายุใช้บริการจากระบบสาธารณสุขของรัฐในพื้นที่เป็นหลัก ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จึงต้องพึ่งพาค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพจากภาครัฐทั้งหมดโดยเฉพาะผู้สูงอายุที่มีโอกาสในการเจ็บป่วยสูงกว่าวัยอื่นเนื่องจากความเสื่อมสภาพของร่างกาย เมื่อจำนวนผู้สูงอายุในพื้นที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นส่งผลให้ค่าใช้จ่ายทางสุขภาพของภาครัฐก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน นอกจากนี้ในระดับครัวเรือนยังต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพทั้งในส่วนของค่าเดินทางในการไปรับบริการที่โรงพยาบาล หรือการซื้อยาสามัญประจำบ้านมาใช้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุ ดังนั้นเพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระของครอบครัวและช่วยลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ จึงมีการนำองค์ความรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพด้วยสมุนไพรที่เป็นภูมิปัญญาด้านการแพทย์แผนไทย

มาช่วยลดปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อให้ผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเองได้ ตามหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง ได้เริ่มดำเนินการจากการนำองค์ความรู้ในการดูแลรักษาสุขภาพด้วยสมุนไพรใกล้มือซึ่งถือว่าเป็นองค์ความรู้และทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่น โดยเริ่มจากสมุนไพรที่มีอยู่ในครัวเรือน สมุนไพรในสวน ไร่ มาใช้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นตามการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุ นอกจากนี้ผลผลิตที่ได้จากการปลูกสมุนไพรที่เหลือจากการใช้ดูแลสุขภาพเบื้องต้นยังสามารถนำมาจำหน่ายทั้งรูปแบบสมุนไพรสดหรือแปรรูปมาเป็นสมุนไพรแห้ง จนกระทั่งต่อยอดโดยการนำไปแปรรูปเป็นผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพได้

2.2 กระบวนการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยสมุนไพรใกล้มือ

ทางทีมวิจัยได้พัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยสมุนไพรใกล้มือ โดยอาศัยการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมโดยร่วมกับหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาชนในพื้นที่ตำบลดอยฮางซึ่งมีกระบวนการในการพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยสมุนไพรใกล้มือ ดังนี้

1) ประสานงานกับทางเทศบาลตำบลดอยฮาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ในการเข้าพื้นที่ไปจัดกิจกรรมคลินิกการแพทย์แผนไทยเคลื่อนที่ เพื่อศึกษาปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชน

2) วางแผนการลงพื้นที่จัดกิจกรรมคลินิกการแพทย์แผนไทยเคลื่อนที่ เพื่อสำรวจข้อมูลปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนร่วมกับทีมเทศบาลตำบลดอยฮาง

3) เทศบาลประสานงานกับผู้นำชุมชนในการเข้าพื้นที่จัดกิจกรรมคลินิกการแพทย์แผนไทยเคลื่อนที่ เพื่อสำรวจข้อมูลปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน ผู้นำชุมชน และตัวแทนผู้สูงอายุ ในการกำหนดแนวทางในการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุ โดยได้มีการนำข้อมูลโรคหรืออาการเจ็บป่วยของคนในชุมชนเสนอในที่ประชุม และได้กำหนดแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยสมุนไพร ภายใ

กิจกรรมส่งเสริมการใช้สมุนไพรใกล้มือเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง

4) สำรวจและคัดเลือกสมุนไพรที่จะนำไปส่งเสริมการใช้ในชุมชนโดยคัดเลือกตามหลักการ ได้แก่ (1) เป็นพืชสมุนไพรที่สามารถรักษาโรคหรืออาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในชุมชน (2) เป็นพืชสมุนไพรที่หาได้ง่ายในท้องถิ่น

5) กำหนดรายละเอียดของกิจกรรมและขั้นตอนการดำเนินงานร่วมกับทีมอาจารย์แพทย์แผนไทย

6) ประสานงานกับเทศบาลเพื่อดำเนินกิจกรรมในพื้นที่โดยเทศบาลทำหนังสือแจ้งผู้นำชุมชน เพื่อให้ผู้นำชุมชนประชาสัมพันธ์ให้ผู้สูงอายุเข้าร่วมทำกิจกรรมส่งเสริมการใช้สมุนไพรใกล้มือเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง

7) ดำเนินการจัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้สมุนไพรใกล้มือ โดยมีกรลงพื้นที่ดำเนินกิจกรรมอบรมมีการนำตัวอย่างสมุนไพรใกล้มือทั้งหมด 30 ชนิด ไปจัดแสดง พร้อมทั้งมีการให้ความรู้ในการใช้สมุนไพรและสาธิตการนำสมุนไพรมาใช้ทำยาเพื่อไว้ดูแลตนเองเบื้องต้น เช่น

ตารางที่ 1 การแบ่งกลุ่มสมุนไพรใกล้มือสำหรับบรรเทาอาการตามกลุ่มโรค

กลุ่มโรค	ชื่อสมุนไพร	สรรพคุณและวิธีใช้
1.สมุนไพรบรรเทาอาการในกลุ่มโรคโครงสร้าง กระดูกข้อ กล้ามเนื้อและเส้นเอ็น	ไพล	แก้เคล็ดขัดยอก แก้เลือดลมติดขัด ใช้เหง้าสด 1 เหง้า ตำคั้นน้ำทา หรือนำมาทำเป็นน้ำมันทาบริเวณที่มีอาการปวด
2.สมุนไพรบรรเทาอาการในกลุ่มโรคลมและเลือดลม	เดย	บำรุงหัวใจ บำรุงกำลัง ใช้ใบสด 3-5 ใบนำมาต้มกับน้ำพอเดือดรินแต่น้ำดื่ม
	มะกรูด	ขับลมในลำไส้ ขับระดู แก่ลมวิงเวียน ใช้ผิวลูกเข้าตำรับยาเลือดลม เช่น ลูกประคบ ยาประสะไพล ยาต้มแก้ลมวิงเวียน
3.สมุนไพรบรรเทาอาการในกลุ่มโรคทางเดินอาหาร	กระชายขาว	แก้ปวดมวนในท้อง แก้บิดมูกเลือด บำรุงกำลัง ใช้เหง้าและรากประมาณครึ่งกำมือ ต้มเอาน้ำดื่มเวลามีอาการ หรือปรุงอาหารเช่นหมั่นโง่
	กล้วยน้ำว้า	ระบายท้องแก้ท้องผูก ใช้กล้วยน้ำว้าสุก 1 ผล กับน้ำผึ้ง 1 ช้อนโต๊ะ รับประทาน
	ก้างจัด	แก้ลมวิงเวียน บำรุงโลหิต บำรุงหัวใจ ขับลมในลำไส้ ใช้เมล็ดตำขังน้ำร้อนดื่มแก้ท้องอืดเฟ้อ หรือนำเมล็ดเป็นเครื่องเทศมาปรุงอาหาร

การทำยาในรูปแบบทิงเจอร์ ยาต้มสมุนไพร เป็นต้น ซึ่งมีการอธิบายรายละเอียดของสมุนไพรวิธีการใช้สมุนไพรแต่ละชนิดในกลุ่มมือส่งเสริมการใช้สมุนไพรใกล้มือ เพื่อการดูแลสุขภาพตนเองให้กับผู้สูงอายุในชุมชน

8) สรุปผลการดำเนินจัดกิจกรรมและปรับปรุงแนวทางจัดกิจกรรมส่งเสริมการใช้สมุนไพรใกล้มือเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง

2.3 สมุนไพรในกิจกรรมส่งเสริมการใช้สมุนไพรใกล้มือเพื่อการดูแลสุขภาพตนเอง

สมุนไพรที่จะนำมาส่งเสริมการใช้สมุนไพรใกล้มือเพื่อการดูแลสุขภาพตนเองของประชาชนในตำบลคอยาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงรายเป็นสมุนไพรที่สามารถหาได้ในท้องถิ่นทั้งในสวนครัวรั้วบ้านและในป่าชุมชน โดยเป็นสมุนไพรที่หาได้ง่ายและมีวิธีการใช้ที่ง่าย สะดวก สามารถทำได้ด้วยตนเองที่บ้านจำนวน 30 ชนิด ซึ่งสามารถแบ่งสมุนไพรบรรเทาอาการตามกลุ่มโรคจำนวน 5 กลุ่ม ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การแบ่งกลุ่มสมุนไพรใกล้มือสำหรับบรรเทาอาการตามกลุ่มโรค (ต่อ)

กลุ่มโรค	ชื่อสมุนไพร	สรรพคุณและวิธีใช้
3.สมุนไพรบรรเทาอาการในกลุ่มโรคทางเดินอาหาร	ขมิ้นชัน	แก้จุกเสียด แก้ท้องอืดท้องเฟ้อ โรคกระเพาะอาหาร ใช้เหง้าตำหว่านมือ 2 - 3 ช้อน ต้มดื่ม ในช่วงที่มีอาการ
	ข่า	แก้ท้องอืดท้องเฟ้อ ใช้เหง้าตำหว่านมือ ตมน้ำดื่ม
	ขิง	แก้ท้องอืดท้องเฟ้อ แก้กลิ้นไส้อาเจียน ใช้เหง้าตำหว่านมือ 2 - 3 ช้อน ตมน้ำดื่มหรือนำมาปรุงอาหาร
	ขี้เหล็กบ้าน	แก้ท้องผูก แก้นอนไม่หลับ ใช้ใบ 4 - 5 กำมือ หรือ 30 กรัม ตมน้ำดื่ม
	ข้าหลวง	ขับลมในลำไส้ ใช้ใบ 1 กำมือ ตมน้ำดื่ม
	หุมเห็ดเทศ	แก้ท้องผูก ใช้ใบสดหรือแห้ง 12 ใบ หั่นตากแห้ง ตมน้ำดื่ม ก่อนอาหารเช้าหรือก่อนนอน
	คิปลี	แก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นจุกเสียด ใช้ผลแก่ 1 กำมือ ตมน้ำดื่ม หรือนำผลแก่เป็นเครื่องเทศมาปรุงอาหาร
	ตะไคร้	แก้ท้องอืด ท้องเฟ้อ แน่นจุกเสียด ใช้ต้นแก่สด 1 กำมือ ตมน้ำดื่ม
	ใบบัวบก	แก้ร้อนใน ใช้ใบสด 600 กรัม ล้างให้สะอาดแล้วหั่น นำมาปั่นรวมกับน้ำดื่มสุก 1 ลิตร กรองด้วยผ้าขาวบาง เอาแต่เฉพาะน้ำดื่ม
	ฝรั่ง	แก้ท้องเสีย ใช้ใบ 5 - 10 ใบ เดมน้ำให้ท่วมยา ตมน้ำดื่ม หรือรับประทานผลดิบ 1 - 2 ผล
4.สมุนไพรบรรเทาอาการในกลุ่มโรคทางเดินหายใจ	สะค้านขาว	ขับลมในท้อง แก้อาการจุกเสียด บำรุงร่างกายใช้เถาแห้ง 5 - 6 ท่อน ตมน้ำดื่มหรือนำมาปรุงเป็นอาหาร เช่น แกงแค
	แค	แก้ไข้หวัดที่เกิดจากอากาศเปลี่ยนแปลงใช้ดอก 1 - 2 กำมือ ตมน้ำดื่มหรือปรุงเป็นอาหาร
	บอระเพ็ด	แก้อาการเบื่ออาหาร แก้ไข้ใช้เถา 30 - 40 กรัม หรือ 2 ½ คืบ ตมน้ำดื่ม
	พลูควาย	ขับปัสสาวะ แก้ไข้ใช้ทั้งต้น ตากแห้ง 15 - 30 กรัม ตมน้ำดื่ม หรือนำใบและยอดอ่อนมารับประทานเป็นอาหาร
	ฟ้าทะลายโจร	แก้ไข้ แก้ไอ แก้เจ็บคอ ใช้ใบ 1 กำมือ ตมน้ำดื่ม
	มะขามป้อม	แก้ไข้ ขับเสมหะ ใช้ผลสด 10 ผล ตมน้ำดื่ม
	มะระขี้นก	แก้ไข้ เจริญอาหาร ช่วยระบาย ใช้เถาสด 1 กำมือ ตมน้ำดื่ม หรือลวกใบหรือยอดอ่อนรับประทาน
	มะแว้งต้น	แก้ไข้ ขับเสมหะ ใช้ผลแก่สด 5 - 10 ผล โขลกพอกแผลกลืนเอาแต่น้ำใส่เกลือรับประทาน

ตารางที่ 1 การแบ่งกลุ่มสมุนไพรใกล้มือสำหรับบรรเทาอาการตามกลุ่มโรค (ต่อ)

กลุ่มโรค	ชื่อสมุนไพร	สรรพคุณและวิธีใช้
5.สมุนไพรบรรเทาอาการในกลุ่มโรคผิวหนัง	ย่านาง	แก้ไข้ ใ้รากล้าง 1 กำมือมาต้มน้ำดื่มหรือนำมาปรุงอาหารกับหน่อไม้ช่วยลดฤทธิ์กรดยูริกในหน่อไม้
	กระเทียม	แก้กลากเกลื้อน ใช้กระเทียม 5 - 10 กลีบ ตำทาบริเวณที่มีอาการกลากเกลื้อน
5.สมุนไพรบรรเทาอาการในกลุ่มโรคผิวหนัง	ข่า	แก้กลากเกลื้อน ใช้เหง้าสด 1 เหง้า ล้างแล้วหั่น ตำให้ละเอียดคองในแอลกอฮอล์ 1 สัปดาห์ทำเป็นทิงเจอร์ไว้ทาบริเวณที่มีอาการกลากเกลื้อน
	ขุมเห็ดเทศ	แก้กลากเกลื้อน ใช้ใบสด 1 กำมือ ตำคั้นเอาน้ำทาหรือนำใบสดหั่นแล้วนำไปคองในแอลกอฮอล์ 1 สัปดาห์ แล้วกรองน้ำมาทาบริเวณที่มีอาการ
	คำลิง	แก้อาการแพ้แมลงสัตว์กัดต่อย ใช้ใบสด 1 กำมือ คั้นเอาน้ำทาบริเวณที่มีอาการ
	รางจืด	แก้พิษ กำจัดสารพิษ และแก้อาการผื่นแพ้สารเคมี ใช้ใบประมาณ 10 - 15 ใบ ต้มในน้ำประมาณ 10 ลิตร อาบทุกวันเป็นเวลา 5 - 7 วัน
	ว่านหางจระเข้	แก้แผลน้ำร้อนลวก แผลพุพอง ใช้ใบล้างน้ำให้สะอาด ปอกเปลือก และชูดเอาน้ำใส่ที่แผล วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น จนกว่าแผลจะหาย
	เสลดพังพอนตัวเมีย	แก้โรคลม โรคลงสวัด แก้พิษแมลงสัตว์กัดต่อยแก้ผื่นคัน ใช้ใบสด 5 - 10 ใบ ตำให้ละเอียด คั้นเอาน้ำทาบริเวณที่เป็นหรือตำผสมแอลกอฮอล์แช่ไว้ 1 สัปดาห์ แล้วกรองน้ำมาทาบริเวณที่มีอาการ

อภิปรายผลการวิจัย

จากผลการศึกษาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการใช้สมุนไพรใกล้มือในพื้นที่ตำบลคอยฮางอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า ผู้สูงอายุตำบลคอยฮางกำลังประสบปัญหาด้านสุขภาพ ได้แก่ 1) กลุ่มปัญหาด้านโรคประจำตัว เช่น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันเลือดสูง โรคเกาต์ เป็นต้น 2) กลุ่มปัญหาด้านอาการเจ็บป่วย เช่น โรคเข่าเสื่อม โรคไหล่ติด โรคนิ้วล็อก โรคกระเพาะอาหารเรื้อรัง โรคกรดไหลย้อน ทวารหนัก อาการจุกเสียด อาการท้องผูก โรคหืดหอบ โรคภูมิแพ้ทางอากาศ อาการผื่นคัน เป็นต้น และ 3) กลุ่มปัญหาสุขภาพจิต เช่น

ภาวะเหงา ภาวะซึมเศร้า ภาวะเครียด เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาปัญหาและความต้องการทางสุขภาพของผู้สูงอายุในพื้นที่ตำบลคอยฮางของปริพัช เงินงาม และคณะ ซึ่งอธิบายถึงปัญหาสุขภาพที่พบในผู้สูงอายุตำบลคอยฮางทั้งปัญหาด้านโรคประจำตัว ปัญหาด้านอาการเจ็บป่วย และปัญหาสุขภาพจิต⁽⁵⁾ โดยจากการศึกษาศักยภาพชุมชนพบว่า พื้นที่ตำบลคอยฮางมีสมุนไพรที่มีสรรพคุณทางยาที่มีอยู่ในท้องถิ่น จำนวน 30 ชนิด ที่มีโอกาสนำมาดูแลสุขภาพเบื้องต้นของผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาศักยภาพของพืชสมุนไพรสำหรับการดูแล

สุขภาพของผู้สูงอายุ ในพื้นที่ตำบลบุญเรืองของพรพรรณ ก่อใจ และคณะซึ่งพบว่าตำบลบุญเรือง อำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงรายมีสมุนไพร จำนวน 142 ชนิด ที่มีโอกาสในการดูแลสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ⁽⁶⁾ และสอดคล้องกับงานศึกษาของนักนิเทศน์ พิลาวัลย์ และคณะที่มีการสำรวจพืชสมุนไพรที่ขึ้นเองตามธรรมชาติในพื้นที่ป่าชุมชนบ้านห้วยฝาย ตำบลบ้านคู่อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย พบว่า พื้นที่ป่าชุมชนบ้านห้วยฝาย มีพืชสมุนไพรกว่า 52 ชนิดที่สามารถพัฒนาป่าชุมชนเป็นแหล่งผลิตวัตถุดิบสมุนไพรได้ โดยการเก็บพืชสมุนไพรที่ขึ้นตามธรรมชาติ การขยายพันธุ์พืชสมุนไพรในป่าชุมชน และการนำพืชสมุนไพรชนิดอื่น ๆ เข้าไปเพาะปลูก เพื่อเป็นแหล่งผลิตวัตถุดิบสมุนไพรได้และยังใช้ประกอบในตำรายาไทยเพื่อใช้ในการรักษาโรค⁽⁷⁾ ดังนั้นจากปัญหาสุขภาพและศักยภาพชุมชนดังกล่าวนำมาสู่การพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการใช้สมุนไพรใกล้มือในพื้นที่ตำบลดอยฮาง โดยการคัดเลือกสมุนไพรท้องถิ่นที่หาได้ง่ายในชุมชน จำนวน 30 ชนิด นำมาจัดกลุ่มสมุนไพรบรรเทาอาการตามกลุ่มโรค จำนวน 5 กลุ่มโรค ได้แก่ 1) กลุ่มโรคกระดูกข้อ กล้ามเนื้อ เส้นเอ็น 2) กลุ่มโรคลมและเลือดลม 3) กลุ่มโรคทางเดินอาหาร 4) กลุ่มโรคทางเดินหายใจ และ 5) กลุ่มโรคผิวหนัง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรแต่ละชนิดและสาธิตการทำยาสมุนไพรเบื้องต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาแนวทางการดูแลสุขภาพและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุด้วยสมุนไพรในพื้นที่ตำบลบุญเรืองของสุวนันท์ แก้วจันทา และคณะพบว่าสมุนไพรกว่า 23 ชนิด ที่สามารถรักษาโรคและอาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุในชุมชน⁽⁸⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาวัฒนธรรมการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพด้วยสมุนไพรใกล้มือสำหรับผู้สูงอายุของนคร จันตะวงษ์ และคณะ พบว่าปัญหาทางสุขภาพจากความเสื่อมโทรมตามวัย สามารถดูแลตนเองได้ในเบื้องต้นด้วยสมุนไพรใกล้มือ ได้แก่ 1) ระบบทางเดินอาหาร เช่น ใช้น้ำมันชัน บรรเทาอาการท้องอืด เป็นต้น 2) ระบบโครงสร้างกล้ามเนื้อ เช่น ใช้ไฟล บรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย เป็นต้น 3) ระบบทางเดินหายใจ เช่น ใช้ฟ้าทะลายโจร บรรเทาอาการไอ เป็นต้น 4) ระบบผิวหนัง

เช่น ใช้สลดพังพอนตัวเมีย บรรเทาอาการเริ่ม งูสวัด เป็นต้น และกลุ่มอื่น ๆ เช่น ใช้น้ำนํ้าห่าจระเข้ บรรเทาแผลไฟไหม้ น้ำร้อนลวก เป็นต้น⁽⁹⁾ โดยการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ เป็นการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุพึ่งพาตนเองในด้านสุขภาพ โดยมีโอกาสช่วยลดรายจ่ายด้านสุขภาพของครอบครัว และของภาครัฐ ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษา ภัทรพล จึงสมเจตไพศาล ที่ศึกษาการพัฒนาต้นแบบการส่งเสริมการใช้ยาสมุนไพรในครัวเรือน (Med Kit) ในประเทศไทย พบว่า ความคุ้มค่าทางเศรษฐศาสตร์เปรียบเทียบการใช้ยาสมุนไพรกับยาแผนปัจจุบันพบว่าสามารถประหยัดค่าใช้จ่ายได้มากกว่า 4 เท่า⁽¹⁰⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

ผลการศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเฉพาะพื้นที่ตำบลดอยฮาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ซึ่งหากจะนำผลการศึกษาวิจัยไปปรับใช้จำเป็นต้องมีการศึกษาริบทพื้นที่และศักยภาพชุมชน รวมถึงสมุนไพรในท้องถิ่นของตำบลนั้น ๆ เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของคนในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการติดตามผลการใช้สมุนไพรใกล้มือในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุต่อเนื่อง และควรขยายผลการใช้สมุนไพรใกล้มือไปสู่ประชาชนวัยอื่น ๆ ในพื้นที่ตำบลดอยฮาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงรายที่ให้การสนับสนุนทุนวิจัยเรื่องแนวทางการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยการใช้สมุนไพรใกล้มือในตำบลดอยฮาง อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ขอขอบคุณผู้บริหารเจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) และตัวแทนผู้สูงอายุตำบลดอยฮางที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลและเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ จนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Institute for Population and Social Research Mahidol University. Population of Thailand 2023. Population Bulletin Mahidol University 2023; 32(1): 1-2. (in Thai)
2. Thai Elderly Research and Development Institute Foundation and Mahidol University Institute for Population and Social Research. Situation of the Thai elderly 2022. Bangkok: Amarin Printing Company and Publishing Public Company Limited; 2022. (in Thai)
3. Department of Older Persons. Elderly statistics December 2022. [Internet]. 2023 [Cited 2023 November 19. Available from: <https://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/2238> (in Thai)
4. Doi Hang Subdistrict Municipality. Basic information about Doi Hang Subdistrict Municipality. [Internet]. 2022 [Cited 2023 January 10]. Available from: <https://doihang.go.th> (in Thai)
5. Ngoengnam P, Kamsua P, Chaichana T, Tansuwanwong S. A Study of Problems and Health Needs of the Elderly in Doi Hang Subdistrict Municipality Area, Muang District, Chiang Rai Province. Journal of Local Governance and Innovation 2022; 7(2): 43-56. (in Thai)
6. Kawjai P, Jantawong N, Taoprasert Y, Ruancharoen C. Potential Development of Medicinal Plants for Elderly Healthcare. Journal of Community Development and Life Quality 2022; 10(3): 293-301. (in Thai)
7. Philawan N, Khanaree C, Mainon N, Tongthong K. The Survey of Community Forest for The Opportunity of Medicinal Plant Cultivation: a case Study of Ban Huafai Community Forest in Bandu Distric, Chiang Rai Province. Udon Thani Rajabhat University Journal of Humanities and Social Science 2022; 11(2): 83-96. (in Thai)
8. Kaewjantha S, Wiriya S, Wailapee C, Seawang C, Chaiwong N. Guidelines for taking care of health care and improving the quality of life for the elderly with herbs in Boon Rueang Sub-district, Chiang Khong District, Chiang Rai. Journal of Management and Local Innovation 2023; 5(6) : 121-35. (in Thai)
9. Juntawong N, Mama R, Sae-wang C, Tansuwanwong S, Ruancharoen C. The Development of Health Self-Reliance Innovation with Basic Handy Herbs for the Elderly. Journal of MCU Social Science Review 2021; 10(1): 245-56. (in Thai)
10. Jungsomjatepaisal P. Development of a Prototype for Promoting the Use of Herbal Medicine in Households in Thailand. Journal of Health Science 2019; 28(6): 1092-103. (in Thai)



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านโภชนาการของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

Factors associated with Nutrition literacy in Loei Rajabhat University students

สุระเดช ไชยตอกเกีย*, จิตติมา พีรภมม, สุพรรณิ พุกษา, วันเพ็ญ นาโสภ, นิตยา ศรีวิหา, ธนัญชัย บุญหนัก

Suradech Chaitokkia*, Jittima Pheerakamol, Supannee Pruksa, Wanpen Nasok, Nittaya Sriwicha, Tanunchai Boonmuk

คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

Faculty of Science and Technology, Loei Rajabhat University

*Corresponding author: suradet_chai@hotmail.com

Received: January 5, 2024 Revised: March 11, 2024 Accepted: April 25, 2024

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านโภชนาการของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเลย กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,020 คน เป็นนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 - 4 ปีการศึกษา 2564 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2564 โดยใช้แบบสอบถามประกอบด้วย 1) ข้อมูลส่วนบุคคล 2) ความรอบรู้ด้านโภชนาการ ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบซีเรียล, อีต้า, และเพียร์สัน ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านโภชนาการระดับปานกลาง ร้อยละ 61.3 ระดับต่ำ ร้อยละ 33.6 และระดับสูง ร้อยละ 5.1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านโภชนาการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ($r_{pb} = 0.076, p = 0.016$) คณะที่กำลังศึกษา ($ETA = 0.359, p < 0.001$) ค่าใช้จ่ายค่าอาหารและเครื่องดื่มต่อวัน ($r_{ps} = -0.193, p < 0.001$) ระดับผลการเรียน ($r_{ps} = -0.214, p < 0.001$) จำนวนแหล่งข้อมูลด้านโภชนาการที่เคยได้รับ ($ETA = 0.513, p < 0.001$) จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ควรมีการกำหนดนโยบายและกิจกรรมเพิ่มพูนความรู้ด้านโภชนาการของนักศึกษา เพื่อส่งเสริมการพัฒนาสุขภาพด้านโภชนาการที่ดีต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านโภชนาการ, ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์, นักศึกษา

Abstract

The purpose of this cross-sectional descriptive research was to investigate the variables related to nutrition literacy among students at Loei Rajabhat University. A sample group of 1,020 people were undergraduate students, years 1 - 4, academic year 2021. Data were collected between October and December 2021 using a questionnaire consisting of 1) personal information and 2) nutrition knowledge, which had a reliability value of 0.92. To analyze the data, descriptive statistics as well as the Point Biserial, Eta, and Pearson correlation coefficients were utilized. According to the study's findings, the majority of them had intermediate nutrition literacy (61.3%), poor nutrition literacy (33.6%), and high nutrition literacy (5.1%). The following variables had a substantial impact on nutrition literacy: gender ($r_{pb} = 0.076$, $p = 0.016$), faculty ($\text{ETA} = 0.359$, $p < 0.001$), daily food and beverage expenses ($r_{ps} = -0.193$, $p < 0.001$), level of education ($r_{ps} = -0.214$, $p < 0.001$), and number of sources of nutrition-related information obtained ($\text{ETA} = 0.513$, $p < 0.001$). Based on the study's findings, policies and activities should be established to increase students' nutritional literacy and promote the development of good nutritional health.

Keywords: nutrition literacy, factors associated, students

บทนำ

นักศึกษาเป็นช่วงวัยรอยต่อระหว่างวัยรุ่นกับวัยผู้ใหญ่ เป็นช่วงวัยที่สำคัญของชีวิตในการเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ที่มีการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาการทั้งทางด้านร่างกาย โครงกระดูกและกล้ามเนื้อ ระบบสืบพันธุ์ ทางด้านสติปัญญา ความสามารถด้านจิตใจ อารมณ์ และด้านสังคม รวมทั้งพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ค่านิยมในการบริโภคอาหาร อาจกลายเป็นบริโภคนิสัยที่ไม่ถูกต้องจนติดตัวอย่างถาวร ประกอบกับวัยนี้ร่างกายมีความต้องการสารอาหารในปริมาณสูง จึงมักมีปัญหาด้านโภชนาการ⁽¹⁾ ดังนั้น โภชนาการจึงมีส่วนสำคัญอย่างมากในการพัฒนาร่างกายเพื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่อย่างสมบูรณ์แบบ จากการศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเลยที่ผ่าน ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับประทานอาหารไม่ครบทุกมื้อ ไม่ค่อยรับประทานอาหารเช้า ในการเลือกซื้ออาหารไม่ค่อยคำนึงถึงคุณภาพเลือกอาหารตามความชอบ อาหารที่รับประทานส่วนใหญ่ปรุงด้วยวิธีการผัด ทอด รสชาติอาหารที่นักศึกษาชอบรับประทานมากที่สุด ได้แก่ รสเผ็ด รสหวาน รสเค็ม ปริมาณพลังงานที่ได้รับค่อนข้างต่ำหรือได้รับเพียงร้อยละ 56.76 ของปริมาณที่แนะนำต่อวัน ได้รับสารอาหาร วิตามินบี 1 วิตามินซี วิตามินเอ แร่ธาตุสังกะสี เหล็ก ทองแดง และแคลเซียม ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

ในขณะที่เดียวกันก็ได้รับแร่ธาตุโซเดียมเกินกว่าเกณฑ์⁽²⁾ และนอกจากนี้ยังพบการศึกษาเกี่ยวกับรูปแบบพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร ภาวะโภชนาการและความรอบรู้ด้านโภชนาการของนักศึกษา พบว่า ดัชนีมวลกายนักศึกษาอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 66.2 เกินเกณฑ์ ร้อยละ 16.2 ผอม ร้อยละ 13.2 และผอมมาก ร้อยละ 4.4⁽³⁾ นักศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ได้รับพลังงานเฉลี่ย 974.10 กิโลแคลอรีต่อวันหรือประมาณ ร้อยละ 52.7 ของปริมาณที่แนะนำต่อวัน ความรู้เกี่ยวกับแคลเซียมกับปริมาณแคลเซียมที่ได้รับต่อวันมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁴⁾ จากผลการวิจัยที่ผ่านมาขอมองแสดงให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพด้านโภชนาการของนักศึกษาระดับปริญญาตรี ที่อาจส่งผลกระทบต่อการศึกษาเข้าสู่วัยผู้ใหญ่อย่างมีคุณภาพ ปัจจุบันข้อมูลด้านอาหารและโภชนาการมีความหลากหลาย การให้คำแนะนำการควบคุมอาหาร สามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ สัดส่วนของสารอาหารในปริมาณที่เหมาะสม มีส่วนร่วมในการปรับอาหารให้เหมาะสมกับแบบแผนการบริโภคอาหารของแต่ละบุคคล สามารถนำไปปรับเปลี่ยนเมนูในแต่ละวันได้อย่างพึงใจ ไม่รู้สึกว่าการปรับเปลี่ยนและสามารถปฏิบัติได้ต่อเนื่อง เลือกอาหารและผลิตภัณฑ์อาหารได้อย่างอิสระ การใช้ข้อมูลในการตัดสินใจ

เพื่อโภชนาการที่ดี จำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านโภชนาการ ซึ่งเป็นทักษะและระดับความสามารถด้านการจัดการ ความเข้าใจ การเข้าถึง และแลกเปลี่ยนข้อมูลโภชนาการพื้นฐานของแต่ละบุคคล เช่น ธงโภชนาการ แนวทางการบริโภคอาหารสำหรับคนไทย ฉลากโภชนาการ ตลอดจนการให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ ข่าวด้านโภชนาการสู่การปฏิบัติที่ดีต่อสุขภาพ⁽⁵⁾ เพื่อส่งเสริมให้มีความรู้ความเข้าใจข้อมูลโภชนาการ ความสามารถในการอ่านและแปลความหมายของข้อมูลโภชนาการได้อย่างถูกต้อง รวมทั้งสามารถนำความรอบรู้ด้านโภชนาการไปใช้ในการเลือกรับประทานได้อย่างเหมาะสม สู่เป้าหมายด้านสุขภาพที่ยั่งยืน⁽⁶⁾ ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ทฤษฎีความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam⁽⁷⁾ โดยจำแนกองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านโภชนาการออกเป็น 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพด้านโภชนาการ ความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ ทักษะการสื่อสารข้อมูลด้านโภชนาการ การจัดการตนเองด้านโภชนาการ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการ และความรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ อย่างไรก็ตามจากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมายังไม่พบข้อมูลที่ครอบคลุมองค์ประกอบความรอบรู้ด้านโภชนาการ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้เล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านโภชนาการของนักศึกษา เพื่อนำผลที่ได้จากการวิจัยไปใช้ในการวางแผนในการกำหนดนโยบายและกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการของนักศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านโภชนาการของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเลย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านโภชนาการของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

วัสดุและวิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Research)

สถานที่ที่ศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย ศูนย์การศึกษาจังหวัดเลย

ประชากรที่ศึกษา คือนักศึกษาระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 - 4 ภาคปกติ ประจำปีการศึกษา 2564 จำนวน 6,707 คน

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร⁽⁸⁾ $n = [(Z\alpha + Z\beta)/C]^2 + 3$ โดยที่ $Z\alpha = 1.96$ ที่ $Z\beta = 0.84$, $C = 0.093$ ⁽⁹⁾ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 905 คน เพื่อป้องกันการสูญหาย จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 รวมจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย จำนวน 1,041 คน เนื่องจากมีข้อมูลไม่สมบูรณ์ จึงเหลือขนาดตัวอย่างจำนวน 1,020 คน และใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Random Sampling) ในการแบ่งสัดส่วนนักศึกษาแต่ละคณะในมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย และดำเนินการสุ่มแบบอย่างง่าย (Simple Random Sample) โดยการจับฉลากรายชื่อนักศึกษาแต่ละคณะโดยจับฉลากแบบไม่ใส่คืน เพื่อเป็นตัวแทนในการตอบแบบสอบถามในครั้งนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล และความรอบรู้ด้านโภชนาการ ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหา Item-Objective Congruence (IOC) ระหว่าง 0.67 - 1.00 หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรอบรู้ด้านโภชนาการ ด้วยวิธีของ Cronbach Alpha Coefficient ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.92 และมีการแบ่งระดับการแปลผลค่าคะแนนจากแบบสอบถามตามทฤษฎีของ Best & Kahn⁽¹⁰⁾ ออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้สูตรการหาอันตรภาคชั้น ดังนี้ $[\text{ค่าสูงสุด} - \text{ค่าต่ำสุด}] / \text{จำนวนชั้นที่ต้องการ}$ เท่ากับ $[5 - 1] / 3 = 1.33$ ซึ่งให้ความหมายแต่ละช่วงคะแนนดังนี้ ค่าคะแนน 1.00 - 2.33 หมายถึง ระดับต่ำ, 2.34 - 3.66 หมายถึง ระดับปานกลาง และ 3.67 - 5.00 หมายถึง ระดับสูง

การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การอบรมผู้ช่วยนักวิจัยก่อนปฏิบัติการภาคสนาม ก่อนดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยประสานงานเครือข่ายความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และฝึกอบรมผู้ช่วยนักวิจัยเกี่ยวกับเทคนิคการเก็บข้อมูลภาคสนาม ประกอบด้วยชี้แจงหลักการและ

วัตถุประสงค์ อธิบายโครงสร้างของแบบสอบถาม อธิบายขั้นตอนการเก็บข้อมูลพร้อมยกตัวอย่างวิธีการสอบถาม และการบันทึกข้อมูล

ขั้นตอนที่ 2 การควบคุมคุณภาพและดำเนินการเก็บข้อมูล เพื่อให้ได้ข้อมูลความรู้ด้าน โภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้กำหนดคุณสมบัติของผู้ช่วยนักวิจัยโดยต้องมีพื้นฐานความรู้ที่เกี่ยวข้องกับอาหารและโภชนาการ หรือต้องผ่านการฝึกอบรมเรื่องเทคนิคการเก็บข้อมูลภาคสนาม และมีการจัดทำคู่มือกำหนดแนวทางการดำเนินการในการเก็บข้อมูลและตรวจสอบข้อมูลให้ครบถ้วน เพื่อให้ผู้ช่วยนักวิจัยได้ศึกษาและทบทวน และดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติทดสอบดังนี้ 1) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศกับความรอบรู้ด้านโภชนาการ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบพอยท์ไบเซรียล (Point biserial correlation coefficient) 2) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรคณะที่กำลังศึกษาชั้นปีที่กำลังศึกษา ที่พักอาศัย ผู้ร่วมอาศัย กับความรู้ด้านโภชนาการ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อีต้า (Eta correlation coefficient) และ 3) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอายุ ค่าใช้จ่ายค่าอาหารและเครื่องดื่มต่อวัน ระดับผลการเรียน จำนวนแหล่งข้อมูลด้านโภชนาการ

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	421	41.3
หญิง	599	58.7
อายุ		
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี	539	52.8
21 ปีขึ้นไป	481	47.2
$\bar{X} = 20.49$ (SD. = 1.12)		

ที่เคยได้รับ กับความรู้ด้าน โภชนาการ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน (Pearson correlation coefficient)

จริยธรรมการวิจัย โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย หมายเลขใบรับรอง H: 018/2564 เมื่อวันที่ 28 พฤษภาคม 2564 เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคมถึงธันวาคม พ.ศ. 2564

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,020 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 58.7 อายุเฉลี่ย 20.49 ปี (SD. = 1.12) ศึกษาอยู่คณะครุศาสตร์ ร้อยละ 25.6 รองลงมา ศึกษาอยู่คณะวิทยาการจัดการ ร้อยละ 25.5 กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 39.6 รองลงมา กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 3 ร้อยละ 29.8 พักอาศัยอยู่หอพัก/บ้านเช่า ร้อยละ 74.8 รองลงมาพักอยู่บ้านตนเอง ร้อยละ 25.1 พักอาศัยอยู่กับคนเดียว ร้อยละ 65.4 รองลงมาพักอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว ร้อยละ 25.3 ค่าใช้จ่ายค่าอาหารและเครื่องดื่มต่อวันเฉลี่ย 141.50 บาท (SD. = 55.92) มีผลการเรียนอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 44.4 รองลงมาอยู่ในระดับดี ร้อยละ 40.6 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารด้าน โภชนาการจากอินเทอร์เน็ต เฟสบุ๊ก ไลน์ ร้อยละ 85.9 รองลงมาเคยได้รับข้อมูลจากหนังสือ เอกสาร สื่อสิ่งพิมพ์ ร้อยละ 49.2 และเคยได้รับข้อมูลด้านโภชนาการ จำนวน 1 - 3 แหล่งข้อมูล ร้อยละ 80.3 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
คณะที่กำลังศึกษา		
คณะครุศาสตร์	261	25.6
คณะวิทยาการจัดการ	260	25.5
คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์	235	23.0
คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี	208	20.4
คณะเทคโนโลยีอุตสาหกรรม	56	5.5
ชั้นปีที่กำลังศึกษา		
ชั้นปีที่ 1	187	18.3
ชั้นปีที่ 2	404	39.6
ชั้นปีที่ 3	304	29.8
ชั้นปีที่ 4	125	12.3
ที่พักอาศัย		
หอพัก/บ้านเช่า	763	74.8
บ้านตนเอง	256	25.1
บ้านญาติ	1	0.1
ผู้ร่วมอาศัย		
พักอาศัยอยู่คนเดียว	667	65.4
พักอาศัยอยู่กับบุคคลในครอบครัว	258	25.3
พักอาศัยอยู่กับเพื่อน	94	9.2
พักอาศัยอยู่กับญาติ	1	0.1
ค่าใช้จ่ายค่าอาหารและเครื่องดื่มต่อวัน		
≤ 100 บาท	452	44.3
101 - 150 บาท	226	22.2
151 - 200 บาท	298	29.2
มากกว่า 200 บาท	44	4.3
$\bar{X}$ = 141.50 (SD. = 55.92)		
ระดับผลการเรียน		
อ่อนมาก (GPA < 2.00)	1	0.1
อ่อน (GPA = 2.00 - 2.49)	8	0.8
ปานกลาง (GPA = 2.50 - 2.99)	144	14.1
ดี (GPA = 3.00 - 3.49)	414	40.6
ดีมาก (GPA = 3.50 - 4.00)	453	44.4
$\bar{X}$ = 3.43 (SD. = 0.52)		

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านโภชนาการที่เคยได้รับ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
อินเทอร์เน็ต เฟสบุ๊ก ไลน์	876	85.9
หนังสือ เอกสาร สื่อสิ่งพิมพ์	502	49.2
โทรทัศน์ วิทยุ	457	44.8
เพื่อน	447	43.8
ครู อาจารย์	257	25.2
บุคลากรทางการแพทย์	139	13.6
ผู้ปกครอง	100	9.8
จำนวนแหล่งข้อมูลด้านโภชนาการที่เคยได้รับ		
1 - 3 แหล่งข้อมูล	819	80.3
4 - 7 แหล่งข้อมูล	201	19.7

2. ความรอบรู้ด้านโภชนาการ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.81$, SD. = 0.82) ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.3 รองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 33.6 และระดับสูง ร้อยละ 5.1 เมื่อวิเคราะห์จำแนกตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านโภชนาการ พบว่าองค์ประกอบทั้ง 6 ด้าน มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลางดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 2.73$, SD. = 0.83) 2) ความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 3.19$, SD. = 1.32) 3) ทักษะการสื่อสารข้อมูลด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 2.74$, SD. = 0.69)

4) การจัดการตนเองด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 2.70$, SD. = 0.61) 5) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 2.74$, SD. = 0.65) และ 6) การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ ($\bar{X} = 2.69$, SD. = 0.83) ดังตารางที่ 2

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านโภชนาการของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ($r_{pb} = 0.076$, $p = 0.016$) คณะที่กำลังศึกษา ($ETA = 0.359$, $p < 0.001$) ค่าใช้จ่ายค่าอาหารและเครื่องดื่มต่อวัน ($r_{ps} = -0.193$, $p < 0.001$) ระดับผลการเรียน ($r_{ps} = -0.214$, $p < 0.001$) จำนวนแหล่งข้อมูลด้านโภชนาการที่เคยได้รับ ($ETA = 0.513$, $p < 0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 2 ความรอบรู้ด้านโภชนาการ

ความรอบรู้ด้านโภชนาการ	สูง จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	ต่ำ จำนวน (ร้อยละ)	$\bar{X} \pm SD.$
ความรอบรู้ด้านโภชนาการ	52 (5.1)	625 (61.3)	343 (33.6)	2.81±0.82
การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพด้านโภชนาการ	116 (11.4)	642 (62.9)	262 (25.7)	2.73±0.83
ความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ	467 (45.8)	207 (20.3)	346 (33.9)	3.19±1.32
ทักษะการสื่อสารข้อมูลด้านโภชนาการ	71 (7.0)	680 (66.7)	269 (26.3)	2.74±0.69
การจัดการตนเองด้านโภชนาการ	46 (4.5)	700 (68.6)	274 (26.9)	2.70±0.61
การตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการ	71 (7.0)	801 (78.5)	148 (14.5)	2.74±0.65
การรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ	93 (9.1)	634 (62.2)	293 (28.7)	2.69±0.83

หมายเหตุ ระดับต่ำ (คะแนน = 1.00 - 2.33), ระดับปานกลาง (คะแนน = 2.34 - 3.66), ระดับสูง (คะแนน = 3.67 - 5.00)

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านโภชนาการของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเลย

ตัวแปร	ความสัมพันธ์	p-value
เพศ	0.076 (r_{pb})	0.016*
อายุ	0.024 (r_{ps})	0.453
คณะที่กำลังศึกษา	0.359 (ETA)	<0.001**
ชั้นปีที่กำลังศึกษา	0.042 (ETA)	0.606
ที่พักอาศัย	0.019 (ETA)	0.820
ผู้ร่วมอาศัย	0.056 (ETA)	0.360
ค่าใช้จ่ายค่าอาหารและเครื่องดื่มต่อวัน	-0.193 (r_{ps})	<0.001**
ระดับผลการเรียน	-0.214 (r_{ps})	<0.001**
จำนวนแหล่งข้อมูลด้านโภชนาการที่เคยได้รับ	0.513 (ETA)	<0.001**

r_{pb} =Point Biserial correlation coefficient, r_{ps} =Pearson correlation coefficient, Eta=Eta correlation coefficient, * $p < 0.05$,

** $p < 0.01$

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านโภชนาการของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏเลยในครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 33.6) มีความรอบรู้ในระดับต่ำ และอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 61.3 และระดับสูง ร้อยละ 5.1 และมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.81$, SD. = 0.82) ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงปัญหาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า มีอายุเฉลี่ย 20.49 ปี (SD. = 1.12) ซึ่งจัดอยู่ในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ตอนต้นและยังมีสถานะเป็นนักศึกษา รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องการเข้าถึงแหล่งข้อมูลด้านโภชนาการเพียง 1 - 3 แหล่งข้อมูล ซึ่งอาจส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง เมื่อพิจารณาองค์ประกอบความรู้ด้านโภชนาการทั้ง 6 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพด้านโภชนาการ ความรู้ความเข้าใจข้อมูลด้านโภชนาการ ทักษะการสื่อสารข้อมูลด้านโภชนาการ การจัดการตนเองด้านโภชนาการ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติด้านโภชนาการ และความรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการ พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนอยู่ในระดับปานกลางทุกด้าน ซึ่งสอดคล้องกับหลายการศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้

ด้านโภชนาการที่พบว่า นักศึกษาระดับปริญญาตรี กลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาในระดับต่ำ และระดับสูง⁽¹¹⁾ และมีความรอบรู้ด้านโภชนาการของวัยรุ่นอยู่ในระดับปานกลางซึ่งเป็นปัญหาต่อการพัฒนาสุขภาพด้านโภชนาการ⁽¹²⁻¹³⁾ จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาความรอบรู้ทางด้านโภชนาการ เพื่อให้บรรลุผลลัพธ์ความรอบรู้ด้านโภชนาการ อันจะนำไปสู่การพัฒนาสุขภาพด้านโภชนาการอย่างยั่งยืน

เพศมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านโภชนาการ ซึ่งจากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าเพศหญิงมีความรอบรู้ทางโภชนาการสูงกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษา⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ ที่พบว่าเพศหญิงมีความรอบรู้สูงกว่าเพศชาย เนื่องจากเพศหญิงมีความใส่ใจในเรื่องของอาหารที่ให้ประโยชน์ต่อสุขภาพและความสวยงามเพื่อให้เป็นที่สนใจต่อผู้พบเห็น รวมทั้งเกิดการยอมรับในภาพลักษณ์ของตนมากกว่าเพศชาย

คณะที่กำลังศึกษามีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านโภชนาการ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในลักษณะเดียวกัน ที่พบว่านักศึกษาสาขาวิชาที่เกี่ยวข้องทางด้านโภชนาการมีความรอบรู้สูงกว่าสาขาวิชาอื่น⁽¹⁶⁾ และนักศึกษา

ที่ศึกษาในคณะกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพ มีความรอบรู้ที่สูงกว่ากลุ่มอื่น และมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านโภชนาการ⁽¹⁷⁾ อย่างไรก็ตามการศึกษาในครั้งนี้อาจไม่สามารถสรุปได้อย่างชัดเจนว่าขณะที่กำลังศึกษามีความสัมพันธ์กันอย่างไร เนื่องจากมหาวิทยาลัยของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ไม่มีคณะที่เฉพาะเจาะจงทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ เหมือนกับการศึกษาวิจัยที่ยกตัวอย่างข้างต้น แต่คาดว่ามันจะเกิดจากปัจจัยต่าง ๆ เช่น ระดับผลการเรียน การรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านโภชนาการ ความรู้ความเข้าใจด้านโภชนาการ เป็นต้น

ค่าใช้จ่ายค่าอาหารและเครื่องดื่มต่อวันมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรอบรู้ด้านโภชนาการ โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าจะมีความรอบรู้ด้านโภชนาการที่สูงขึ้น ซึ่งค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าอาจทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบคอบในการตัดสินใจ การจัดการตนเองอย่างเหมาะสม รวมทั้งการแสวงหาข้อมูล ความรู้ ทักษะการสื่อสาร รวมทั้งการรู้เท่าทันสื่อด้านโภชนาการได้อย่างเหมาะสม ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษา⁽¹⁸⁾ ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแสดงให้เห็นว่ากลุ่มที่มีรายได้ต่ำกว่าสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลสุขภาพได้ง่ายหลากหลายช่องทางจากหน่วยงานของรัฐ รวมทั้งช่องทางสื่อสังคมออนไลน์ต่าง ๆ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดี ถึงแม้ว่าจะมีรายได้ที่ต่ำกว่า อย่างไรก็ตาม แม้จะมีการศึกษาที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์เชิงลบของความรอบรู้ด้านโภชนาการ แต่ก็ยังมีการศึกษาที่ปรากฏผลขัดแย้งที่พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทำให้สามารถเลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ได้มากขึ้น⁽¹⁹⁾ และนักศึกษาที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนที่สูงกว่ามีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่านักศึกษาที่มีรายได้เฉลี่ยที่ต่ำกว่า⁽²⁰⁾

ระดับผลการเรียนมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรอบรู้ด้านโภชนาการ ซึ่งพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีผลการเรียนน้อยกว่าจะมีความรอบรู้ด้านโภชนาการที่สูงขึ้น ซึ่งมีความขัดแย้งกับแนวคิดและการศึกษาเกี่ยวกับความรู้ทางโภชนาการที่เกี่ยวข้องกับความสามารถทางปัญญา โดยนักศึกษาที่มีผลการเรียนดีกว่าจะมีความสามารถทางวิชาการมากกว่าจึงเป็นไปได้ที่จะมีความรอบรู้ทาง

โภชนาการในระดับสูงกว่าผู้ที่มีผลการเรียนต่ำกว่า⁽¹⁴⁾ และการศึกษา⁽²¹⁾ ที่พบว่าเกรดเฉลี่ยมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ เนื่องจากผู้ที่มีผลการเรียนดีมักจะอยู่ในกลุ่มที่มีพื้นฐานดีและมีความสามารถทางสติปัญญาสูง ได้เรียนรู้มากขึ้นและมีความสนใจในการเรียนรู้ใหม่ๆ และมีความขยันหมั่นเพียรในการรู้หนังสือมากกว่าผู้ที่มีความสามารถทางสติปัญญาที่ต่ำกว่า

จำนวนแหล่งข้อมูลด้านโภชนาการที่เคยได้รับมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านโภชนาการ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านโภชนาการจากหลาย ๆ แหล่ง มีความรอบรู้ด้านโภชนาการในระดับสูง มีสัดส่วนที่สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับจากแหล่งข้อมูลที่น้อยกว่า เนื่องจากได้รับประสบการณ์และเพิ่มพูนความรู้จากแหล่งต่าง ๆ จึงส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านโภชนาการที่ดีกว่า สอดคล้องกับการศึกษา⁽⁹⁾ ที่พบว่าแหล่งแสวงหาข้อมูลทางโภชนาการที่หลากหลาย เช่น บุคลากรทางการแพทย์ สื่อสิ่งพิมพ์ โทรทัศน์/วิทยุ เพื่อนบ้านและบุคคลในครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านโภชนาการ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าแหล่งข้อมูลด้านโภชนาการมีความสำคัญที่ช่วยให้ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ข้อมูลจำเพาะเกี่ยวกับอาหารและโภชนาการ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การรู้เท่าทันสื่อ ในการช่วยส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการให้ดีขึ้น

ข้อจำกัดในการศึกษา

การศึกษาแบบภาคตัดขวางในครั้งนี้ ไม่สามารถแสดงความสัมพันธ์เชิงสาเหตุระหว่างตัวแปรได้ และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาอยู่ในสังกัดมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย ซึ่งอาจมีคุณลักษณะแตกต่างกับนักศึกษาในสังกัดอื่น และในพื้นที่อื่น ดังนั้น ผลจากการศึกษานี้ อาจไม่สะท้อนถึงผลลัพธ์ที่จะนำไปอธิบายในประชากรทั่วไป

ข้อเสนอแนะ

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านโภชนาการอยู่ในระดับปานกลางและรองลงมาอยู่ในระดับต่ำ ดังนั้นมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย ควรมีการกำหนดนโยบายและกิจกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านโภชนาการของนักศึกษาอย่างเป็นรูปธรรม เช่น เพิ่มรายละเอียดเนื้อหาในหลักสูตร หรือรายวิชาที่เกี่ยวข้อง การอบรมให้ความรู้ การณรงค์

การเพิ่มช่องทางการสื่อสารด้านโภชนาการ เพื่อให้ นักศึกษาสามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพด้านโภชนาการและ สามารถประยุกต์ในการดูแลสุขภาพด้านโภชนาการ ได้อย่างเหมาะสม

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง ผู้ช่วยนักวิจัย ที่ให้ความ ร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูลและเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย ที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินโครงการวิจัย และสนับสนุนงบประมาณ การวิจัย จากกองทุนสนับสนุนการวิจัยของบุคลากร มหาวิทยาลัยราชภัฏเลย ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2563

เอกสารอ้างอิง

- Kriengsinyos W, Phanvijhitsiri K, Yamborisut U, Chaolilitkul N, Sukumaltakun K, Butryee C, et al. Food and nutrition knowledge for all age groups. 2nd ed. Nonthaburi: Office of the Secretary of the National Food Board, Food and Drug Administration; 2017.
- Mithaowan J, Janda S, Cempokeaw W, Wedchagij S, Jandee A, Pankalasin A, et al. Food consumption behaviors of undergraduate students at Loei Rajabhat University. In: Proceedings, Loei Rajabhat University Conference 2018 (Wisdom integration for innovation and sustainable development conference); 2018 Feb 23; Loei Rajabhat University, Loei: 2018. p. 2123-30. (in Thai)
- Kanthong P, Laklab C, Wongsiri T, Mokpa P, Pimol T. Eating pattern and nutritional status among students and employees of Chaiyaphum Rajabhat University. Journal of Nursing and Health Care 2019; 37(1): 118-27. (in Thai)
- Phoowachinnapong R, Lowirakorn S, Uttamavatin P. Consumption behavior of calcium rich nutrient by students of faculty of public health, Khon Kaen University. KKU Journal for Public Health Research 2017; 10(3): 23-31. (in Thai)
- Pongkiatchai R, Wongwisetkul S. Nutrition literacy and the elderly with Hypertension. Journal of Food Health and Bioenvironmental Science 2018; 11(3): 49-55. (in Thai)
- Youngiam W. Food and nutrition literacy: Definitions and applications. Journal of Public Health Naresuan University 2021; 3(3): 1-15. (in Thai)
- Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine 2008; 67(12): 2072-8.
- Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady D, Newman TB. Designing clinical research: an epidemiologic approach. 4th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2013; Appendix 6C: 79.
- Julsukon A, Piaseu N, Thipsuwannakool V, Lininger J. Nutrition literacy and health outcomes in older adults with Type 2 Diabetes. Thai Journal of Nursing Council 2019; 34(4): 120-35. (in Thai)
- Best JW, Kahn JV. Research in education (10th ed). Pearson Education Inc; 2006.
- Visedkaew K, Muktabhant B. Association between nutrition literacy and the consumption of snacks and sweetened beverages among undergraduate students in the health sciences faculties of Khon Kaen University. Srinagarind Medical Journal 2020; 35(2): 183-92. (in Thai)
- Yilmazel G, Bozdogan S. Nutrition literacy, dietary habits and food label use among Turkish Adolescents. Progress in Nutrition 2021; 23(1): e2021007. Available from: <https://doi.org/10.23751/pn.v23i1.8563>
- Liao LL, Lai IJ, Chang LC. Nutrition literacy is associated with healthy-eating behaviour among college students in Taiwan. Health Education Journal 2019; 78(7): 756-69. Available from: <https://doi.org/10.1177/0017896919836132>

14. Siripitchtrakul P, Vatanasomboon P, Satheannoppakao W, Sujirarat D. Nutrition literacy among grade 9 students of Bangkok Metropolitan Administration Schools. *Thai Journal of Public Health* 2020; 50(1): 61-75. (in Thai)
15. Kalkan I. The impact of nutrition literacy on the food habits among young adults in Turkey. *Nutrition Research and Practice* 2019; 13(4): 352-7.
16. Bahramfard T, Salehi OS, Toori AM, Pourmahmoudi A, Jowshan M, Parvin S, et al. Nutritional literacy status and its related factors in students of Yasuj University of Medical Sciences. *Nutrición Clínica y Dietética Hospitalaria* 2020; 40(4): 55-62. Available from: <https://doi.org/10.12873/404malekzadeh>
17. Svendsen K, Torheim EL, Fjelberg V, Sorprud A, Narverud I, Retterstøl K, et al. Gender differences in nutrition literacy levels among University Students and Employees: A descriptive study. *Journal of Nutritional Science* 2021; 10: e56. Available from: <https://doi.org/10.1017/jns.2021.47>
18. Khunasa J, Koshakri R, Krainuwat K. Factors related to health literacy among high-risk diabetes mellitus population in Bangkok Community. *Journal of The Royal Thai Army Nurses* 2020; 21(3): 109-20. (in Thai)
19. Donghong S, Srisuriyawet R, Homsin P. Factors related to health literacy among militaryconscripts in Chon-Buri Province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University* 2021; 29(2): 13-23. (in Thai)
20. Sukrueangkul A, Photipap J, Suramart V, Chanagarn M, Pangprasert K, Sirisuwan P. Factors associated with health literacy among nursing students in Faculty of Nursing, College of Asian Scholars, Khon Kaen Province. *Regional Health Promotion Center 9 Journal* 2022; 16(1): 156-71. (in Thai)
21. Seedaket S, Turnbull N, Phajan T. Factors associated with health literacy for public health students. *Journal of Clinical and Diagnostic Research* 2020; 14(5): LC06-9.



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index>

การศึกษาสมรรถนะศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี

Capability of Public Health Emergency Operations Center (EOC),

Office of Disease Prevention and Control Region 4, Saraburi Province

ปรียพจน์ มีทรัพย์, ศศิกัญชณา แจ่มจันทร์, ธีรภัทร์ ดำรงศักดิ์, สุमितตรา ทรัพย์เขียน

Preeyapan Meesap, Sasikanchana Chamchan, Therapat Damrongkij, Sumittra Subkhian

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

Corresponding author: pree_mee@yahoo.com

Received: April 25, 2024 Revised: October 29, 2024 Accepted: January 3, 2025

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทราบสถานการณ์การประเมินสมรรถนะของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี (สคร. 4) เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะระหว่างปีงบประมาณ 2562 และ 2565 โดยเป็นปีที่ได้รับการประเมินจากคณะกรรมการภายนอก พร้อมจัดทำข้อเสนอแนะในการพัฒนา เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (EOC Assessment Tool) จำนวน 10 หมวด รวม 74 ตัวชี้วัด โดยมีเกณฑ์ให้คะแนน 4 ระดับ ได้แก่ ระดับ 1 ไม่ผ่าน ระดับ 2 ผ่านระดับจำกัด ระดับ 3 ผ่านระดับปานกลาง ระดับ 4 ผ่านและได้ผลเป็นที่ประจักษ์ ดำเนินการตรวจประเมินจากเอกสาร หลักฐาน รายงาน คู่มือ ขั้นตอนการปฏิบัติงาน แผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินระดับต่าง ๆ ผลการประเมิน พบว่า ในปีงบประมาณ 2562 สคร. 4 ผ่านเกณฑ์การประเมินในระดับ 4 จำนวน 43 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 58.11) และปีงบประมาณ 2565 ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ 4 จำนวน 58 ตัวชี้วัด (ร้อยละ 78.38) เพิ่มขึ้น แสดงให้เห็นถึงความสามารถของสมรรถนะได้รับการพัฒนามากขึ้น สมรรถนะที่มีความแตกต่างที่เพิ่มมากขึ้นได้แก่ หมวดที่ 2 ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 46.3 เป็นร้อยละ 92.3) และ หมวดที่ 5 ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญ (เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 12.5 เป็นร้อยละ 50.0) และสมรรถนะที่ต้องได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง ได้แก่ หมวดที่ 7 การสื่อสารความเสี่ยง หมวดที่ 8 การสื่อสารภายในระบบ หมวดที่ 10 อบรม ฝึกซ้อมและประเมินผล มีสมรรถนะลดลงจากปีงบประมาณ 2562 จากร้อยละ 100.0, 50.0 และ 75.0 เป็น 25.0, 0.0 และ 50.0 ตามลำดับ ข้อเสนอแนะควรเร่งรัดการวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน สคร. 4 สระบุรี ตามสมรรถนะ 3 ด้าน ได้แก่ กำลังคน (Staff) ทรัพยากร (Stuff) และระบบการทำงาน (System) เพิ่มการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ปรับปรุงแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ขั้นตอนการปฏิบัติงานให้เป็นปัจจุบัน และซ่อมแผนอย่างต่อเนื่อง เพื่อเพิ่มสมรรถนะให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: สมรรถนะ, ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข, การพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน

Abstract

The objectives of this study were to 1) To understand the situation of the capabilities of the Public Health Emergency Operations Center (EOC) of the Office of Disease Prevention and Control Region 4, Saraburi Province (ODPC4) 2) To compare the capabilities of the Public Health Emergency Operations Center (EOC) ODPC4 between the fiscal years 2019 and 2022 and 3) To provide the recommendations for the capability development of the EOC of ODPC4. These two fiscal years were evaluated by an external assessment team. We used the EOC Assessment Tool which consists of 10 capability elements with 74 indicators developed and improved by the Division of Disease Control in Emergency Situations, Department of Disease Control. The score scale were 4 levels: 1 = No capability, 2 = Limited capability, 3 = developed capability, and 4 = demonstrated capability and can be applied effectively. The assessment results for the fiscal year 2019 (2562) showed that ODPC4 passed the assessment criteria at level 4 for 43 indicators (58.11%). In comparison, for the fiscal year 2022 (2565), the number of indicators at the level 4 increased significantly to 58 indicators (78.38%). This indicates showed an improvement in the capabilities of the Public Health Emergency Operations Center in ODPC4. Notable improvements were observed in Capability Elements 2, Emergency Operations Center (increased from 46.3% to 92.3%), and Capability Elements 5, Critical Information (increased from 12.5% to 50.0%). However, continuous development is needed in certain categories, including Capability Elements 7, Risk Communication and Warning (decreased from 100.0% to 25.0%), Capability Elements 8, Internal Communication within the ICS (decreased from 50.0% to 0.0%), and Capability Elements 10, Training, Exercises, and Evaluation (decreased from 75.0% to 25.0%). Therefore, there is a recommendation to expedite the development plan for the Emergency Operations Center in ODPC4, focusing on three aspects: personnel capacity, resource enhancement, and system functionality. This includes improving staff capabilities, updating emergency response plans, and conducting regular drills to enhance operational efficiency.

Keywords: capability, Emergency Operation Center, Improvement of EOC

บทนำ

การเตรียมความพร้อมในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขเป็นเครื่องมือที่สำคัญที่นานาชาติยอมรับโดยจัดเป็นสมรรถนะหลักตามกฎหมายระหว่างประเทศ พ.ศ. 2548 (International Health Regulation, IHR 2005) และวาระความมั่นคงด้านสุขภาพโลก (Global Health Security Agenda, GHSA)⁽¹⁾ กรมควบคุมโรคได้มีการเตรียมความพร้อมในการจัดการภาวะฉุกเฉินโดยการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข (Emergency Operations Center, EOC) ตั้งแต่ปี 2558 มีการวางแผนทั้งด้านศักยภาพบุคลากร โครงสร้างพื้นฐาน แผนงาน ระบบงาน มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขในระดับส่วนกลาง เขต จังหวัด เพื่อให้มีโครงสร้างการทำงานในภาวะฉุกเฉินอย่างชัดเจนในภาวะ

ฉุกเฉิน สามารถตอบโต้เหตุการณ์ฉุกเฉินการระบาดและภัยสุขภาพ ดังเช่นการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทั้งทั่วโลกและประเทศไทย กับการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างทันทั่วทั้งที่มีประสิทธิภาพ สามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็ว เป็นระบบ มีความเป็นเอกภาพ มีประสิทธิภาพและปลอดภัย⁽²⁾ การพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินแบ่งการพัฒนาเป็น 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านกำลังคนที่มีสมรรถนะ (Staff) 2) ด้านอุปกรณ์ (Stuff) และ 3) ด้านระบบงาน (System) รวมทั้งมีการติดตามและประเมินสมรรถนะศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขตามเกณฑ์การประเมิน EOC Assessment Tool⁽³⁾ ซึ่งหมายถึง แบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพัฒนา ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ที่แปลและปรับปรุงจากแบบ

ประเมิน EOC จัดทำโดยกลุ่มประเทศพันธมิตรวาระความมั่นคงด้านสุขภาพโลก (Global Health Security Agenda: GHSA) ประกอบด้วย 10 หมวด 74 ตัวชี้วัด การพัฒนาแบบเก็บข้อมูลดำเนินงานโดยกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี (สคร. 4 สระบุรี) เป็นหน่วยงานระดับเขต สังกัดกรมควบคุมโรค มีหน้าที่ในการพัฒนาสมรรถนะศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ทบทวนการดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉินที่ผ่านมาอย่างเป็นระบบ แม้ว่าการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินที่ผ่านมาจะสามารถควบคุมสถานการณ์ไว้ได้ แต่ยังพบปัญหาอุปสรรคในหลายประเด็น จากสถานการณ์การเกิดโรคและภัยสุขภาพที่มีความรุนแรงมากขึ้น เช่น การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 สถานการณ์ฝุ่น PM 2.5 สถานการณ์อุทกภัยในประเทศ ดังนั้นการรวบรวมข้อมูลการดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินผ่านการประเมินจากแบบเก็บข้อมูลพื้นฐานเพื่อการวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุข ระดับจังหวัด และระดับเขต (EOC Assessment Tool) สามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงการดำเนินงาน และทราบสมรรถนะที่เป็นอยู่ในปัจจุบันและวางแผนพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ให้สามารถจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขมีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ที่กรมควบคุมโรคกำหนดมากยิ่งขึ้น ทั้งนี้ในงานวิจัยนี้ได้รับผลกระทบจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้ สคร. 4 สระบุรี ได้รับการประเมินจากคณะกรรมการภายนอก เฉพาะในปีงบประมาณ 2562 และ ปีงบประมาณ 2565 เท่านั้น ดังนั้นการทบทวนข้อมูลที่ผ่านมามีเป้าหมายเพื่อพัฒนาระบบจัดการภาวะฉุกเฉินของ สคร.4 สระบุรี เพื่อนำมาใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงการดำเนินงานและวางแผนพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สคร.4 สระบุรี และการจัดการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น สำหรับการตอบโต้โรคติดต่ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่อาจเกิดในอนาคตได้อย่างมีประสิทธิภาพ สามารถตอบสนองได้ทันต่อเหตุการณ์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อทราบสถานการณ์การประเมินสมรรถนะศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สคร. 4 สระบุรี
2. เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของ สคร.4 สระบุรี ระหว่างปีงบประมาณ 2562 และ 2565
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ของสคร.4 สระบุรี

วัสดุและวิธีการศึกษา

1. รูปแบบการศึกษา การศึกษานี้เป็นการวิจัยประเมินผล (Evaluation Research) รูปแบบการศึกษาเชิงพรรณนา
2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา โดยใช้กรอบการประเมินจากแบบเก็บข้อมูลพื้นฐาน เพื่อการวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินสำหรับหน่วยงานสาธารณสุข ระดับจังหวัด และระดับเขต (EOC Assessment Tool) โดยกองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กรมควบคุมโรค ซึ่งปรับปรุงจากแนวทางการประเมินเพื่อจัดลำดับความมั่นคงด้านสุขภาพของโลก (Global Health Security Index: GHS Index) โดยกลุ่มประเทศพันธมิตรวาระความมั่นคงด้านสุขภาพโลก ประกอบด้วย 10 หมวด 74 ตัวชี้วัด ดังนี้ 1) บริบท จำนวน 4 ตัวชี้วัด 2) ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน จำนวน 26 ตัวชี้วัด 3) กรอบโครงสร้างการทำงาน จำนวน 9 ตัวชี้วัด 4) ระบบข้อมูล จำนวน 5 ตัวชี้วัด 5) ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญ (Critical Information) จำนวน 8 ตัวชี้วัด 6) การจัดการและตอบโต้เหตุการณ์ (Incident Management and response) จำนวน 9 ตัวชี้วัด 7) การสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) และการเตือนภัย จำนวน 4 ตัวชี้วัด 8) การสื่อสารภายในระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System) จำนวน 2 ตัวชี้วัด 9) ประสานงานและสนับสนุนการส่งกำลังบำรุง (Coordination and Logistics support of field operation) จำนวน 3 ตัวชี้วัด

10) อบรม ฝึกซ้อมและประเมินผล (Training Exercise and Evaluation) จำนวน 4 ตัวชี้วัด แบบเก็บข้อมูลพื้นฐานฯ มีการปรับปรุงแก้ไขเพื่อเติมในปีงบประมาณ 2565 เพิ่มความชัดเจนของเอกสารหลักฐานที่นำมาใช้ แต่ไม่ใช่ส่วนสาระสำคัญของแบบประเมิน

3. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการประเมินผล การปฏิบัติงานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน โดยคณะกรรมการประเมินจากภายนอกหน่วยงาน ประกอบไปด้วย ผู้แทนจากกองวิชาการส่วนกลาง กองควบคุมโรคและภัยสุขภาพในภาวะฉุกเฉิน กองระบาดวิทยา สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กองโรคติดต่อทั่วไป สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และกองสาธารณสุขฉุกเฉินจากสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมจำนวน 6-8 ท่าน ข้อจำกัดในการศึกษาคือคณะกรรมการจากหน่วยงานภายนอก ในปีงบประมาณ 2562 และ 2565 เป็นบุคคลคนละท่าน

การประเมินดำเนินการโดยจัดเตรียมเอกสาร เช่น หนังสือคำสั่ง การประเมินความเสี่ยง ผลการดำเนินงาน แผนงาน/โครงการ แนวทางและมาตรฐานการปฏิบัติงาน (SOP) การอบรม การซ้อมแผน รูปถ่าย สรุปรายงานการประชุม ข้อสั่งการ เป็นต้น จำแนกรายหมวดทั้งสิ้น 10 หมวด โดยเก็บรวบรวมจากการปฏิบัติงานของกลุ่มภารกิจตามคำสั่งคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน สคร. และผู้ปฏิบัติงานจากกลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน

ตารางที่ 1 ภาพรวมผลการประเมินสมรรถนะศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สคร. 4 สระบุรี ปีงบประมาณ 2562 และ ปี 2565 (จำนวนตัวชี้วัดทั้งสิ้น 74 ตัวชี้วัด)

ระดับสมรรถนะ		ปีงบประมาณ 2562	ปีงบประมาณ 2565
	ระดับ 1 ไม่ผ่านสมรรถนะ (แดง)	5.41 (4 ตัวชี้วัด)	0.00
	ระดับ 2 ผ่านสมรรถนะในระดับจำกัด (ส้ม)	25.68 (19 ตัวชี้วัด)	8.11 (6 ตัวชี้วัด)
	ระดับ 3 ผ่านสมรรถนะระดับปานกลาง (เหลือง)	10.81 (8 ตัวชี้วัด)	13.51 (10 ตัวชี้วัด)
	ระดับ 4 ผ่านสมรรถนะและสามารถนำมาใช้อย่างได้ผลเป็นที่ประจักษ์ (เขียว)	58.11 (43 ตัวชี้วัด)	78.38 (58 ตัวชี้วัด)
รวม		100.00 (74 ตัวชี้วัด)	100.00 (74 ตัวชี้วัด)

การประเมินโดยคณะกรรมการภายนอกดำเนินงานในปีงบประมาณ 2562⁽⁴⁾ (วันที่ 1 สิงหาคม 2562) และปีงบประมาณ 2565⁽⁵⁾ (วันที่ 23 สิงหาคม 2565)

4. การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content data analysis) จากเอกสารที่เกี่ยวข้อง การสังเกต การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่มและการร่วมประชุมกลุ่ม รวมทั้งวิเคราะห์เชิงปริมาณ ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ จากนั้นเปรียบเทียบการประเมินในปีงบประมาณ 2562 และ 2565 เกณฑ์การให้คะแนน 4 ระดับ คือ 1 = ไม่ผ่าน 2 = ผ่าน ระดับจำกัด 3 = ผ่านระดับปานกลาง 4 = ผ่านและได้ผลเป็นที่ประจักษ์ โดยแต่ละตัวชี้วัดมีการกำหนดนิยามของแต่ละระดับ จาก 1 - 4 ลดหลั่นลงไปตามความครบถ้วนของรายละเอียดลักษณะ ส่วนประกอบ ขั้นตอน เอกสาร รายงาน แผนภาวะฉุกเฉิน แนวทาง/คู่มือการทำงาน ผลผลิต เป็นต้น เกณฑ์ผ่านการประเมินในแต่ละตัวชี้วัดคือ ผ่านการประเมินที่ระดับ 4 เท่านั้น

ผลการศึกษา

ผลการประเมินศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข สคร. 4 สระบุรี มีตัวชี้วัดที่ผ่านสมรรถนะระดับ 4 เปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2562 และปีงบประมาณ 2565 เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 58.11 (43 ตัวชี้วัด) เป็นร้อยละ 78.38 (58 ตัวชี้วัด) เพิ่มมากกว่าการประเมินในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 15 ตัวชี้วัด และไม่มีตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านสมรรถนะ (ระดับ 1) แสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 2 แสดงให้เห็นผลการประเมินสมรรถนะ ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ผ่านเกณฑ์ระดับ 4 เปรียบเทียบ ระหว่างปีงบประมาณ 2562 และปีงบประมาณ 2565 พบว่า ผลการประเมินในปีงบประมาณ 2562 มีร้อยละตัวชี้วัดผ่าน เกณฑ์ระดับ 4 มากที่สุด ได้แก่ หมวดที่ 1 บริบท และ หมวดที่ 7 การสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) และการเตือนภัย คิดเป็นร้อยละ 100.0 รองลงมาได้แก่ หมวดที่ 4 ระบบข้อมูล หมวดที่ 10 อบรม ฝึกซ้อมและ ประเมินผล คิดเป็นร้อยละ 80.0 และร้อยละ 75.0 ตามลำดับ

ผลการประเมินในปีงบประมาณ 2565 มีตัวชี้วัด ที่ผ่านสมรรถนะระดับ 4 ผ่านสมรรถนะและสามารถ นำมาใช้ได้อย่างได้ผลเป็นที่ประจักษ์ มีจำนวนทั้งสิ้น เท่ากับ ร้อยละ 78.38 (58 ตัวชี้วัด) เพิ่มมากกว่าการประเมินใน ปีงบประมาณ 2562 จำนวน 15 ตัวชี้วัด และไม่มีตัวชี้วัดที่ ไม่ผ่านสมรรถนะ (ระดับ 1) เมื่อจำแนกตามหมวด พบว่า ร้อยละตัวชี้วัดผ่านเกณฑ์ระดับ 4 มากที่สุด ได้แก่ หมวดที่ 1 บริบท และ หมวดที่ 4 ระบบข้อมูล คิดเป็นร้อยละ 100.0 รองลงมาได้แก่ หมวดที่ 2 ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน หมวดที่ 3 กรอบโครงสร้างการทำงาน คิดเป็นร้อยละ 92.3 และร้อยละ 88.9 ตามลำดับ

เมื่อเปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2562 และ ปีงบประมาณ 2565 พบว่า หมวดที่มีร้อยละความแตกต่าง ของผลการประเมินเพิ่มขึ้นแสดงถึงสมรรถนะของศูนย์ ปฏิบัติการฯ เพิ่มมากขึ้น คือ หมวดที่ 2 ศูนย์ปฏิบัติการ

ภาวะฉุกเฉิน ผลการประเมินในปีงบประมาณ 2565 คิดเป็น ร้อยละ 92.3 เปรียบเทียบกับการประเมินในปีงบประมาณ 2562 คือ ร้อยละ 46.3 ซึ่งมีความแตกต่างเพิ่มมากขึ้นถึง ร้อยละ 46.1 รองลงมาคือหมวดที่ 5 ข้อมูลสารสนเทศ ที่สำคัญ (Critical Information) พบว่า ผลการประเมินใน ปีงบประมาณ 2562 เท่ากับ ร้อยละ 12.5 เปรียบเทียบกับการประเมินในปีงบประมาณ 2565 คือ ร้อยละ 50.0 พบว่า มีความแตกต่างเพิ่มมากขึ้น ร้อยละ 37.5 แสดงให้เห็น ความสามารถในการดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะ ฉุกเฉินทางสาธารณสุข สคร. 4 มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น โดยสามารถแสดงหลักฐานให้เห็นอย่างเป็นที่ประจักษ์ อย่างไรก็ตาม หมวดที่มีความแตกต่างโดยผลการประเมิน มีค่าลดลงในปีงบประมาณ 2565 ได้แก่ หมวดที่ 7 การสื่อสาร ความเสี่ยง (Risk communication) และการเตือนภัย หมวดที่ 8 การสื่อสารภายในระบบบัญชาการเหตุการณ์ และหมวดที่ 10 อบรม ฝึกซ้อมและประเมินผล ความแตกต่าง ลดลงแสดงถึงสมรรถนะศูนย์ปฏิบัติการที่ลดลง เท่ากับ ร้อยละ 75.0, 50.0 และ 25.0 ตามลำดับ

เมื่อพิจารณารายละเอียดในปีงบประมาณ 2565 หมวดที่ไม่ผ่านเกณฑ์มากที่สุด คือ หมวดที่ 5 ข้อมูล สารสนเทศที่สำคัญ Critical Information (ไม่ผ่าน 4 จาก 8 ตัวชี้วัด) รองลงมาคือ หมวดที่ 7 การสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) และการเตือนภัย (ไม่ผ่าน 3 จาก 4 ตัวชี้วัด) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินสมรรถนะศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ผ่านเกณฑ์ระดับ 4 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัด สระบุรี ปีงบประมาณ 2562 และ ปี 2565

ลำดับ	หมวด	จำนวน ตัวชี้วัด ทั้งหมด	จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ)	
			ปีงบประมาณ 2562 ^a	ปีงบประมาณ 2565 ^b
1	บริบท	4	4 (100.0)	4 (100.0)
2	ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน	26	12 (46.2)	24 (92.3)
3	กรอบโครงสร้างการทำงาน	9	6 (66.7)	8 (88.9)
4	ระบบข้อมูล	5	4 (80.0)	5 (100.0)
5	ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญ (Critical Information)	8	1 (12.5)	4 (50.0)

ตารางที่ 2 ผลการประเมินสมรรถนะศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ผ่านเกณฑ์ระดับ 4 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 4 จังหวัดสระบุรี ปีงบประมาณ 2562 และ ปี 2565 (ต่อ)

ลำดับ	หมวด	จำนวน ตัวชี้วัด ทั้งหมด	จำนวนตัวชี้วัดที่ผ่านเกณฑ์ (ร้อยละ)	
			ปีงบประมาณ 2562 ^a	ปีงบประมาณ 2565 ^b
6	การจัดการและตอบโต้เหตุการณ์ (Incident management and response)	9	6 (66.7)	8 (88.7)
7	การสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) และ การเตือนภัย	4	4 (100.0)	1 (25.0)
8	การสื่อสารภายในระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System :ICS)	2	1 (50.0)	0 (0.0)
9	ประสานงานและสนับสนุนการส่งกำลังบำรุง (Coordination and logistical support of field operations)	3	2 (66.7)	2 (66.7)
10	อบรม ฝึกซ้อมและประเมินผล (Training, Exercise and Evaluation)	4	3 (75.0)	2 (50.0)

^aปีงบประมาณ 2562 เกณฑ์ผ่านการประเมิน คือ ร้อยละผลการประเมินตาม EOC assessment tool ระดับ 4 เท่ากับร้อยละ 60 (มากกว่า 45 ตัวชี้วัด)

^bปีงบประมาณ 2565 เกณฑ์ผ่านการประเมิน คือ ร้อยละผลการประเมินตาม EOC assessment tool ระดับ 4 เท่ากับร้อยละ 90 (มากกว่า 67 ตัวชี้วัด)

ผลการประเมินสมรรถนะศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินจำนวนทั้งสิ้น 74 ตัวชี้วัด เปรียบเทียบระหว่างปีงบประมาณ 2562 และปีงบประมาณ 2565 โดยพบว่าในปีงบประมาณ 2562 มีตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านระดับ 4 ทั้งสิ้นจำนวน 31 ตัวชี้วัด และในปีงบประมาณ 2565 มีจำนวนตัวชี้วัดที่ไม่ผ่านระดับ 4 ทั้งสิ้น จำนวน 16 ตัวชี้วัด ในจำนวน 16 ตัวชี้วัดนี้ แบ่งเป็นตัวชี้วัดจำนวน 8 ตัวชี้วัด

ที่มีการพัฒนาสมรรถนะเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2562 แต่ยังคงไม่ผ่านเกณฑ์ระดับ 4 และจำนวน 8 ตัวชี้วัด ที่มีผลการประเมินลดต่ำลง แสดงให้เห็นถึงสมรรถนะบางประการที่จำกัดจนไม่สามารถพัฒนา ให้ผ่านเกณฑ์การประเมินระดับ 4 ได้ หน่วยงานควรตรวจสอบผลการดำเนินงานในตัวชี้วัดพวกนี้เพื่อหาแนวทางในการพัฒนา

ตารางที่ 3 ภาพรวมผลการประเมินศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ตัวชี้วัดจำนวน 10 หมวด 74 ตัวชี้วัด เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2562 และปีงบประมาณ 2565

รายละเอียดตัวชี้วัด	ระดับการประเมินที่ได้		
	ปี 2562	ปี 2565	แนวโน้ม
หมวด 1 บริบท			
1.1 มีการกำหนดพันธกิจและขอบเขตการปฏิบัติงานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน	4	4	→
1.2 มีการวิเคราะห์และจัดลำดับความสำคัญของโรคและภัย	4	4	→
1.3 มีแผนจัดการภาวะฉุกเฉิน	4	4	→
1.4 การพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน	4	4	→

ตารางที่ 3 ภาพรวมผลการประเมินศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ตัวชี้วัดจำนวน 10 หมวด 74 ตัวชี้วัด เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2562 และปีงบประมาณ 2565 (ต่อ)

รายละเอียดตัวชี้วัด	ระดับการประเมินที่ได้		
	ปี 2562	ปี 2565	แนวโน้ม
หมวด 2 ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน			
2.1 มีการกำหนดพื้นที่หลักที่ชัดเจน	2	4	↑
2.2 มีสถานที่สำรอง	4	4	→
2.3 ศูนย์ปฏิบัติการฯ หลักมีลักษณะที่เหมาะสม	3	4	↑
2.4 ตั้งอยู่ในสถานที่ที่มีโครงสร้างที่ดีและมั่นคง	4	4	→
2.5 ประกอบด้วยพื้นที่ปฏิบัติการ/สื่อสารปลอดภัย/เพื่อการเพิ่ม/พื้นที่ประชุมส่วนตัว	2	2	→
2.6 ระบบไฟฟ้าของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน มีครบทั้ง 4 คุณลักษณะ	2	2	→
2.7 มีการกำหนดพื้นที่และอุปกรณ์ Audio/Visual สำหรับนำเสนอข้อมูล	4	4	→
2.8 มีอุปกรณ์และเวชภัณฑ์พื้นฐานเพื่อการปฐมพยาบาล	2	4	↑
2.9 อุปกรณ์ถังดับเพลิง เครื่องมือ ระบบดับเพลิงที่เพียงพอ	2	3	↑
2.10 มีการรักษาความปลอดภัย	2	4	↑
2.11 มีแผนการอพยพบุคลากร	1	4	↑
2.12 Computer workstations	4	4	→
2.13 โทรศัพท์	4	4	→
2.14 Printers fax scanner และเครื่องถ่ายเอกสาร	4	4	→
2.15 อุปกรณ์ audio-visual ได้รับการดูแลเพียงพอ	4	4	→
2.16 อุปกรณ์ web conference หรือ video conference	4	4	→
2.17 อุปกรณ์การสื่อสารทางวิทยุ	1	4	↑
2.18 Server หลักและสำรองหรือ Clouds	4	4	→
2.19 ระบบปรับอากาศ	3	4	↑
2.20 น้ำดื่ม น้ำใช้เพียงพอ	3	4	↑
2.21 การจัดการขยะและความสะอาด	4	4	→
2.22 มีห้องน้ำเพียงพอ	4	4	→
2.23 บุคลากรขึ้นพื้นฐาน (ภาวะปกติ)	2	4	↑
2.24 การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ภายในศูนย์ปฏิบัติการฯ	4	4	→
2.25 การรับแจ้งเหตุ	2	4	↑
2.26 การเริ่มปฏิบัติการ (activate)	2	4	↑
หมวด 3 กรอบโครงสร้างการทำงาน			
3.1 ข้อบ่งชี้ในการเปิดแผนจัดการภาวะฉุกเฉิน	4	4	→
3.2 แผน/คู่มือการทำงาน	3	4	↑

ตารางที่ 3 ภาพรวมผลการประเมินศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ตัวชี้วัดจำนวน 10 หมวด 74 ตัวชี้วัด เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2562 และปีงบประมาณ 2565 (ต่อ)

รายละเอียดตัวชี้วัด	ระดับการประเมินที่ได้		
	ปี 2562	ปี 2565	แนวโน้ม
หมวด 3 กรอบโครงสร้างการทำงาน			
3.3 แผนบรรยายบทบาทและความรับผิดชอบของหน่วยงาน	4	4	→
3.4 เอกสาร logistics plan	2	3	↑
3.5 แผนมีการบรรยายกระบวนการบริหารจัดการเอกสารและบันทึก	4	4	→
3.6 แผนบรรยายถึงกลไกการรายงาน การประสานงาน	4	4	→
3.7 แผนปฏิบัติงานต่อเนื่องสำหรับการทำงานในภาวะฉุกเฉิน	4	4	→
3.8 แผนประกอบด้วยข้อมูลที่เป็นปัจจุบันของสถานที่ การติดต่อ	1	4	↑
3.9 SOP ระเบียบการ ขั้นตอนการประสานงาน เหตุการณ์อาชญากรรม อาวุธชีวภาพ	4	4	→
หมวด 4 ระบบข้อมูล			
4.1 ระบบเฝ้าระวังที่คอยติดตามประเมินความเสี่ยงของโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่	4	4	→
4.2 การรับข้อมูล วิเคราะห์ รายงานและเผยแพร่ข่าวสารผลการเฝ้าระวัง	4	4	→
4.3 การรับข้อมูล วิเคราะห์ รายงาน และเผยแพร่ข่าวสารผลการปฏิบัติงานภาคสนาม	4	4	→
4.4 สนับสนุนการวิเคราะห์ข้อมูลให้กับทีมปฏิบัติงานภาคสนาม	2	4	↑
4.5 ดำเนินการเฝ้าระวังเหตุการณ์การเฝ้าระวังข่าวลือ การเฝ้าระวังเหตุการณ์	4	4	→
หมวด 5 ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญ Critical Information			
5.1 Essential Elements of Information (EEIs)	3	4	↑
5.2 ภาพหรือสภาวะของการปฏิบัติการ	2	4	↑
5.3 ภาพหรือสภาวะของการปฏิบัติการตามภูมิศาสตร์ได้เหมาะสมกับเหตุการณ์	4	4	→
5.4 เจ้าหน้าที่ผ่านการฝึกอบรม SAT มี SOPs อุปกรณ์/เครื่องมือที่จำเป็น	2	2	→
5.5 เจ้าหน้าที่ใช้โปรแกรมระบุตำแหน่งและสถานะการปฏิบัติงานของทีมปฏิบัติการ	2	2	→
5.6 เจ้าหน้าที่ใช้โปรแกรมระบุตำแหน่งและสถานะการปฏิบัติงานของทีมปฏิบัติการ	2	2	→
5.7 ชุดข้อมูลเพื่อการปฏิบัติการทั่วไปที่เป็นปัจจุบัน	2	4	↑
5.8 ข้อมูลติดตามจำนวนผู้ที่ได้รับผลกระทบ ผู้ลี้ภัย จำนวนคนตาย จำนวนคนบาดเจ็บ จำนวนคนที่สูญหาย	1	3	↑
หมวด 6 การจัดการและตอบโต้เหตุการณ์ (Incident management and response)			
6.1 มีเอกสารอธิบายระบบบัญชาการเหตุการณ์ ทั้งสิ้น 8 องค์ประกอบ	4	3	↓
6.2 เอกสารที่ได้รับความเห็นชอบจากผู้เกี่ยวข้อง	4	4	→
6.3 กำหนดตัวเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานไว้ล่วงหน้า	4	4	→
6.4 เจ้าหน้าที่ผ่านการฝึกอบรมระบบการบริหารจัดการภาวะฉุกเฉิน	4	4	→
6.5 แผนเผชิญเหตุ	2	4	↑
6.6 แผนที่ทรัพยากร	2	4	↑
6.7 ติดตามการปฏิบัติงานของทีมปฏิบัติการ	2	4	↑

ตารางที่ 3 ภาพรวมผลการประเมินศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน ตัวชี้วัดจำนวน 10 หมวด 74 ตัวชี้วัด เปรียบเทียบปีงบประมาณ 2562 และปีงบประมาณ 2565 (ต่อ)

รายละเอียดตัวชี้วัด	ระดับการประเมินที่ได้		
	ปี 2562	ปี 2565	แนวโน้ม
6.8 เจ้าหน้าที่ที่ได้รับการฝึกอบรมให้สามารถใช้ software ในศูนย์ปฏิบัติการฯ	4	4	→
6.9 เอกสารอธิบายการ Deactivation	4	4	→
หมวด 7 การสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) และการเตือนภัย			
7.1 แผน/แนวทาง/โครงการที่เกี่ยวกับการสื่อสารความเสี่ยง	4	3	↓
7.2 จัดทำและพัฒนาแบบฟอร์มที่ใช้ในการสื่อสารข้อมูล (message templates)	4	3	↓
7.3 สื่อสารความเสี่ยงไปยังประชากรทั่วไปโดยสื่อหลัก	4	4	→
7.4 ฝึกอบรมและตอบโต้ข่าวลืออย่างเหมาะสม	4	3	↓
หมวด 8 การสื่อสารภายในระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System :ICS)			
8.1 มีแผน/แนวทาง/การดำเนินงานซึ่งประกอบด้วยข้อมูลที่ต้องเป็นปัจจุบัน	3	3	→
8.2 บำรุงรักษาอุปกรณ์การสื่อสาร อุปกรณ์ IT อุปกรณ์การประชุม	4	3	↓
หมวด 9 ประสานงานและสนับสนุนการส่งกำลังบำรุง Coordination and logistical support of field operations			
9.1 แจ้งเตือนและจัดบุคลากรสำหรับลงพื้นที่ปฏิบัติงานภาคสนาม	4	4	→
9.2 การสนับสนุนด้าน Logistics	4	3	↓
9.3 การจัดการขจัดกาปนเป็นสารเคมี หรือการทำลายเชื้อจุลชีพ	3	4	↑
หมวด 10 อบรมฝึกซ้อมและประเมินผล Training, Exercise and Evaluation			
10.1 มีการจัดอบรมตามหลักสูตรกลางที่จัดตั้งขึ้นมาเป็นการเฉพาะ	4	2	↓
10.2 ในหน่วยงานผู้รับผิดชอบด้านการฝึกซ้อมแผนและมีแผน/โครงการจัดการฝึกซ้อม	4	4	→
10.3 การฝึกซ้อม และการประเมิน และปรับปรุงวิธีการปฏิบัติงาน	3	2	↓
10.4 มีระบบการกำกับติดตาม และการประเมินผล	4	4	→

→ ผลการประเมินสมรรถนะศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน เปรียบเทียบระหว่างปี 2562 และ 2565 มีผลประเมินเท่าเดิม

↑ ผลการประเมินสมรรถนะศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน เปรียบเทียบระหว่างปี 2562 และ 2565 มีผลประเมินดีขึ้น

↓ ผลการประเมินสมรรถนะศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน เปรียบเทียบระหว่างปี 2562 และ 2565 มีผลประเมินลดลง

จำนวน 8 ตัวชี้วัด ที่มีผลการประเมินลดต่ำลง
มีรายละเอียดของแนวทางที่ควรพัฒนาเพิ่มเติม ดังนี้

1. หมวด 6 การจัดการและตอบโต้เหตุการณ์ (Incident management and response) จำนวน 1 ตัวชี้วัดพบว่าขาดการกำหนดบทบาทภารกิจของเจ้าหน้าที่ความปลอดภัย ในคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินตามระบบบัญชาการเหตุการณ์ของหน่วยงาน จึงควรมอบหมายบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญของหน่วยงาน

ให้ครบทั้ง 5 ด้านโรคและภัยสุขภาพ และควรมีการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานให้มีความเชี่ยวชาญพร้อมกันไปด้วย

2. หมวด 7 การสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) และการเตือนภัย จำนวน 3 ตัวชี้วัด โดยมีประเด็นควรเพิ่มเติม คือ การจัดทำแผนงาน/แนวทางที่กำหนดจุดเริ่มต้นของเหตุการณ์ในการใช้แผนสื่อสารความเสี่ยง การพัฒนา message template ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย แนวทางการจัดทำข้อมูล - การเตรียมขั้นตอนการสื่อสาร รวมไปถึง

ขั้นตอนการตรวจสอบ ทะเบียนกำลังคน โรคและภัยสุขภาพ ที่สำคัญในพื้นที่ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย และเพิ่มการพัฒนาผู้ปฏิบัติงานเฝ้าระวัง ตอบได้ข่าวให้มีศักยภาพมากขึ้น

3. หมวด 8 การสื่อสารภายในระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System: ICS) จำนวน 1 ตัวชี้วัด พบว่า ควรเพิ่มการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้าน IT ในการจัดการระบบ ICS ทั้งเครื่องมือ อุปกรณ์ software และ application ในการปฏิบัติงานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน

4. หมวด 9 ประสานงานและสนับสนุนการส่งกำลังบำรุง Coordination and logistical support of field operations จำนวน 1 ตัวชี้วัด ควรเพิ่มรายละเอียดแนวทางการทำงานที่ระบุว่ามีเตรียมขั้นตอนการปฏิบัติงานในส่วนรายละเอียดย่อย เช่น การจัดเก็บยา เวชภัณฑ์ที่มีใช้ ยา สารเคมี ในคลังเวชภัณฑ์ การจัดส่งยาไปยังพื้นที่และคำแนะนำ

5. หมวด 10 อบรม ฝึกซ้อมและประเมินผล (Training, Exercise and Evaluation) จำนวน 2 ตัวชี้วัด พบว่าควรมีโครงการฝึกอบรม ICS100 ระดับเขตและระดับจังหวัด และการจัดฝึกซ้อมแผนที่เกี่ยวข้องกับระบบบัญชาการเหตุการณ์ และควรมีการสรุปบทเรียนเพื่อปรับปรุงกระบวนการทำงานในทุกครั้งที่มีการดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงานทุกครั้ง

อภิปรายผลการวิจัย

กรมควบคุมโรคมีนโยบายการพัฒนาสมรรถนะศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ตามการเร่งรัดจากกระทรวงสาธารณสุข ทั้งในระดับเขตและระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 ผ่านเครื่องมือการประเมิน EOC Assessment Tool ซึ่งเริ่มนำมาใช้ในปี พ.ศ. 2562 ทั้งนี้การดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ยังไม่สามารถขับเคลื่อนงานได้ตามองค์ประกอบครบทุกด้าน จึงจำเป็นต้องพัฒนาความเข้มแข็งเพื่อสร้างความมั่นคงด้านสุขภาพของประเทศให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด จุดเด่นในการ

ดำเนินงานคือการสนับสนุนของผู้บริหาร เนื่องจากเป็นนโยบายระดับกระทรวง ดังนั้นการพัฒนาเพื่อยกระดับการตอบโต้โรคและภัยสุขภาพที่หลากหลายอย่างต่อเนื่อง และกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาระบบจัดการภาวะฉุกเฉินของหน่วยงานให้มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทของหน่วยงานมากขึ้น

จากผลการประเมินจากคณะกรรมการภายนอก กรมควบคุมโรค พบว่า สคร.4 สระบุรี มีผลการประเมินผ่านเกณฑ์สมรรถนะระดับ 4 (ผ่านและได้ผลเป็นที่ประจักษ์) ระหว่างปีงบประมาณ 2562 และ ปีงบประมาณ 2565 แนวโน้มการประเมินเพิ่มสูงขึ้น เนื่องมาจากหน่วยงานมีการพัฒนาปรับปรุงระบบจัดการภาวะฉุกเฉินเตรียมพร้อมในด้านกำลังคน ทรัพยากร และระบบการทำงาน การจัดทำแผนระดับต่าง ๆ ในการจัดการภาวะฉุกเฉิน เช่น แผนประกอบกิจการ (Business Continuity Plan) แผนปฏิบัติงานต่อเนื่องสำหรับการทำงานในภาวะฉุกเฉิน แผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (เช่น All Hazard Plan, Hazard Specific Plan) รายงานการประเมินความเสี่ยงจัดลำดับความสำคัญของโรคและภัยในพื้นที่ การเฝ้าระวังติดตามประเมินความเสี่ยง และทบทวนการประเมินความเสี่ยงให้เป็นปัจจุบัน แผนสื่อสารความเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของพรสุรางค์ ราชภักดี และคณะ⁽⁶⁾ พบว่าสมรรถนะที่จำเป็นในการปฏิบัติงานของทีมตระหนักรู้สถานการณ์ ของศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข ที่จำเป็นและสำคัญได้แก่การประเมินความเสี่ยง การประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การจัดทำข้อมูล/ฐานข้อมูล การจัดทำรายงานเสนอผู้บริหาร และผู้ปฏิบัติงานควรมีทักษะในการตรวจสอบข้อมูล การประสานงาน องค์ความรู้ในการสอบสวนโรค องค์ความรู้ การประเมินสถานการณ์ การถอดบทเรียน การจัดทำรายงาน นอกเหนือจากนี้ในการรับการประเมิน ควรมีการทำความเข้าใจเครื่องมือที่ใช้ประเมิน จัดเตรียมเอกสารหลักฐานอย่างเป็นระบบให้สามารถค้นหาและตรวจสอบได้รวดเร็วมากขึ้น

ตัวชี้วัดที่มีผลการประเมินลดลงจากในปีงบประมาณ 2562 เปรียบเทียบกับปีงบประมาณ 2565 พบว่า มีข้อจำกัดที่เกิดจากการเปลี่ยนผู้ปฏิบัติหน้าที่ ผู้ปฏิบัติงานไม่พอเพียงจากการย้ายและเปลี่ยนงาน บางตัวชี้วัดเกิดจากการขาด

ความเชี่ยวชาญในการเตรียมความพร้อมของบุคลากร ผู้ปฏิบัติงาน นอกจากนี้พบว่า เมื่อเกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการวิเคราะห์สถานการณ์ทำให้ผู้ปฏิบัติงานเข้าใจแนวทางไม่ตรงกัน ผู้ปฏิบัติงานยังขาดทักษะการวิเคราะห์สถานการณ์ การวิเคราะห์ความเสี่ยง การประเมินผล เพื่อจัดทำข้อเสนอยุทธศาสตร์ที่เฉพาะเจาะจงแก่ผู้บัญชาการเหตุการณ์ รวมไปถึงการมีภาระงานด้านอื่นที่จำเป็นแทรกเข้าระหว่างการปฏิบัติงาน ซึ่งผู้ปฏิบัติงานควรจัดลำดับความสำคัญของงานแทรก และพบข้อจำกัดการจัดเก็บเอกสารหลักฐานไม่เป็นปัจจุบัน ขาดเอกสารหลักฐานบางส่วนส่งผลให้ไม่มีการจัดเก็บเป็นหลักฐานการดำเนินงาน จนผลการประเมินมีคะแนนลดลง อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาของ ชีรวัฒน์ วลัยเสถียร และคณะ⁽⁷⁾ เสนอว่า เกณฑ์ตัวชี้วัดบางตัวไม่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่หรือมีหลายสมรรถนะที่เครื่องมือนี้วัดไม่ได้หรือไม่ได้วัด ผลการประเมินจึงอาจบ่งบอกความไม่ครบถ้วนของตัวชี้วัดที่กำหนดเท่านั้น ไม่ได้บ่งบอกถึงผลการดำเนินงานที่บกพร่องแต่อย่างใด

และพบว่า ข้อจำกัดของการพัฒนาที่ส่งผลให้ไม่ผ่านเกณฑ์สมรรถนะระดับ 4 เป็นข้อจำกัดด้านระบบงาน ได้แก่ หมวด 5 ข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญ (Critical Information) และหมวด 7 การสื่อสารความเสี่ยง (Risk communication) และการเตือนภัย หมวด 8 การสื่อสารภายในระบบบัญชาการเหตุการณ์ (Incident Command System : ICS) การจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงานที่ละเอียดและครบถ้วนเพื่อให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและด้านสมรรถนะของบุคลากร ได้แก่ หมวด 10 อบรม ฝึกซ้อมและประเมินผล (Training, Exercise and Evaluation) การเสริมสร้างทักษะให้สามารถดำเนินงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ผ่านการซ้อมอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง และประเมินผลสมรรถนะอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของพรสุรางค์ ราชภักดี และคณะ⁽⁶⁾ ได้ศึกษาประสิทธิภาพผลสัมฤทธิ์ของหลักสูตรการฝึกซ้อมแบบจำลองโรค ซึ่งเป็นระบบงานของระบบบัญชาการเหตุการณ์ ในหน่วยงานสคร.2 พิษณุโลก มีสมรรถนะในระดับปานกลาง เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานมีประสบการณ์ทำงานไม่มาก อยู่ในช่วงเรียนรู้จากการ

ปฏิบัติงาน และการศึกษาของ เกสร แถวโนนจิว และคณะ⁽⁸⁾ ประเมินความพร้อมระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินกรณีโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เขตสุขภาพที่ 7 และ ชีรวัฒน์ วลัยเสถียร และคณะ⁽⁷⁾ พบว่า บุคลากรขาดความรู้เกี่ยวกับการจัดการภาวะฉุกเฉินและระบบบัญชาการเหตุการณ์ ขาดความรู้ในการปฏิบัติงาน มีการเปลี่ยนงานบ่อยทั้งผู้ปฏิบัติงานและผู้บริหาร ทำให้ขาดความต่อเนื่องของการดำเนินงาน การยกระดับศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ทำให้บุคลากรเกิดทักษะและความเข้าใจกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมในการพัฒนา ควรมีการถอดบทเรียนหลังการเข้าสู่ภาวะปกติอย่างต่อเนื่องเพื่อให้ระบบการจัดการภาวะฉุกเฉินของหน่วยงานมีความเหมาะสมมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทหน่วยงานมากขึ้น

การศึกษานี้สามารถใช้เป็นกรอบแนวทางเพื่อการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ นำมาปรับระบบการทำงาน และเป็นการพัฒนาสมรรถนะจากการเรียนรู้ในการปฏิบัติงานจริง เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานเห็นแนวทางปฏิบัติงานร่วมกัน มีการจัดถอดบทเรียนการทำงาน จัดการซ้อมแผนอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ วิรัช ประวันเตา และคณะ⁽⁹⁾ และวรรณวิจิตร และคณะ⁽¹⁰⁾ เสนอการถอดบทเรียนและการสอนงานจากการปฏิบัติจริงเพื่อพัฒนาสมรรถนะบุคลากรในทุกภารกิจ รวมไปถึงการปรับปรุงเอกสารให้เป็นปัจจุบัน จัดทำเอกสาร Standard Operating Procedure (SOP) ในการปฏิบัติงานเพื่อให้ทุกงานมีมาตรฐาน ครอบคลุมทุกภารกิจ สื่อสารทั่วทั้งองค์กร การจัดทำแผนเผชิญเหตุให้ครบทุกโรคและภัยสุขภาพทั้ง 5 ด้าน เน้นการนำไปใช้การปฏิบัติงานจริงใจภาคสนามหรือในกลุ่มภารกิจที่ต้องปฏิบัติงาน เพื่อเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ในส่วนประเด็นด้านบุคลากรที่พบว่ามีข้อจำกัดที่เกิดจากการสับเปลี่ยนจากหน่วยงานอื่น และเป็นเจ้าหน้าที่บรรจุใหม่ ขาดประสบการณ์ องค์ความรู้ และทักษะการปฏิบัติงานในศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุข และระบบบัญชาการเหตุการณ์ตามแนวทางที่กรมควบคุมโรคกำหนด อย่างไรก็ตามการดำเนินงานต้องคำนึงถึงบริบทของพื้นที่ที่มีความแตกต่างกันไป ทั้งระบบการบริหารจัดการ วัฒนธรรมองค์กร เป็นต้น

ดังนั้นเกณฑ์ในตัวชี้วัดบางข้ออาจไม่สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ หรือสมรรถนะที่อาจไม่สามารถวัดได้ ดังนั้น ระดับคะแนนจึงเป็นการบอกความไม่ครบถ้วนตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่กำหนด แต่ไม่ได้บ่งบอกถึงผลการดำเนินงานที่บกพร่องแต่อย่างใด ทั้งนี้ อาจมีข้อจำกัดในการรวบรวม จัดเก็บ เอกสาร รายงาน ปรับปรุงและเผยแพร่ให้เป็นปัจจุบัน เช่น แผนการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน คู่มือ ขั้นตอนการปฏิบัติงาน แบบฟอร์ม template แนวทาง และหนังสือราชการที่แสดงให้เห็นถึงการปฏิบัติงาน รวมถึงหลักฐานการเผยแพร่เอกสาร เป็นต้น ทำให้ขาดหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อใช้เป็นเอกสารประกอบการประเมิน ดังนั้นหน่วยงานจึงได้มีการทำความเข้าใจในเครื่องมือ และจัดเตรียมเอกสารหลักฐานอย่างเป็นระบบมากขึ้นเพื่อให้สามารถค้นหาและตรวจสอบได้รวดเร็ว การรับการประเมินจากคณะกรรมการภายนอกมีความสำคัญ และเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานรับการประเมิน เนื่องจากทำให้บุคคลมีความตื่นตัวและร่วมกันทบทวนผลการดำเนินงานเพื่อรวบรวมเอกสาร และค้นพบช่องว่างที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน รวมถึงต่อยอดการมองมุมมองอื่น ๆ เพื่อการพัฒนาในอนาคตต่อไป สามารถนำมาวางแผนการพัฒนาศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินในอนาคตได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อจำกัด

1. การประเมินจากคณะกรรมการภายนอกกรมควบคุมโรคไม่สามารถดำเนินการต่อเนื่องได้ทุกปี เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19
2. คณะกรรมการประเมินจากภายนอกกรมควบคุมโรคในปีงบประมาณ 2562 และปีงบประมาณ 2565 เป็นบุคลากรคนละท่าน อาจมีผลต่อการประเมินไม่มากนัก
3. ระหว่างปี พ.ศ. 2562 - 2565 การประเมินศูนย์ปฏิบัติการฯ ดำเนินการโดย ผู้รับผิดชอบงานจากกลุ่มระบาดวิทยาและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขจัดทำประเมินตัวเอง (self-assessment) แทนการรับการประเมินจากคณะกรรมการภายนอก จึงอาจทำให้ไม่เห็นจุดบกพร่อง หรือข้อจำกัดบางประการ

4. มีการเปลี่ยนผู้รับผิดชอบงาน ผู้ปฏิบัติงานขาดประสบการณ์ในการจัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน SOP การจัดเก็บเอกสารไม่เป็นระบบและบางส่วนไม่ครบถ้วน การจัดทำเอกสารไม่ต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

1. การประเมินศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขของหน่วยงาน ประยุกต์ใช้ได้กับหน่วยงานระดับจังหวัด ในพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อการเตรียมความพร้อมและใช้เป็นกรอบแนวทางในการพัฒนาสมรรถนะศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉินโดยคำนึงถึงบริบท เขตพื้นที่วัฒนธรรมองค์กร และระบบการบริหารจัดการ ควรดำเนินการเป็นประจำทุกปีและต่อเนื่อง ช่วยให้อุคลากรมีความตื่นตัวร่วมกันทบทวนผลงานที่ผ่านมา และค้นพบช่องว่างในการพัฒนาต่อยอดในมุมมองอื่น ๆ เพื่อนำผลประเมินมาใช้ในการปรับปรุง พัฒนา กระบวนการปฏิบัติงาน กำหนดแนวทางการดำเนินงานของหน่วยงาน และสนับสนุนการปฏิบัติงานในภาวะฉุกเฉินสำหรับการตอบโต้การระบาดของโรคและภัยสุขภาพให้มีประสิทธิภาพและเกิดประสิทธิผลสูงสุด

2. ควรมีการเร่งรัดการวางแผนพัฒนา 3 หมวดหลัก ได้แก่ ด้านกำลังคน (Staff) พัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานทุกระดับให้มีความเชี่ยวชาญตามบทบาทภารกิจตามที่คาดหวัง สร้างความมั่นใจในการปฏิบัติงาน พร้อมไปกับการเรียนรู้การปฏิบัติงานด้านอื่นๆที่หลากหลาย เตรียมความพร้อมในการปฏิบัติงานตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน ด้านทรัพยากร (Stuff) ได้แก่ โครงสร้างพื้นฐาน กรอบโครงสร้างการทำงาน และข้อมูลสารสนเทศที่สำคัญ และด้านระบบการทำงาน (System) ได้แก่ การจัดทำมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard Operating Procedure, SOP) และทบทวนแผนชนิดต่าง ๆ ในการตอบโต้ภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขอย่างมีคุณภาพ สำหรับใช้ในการปฏิบัติงานเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกันและสอดคล้องกับการปฏิบัติงานจริง เช่น การจัดทำแผนเผชิญเหตุสำหรับทุกภารกิจ ที่มุ่งเน้นกิจกรรมการปฏิบัติและใช้ปฏิบัติได้จริงในงานภาคสนาม การซ้อมแผนอย่างต่อเนื่อง

3. ควรมีการพัฒนากระบวนการข้อมูล/การนำเสนอรูปแบบต่าง ๆ ในการปฏิบัติงานเพื่อผู้บริหารใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจได้อย่างรวดเร็ว และสามารถบริหารทรัพยากรได้อย่างพอเพียง จัดอัตรากำลังคนตามบทบาทหน้าที่ให้เพียงพอต่อภาระงาน ลดงานไม่จำเป็นลง เตรียมการด้านงบประมาณที่มีความแตกต่างจากภาวะปกติ ซึ่งต้องมีความคล่องตัวในการบริหารจัดการ

4. บูรณาการระหว่างหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เพื่อสนับสนุนการทำงาน พัฒนาระบบเพื่อสร้างความมั่นคง สร้างความยั่งยืนและวางแผนรองรับการระบาดของโรคและภัยสุขภาพในครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. The Global Health Security Agenda. Global Health Security Agenda (GHSA) 2024 framework [Internet]. 2018 [cited 2022 Oct 15]. Available from: <https://ghsa2024.files.wordpress.com/2019/11/ghsa-2024-framework.pdf>
2. Division of Disease Control in Emergency Situations. Emergency Public Health Event Management Development Guide: Event Notification System and Emergency Operations Center. Department of Disease Control (TH). 2015 (in Thai)
3. Division of Disease Control in Emergency Situations. EOC Assessment Tool. Nonthaburi : Department of Disease Control (TH); 2022. (in Thai)
4. Division of Disease Control in Emergency Situations. EOC assessment report of Disease Prevention and Control Region 4, Saraburi, Department of Disease control, 2019. Nonthaburi : Department of Disease Control (TH); 2019 (in Thai)
5. Division of Disease Control in Emergency Situations. EOC assessment report of Disease Prevention and Control Region 4, Saraburi, Department of Disease control, 2022. Nonthaburi : Department of Disease Control (TH); 2022 (in Thai)
6. Radchapakdee P. Tidthian U. Gunvihok T. Effectiveness Evaluation of Situation Awareness Team (SAT) and Joint Investigation Team (JIT) the Office of Disease Prevention and Control Region 2, Phitsanulok Province. Academic Journal of Science and Applied Science 2022;2022(1): 1-10. (in Thai)
7. Valaisathien T. Silaporn P. Mongkonsin C. Chantaluk S. Assessment of capability of public health Emergency Operations Center (EOC), Office of Disease Prevention and Control Region 7, Khon Kaen, Department of Disease Control, Fiscal Year 2019. Dis Control J 2020; 46(4): 528-39. (in Thai)
8. Thaewnongiew K. Mongkonsin C. Klungburum W. Evaluation of preparedness for public health emergency response at provincial and district level of Health Inspection Region 7: case study of Zika virus epidemic, 2016. Dis Control J 2017;43(4): 448-59. (in Thai)
9. Prawantao V. Radchapakdee P. Uttamangkaphong S. Development of Emergency Operations Center (EOC) and Incident Command System (ICS) in Response to Public Health Emergencies in the Context of Coronavirus Disease 2019 in Health Zone 2, Phitsanulok. Dis Control J 2021; 47(2): 396-408. (in Thai)
10. Wijit W. Tidthian U. Thosiriphokawa P. Evaluation of Public Health Emergency Management System of the Office of Disease Prevention and Control Region 2 Phitsanulok 2019-2021. Journal of the office of DPC7 Khon Kaen 2022; 29(3): 1-13. (in Thai)



วารสารการแพทย์และสาธารณสุขเขต 4

Office of Disease Prevention and Control, Region 4 Saraburi

<https://he01.tci-thaijo.org/index.php/JMPH4/index>

การพัฒนาแบบการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี

The Development of food safety on Natural Farming Model by the quality of life at District level mechanism, Thawung District, Lophuri Province

กมลวรรณ ชาทิทองคำ*, จีรารัตน์ จงประเสริฐ

Kamonwun Chatthongkham*, Jeerarat Chongprasert

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี

Lopburi Provincial Public Health Office

*Corresponding author: dangchat65@gmail.com

Received: February 26, 2024 Revised: September 18, 2024 Accepted: September 24, 2024

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (PAR : Participation Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์พัฒนาแบบ และข้อเสนอแนะทางการขับเคลื่อนสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตาม วิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในพื้นที่อื่น แบ่งเป็น 3 ระยะ คือระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ปัจจุบัน ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอท่าม่วง จำนวน 21 คน และ ประธาน อสม.ระดับหมู่บ้าน จำนวน 128 คน ระยะที่ 2 การพัฒนาแบบ ระยะที่ 3 ถอดบทเรียน โดยระยะที่ 2 และ 3 ผู้ร่วมวิจัยทั้งสิ้น 40 คน ผลการวิจัยพบว่า สถานการณ์ความปลอดภัยด้านอาหาร พบสารเคมีตกค้างในเลือดเกษตรกรและผลผลิตทางการเกษตร อยู่ในระดับไม่ปลอดภัย การพัฒนาแบบการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ 4 ขั้นตอน พบว่า 1) ปัญหาการเกษตรโดยใช้สารเคมีมีผลกระทบต่อสุขภาพ, เศรษฐกิจ, สิ่งแวดล้อม และสังคม ปัญหาการขับเคลื่อนด้านการบูรณาการแผนและการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง, การสนับสนุนทรัพยากรและองค์ความรู้ด้านวิชาการ 2) แผนการแก้ไขปัญหา ได้แก่ ชี้นำสร้าง ความเข้าใจและความร่วมมือ, สร้างต้นแบบ, ลงมือปฏิบัติ, ขยายผล, กำกับติดตาม และ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ 3) นำแผนสู่การปฏิบัติได้ครบทุกกิจกรรม 4) ประเมินผล บรรลุผลตามตัวชี้วัดและตามแผนปฏิบัติการ ร้อยละ 100 ผลการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE อยู่ในขั้นที่ 5 ($\bar{X} = 4.61$) ข้อเสนอแนะทางการขับเคลื่อนในพื้นที่อื่น คือ การสร้างคณะทำงานทั้งระดับอำเภอและตำบล ที่ครอบคลุมทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชน

คำสำคัญ: กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ, วิถีเกษตรธรรมชาติ, ความปลอดภัยด้านอาหาร, องค์ประกอบ UCCARE

Abstract

This research is participation action research (PAR) has the objective to study the situation, developed models, and the proposed guidelines for driving in creating food safety according to natural farming methods with a quality-of-life development mechanism at the district level to other areas. It is divided into 3 phases: Phase 1 is a study of the current situation. The population and sample were the District Quality of Life Development Committee, Tha Wung District, with totaling 21 persons and the Chairman of village health volunteers (VHV), with totaling 128 persons. Phase 2 is the development of model and Phase 3 is the lessons learned in Phases 2 and 3; There are 40 co-researchers. The research results found that the situation in food safety chemical residues in farmers' blood and agricultural products was found to be at an unsafe level. The process of creating safety food according to natural agricultural methods with a mechanism for improving the quality of life at the district level in 4 steps as follows: 1) Problem conditions, effects of agriculture using chemicals on people's quality of life, were health, economic, environmental, and social. These problems were found in driving the creation of food safety according to natural agricultural methods that were Integrating plans and participation of relevant agencies, supporting of resource, knowledge and academics. 2) The problem-solving plan consisting: clarification in creating with understanding and cooperation, creating prototypes, implementing, expanding results, monitoring and organizing a forum for knowledge sharing. 3) The plan is Implemented for all activities 4) Evaluation: 100 percent of the results was achieved according to indicators and action plan and the evaluation results according to the UCCARE components were at step 5 ($\bar{X} = 4.61$). The proposed guidelines for driving in other areas are working groups who should be created at both the district and sub-district levels covering government agencies, the private sector, and the public.

Keywords: Mechanisms for improving the quality of life at the district level, natural farming methods, food safety, UCCARE components

บทนำ

สถานการณ์การใช้สารเคมีทางการเกษตรส่งผลกระทบต่อสุขภาพทั้งในกลุ่มเกษตรกร และกลุ่มผู้บริโภค จากการแถลงผลการตรวจสอบการกำจัดศัตรูพืชของ Thai-PAN ในปี 2562 จากการสุ่มเก็บตัวอย่างผัก 15 ชนิด รวม 178 ตัวอย่าง และผลไม้ 9 ชนิด รวม 108 ตัวอย่าง พบว่า ผัก ร้อยละ 40 มีสารเคมีตกค้างเกินกว่ามาตรฐาน และผลไม้ ร้อยละ 43 มีสารเคมีตกค้างเกินกว่ามาตรฐาน และในปี 2563 ได้สุ่มตรวจผักไฮโดรโปนิคส์ จำนวน 52 ตัวอย่าง พบการตกค้างเกินค่ามาตรฐาน 30 ตัวอย่าง คิดเป็น ร้อยละ 57.7⁽¹⁾ จากข้อมูลดังกล่าว หากคนไทยไม่มีทางเลือกในการบริโภคอาหารที่ปลอดภัย จะส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่เกิดจากการรับประทานอาหารที่มีสารเคมีตกค้าง โดยเฉพาะผัก ผลไม้ มีผลต่อสุขภาพตั้งแต่การเวียนศีรษะ อาเจียน เป็นพิษต่อระบบประสาท และทำให้เกิดมะเร็งได้ ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับชนิดและปริมาณของสารกำจัดแมลงและ

ศัตรูพืชที่ใช้⁽²⁾ ซึ่งสอดคล้องกับบทความของสำนักงานมาตรฐานสินค้าเกษตรและอาหารแห่งชาติ (มกอช.) ที่กล่าวถึงรายงานขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ระบุว่า “ในแต่ละปีมีผู้เสียชีวิตจากการได้รับพิษจากสารกำจัดศัตรูพืชเฉียบพลันถึง 350,000 ราย โดยยังไม่รวมผู้ที่เสียชีวิตจากโรคมะเร็ง หรือโรคเรื้อรังอื่นๆ จากการได้รับสารเคมีดังกล่าว และผลการประเมินการได้รับสารในระยะยาวพบจำนวนผู้ป่วยที่เป็นโรคมะเร็งแต่ละปีเพิ่มขึ้นถึง 750,000 คน ซึ่งจากสถิติส่วนใหญ่อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา”⁽³⁾ ข้อมูลดังกล่าวมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาด้านสุขภาพของคนไทย ที่พบว่า โรคไม่ติดต่อที่เป็นสาเหตุ การตายลำดับแรกของคนไทย คือ โรคมะเร็งรวมทุกประเภท⁽⁴⁾ การเกษตรที่ไม่ใช้สารเคมี เช่น เกษตรอินทรีย์ หรือ เกษตรธรรมชาติ เป็นความหวังและสร้างความมั่นใจให้กับคนไทย ในการบริโภคผัก ผลไม้ปลอดสารเคมี

ที่ไม่เป็นอันตรายต่อร่างกาย นำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดี แต่เกษตรกรอินทรีย์หรือเกษตรธรรมชาติในปัจจุบันเกษตรกรมักไม่นิยม เนื่องจากขาดการสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐที่ชัดเจน และเกษตรกรขาดองค์ความรู้ ประกอบกับการเกษตรดังกล่าวมีขั้นตอนกระบวนการที่ใช้เวลานาน ยุ่งยาก และผลผลิตที่ได้มักจะไม่ได้ตามความคาดหวัง ทำให้เกษตรกรบางรายต้องหันมาใช้สารเคมีใหม่ เกิดความไม่ยั่งยืน ประชาชนผู้บริโภคที่รักสุขภาพและนิยมบริโภคผักปลอดสารพิษ ต้องซื้อผัก ผลไม้ในราคาแพง และหาแหล่งซื้อได้ยากขึ้น ปัญหาดังกล่าวจำเป็นต้องได้รับการแก้ไข โดยการมีส่วนร่วมของหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และความร่วมมือของประชาชน ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561⁽⁵⁾ จังหวัดลพบุรี มี 11 อำเภอ มีจำนวนประชากรตามฐานข้อมูล HDC สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลพบุรี ปี 2565 จำนวน 739,473 คน⁽⁶⁾ ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพด้านกสิกรรมเป็นหลัก โดยมีพื้นที่การเกษตรที่ใช้เพื่อการเพาะปลูกเศรษฐกิจ คือ ข้าว อ้อย ข้าวโพด และมันสำปะหลัง⁽⁷⁾ และใช้สารเคมีเพื่อเพิ่มผลผลิต เป็นปัญหาที่สำคัญส่งผลกระทบต่อทั้งสิ่งแวดล้อมและสุขภาพของประชาชนชาวจังหวัดลพบุรี ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสาเหตุการตายของประชากรจังหวัดลพบุรี ตั้งแต่ปี 2561 - 2564 พบว่า สาเหตุการตายจากโรคมะเร็งเป็นอันดับที่ 1 ทุกปี คือ อัตรา 131.8, 132.8, 136.3 และ 135.4 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ⁽⁸⁾ การแก้ไขปัญหาในระดับอำเภอ ใช้กลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) เป็นกลไกสำคัญในการแก้ไขปัญหาและพัฒนาคุณภาพชีวิตในระดับพื้นที่ ซึ่งประเด็นปัญหาด้านอาหารปลอดภัย : ส่งเสริมประชาชนทำการเกษตรไม่ใช้สารเคมี (เกษตรอินทรีย์ หรือ เกษตรธรรมชาติ) เป็นประเด็นปัญหาที่อำเภอนำมาแก้ไขมากที่สุด โดยส่วนใหญ่เป็นการแก้ไขปัญหาด้วยการขับเคลื่อนเกษตรอินทรีย์ แต่สำหรับอำเภอท่าม่วง ใช้วิถีเกษตรธรรมชาติ ที่ไม่ใช้สารเคมีและปุ๋ยบำรุงพืช ให้ความสำคัญในขั้นตอนการเตรียมดินก่อนปลูก เริ่มต้นจากการปลูกไว้รับประทานเอง เหลือจึงนำไปจำหน่าย ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาและ

พัฒนารูปแบบการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี
3. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่อื่น

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR : Participation Action Research) ระยะเวลาในการวิจัยตั้งแต่เดือน สิงหาคม 2565 ถึงเดือน กุมภาพันธ์ 2566 แบ่งการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ปัจจุบันการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอท่าม่วง ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ (Mixed Method) การคัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างในเชิงปริมาณและคุณภาพใช้แบบเจาะจง (Purposive Sampling) **เชิงปริมาณ** ระบุเป็น 1) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอท่าม่วง ที่ได้รับการแต่งตั้งตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561⁽⁹⁾ วาระปี 2563 - 2564 จำนวน 21 คน 2) ประธานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทุกหมู่บ้าน ในอำเภอท่าม่วง จำนวน 128 คน และ 3) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ที่ได้รับการแต่งตั้งจากนายอำเภอ และทำหน้าที่เป็นประธาน รองประธาน เลขานุการและผู้ช่วยเลขานุการ จำนวน 11 ตำบล รวม 37 คน **เชิงคุณภาพ** คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญระบุเป็นคณะกรรมการ พชอ. และ พชด. โดยคัดเลือกผู้แทนคณะกรรมการ พชอ.

หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ภาคส่วนละ 2 คน เลขาธิการคณะกรรมการ พชอ. จำนวน 2 คน และ เลขาธิการคณะกรรมการ พชต. จำนวน 11 คน รวม 19 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ระยะที่ 1 เชิงปริมาณ

1) แบบทดสอบความเข้าใจในหลักการและแนวคิด การพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561⁽⁹⁾ แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย 0 = ไม่เข้าใจ, 0.01 - 2.00 = น้อยมาก, 2.01 - 4.00 = น้อย, 4.01 - 6.00 = ปานกลาง, 6.01 - 8.00 = มาก, 8.01 - 10.00 = มากที่สุด 2) แบบสอบถาม การรับรู้การสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ (questionnaire From) ผู้วิจัยสร้างขึ้นมาจากค่าความเชื่อมั่น (Reliability Cronbach's Alpha) = 0.94 แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย 0 = ไม่รับรู้, 0.01 - 1.00 = รับรู้น้อยที่สุด, 1.01 - 2.00 = รับรู้น้อย, 2.01 - 3.00 = รับรู้ปานกลาง, 3.01 - 4.00 = รับรู้มาก, 4.01 - 5.00 = รับรู้มากที่สุด **เชิงคุณภาพ** 1) แบบสังเกตการณ์ (Observation From) เป็นการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม 2) แบบบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม (Focus Group) 6 ประเด็น ประกอบด้วย การสร้างคณะทำงาน การเลือกกลุ่มเป้าหมาย การวางแผน การสนับสนุน การกำกับติดตาม และปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ

วิธีการรวบรวมข้อมูล เชิงปริมาณ 1) เก็บข้อมูลจากเอกสารรายงานผลตรวจสารเคมีตกค้างในเลือดเกษตรกร ผลผลิตทางการเกษตร และผลการประเมินการดำเนินงานตามองค์ประกอบ UCCARE⁽¹⁰⁾ 2) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความเข้าใจในหลักการและแนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ และแบบสอบถาม การรับรู้การสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ (questionnaire From) โดยชี้แจงสร้างความเข้าใจก่อนให้ตอบแบบทดสอบและแบบสอบถามด้วยตนเอง และเชิงคุณภาพโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) โดยผู้วิจัยหลักเป็นผู้นำการสนทนา ถามคำถาม 6 ประเด็นตามที่กำหนด ผู้ช่วยผู้วิจัยบันทึกการประชุม บันทึกเสียง และบันทึกภาพ ไว้เป็นหลักฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอท่าม่วง จังหวัดกาญจนบุรี เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้วิธีวิจัยแบบมีส่วนร่วม (PAR : Participation Action Research) แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและเลือกรูปแบบ ขั้นตอนที่ 2 จัดทำแผนแก้ไขปัญหาด้านรูปแบบ ขั้นตอนที่ 3 การนำแผนสู่การปฏิบัติ และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผล⁽¹¹⁾

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง **เชิงคุณภาพ** คัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยพิจารณาจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ และเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ จำนวน 40 คน ประกอบด้วย 1) คณะกรรมการ พชอ. ทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และประชาชน 10 คน 2) เลขาธิการคณะกรรมการ พชต. 13 คน 3) แกนนำแปลงสาธิตเกษตรธรรมชาติ 10 คน 4) คนต้นแบบเกษตรธรรมชาติ 5 คน 5) ตัวแทนมูลนิธิเอ็มโออไทย สาขาจังหวัดกาญจนบุรี 2 คน **เชิงปริมาณ** คัดเลือกประชากรและกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยระบุเป็น 1) คนต้นแบบที่เป็นกลุ่มเป้าหมายทุกคน จำนวน 128 คน 2) แกนนำแปลงสาธิตต้นแบบทุกแปลง จำนวน 10 คน และ 3) คณะกรรมการ พชอ. (ประกอบด้วย ประธาน เลขาธิการ คณะกรรมการภาครัฐ เอกชน และประชาชน) จำนวน 8 คน และเลขาธิการคณะกรรมการ พชต. ทุกคณะ จำนวน 13 คน รวม 21 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามประเด็นการวิจัย **เชิงคุณภาพ** ได้แก่ 1) แบบบันทึกการประชุมระดมสมองวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญห 2) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม (Focus Group) 4 ประเด็น คือ ผลสำเร็จ ปัญหาอุปสรรค ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

และรูปแบบการประเมินที่ดี 3) แบบบันทึกสังเกตการณ์ แบบไม่มีส่วนร่วมและมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน 4) แบบประเมินผลการปฏิบัติตามแผน **เชิงปริมาณ** ได้แก่ 1) แบบสอบถามความพึงพอใจบุคคลต้นแบบและแปลงสาริตต้นแบบ ค่าความเชื่อมั่น (Reliability Cronbach's Alpha) = 0.96 แปลผลโดยใช้ค่าเฉลี่ย 4.51 - 5.00 หมายถึง พึงพอใจระดับมากที่สุด, ค่าเฉลี่ย 3.51 - 4.50 หมายถึง พึงพอใจระดับมาก, ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.50 หมายถึง พึงพอใจระดับปานกลาง, ค่าเฉลี่ย 1.51 - 2.50 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อย, ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.50 หมายถึง พึงพอใจระดับน้อยที่สุด และ 2) แบบประเมินผลการดำเนินงานตามองค์ประกอบ UCCARE นำมาจาก Template ตัวชี้วัดตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ปี 2562 - 2565⁽¹⁰⁾

วิธีการรวบรวมข้อมูล เชิงคุณภาพ ใช้วิธีการประชุมระดมสมอง การสนทนากลุ่ม (Focus Group) และการสัมภาษณ์ โดยผู้วิจัยหลักเป็นผู้ดำเนินการตามประเด็นที่กำหนด และผู้ช่วยผู้วิจัยบันทึกการประชุม บันทึกเสียง และบันทึกภาพไว้เป็นหลักฐาน **เชิงปริมาณ** ประเมินความพึงพอใจโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งแจ้งสร้างความเข้าใจก่อนให้ตอบสอบถามด้วยตนเอง สำหรับการประเมินผลการดำเนินงานตามองค์ประกอบ UCCARE ใช้วิธีการสัมภาษณ์โดยผู้วิจัยหลัก

การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 3 ถอดบทเรียนการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่อื่น เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ โดยการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น

ประชากรศึกษา คัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยเป็นกลุ่มเดียวกับระยะที่ 2 ที่เข้าร่วมกระบวนการวิจัยตั้งแต่ขั้นตอนแรกจนถึงขั้นตอนสุดท้าย จำนวน 40 คน ประกอบด้วย คณะกรรมการ พชอ. ทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และ ประชาชน ที่รับผิดชอบการขับเคลื่อนวิถีเกษตรธรรมชาติ จำนวน 10 คน, เลขาคณะกรรมการ พชต. จำนวน 13 คน, แกนนำแปลงสาธิตเกษตรธรรมชาติ จำนวน 10 คน, ประธาน อสม.ประจำหมู่บ้านที่เป็นต้นแบบเกษตรธรรมชาติ จำนวน 5 คน, ตัวแทนมูลนิธิเอ็มโอเอไทย สาขาจังหวัดลพบุรี จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบบันทึกการประชุมถอดบทเรียน ประกอบด้วย 1) ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงาน 2) ปัจจัยแห่งความสำเร็จ 3) ข้อเสนอแนะแนวทางการดำเนินงาน

วิธีการรวบรวมข้อมูล โดยการประชุมถอดบทเรียนการสร้างความปลอดภัยด้านอาหาร ตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอท่าม่วง มีผู้วิจัยหลักเป็นผู้ดำเนินการ ถอดบทเรียนและผู้ช่วยผู้วิจัยบันทึกการประชุม บันทึกเสียง และบันทึกภาพ ไว้เป็นหลักฐาน

การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) เป็นจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน เชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

งานวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองผลการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช จังหวัดลพบุรี วันที่ 9 สิงหาคม พ.ศ. 2565 ถึงวันที่ 8 สิงหาคม พ.ศ. 2566 รหัสงานวิจัย KNH 13/2565

ผลการศึกษา

1. สถานการณ์ปัจจุบันการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี พบว่า

1.1 สถานการณ์ความปลอดภัยด้านอาหารตั้งแต่ปี 2562 - 2564 เกษตรกรมีสารเคมีตกค้างในเลือด

อยู่ในระดับไม่ปลอดภัย ทั้ง 3 ปี ร้อยละ 37.93, 62.73 และ 60 ตามลำดับ พบสารเคมีตกค้างในผลผลิตทางการเกษตร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่ปลอดภัย โดยพบไม่ปลอดภัยมากที่สุดในปี 2563 ร้อยละ 62.73 รองลงมา ปี 2564 ร้อยละ 60.00 และพบสาเหตุการตาย ส่วนใหญ่มาจากมะเร็งทุกชนิดเป็นอันดับ 1 ทั้ง 3 ปี คือ อัตรา 131. 41, 141.99 และ 116.37 ต่อแสนประชากรตามลำดับ

1.2 กระบวนการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอท่าเรือ พบว่า มีการสร้างคณะทำงานทั้งระดับอำเภอและตำบล โดยในระดับอำเภอ คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอท่าเรือ (คกก.พชอ.) มีองค์ประกอบครบถ้วนตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 สำหรับระดับตำบล คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (คกก.พชต.) มีองค์ประกอบคือนายกองค์การบริหารส่วนตำบล เป็น ประธาน มีกำนันในตำบลนั้น เป็นรองประธาน มีผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นเลขานุการ โดย คกก.พชอ.เป็นผู้กำหนดประเด็นปัญหา (One District One Project : ODOP) และถ่ายทอดการปฏิบัติในการแก้ไขปัญหาสู่คกก.พชต.มีการเลือกกลุ่มเป้าหมาย คือ การสร้างแปลงสาธิตดินแบบ มุ่งไปที่หน่วยงานภาครัฐที่มีความพร้อมและ

สนใจ โดยมีการวางแผนการสนับสนุนและบริหารจัดการการแก้ไขปัญหาภาพรวมระดับอำเภอ โดยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอท่าเรือ มีการประสานหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ให้การสนับสนุนด้านวิชาการ งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาและมีการกำกับ ติดตามการดำเนินงานผ่านเวทีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอท่าเรือ แต่ไม่ต่อเนื่องเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของ COVID-19

1.3 ผลการประเมินตนเองตามองค์ประกอบ UCCARE 5 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 มีแนวทางที่ชัดเจน ระดับที่ 2 มีการขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้น ระดับที่ 3 ดำเนินการอย่างเป็นระบบ ระดับที่ 4 มีการทบทวนประเมินผลและปรับปรุง ระดับที่ 5 มีการบูรณาการการพัฒนาใหม่เข้าสู่ระบบงานหลักขององค์กร ผลการประเมินพบว่า ทุกองค์ประกอบผ่านเกณฑ์ระดับ 3 ขึ้นไป

1.4 ความเข้าใจแนวคิดและหลักการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวน 58 คน มีความเข้าใจในหลักการ แนวคิดการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ.2561 คะแนนเฉลี่ย 6.88 คะแนน (คะแนนเต็ม 10 คะแนน) อยู่ในระดับมาก รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความเข้าใจแนวคิดและหลักการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (N = 58)

ประเด็นคำถาม	ผลการทดสอบ		
	(คะแนนเต็ม 10 คะแนน)		
	$\bar{X}$ (คนที่ตอบถูก)	S.D.	ระดับ
1. ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับ อำเภอ(พชอ.) คือ สาธารณสุขอำเภอ	1.21	3.29	น้อย
2. ฝ่ายเลขานุการคณะกรรมการ พชอ. เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขท่านนั้น เพราะเป็นเจ้าของเรื่อง	5.52	5.02	ปานกลาง
3. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีชื่อย่อว่า คพอ.	5.34	5.03	ปานกลาง
4. คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) สามารถแต่งตั้ง คณะอนุกรรมการหรือคณะทำงาน เพื่อบริหารให้ดำเนินการแก้ไขปัญหารายประเด็นได้	9.66	1.84	มากที่สุด

ตารางที่ 1 ผลการทดสอบความเข้าใจแนวคิดและหลักการการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (N = 58) (ต่อ)

ประเด็นคำถาม	ผลการทดสอบ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)		
	$\bar{X}$ (คนที่ตอบถูก)	S.D.	ระดับ
5. เป้าหมายของการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ คือ การบูรณาการร่วมกันระหว่าง หน่วยงานของรัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นองค์รวม	9.83	1.31	มากที่สุด
6. กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ที่สำคัญ คือ การมีส่วนร่วม การบูรณาการ และการแชร์ทรัพยากร ของหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน	9.83	1.31	มากที่สุด
7. ประเด็นปัญหาของพื้นที่ (ODOP) เกิดจากการมีส่วนร่วมวิเคราะห์และตัดสินใจของคณะกรรมการทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน	9.48	2.23	มากที่สุด
8. ภาคส่วนที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คือ หน่วยงานภาครัฐ	2.07	4.09	น้อย
9. การพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนเป็นหน้าที่ของหน่วยงานภาครัฐ ฝ่ายเดียว ประชาชนเป็นผู้รับบริการ	6.03	4.93	มาก
10 คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอมี บทบาทในการกำกับ ติดตามและประเมินผลการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้เป็นไปตามเป้าหมาย และแผนที่วางไว้	9.83	1.31	มากที่สุด
รวม	6.88	3.04	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า คณะกรรมการมีความเข้าใจน้อย ในประเด็นคำถามที่ 1 ประธานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คือ สาธารณสุขอำเภอ ค่าเฉลี่ย 1.21 และคำถามที่ 8 ภาคส่วนที่มีบทบาทสำคัญที่สุดในการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) คือ หน่วยงานภาครัฐ คะแนนเฉลี่ย 2.07

1.5 การรับรู้ของประชาชนอำเภอท่าวุ้ง กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 128 คน มีการรับรู้ว่ามีโครงการสร้างความปลอดภัย

ด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติในหมู่บ้าน/ชุมชน จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 93.75 ผลการรับรู้ 5 ระดับ พบว่า รับรู้มากที่สุดในประเด็นประโยชน์ที่จะได้รับจากโครงการ ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 4.23 และรับรู้่น้อยที่สุด คือ การประเมินผลโครงการ อยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.23 รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้การดำเนิน โครงการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.)

ประเด็นการรับรู้	$\bar{X}$ (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	S.D.	ระดับการรับรู้
1. การเลือกกลุ่มเป้าหมาย	4.22	0.57	มาก
2. ขั้นตอน/วิธีการดำเนินโครงการ	3.67	0.60	มาก

ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้การดำเนินโครงการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) (ต่อ)

ประเด็นการรับรู้	$\bar{X}$ (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	S.D.	ระดับการรับรู้
3. การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน	3.25	0.45	ปานกลาง
4. การสนับสนุนจากหน่วยงานภาครัฐ และเอกชน	3.65	0.63	มาก
5. การประเมินผลโครงการ	3.23	0.42	ปานกลาง
6. ประโยชน์ที่จะได้รับจากโครงการ	4.23	0.54	มาก

2. การพัฒนารูปแบบการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR: Participation Action Research) แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอน สรุปผลการวิจัยได้ดังนี้

2.1 วิเคราะห์สภาพปัญหาการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ พบว่าผลกระทบการเกษตรโดยใช้สารเคมีต่อคุณภาพชีวิตประชาชนอำเภอท่าม่วง เรียงลำดับดังนี้ 1) ด้านสุขภาพ 2) ด้านเศรษฐกิจ 3) ด้านสิ่งแวดล้อม และ 4) ด้านสังคม และ ปัญหาการขับเคลื่อนการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เรียงลำดับดังนี้ 1) ด้านการบูรณาการแผนของหน่วยงานภาครัฐ และ ด้านการสนับสนุนทรัพยากร (คน เงิน ของ) 2) ด้านการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ พชอ. ทุกภาคส่วน 3) ด้านการสนับสนุนองค์ความรู้ และวิชาการ

2.2 แผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหา ตามองค์ประกอบ 3P (Purpose, Process, Performance) ⁽¹²⁾ ดังนี้

2.2.1 เป้าหมาย (Purpose) คือ สร้างคนต้นแบบเกษตรธรรมชาติ เลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจง โดยคัดเลือกบุคคลที่เป็นแกนนำด้านสุขภาพ คือ ประธาน อสม. หมู่บ้านทุกหมู่บ้าน จำนวน 128 คน และ สร้างแปลงสาธิตต้นแบบเกษตรธรรมชาติ โดยเลือกหน่วยงานที่สนใจ จำนวน 10 หน่วยงาน ได้แก่ รพ.ท่าม่วง, รพ.สต. หนองปลาตุก, รร.หนองปลาตุก, รพ.สต.บางลี่, รร.บางลี่, รพ.สต.วัดเกตุ,

รพ.สต.หัวสำโรง, รร.หัวสำโรง, รพ.สต.โคกสตุล และ รพ.สต. มุจลินทร์

2.2.2 กระบวนการ (Process) มี 5 กิจกรรม ระยะเวลา เดือนสิงหาคม 2565 ถึงเดือนตุลาคม 2565 ได้แก่ 1) ชี้แจงสร้างความเข้าใจและความร่วมมือประชาชนในการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ในชุมชน ทางเสียงตามสาย และบูรณาการกับการประชุมประชาคมหมู่บ้าน 2) สร้างต้นแบบเกษตรกรวิถีธรรมชาติ ผู้การเรียนรู้ในชุมชน โดยสร้างความเข้าใจและพัฒนาองค์ความรู้วิถีเกษตรธรรมชาติ แก่คนต้นแบบและแปลงสาธิตต้นแบบ และลงมือปฏิบัติเกษตรธรรมชาติ 3) ขยายผล 4) กำกับติดตาม และ 5) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้โดยกำหนดหน่วยงานภาครัฐรับผิดชอบอย่างชัดเจน

2.2.3 ผลผลิตและผลลัพธ์ที่ต้องการ (Performance) ประกอบด้วย 1) มีคนต้นแบบการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน 128 คน 2) มีแปลงสาธิตต้นแบบการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติที่ให้ผู้สนใจสามารถเข้าไปเรียนรู้ได้ จำนวน 10 แปลง 3) มีถนนแคบ ครอบคลุมตามเป้าหมายที่กำหนด และประชาชนเป็นเจ้าของร่วมกัน ช่วยกันดูแล และเก็บเกี่ยวผลผลิตได้ จำนวน 6 สาย

3. การดำเนินงาน นำแผนปฏิบัติการจากขั้นตอนที่ 2 ผู้ปฏิบัติ ได้ครบทุกกิจกรรมตามแผน คิดเป็นร้อยละ 100 ผู้รับผิดชอบที่ระบุไว้ในแผนเป็นเจ้าภาพหลักในการดำเนินกิจกรรม โดยการมีส่วนร่วมของ คกก. พชอ., คกก. พชต., แกนนำเกษตรธรรมชาติในพื้นที่ และมูลนิธิ เอ็มโอเอไทย สาขาจังหวัดลพบุรี

4. การประเมินผล มีผลการดำเนินงานที่บรรลุผลผลิตและผลลัพธ์ที่ต้องการ (Performance) และสามารถปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด ครอบคลุม 100% มีผลการประเมินความพึงพอใจด้านกระบวนการและผลสำเร็จการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ทั้งคนต้นแบบและแปลงสาธิตต้นแบบ ค่าเฉลี่ย 3.65, 4.13, 3.81 และ 4.10 ตามลำดับ รายละเอียดผลการประเมินดังตารางต่อไปนี้

การประเมินผลการดำเนินงานตามองค์ประกอบ UCCARE พบว่า องค์ประกอบที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ Unity Team (การทำงานเป็นทีม) 4.95 รองลงมาคือ Appreciation (การชื่นชมและให้คุณค่า) 4.81 และค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ Community Participation (การมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่าย) 4.38 รายละเอียดดังตารางต่อไปนี้

ตารางที่ 3 ผลการประเมินความพึงพอใจคนต้นแบบและแปลงสาธิตต้นแบบ

รายการ	คนต้นแบบ			แปลงสาธิตต้นแบบ		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับความพึงพอใจ
กระบวนการพัฒนา	3.65	0.75	มาก	4.13	0.68	มาก
1. การชี้แจงโครงการ	3.70	0.67	มาก	4.20	0.75	มาก
2. การเลือกกลุ่มเป้าหมาย	3.69	0.65	มาก	4.30	0.46	มาก
3. การมีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนแก้ไขปัญหา	3.68	0.72	มาก	4.10	0.54	มาก
4. การอบรมให้ความรู้	3.77	0.71	มาก	4.20	0.75	มาก
5. การสนับสนุนเงินและวัสดุอุปกรณ์	3.46	0.88	ปานกลาง	3.70	0.93	มาก
6. การให้คำปรึกษา	3.66	0.81	มาก	4.40	0.66	มาก
7. การติดตาม และประเมินผล	3.64	0.79	มาก	4.10	0.70	มาก
8. การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้	3.66	0.78	มาก	4.00	0.63	มาก
ผลสำเร็จการพัฒนา	3.81	0.73	มาก	4.10	0.70	มาก
1. ด้านผลผลิตการเกษตร	3.73	0.70	มาก	4.00	0.89	มาก
2. ด้านการตลาดและรายได้	3.55	0.78	มาก	3.90	0.83	มาก
3. ด้านสุขภาพ	4.01	0.69	มาก	4.30	0.46	มาก
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	3.97	0.73	มาก	4.20	0.60	มาก

ตารางที่ 4 ผลการประเมินการดำเนินงานตามองค์ประกอบ UCCARE (ผู้ประเมิน 21 คน)

องค์ประกอบ UCCARE	ขั้นที่ 1	ขั้นที่ 2	ขั้นที่ 3	ขั้นที่ 4	ขั้นที่ 5	$\bar{X}$	ผลประเมิน
1. Unity Team	0	0	0	1	20	4.95	ขั้นที่ 5
2. Customer Focus	0	2	0	6	13	4.43	ขั้นที่ 5
3. Community Participation	0	2	0	7	12	4.38	ขั้นที่ 5
4. Appreciation	0	0	0	4	17	4.81	ขั้นที่ 5
5. Resource Sharing and Human Development	0	0	0	8	13	4.62	ขั้นที่ 5
6. Essential Care	0	0	0	10	11	4.52	ขั้นที่ 5
ภาพรวม						4.61	ขั้นที่ 5

3. ข้อเสนอแนะในการขับเคลื่อนการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ในพื้นที่อื่น ผู้ร่วมวิจัยได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้และให้ข้อเสนอแนะแนวทาง ดังนี้

3.1 การสร้างคณะทำงานเพื่อเป็นกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ ควรประกอบด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ มีหน้าที่กำหนดประเด็นปัญหา กำหนดแนวทางการขับเคลื่อนแก้ไขปัญหา การประสาน/สนับสนุนให้เกิดการปฏิบัติในพื้นที่ การกำกับติดตาม และการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง มีองค์ประกอบทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชน ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 แต่ไม่ควรกำหนดจำนวนของคณะกรรมการควรให้เป็นบริบทของพื้นที่ และคณะทำงานระดับตำบลทำหน้าที่ปฏิบัติการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ตนเองอย่างเป็นรูปธรรม โดยมีส่วนร่วม การบูรณาการ และการแชร์ทรัพยากร ทั้งหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และประชาชนในพื้นที่ เพื่อนำไปสู่ผลสำเร็จได้โดยง่ายและยั่งยืน

3.2 ด้านกระบวนการ ควรประกอบด้วย

3.2.1 การกำหนดประเด็นปัญหา ที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างแท้จริงโดยหน่วยงานภาครัฐเป็นผู้ขับเคลื่อนให้ภาคประชาชนที่เป็นเจ้าของพื้นที่มีโอกาสเข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจและคัดเลือกประเด็นปัญหา เพื่อให้เกิดการยอมรับและให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา นำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่มีความยั่งยืน

3.2.2 การมอบหมายผู้รับผิดชอบหลักรายประเด็น ควรมอบหมายให้หน่วยงานภาครัฐที่มีภารกิจประจำตรงกับประเด็นปัญหา เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการแก้ไขปัญหา โดยจัดทีมงานในการแก้ไขปัญหาในรูปของคณะอนุกรรมการ หรือ ในรูปแบบคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล ดังเช่นอำเภอท่าม่วง เพื่อทำหน้าที่ในการปฏิบัติการแก้ไขปัญหาอย่างมีส่วนร่วมและบูรณาการทุกภาคส่วนในพื้นที่อย่างเป็นรูปธรรม

3.2.3 จัดทำแผนแก้ไขปัญหารายประเด็น โดยคณะทำงานที่ได้รับมอบหมายรับผิดชอบรายประเด็นอย่างมีส่วนร่วม มีการบูรณาการแผนของหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้องเพื่อการแชร์งบประมาณและทรัพยากรที่จำเป็น

อย่างเป็นรูปธรรมและเป็นเนื้อเดียวกัน โดยกำหนดผู้รับผิดชอบรายกิจกรรมที่มีความชัดเจน

3.2.4 การดำเนินการแก้ไขปัญหาในพื้นที่เป้าหมาย ควรมีการประชาสัมพันธ์หรือชี้แจงให้ประชาชนในพื้นที่รับทราบ เข้าใจ และให้ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหา จึงจะประสบความสำเร็จ

3.2.5 มีการกำกับติดตามอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ในรูปแบบหลากหลายช่องทาง

3.2.6 วางระบบการประสานงานหรือการติดต่อสื่อสาร มีทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ แต่ควรเป็นแบบไม่เป็นทางการมากกว่าแบบเป็นทางการ ไม่รบกวนการสั่งการหรือสื่อสารด้วยหนังสือราชการ แต่เกิดการทำงานร่วมกันเป็นทีมตามธรรมชาติที่มีเป้าหมายเดียวกัน

3.3 การนำต้นทุนด้านบุคคลในพื้นที่ ได้แก่ แกนนำทางธรรมชาติด้านการเกษตร ที่มีองค์ความรู้และประสบการณ์มาเป็นแกนนำในการแก้ไขปัญหา โดยการสนับสนุนของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ทั้งด้านงบประมาณ วัสดุ อุปกรณ์ และด้านวิชาการที่จำเป็นในการดำเนินงานของแกนนำ ตลอดถึงการเสริมสร้างแรงจูงใจให้กับแกนนำที่แก้ไขปัญหาแล้วประสบความสำเร็จ อาทิเช่น การเชิดชูเกียรติ การให้โอกาส/สนับสนุนไปสู่เวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระดับจังหวัด เขต ภาค ประเทศ เป็นต้น

3.4 มีการประเมินผลเชิงคุณภาพเน้นการเรียนรู้ในรูปแบบ 3C-PDSA (Context, Core Values & Concept, Criteria - Plan-Do-Study-Act)⁽¹³⁾ และควรเป็นรูปแบบการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน นำไปสู่การขยายผลและความยั่งยืน

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ปัจจุบันการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี ตั้งแต่ปี 2562 - 2564 (ย้อนหลัง 3 ปี) ค้นพบสารเคมีตกค้างในเลือดเกษตรกรและในผลผลิตทางการเกษตร อยู่ในระดับไม่ปลอดภัยทั้ง 3 ปี และค้นพบว่า สาเหตุการตายของประชากรอำเภอท่าม่วงมีสาเหตุมาจากโรคมะเร็งเป็นอันดับ 1

ทุกปี กระบวนการในการแก้ไขปัญหามีประกอบด้วย

- 1) การสร้างคณะทำงาน มี 2 ระดับ คือ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอท่าม่วง และ
- 2) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล มีการเชื่อมประสานการทำงานที่มีเป้าหมายเดียวกัน
- 2) การเลือกกลุ่มเป้าหมายแบบเจาะจงในการสร้างต้นแบบเกษตรธรรมชาติ
- 3) มีการวางแผนแบบมีส่วนร่วม ด้านบริหารจัดการภาพรวมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอท่าม่วง โดยไม่มีแผนปฏิบัติการแก้ไขปัญหารายประเด็น
- 4) มีการประสานหน่วยงานภาครัฐและเอกชนให้การสนับสนุนด้านวิชาการ งบประมาณ และวัสดุอุปกรณ์ ในการดำเนินงานแก้ไขปัญห
- 5) มีการกำกับติดตามการดำเนินงานในเวทีการประชุมคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอท่าม่วง
- 6) ผลการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE ผ่านขั้น 3 ขึ้นไป

ทุกองค์ประกอบ ซึ่งถือว่า “ผ่าน” จากข้อค้นพบดังกล่าว โดยเฉพาะกระบวนการสร้างคณะทำงานมีความสอดคล้องกับรายงานการวิจัยของ วิจิตร แสงทองล้วน ที่ทำการศึกษาเรื่อง แนวทางการ บูรณาการการทำงานร่วมกันของหน่วยงานภาครัฐ ทั้งส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัด ได้สรุปลักษณะการบูรณาการ การทำงานร่วมกัน (Collaborative Governance) เป็นการจัดการบริการสาธารณะเรื่องหนึ่ง ๆ อาจต้องอยู่บนการทำงานแบบร่วมมือกันในหลายระดับ โดยมีตัวแสดงที่เข้ามามีบทบาทขับเคลื่อนภารกิจในระดับต่างๆ ซึ่งจะมีความสัมพันธ์ในลักษณะประสานและพึ่งพาซึ่งกันและกัน โดยตัวแสดงที่เข้ามามีบทบาทเกี่ยวข้องในการร่วมดำเนินงานให้บรรลุผลนั้น มักจะประกอบด้วย 3 ภาคส่วนด้วยกันได้แก่ (1) ภาครัฐ (2) ภาคธุรกิจเอกชน และ (3) ภาคประชาสังคม/ประชาชน⁽¹⁴⁾ และยังสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ศรีเรือน ศิพูน, ประเสริฐ ประสมรักษ์ ที่ทำการศึกษาเรื่อง ประสิทธิผลของกลไกคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและระบบสุขภาพระดับอำเภอ ในพื้นที่นาร่อง อำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษ ที่พบว่า “พชอ. ขุนหาญ เริ่มต้นดำเนินงานตั้งแต่ปี 2559 โดยมีคณะทำงานที่ขยายลงสู่ระดับพื้นที่ตำบล (พชต.) และระดับหมู่บ้าน (พชม.) คัดเลือกปัญหาสุขภาพร่วมกัน กำหนดเป้าหมายร่วมกัน

นำมาสู่การกำหนดยุทธศาสตร์ที่จะขับเคลื่อนเพื่อให้บรรลุตามเป้าหมายต่อเนื่องมาทุกปี”⁽¹⁵⁾ ซึ่งคณะกรรมการ พชต. อาจเป็นกลไกสำคัญในพื้นที่ ที่จะนำไปสู่การแก้ไขปัญหที่ประสบความสำเร็จได้อย่างมีคุณภาพ ตรงประเด็นและยั่งยืนได้

2. การพัฒนารูปแบบการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอท่าม่วง จังหวัดลพบุรี โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ค้นพบว่า ผลกระทบการเกษตรโดยใช้สารเคมีต่อคุณภาพชีวิตประชาชนอำเภอท่าม่วงเรียงลำดับคือ 1) ด้านสุขภาพ 2) ด้านเศรษฐกิจ 3) ด้านสิ่งแวดล้อม และ 4) ด้านสังคม ซึ่งสอดคล้องกับบทความทางวิชาการของ ศาสตราจารย์ ศรีมุข ที่ระบุว่า “การใช้สารเคมีที่มากเกินไปจนเป็น และ ไม่ถูกต้องเหมาะสมก็จะทำให้เกิดผลกระทบด้านต่าง ๆ คือ ด้านสุขภาพที่พบสารเคมีตกค้างในเลือดเกษตรกร ด้านสิ่งแวดล้อมพบการตกค้างของสารเคมีในสิ่งแวดล้อม และด้านเศรษฐกิจที่พบมูลค่าการนำเข้ากับต้นทุนที่สูงขึ้นและเพิ่มขึ้นต่อเนื่องทุกปีเกิดความเสียหายส่งผลทางลบต่อภาพลักษณ์ของประเทศในฐานะผู้ส่งออกสินค้าทางการเกษตรและอาหารรายใหญ่ของโลกแต่ไม่ระบุถึงผลกระทบทางสังคม”⁽²⁾ โดยปัญหาการขับเคลื่อนการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอท่าม่วง พบว่ามีปัญหา 1) ด้านการบูรณาการแผนของหน่วยงานภาครัฐ และ ด้านการสนับสนุนทรัพยากร (คน เงิน ของ) 2) ด้านการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการ พชอ. ทุกภาคส่วน 3) ด้านการสนับสนุนองค์ความรู้ และวิชาการ ซึ่งข้อค้นพบดังกล่าวนำไปสู่การวิจัยขั้นตอนที่ 2 จัดทำแผนแก้ไขปัญห, ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงาน ตามแผน และขั้นตอนที่ 4 การประเมินผลผลการวิจัยพบว่า แผนปฏิบัติการการสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ อำเภอท่าม่วง มีความชัดเจนทั้งด้านเป้าหมาย กิจกรรม และผลลัพธ์ที่ต้องการ นำสู่การปฏิบัติได้อย่างชัดเจน และสามารถดำเนินการตามแผนได้ครอบคลุมทุกกิจกรรม โดยบรรลุผลตามผลผลิตผลลัพธ์และตามแผนปฏิบัติการที่กำหนด ครอบคลุม 100%

กลุ่มเป้าหมายทั้งคนต้นแบบและแปลงสาธิตต้นแบบ มีความพึงพอใจทั้งต่อกระบวนการพัฒนาและผลสำเร็จการพัฒนาอยู่ในระดับมาก ผลการประเมินตามองค์ประกอบ UCCARE พบว่า มีค่าเฉลี่ย 4.61 อยู่ในบันไดขั้นที่ 5 ซึ่งเป็นขั้นสูงสุด สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในการขับเคลื่อนแก้ไขปัญหา โดยมีหน่วยงานภาครัฐเป็นผู้นำในการดำเนินงานทุกขั้นตอน

3. ข้อเสนอแนะการขับเคลื่อนสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ด้วยกลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอคู่พื้นที่อื่น พบว่า การสร้างคณะทำงานควรมีทั้งระดับอำเภอและตำบล กระบวนการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ ควรประกอบด้วย 1) การกำหนดประเด็นปัญหาแบบมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน 2) การมอบหมายหน่วยงานภาครัฐรับผิดชอบรายประเด็น 3) จัดทำแผนแก้ไขปัญหารายประเด็นแบบมีส่วนร่วม และบูรณาการ 4) ประชาสัมพันธ์และชี้แจงการดำเนินงานแก้ไขปัญหาให้ประชาชนรับทราบก่อนดำเนินการ 5) กำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง 6) มีการประสานงานหรือติดต่อสื่อสารแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ และ 7) การสนับสนุนให้ผู้นำทางธรรมชาติที่เข้มแข็งเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. กลไกการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ องค์ประกอบของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตในพื้นที่ ตามระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับพื้นที่ พ.ศ. 2561 ประธานคณะกรรมการและเลขานุการหลักเห็นควรยังคงเดิม แต่คณะกรรมการควรให้เป็นไปตามบริบทของพื้นที่ แต่ยังคงประกอบด้วยหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน แต่ไม่ควรกำหนดจำนวนของคณะกรรมการในแต่ละภาคส่วน

2. การสร้างความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติ ควรกำหนดนโยบายส่งเสริมสนับสนุนการเกษตรปลอดสารเคมีและราคาผลิตภัณฑ์เกษตรปลอดสารเคมีที่สูงกว่าเกษตรทั่วไป

3. สนับสนุนการขยายเครือข่ายในวงกว้าง เพื่อขับเคลื่อนเกษตรปลอดสารเคมีอย่างยั่งยืน โดยภาครัฐให้การสนับสนุนทั้งด้านวิชาการ และงบประมาณอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) เพื่อศึกษากลไกการขับเคลื่อนแก้ไขปัญหาในระดับตำบล อันจะนำไปสู่การพัฒนาการแก้ไขปัญหาที่สำคัญและตรงบริบทของพื้นที่

2. ควรดำเนินการศึกษาวิจัยเชิงลึกรูปแบบความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาความปลอดภัยด้านอาหารตามวิถีเกษตรธรรมชาติภาคประชาชนหรือชุมชน เพื่อนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการแก้ไขปัญหาของประชาชนโดยประชาชนเพื่อประชาชน และเกิดความยั่งยืนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายอำเภอท่าม่วง, สาธารณสุขอำเภอท่าม่วง, นายกองจัดการบริหารส่วนตำบลในอำเภอท่าม่วงทุกท่าน, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในอำเภอท่าม่วง, ผู้อำนวยการโรงเรียนหนองปลาตุ๊กหัวสำโรง บางลี่, คณะกรรมการ พชอ. อำเภอท่าม่วง, คณะกรรมการ พชต.ทุกตำบล, กลุ่มเป้าหมายคนต้นแบบเกษตรธรรมชาติ และ แกนนำแปลงสาธิตต้นแบบเกษตรธรรมชาติ ตลอดจนผู้แทนมูลนิธิเอ็มโอเอไทย สาขาจังหวัดลพบุรี ที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และเป็นผู้ร่วมวิจัยในครั้งนี้ ทำให้การวิจัยบรรลุผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์

เอกสารอ้างอิง

1. Thai-PAN. Results of random inspection of pesticide residues in fruits and vegetables in 2019 [Internet]. [Cited 2022 May 15]. Available from: <http://thaipan.org> >upload >pesticide_doc58. (in Thai)
2. Srimuk S. Impacts from the use of agricultural chemicals in Thailand. Office of the Secretariat of the Senate [Internet]. 2013 (Cited 2022 May 10). Available from: http://library.senate.go.th/document/Ext6409/6409657_0002.PDF (in Thai)

3. National Bureau of Agricultural Commodity and Food Standards (ACC). Effects of harmful metal scavengers. [Internet]. [Cited 2022 April 25]. Available from: <http://warning.acfs.go.th/th/articles-and-research/view/?page=26>. (in Thai)
4. Division of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Report on the situation of NCDs [Internet]. 2019 [Cited 2022 May 15]. Page 20. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1035820201005073556.pdf> (in Thai)
5. Cabinet Secretariat. Regulations of the Office of the Prime Minister on the development of quality of life at the local level. 2018 [Internet]. 2018 [Cited 2022 May 10]. Available from: <https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/E/054/1.PDF> (in Thai)
6. Lopburi Provincial Public Health Office. HDC database [Internet]. 2022 [Cited 2022 May 20]. Available from: <https://lri.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat%20id=ac4eed1bddb23%20d6130746d62d2538fd0&id=09cf07164c9b7cfbfe724bee8c6b20c3>. (in Thai)
7. Strategy Group Lopburi Provincial Office. Project performance report according to the provincial operational plan Lopburi [Internet]. 2021 [Cited 2022 May 22]. Available from: <https://nt.data.go.th/dataset/a9afc2c2-b134-468e-aa6f-c9de212efe23/resource/ca133bc6-01f8-4271-b625-2d8e6c938d5e/download/-2565.pdf>
8. Lopburi Provincial Public Health Office. Published information: Population health status [Internet]. 2022 [Cited 2022 May 20]. Available from: <http://www.lbo.moph.go.th/newweb/loadsfile/mis/save.php> (in Thai)
9. Cabinet Secretariat. Regulations of the Office of the Prime Minister on the development of quality of life at the local level 2018. [Internet]. [Cited 2022 May 10]. Available From: <https://www.ratchakitcha.soc.go.th/DATA/PDF/2561/E/054/1.PDF> (in Thai)
10. Ministry of Public Health. Template Indicators for the district level quality of life development project (CPC) [Internet]. 2019 [Cited 2022 May 21]. Available from: http://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/08/KPI_2562_edit_V3.pdf (in Thai)
11. Phuangsomjit. Participatory Action Research on Research in Educational Administration. (Book 2 (Unit 6-10). (2014). 3rd ed. Bangkok: SukhothaiThammathirat Open University. (in Thai)
12. Healthcare Quality Accreditation Institute (Public Organization). Hospital and service standards. Public Health Edition celebrating the 60th anniversary of His Majesty's accession to the throne. Nonthaburi: Wandee Book Company. Pages 182 - 7. (in Thai)
13. Healthcare Quality Accreditation Institute (Public Organization). Hospital and service standards. Public Health Edition celebrating the 60th anniversary of His Majesty's accession to the throne. Nonthaburi: Wandee Book Company; 2017. Pages 4 and 52. (in Thai)
14. Saengthongluan W. Guidelines for integrating the work of government agencies, both central and Regional and local in the province. Bangkok; 2018: W.P.O. Class 60. (in Thai)
15. Deepoon S., Prasomrak P. Effectiveness of the quality-of-life development committee mechanism and system. District level health in the pilot area, Khun Han District, Sisaket Province (thesis). Khon Kaen: Khon Kaen University; 2019. (in Thai)

วารสาร

การแพทย์และสาธารณสุขเขต 4
Journal of Medical and Public Health Region



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control



Approved by TCI during 2025-2029
E - ISSN : 3027 6047

No.1

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2568



03-626-6142 ต่อ 207

January - April 2025
Vol.15



<https://ddc.moph.go.th/odpc4>

Cr.Toomit