

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
JOURNAL OF REGIONAL HEALTH PROMOTION
CENTRE 7 KHONKAEN

ปีที่ 14 ฉบับที่ 2 กุมภาพันธ์ - กรกฎาคม 2565
Vol. 14 No. 2 February - July 2022

ISSN : 1906-6724

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเผยแพร่ความรู้ และวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
2. เพื่อเผยแพร่ผลงานค้นคว้า และวิจัยของนักวิชาการด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม รวมทั้งงานวิจัยด้านการศึกษาและด้านการสอน
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนทัศนคติ ข้อคิดเห็น ข่าวสารและเป็นสื่อสัมพันธ์ในวงการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่เขตรับผิดชอบ

บทบรรณาธิการ

สวัสดีท่านผู้อ่านวารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นทุกท่านครับ พบกันอีกเช่นเคยในวารสารฉบับกลางปี สำหรับวารสารฉบับนี้เรามีเหตุการณ์สำคัญคือ วารสารของเราได้รับการจัดกลุ่มคุณภาพเข้าสู่ฐานข้อมูลของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thailand-Journal Citation Index Centre) หรือ TCI ให้อยู่ในกลุ่มวารสารกลุ่มที่ 2 ซึ่งถือเป็นพัฒนาการอีกขั้นของการทำวารสารของทีมงานของเรา ทีมงานของเรายังมีความมุ่งมั่นที่จะพัฒนาคุณภาพวารสารให้ก้าวสู่วารสารกลุ่มที่ 1 ต่อไปในอนาคต ในการนี้ต้องขอขอบคุณผู้อ่านและผู้ที่เกี่ยวข้องที่ส่งเสริมความเข้าใจร่วมกันทุกท่านที่มีส่วนช่วยให้วารสารมาถึงจุดนี้

หวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาสาระจากวารสารนี้จะเป็นส่วนหนึ่งของการขับเคลื่อนวงการสาธารณสุขบ้านเราในแง่ขององค์ความรู้ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม และเหตุการณ์สำคัญอีกประการหนึ่งคือ หลังจากที่มีการระบาดอย่างยาวนานของโรคโควิด-19 วันนี้ โควิด-19 กำลังจะได้รับการประกาศให้เป็นโรคประจำถิ่น ก็ขอให้พวกเรา ได้ใช้ชีวิตกันอย่างผ่อนคลายมากขึ้นกลับมาทำงาน ผักผ่อน เดินทางท่องเที่ยว ปฏิบัติภารกิจกันตามวิถีที่เราเคยปฏิบัติ ขออภินิหารพรให้ทุกท่านมีความสุข สมหวังในสิ่งที่ปรารถนาทุกประการ

วารสารของเราเป็น double blind peer reviewed journal เป็นวารสารวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ขอเชิญชวนทุกท่านที่มีความสนใจ ร่วมส่งบทความเข้าตีพิมพ์ สำหรับฉบับนี้มีบทความที่น่าสนใจดังนี้ 1) ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (Line Official Account): สุขภาพดีมีรางวัลของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ 2) ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลโนนสมบูรณ์จังหวัดขอนแก่น 3) สุขภาพใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 4) ผลการประเมินองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยบริการสาธารณสุขที่เข้าร่วม กิจกรรม“สาสุข อุ่นใจ 2565” เขตสุขภาพที่ 7 5) ภาวะทุพโภชนาการสองปลายในเด็กปฐมวัยพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7: ก่อนและระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 6) การใช้เครื่องมือด้านมานุษยวิทยาในการเรียนรู้ชุมชนเพื่อการวางแผนปฏิบัติงานชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

นายไพบูรณ์ จิตกุล
บรรณาธิการ

ข้อแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (Journal of Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen)

1. คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์ (Instructions for the Authors)

1.1. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (Journal of Regional Health Promotion Centre 7 Khonkaen) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 2 ครั้ง (สิงหาคม - มกราคม และ กุมภาพันธ์ - กรกฎาคม)

1.2. วารสารพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เป็นบทความที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม เผยแพร่ผลงานทางวิชาการและงานวิจัยของแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และทีมสหสาขาวิชาชีพรวมทั้งงานวิจัยด้านการศึกษาด้านการสาธารณสุขและการสอนที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งในศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น และเครือข่ายวิชาการด้านสาธารณสุข ทั้งในและนอกเขตสุขภาพที่ 7 และผู้สนใจ โดยต้องเป็นงานที่ไม่เคยถูกนำไปพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาลงในวารสารใดๆ สามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะ ดังนี้

- บทความวิจัย (Research Article) เป็นบทความทั้งวิจัยพื้นฐานและวิจัยประยุกต์
- บทความทั่วไป (General Article) เป็นบทความที่วิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการ โดยมีการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

1.3. กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร ในกรณีบทความวิจัยจะมีผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวนอย่างน้อย 2-3 ท่านเป็นผู้พิจารณา ส่วนกรณีบทความทั่วไปจะมีผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวนอย่างน้อย 1 ท่านเป็นผู้พิจารณา

2. ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

2.1. ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด เอ 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)

2.2. ตัวหนังสือใช้ TH Sarabun PSK ขนาด 16 point เป็นไฟล์ word document เท่านั้น

3. การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้พิมพ์ ส่ง file ต้นฉบับในรูปแบบ Word document ในระบบการ Submission ใน <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johpc7> เท่านั้น หากการ Submission สำเร็จ ผู้พิมพ์จะได้รับ E-mail แจ้งเตือนการได้รับบทความเพื่อเข้าสู่กระบวนการพิจารณาต่อไป โดยการส่งต้นฉบับเข้ารับการตีพิมพ์ฉบับที่ 1 ควรส่งในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม – 30 พฤศจิกายน และฉบับที่ 2 ควรส่งต้นฉบับในระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ - 31 พฤษภาคม ซึ่งการรับบทความในการตีพิมพ์วารสารจะอยู่ที่ฉบับละ 10 บทความเท่านั้น บทความลำดับถัดจากนั้นจะจัดตีพิมพ์ในวารสารฉบับถัดไป

4. การเรียงลำดับเนื้อหา

4.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง มีความสั้นกระชับสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง

- ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง เป็นความหมายเดียวกับชื่อเรื่อง

4.2 ชื่อผู้นิพนธ์ (Authors) - ชื่อผู้นิพนธ์ (ทุกคน) ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ชื่อวุฒิการศึกษา ขนาด 14 point ตัวหนาจัดชิดขวา ได้ชื่อเรื่อง ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้นิพนธ์ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนา จัดชิดซ้าย ท้ายบทคัดย่อ - E-mail address ของผู้นิพนธ์ประสานงาน (Corresponding author) ท้ายบทคัดย่อ ต่อจากตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

4.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ abstract ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ เขียนต่อกันเป็นความเรียงให้กระชับ

4.4 คำสำคัญ (Keyword) - ให้พิมพ์ต่อท้ายบทคัดย่อ (Abstract) ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ไม่เกิน 5 คำ ขนาด 16 point

4.5 บทนำ (Introduction)

บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

4.6 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology) - ประกอบไปด้วย ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง, เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย, การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ, วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล, การวิเคราะห์ข้อมูล, สถิติที่ใช้ในการวิจัย, การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง และข้อความที่แสดงว่าการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยแล้ว (ถ้ามี)

4.7 ผลการวิจัย (Result) - อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

4.8 อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion) การเขียนอภิปรายผลในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุน ผลการวิจัย สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

4.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนงานวิจัยนั้นๆ ที่มีได้เป็นผู้ร่วมวิจัย

4.10 เอกสารอ้างอิง (Reference) - ใช้การอ้างอิงแบบตัวเลขตามระบบ Vancouver citation style เท่านั้น โดยมีหลักการอ้างอิง ดังนี้

รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิงแบบ Vancouver ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) การอ้างอิงในเนื้อหา (In - text citation) 2) การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือ เอกสารอ้างอิง (Reference)

1) การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่น ไม่ว่าบางส่วนหรือทั้งหมด มาอ้างอิงในผลงานวิชาการ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง หลังชื่อผู้นิพนธ์ หรือหลังข้อความที่อ้างอิง และใช้เลขลำดับเดิมในกรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายเล่ม จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา โดยมีวิธีการอ้างอิง ดังนี้

1.1) การอ้างอิงที่เน้นผู้นิพนธ์ หรือ ผู้นิพนธ์เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตาม หลังชื่อผู้นิพนธ์

1.2) การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา หรือ ผู้นิพนธ์ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิง ตามหลังข้อความที่อ้างอิง

1.2.1) การอ้างอิงรายการเดี่ยว ตัวอย่าง อาการไอเป็นเลือด (hemoptysis) คือ การที่มีอาการไอร่วมกับมีเลือดออกมาจากปอดหรือหลอดลม เป็นอาการที่พบได้บ่อยในทางคลินิก มีอัตราการเสียชีวิตตั้งแต่ร้อยละ 7 ถึง 30³

1.2.2) การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่ตัวเลขลำดับการอ้างอิง เป็นลำดับที่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายติงศานุภาค (-) คั่นระหว่างตัวเลข แต่ถ้าตัวเลขลำดับการอ้างอิงไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลข

2) การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือ เอกสารอ้างอิง (Reference)

ในการอ้างอิงถึงเอกสารวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ ให้เรียงลำดับของเอกสาร ตามลำดับเลขที่มีการอ้างอิงถึงในเนื้อหาเรียงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างอิงถึงในเนื้อเรื่อนั้น จะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย (1, 2, 3,...) ให้เขียนหมายเลขอยู่ในวงเล็บ () ต่อท้ายข้อความที่นำมาอ้างอิงในเรียงาน

2.1) ผู้นิพนธ์ 1-6 คน รายชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษ ให้เรียงตามลำดับ โดยเริ่มจากนามสกุล แล้วตามด้วยชื่อ ไม่ต้องใส่เครื่องหมายวรรคตอนต่อท้ายนามสกุล ใช้เครื่องหมาย, หลังชื่อทุกคน ถ้าผู้นิพนธ์มีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วยคำว่า “et al.”

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้นิพนธ์ (Author). ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง

1. Halpern SD, Ubel PA, Caplan AL. Solid-organ transplantation in HIV - infected patients. N Engl J Med. 2002; 347(4): 284 - 7.

2.2) ผู้นิพนธ์มากกว่า 6 คน รายชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษให้เรียงตามลำดับ โดยเริ่มจากนามสกุล แล้วตามด้วยชื่อ ไม่ต้องใส่เครื่องหมายวรรคตอนต่อท้ายนามสกุล ใช้เครื่องหมาย, หลังชื่อทุกคน ถ้าผู้นิพนธ์มีมากกว่า 6 คน ให้ใส่ชื่อ 6 คนแรก ตามด้วยคำว่า “et al.”

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้นิพนธ์ 6 คน (Author), และคณะ. ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง

1. จริญา เลิศอรรถยมนี, เอมอร รักขมณี, อนุพันธ์ ดันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒทิพรณี วรภิโจคาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545; 85: 1288-95.

2.3) ไม่ปรากฏชื่อผู้นิพนธ์ ให้เขียนชื่อบทความเป็นส่วนแรก

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อบทความ (Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal) ปีพิมพ์ (Year); เล่มที่ของวารสาร (Volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย (Page).

ตัวอย่าง

1. 21st century heart solution may have a sting in the tail. BMJ. 2002; 325(73):184.

2.4) หนังสือผู้นิพนธ์คนเดียว

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

1. Murray PR. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.
2. เกษม วัฒนชัย. การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง (Clinical management of essential hypertension). กรุงเทพฯ: พัฒนาศึกษา; 2532.

2.5) หนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. วิชัย โชควิวัฒน์. จริยธรรมในการวิจัยทางคลินิก. ใน: พรณี ปิติสุทธิธรรม ชัยนต์ พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์พรินต์ติ้ง; 2552. หน้า 255-78. วีระพล จันทรดียิ่ง, สนธิศ สุทธิจำรูญ, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยาเด็กและหญิงวัยรุ่นสาว. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2531.

2.6) หน่วยงานเป็นผู้นิพนธ์

1. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมิณการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสมาคมสาร 2538 ; 24: 190-204.
2. World Health Organization. Surveillance of antibiotic resistance in Neisseria gonorrhoeae in the WHO Western Pacific Region. Commun Dis Intell 2002; 26:541-5.

2.7) วิทยานิพนธ์

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง

1. สมภพ บุญทิม. ผลทางไซโตเจเนติกของสารคดี จากไพล (Zingiber cassumunar Roxb.) ต่อโครโมโซมของมนุษย์ที่เตรียมจากลิมโฟไซต์ที่เพาะเลี้ยง. (วิทยานิพนธ์) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2533. 75 หน้า.

2.8) บทความในเอกสารการประชุมวิชาการ

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ใน(In): ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ (editor(s)). ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. หน้าเลขหน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1. Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p.182-91.

2.9) เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม /รายงานการประชุม

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

ตัวอย่าง

1. JSPS - NRCT Core University Exchange System on Pharmaceutical Sciences, National Research Council of Thailand. Advance in research on pharmacologically active substances from natural sources; 1992 Dec 3-5,

Holiday Garden Hotel, Chiang Mai. Chiang Mai: The University; 1992.

2.10) บทความบนอินเทอร์เน็ต

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้แต่ง/ชื่อหน่วยงาน. ชื่อบทความ [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อวันที่เดือน ปี]; เข้าถึงได้จาก: <http://.....>

ตัวอย่าง

1. สภาการพยาบาล. ข้อบังคับสภาการพยาบาล [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 กันยายน 2557]; เข้าถึงได้ จาก: <http://www.tnc.or.th/examine/rules.html>.

5. การติดต่อบรรณาธิการวารสาร

กลุ่มส่งเสริมการวิจัย นวัตกรรมและพัฒนการเรียนรู้ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น อาคาร
อำนวยการ ชั้น 2 เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น โทร 043-235-905
ต่อ 2110 โทรสาร 043-243-416 E-mail: anamai.plan7@gmail.com

จริยธรรมการตีพิมพ์

1. บทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์ (Duties of Authors)

1.1 ผู้นิพนธ์เมื่อส่งบทความไปยังบรรณาธิการ บทความนี้ต้องไม่เคยเผยแพร่มาก่อนและไม่ได้รับการพิจารณาให้ตีพิมพ์ที่อื่นมาก่อน

1.2 ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบต่อเนื้อหาของสิ่งพิมพ์ของตน หากผู้นิพนธ์ใช้เนื้อหาที่นำมาจากนักวิจัยคนอื่นโดยตรง ต้องมีการอ้างอิงหรือยกมาอย่างเหมาะสม

1.3 ผู้นิพนธ์ต้องเขียนบทความวิจัยให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดไว้ใน “คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์”

1.4 ผู้นิพนธ์ที่มีชื่อปรากฏในบทความทุกคน ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนในการดำเนินการวิจัยจริง

1.5 ผู้นิพนธ์จะต้องรับผิดชอบในการเปิดเผยแหล่งที่มาของการสนับสนุนทุนทั้งหมด สำหรับโครงการวิจัย โดยอธิบายไว้ในต้นฉบับที่ส่งมา รวมทั้งระบุผู้นิพนธ์ร่วมทั้งหมดที่อำนวยความสะดวกในการวิจัย

1.6 ผู้นิพนธ์ต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (หากมี)

1.7 ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบต่อเนื้อหาของสิ่งพิมพ์ของตน หากผู้นิพนธ์ใช้เนื้อหาที่นำมาจากนักวิจัยคนอื่นโดยตรง ต้องมีการอ้างอิงหรือยกมาอย่างเหมาะสม

1.8 การกล่าวขอบคุณผู้มีส่วนช่วยเหลือในกิจกรรมประชานั้น หากสามารถทำได้ผู้นิพนธ์บทความควรขออนุญาตจากบุคคลที่ประสงค์จะขอบคุณเสียก่อน

1.9 ผู้นิพนธ์จะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จ หรือการปลอมแปลง บิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือ เลือกแสดงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้องกับข้อสรุป

1.10 กรณีที่ผลงานเป็นการศึกษาวิจัยและทำการทดลองในคนหรือสัตว์ทดลอง โดยการทดลองในคนอาจส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรี สิทธิ ความปลอดภัยของอาสาสมัคร ควรแนบหนังสือรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง ทั้งนี้ การอนุมัติให้ลงตีพิมพ์ขึ้นอยู่กับพิจารณาจากกองบรรณาธิการวารสารฯ ถือเป็นขั้นสุดท้าย

2. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของบรรณาธิการ (Duties of Editors)

2.1 บรรณาธิการวารสารมีหน้าที่พิจารณาคุณภาพของบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารโดยคัดกรองตรวจสอบ บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ด้วยหลักการทางวิชาการ

2.2 บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความในระหว่างการประชุมบทความ

2.3 บรรณาธิการควรดำเนินการทุกอย่างเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพของบทความที่ตีพิมพ์เพื่อรับรองคุณภาพของงานวิจัยที่ตีพิมพ์ และตระหนักว่าวารสาร และแต่ละส่วนของวารสาร มีวัตถุประสงค์และมาตรฐานที่ต่างกัน

2.4 การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการยอมรับหรือปฏิเสธบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์

ควรขึ้นอยู่กับความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความสำคัญ ความใหม่ และความชัดเจนของบทความวิจัย ตลอดจนความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของวารสาร

2.5 บรรณาธิการควรมีการชี้แจงหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจสอบประเมินบทความ(peer review) นอกจากนี้ควรมีความพร้อมในการชี้แจงความเบี่ยงเบนต่าง ๆ จากกระบวนการตรวจสอบที่ได้ระบุไว้

2.6 บรรณาธิการควรจัดพิมพ์คำแนะนำแก่ผู้นิพนธ์ในทุกประเด็นที่บรรณาธิการคาดหวังในทุกเรื่องที่ผู้นิพนธ์ควรรับทราบ และควรมีการปรับปรุงคำแนะนำให้ทันสมัยอยู่เสมอ พร้อมทั้งควรมีการอ้างอิงหรือการเชื่อมโยงกับระเบียบดังกล่าวนี้ด้วย

2.7 บรรณาธิการไม่ควรเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในการตอบรับบทความที่ถูกปฏิเสธการตีพิมพ์ไปแล้ว ยกเว้นมีปัญหาร้ายแรงเกิดขึ้นในระหว่างการส่งบทความมารับการพิจารณา

2.8 บรรณาธิการพิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตรงตามสาขาของบทความและส่งบทความให้ผู้พิจารณาบทความโดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้นิพนธ์จะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาบทความ (Double blind)

2.9 บรรณาธิการต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์ผู้ประเมิน และทีมผู้บริหาร

2.10 หากบรรณาธิการตรวจพบว่า บทความมีการลอกเลียนบทความอื่นโดยมิชอบ หรือมีการปลอมแปลงข้อมูล ซึ่งสมควรถูกถอดถอน แต่ผู้เขียนปฏิเสธที่จะถอนบทความ บรรณาธิการสามารถดำเนินการถอนบทความได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้นิพนธ์

3. บทบาทหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ (Duties of Reviewers)

3.1 ผู้ประเมินบทความต้องไม่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับต้นฉบับที่ส่งมาเพื่อการประเมินแก่บุคคลอื่นนอกเหนือจากผู้นิพนธ์และผู้ประเมิน

3.2 ผู้ประเมินบทความควรแจ้งและปฏิเสธการประเมินกับบรรณาธิการหากมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับบทความที่ส่งมาให้พิจารณา

3.3 ผู้ประเมินบทความควรประเมินบทความในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญโดยพิจารณาความสำคัญของเนื้อหา คุณภาพการวิเคราะห์และความเข้มข้นของผลงาน ไม่ควรใช้ความเห็นส่วนตัวที่ไม่มีมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ

3.4 ผู้ประเมินบทความต้องระบุผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน แต่ผู้นิพนธ์ไม่ได้อ้างถึงด้วยหากมีความซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่นต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย

3.5 ผู้ประเมินควรตรวจสอบและส่งบทวิจารณ์ภายในระยะเวลาที่คณะกรรมการบรรณาธิการเห็นชอบ หากไม่สามารถตรวจสอบต้นฉบับได้ภายในเวลาที่กำหนดผู้ประเมินจะต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบทันที

4. ความขัดแย้งทางผลประโยชน์ (Conflict of Interest)

ผู้นิพนธ์ บรรณาธิการ และผู้ประเมินบทความควรหลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อนในทุกขั้นตอนของกระบวนการจัดเตรียมสิ่งพิมพ์ หากมีผลประโยชน์ทับซ้อนในรูปแบบใด ๆ บุคคลที่เป็นคนแรกที่ระบุความขัดแย้งดังกล่าวมีหน้าที่ต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบทันที

กระบวนการพิจารณาบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร

1. การตรวจสอบบทความเบื้องต้นโดยกองบรรณาธิการ (1-4 สัปดาห์): บทความที่ถูกต้องส่งเข้ามา จะได้รับการตรวจสอบรูปแบบการจัดหน้า การใช้ภาษา ความเพียงพอและความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลที่ใช้ในการอ้างอิง รูปแบบการเขียนอ้างอิง รวมถึงความซ้ำซ้อนโดยกองบรรณาธิการ หากบทความดังกล่าวมีรูปแบบไม่เป็นไปตามที่วารสารฯ กำหนด หรือมีอัตราการซ้ำซ้อนสูงกว่าที่วารสารฯ กำหนด กองบรรณาธิการ จะไม่รับบทความดังกล่าวเข้าสู่กระบวนการพิจารณา

2. การประเมินบทความ พิจารณาความถูกต้อง-เหมาะสม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (2-4 สัปดาห์): บทความที่ผ่านการพิจารณาขั้นที่ 1 แล้ว กองบรรณาธิการจะพิจารณาคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิต่อไปอย่างน้อย 2-3 ท่าน เพื่อพิจารณาบทความดังกล่าวในรูปแบบ Double-Blind ก่อนดำเนินการทบทวน และจัดส่งบทความแก่ผู้ทรงคุณวุฒิต่อไป โดยระดับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจะประกอบด้วย

1. สมควรได้รับการตีพิมพ์ (Accept)
2. สมควรได้รับการตีพิมพ์ โดยต้องมีการปรับแก้ไขเล็กน้อย (Accept with minor revision)
3. สมควรได้รับการตีพิมพ์ โดยต้องมีการปรับแก้ไขอย่างมาก (Accept with major revision) และ
4. ไม่สมควรได้รับการตีพิมพ์ (Reject)

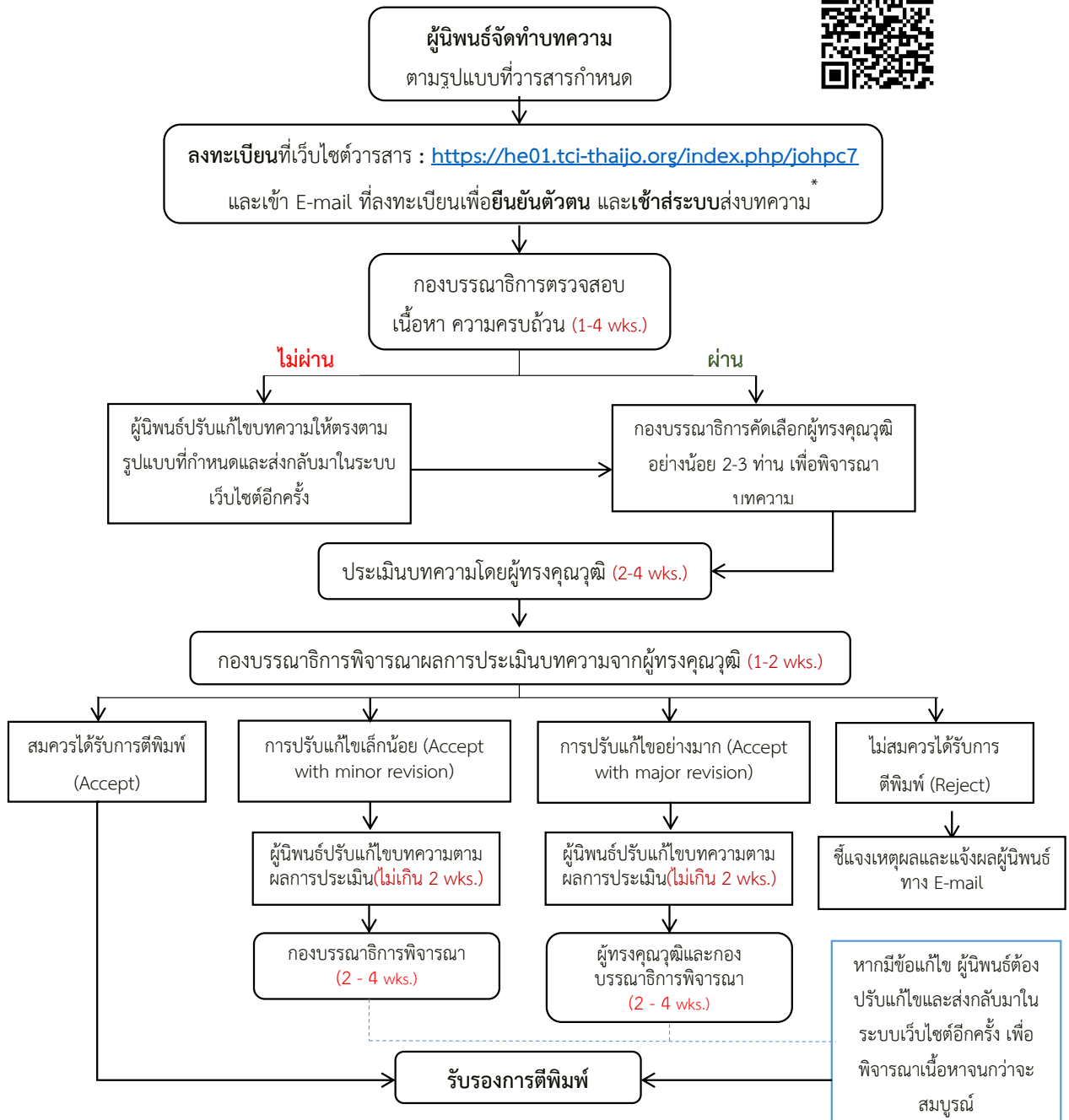
3. การพิจารณาผลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ (1-2 สัปดาห์): เมื่อกองบรรณาธิการได้รับผลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิคครบถ้วนแล้ว จะดำเนินการพิจารณาและสรุปผลอีกครั้ง โดยบทความที่จะได้รับการตีพิมพ์ ต้องได้รับผลเป็น Accept หรือ Accept with minor revision ส่วนบทความที่ได้รับผลเป็น Accept with major revision บรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาชี้ขาด และบทความที่ได้รับผลเป็น Reject จะไม่ได้รับการอนุมัติให้ตีพิมพ์ในวารสาร

4. การปรับแก้ (ไม่เกิน 2 สัปดาห์): บทความที่ได้รับการอนุมัติให้ตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนดำเนินการปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ และความคิดเห็นเพิ่มเติมจากกองบรรณาธิการ (ถ้ามี) โดยผู้เขียนต้องดำเนินการแก้ไขให้ครบถ้วน และกรอกแบบฟอร์มชี้แจงการปรับแก้ แล้วส่งบทความที่ปรับแก้แล้ว และเอกสารชี้แจงการปรับแก้กลับมายังกองบรรณาธิการภายในเวลาที่กำหนด

5. การพิจารณาบทความฉบับปรับแก้ (2-4 สัปดาห์): เมื่อกองบรรณาธิการได้รับบทความที่ปรับแก้แล้ว จะดำเนินการพิจารณาความถูกต้องอีกครั้ง หากบทความดังกล่าวได้รับการแก้ไขครบถ้วน จะรับรองการตีพิมพ์ และนำเข้าสู่กระบวนการจัดอาร์ตเวิร์คต่อไป

แผนผังขั้นตอนการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
ในระบบ Thai Journals Online (ThaiJO)

Link: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johpc7>



*สามารถศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

<https://docs.google.com/document/d/1lq97FmOkaGOzJzXTsxJlffq00vBXdlYxRK2zTn828KKM/mobile-basic?usp=gmail#h.13ju08w3j55>

บทความวิชาการ

1. การใช้เครื่องมือด้านมานุษยวิทยาในการเรียนรู้ชุมชนเพื่อการวางแผน
ปฏิบัติงานชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ
นิรมล เมืองโสม 1

บทความวิจัย

1. ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการ
ของไลน์โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (Line Official Account)
: สุขภาพดีมีรางวัลของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ
ชาตรี เมธธาธิป 14
2. สุขภาพใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
ภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
นริชา ปัญญาวัฒน์ 34
3. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน
เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสมบูรณ์
อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น
มกรรัตน์ หวังเจริญ 50
4. ผลการประเมินองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยบริการสาธารณสุข
ที่เข้าร่วมกิจกรรม“สาสุข อุ่นใจ 2565” เขตสุขภาพที่ 7
จันทิยา เนติวิทย์ธรรม 67
5. ภาวะทุพโภชนาการสองปลายในเด็กปฐมวัยพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7:
ก่อนและระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19
ปิยะ บุรีโส 79

การใช้เครื่องมือด้านมานุษยวิทยาในการเรียนรู้ชุมชน เพื่อการวางแผนปฏิบัติงานชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

นิรมล เมืองโสม

(วันที่รับบทความ: 24 พฤษภาคม 2565; วันที่แก้ไข: 3 กรกฎาคม 2565; วันที่ตอบรับ: 4 กรกฎาคม 2565)

บทคัดย่อ

โดยทั่วไปการดำเนินงานสาธารณสุขและการบริการพยาบาล คือ สิ่งที่รัฐบาลจัดทำให้ตามความต้องการของชุมชน พยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุขจะต้องประเมินความต้องการของชุมชนที่ตนเองรับผิดชอบด้วยเครื่องมือที่หลากหลาย โดยเครื่องมือเหล่านั้นใช้ค้นหาความต้องการด้านสุขภาพของคนในชุมชน จากการใช้ในการทำความรู้จักกับบริบทของชุมชนที่เข้าไปศึกษา โดยการใช้เครื่องมือทางด้านมานุษยวิทยาในการศึกษาชุมชนเชิงลึก 7 อย่าง ซึ่งประกอบด้วยแผนที่เดินดิน, ผังเครือญาติ, โครงสร้างองค์กรชุมชน, ระบบสุขภาพชุมชน, ปฏิทินชุมชน, ประวัติศาสตร์ชุมชน และประวัติชีวิตบุคคลสำคัญหรือกลุ่มเป้าหมายในชุมชน เมื่อมีการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพอนามัยชุมชน จะช่วยให้ทราบปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนที่พบบ่อย ซึ่งมีทั้งปัญหาเกี่ยวกับโรคติดเชื้อต่างๆ และโรคไร้เชื้อที่สำคัญ เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เป็นต้น ซึ่งมีความสัมพันธ์กับบริบทต่างๆ ทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน เมื่อมีการรวบรวมข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง กับภาวะสุขภาพและปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนด้วยเครื่องมือดังกล่าว ก็จะทำให้การวินิจฉัยปัญหาสุขภาพในชุมชน จัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชนและเขียนแผนงานแก้ไข ปัญหาต่างๆ ที่สอดคล้องกับเงื่อนไขต่างๆ ในชุมชน

คำสำคัญ : เครื่องมือด้านมานุษยวิทยา, การเรียนรู้ชุมชน, การวางแผนปฏิบัติงานชุมชน

นักวิชาการอิสระ

Corresponding outher : รศ.ดร.นิรมล เมืองโสม (สค.ด.) Email : nmuangsom38@gmail.com

Using anthropological's tools to formulate an effectiveness action plan for community learning

Niramom Muangsom

(Receive 24th May 2022; Revised: 3rd July 2022; Accepted 4th July 2022)

Abstract

In general, public health activities including nursing care activities are governed by the needs of the community being served. Nurses and public health personnel are required to assess the needs of any given community. Several different tools, including the anthropological tools are used to identify the socio-cultural contexts of the population and their health requirements. Tools that are frequently used for gathering the data, are a community map, genogram, community organ, community calendar, local health system, local history and life story of the people in the community. When all the data are collected, the major health problems facing the people in that community can be identified and effective public health programs can be devised. It is known that common health problems within a community are infectious diseases and chronic conditions such as Diabetes Mellitus, Hypertension and Cardio-vascular disease, which can be linked to socio-cultural factors. After the assessment of the community an effective action plan is then developed. Priority for public health programs in the community can be targeted at the most pressing conditions for that community.

Keywords : Anthropological tools, Community learning, Community action plan

independent scholar

Corresponding Author : Niramom Muangsom Ph.D. (Social Sciences)

e-mail : nmuangsom38@gmail.com

บทนำ

ก่อนอื่นเราควรรู้จักความหมายของระบบบริการปฐมภูมิ (Primary Care) ซึ่งตามคำประกาศของอัลมา อัลตา ปี ค.ศ. 1978 หมายถึง บริการด้านแรกที่ประชาชนในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชนเข้ามาสัมผัสกับระบบบริการสาธารณสุขของประเทศและให้จุดเน้นของบริการที่ระดับนี้ที่กว้างกว่าบริการทางการแพทย์ แต่รวมถึงการดูแลสุขภาพโดยรวมที่รวมทั้งปัจจัยทางด้านสังคมและการดูแลทั้งครอบครัว ชุมชน มิใช่เฉพาะรายบุคคลเท่านั้น เป็นการดูแลในทุกด้านที่เกี่ยวข้องที่ส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดสภาวะสุขภาพของประชาชน ซึ่งระบบบริการปฐมภูมิ เป็นส่วนของชุดคำที่ใช้อธิบายลักษณะระบบบริการทางการแพทย์ เป็นระดับต่างๆ โดยแบ่งตามความซับซ้อนทางการแพทย์ เป็นบริการปฐมภูมิ ซึ่งหมายถึงหน่วยบริการสุขภาพระดับแรกของระบบ ทำหน้าที่ให้บริการทางการแพทย์ ส่วนระดับที่เหนือขึ้นไป คือบริการทุติยภูมิและตติยภูมิ⁽¹⁾ ซึ่งการบริการปฐมภูมินั้นพยาบาลชุมชนมีบทบาทหน้าที่ในการให้บริการปฐมภูมิ ซึ่งเป็นศิลปะขั้นสูงของการดูแลสุขภาพที่ต้องมีหัวใจการเป็นมนุษย์ เป็นการดูแลทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณของประชาชน นอกจากนี้เราควรรู้จักปัญหาสาธารณสุข ซึ่งเป็นปัญหาที่เกิดจากการเจ็บป่วยและเป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องถึงลักษณะของโครงสร้างประชากร เศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม การเมือง และนโยบายของประเทศด้วย การแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่แท้จริงจะต้องมีการวิเคราะห์หาสาเหตุของปัญหาและพยายามปรับปรุงป้องกัน

มิให้เกิดโรคและปัญหาทางด้านสุขภาพขึ้น ดังนั้นพยาบาลและบุคลากรสาธารณสุขเป็นผู้ที่ปฏิบัติงานใกล้ชิดกับชุมชน จะต้องรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล วินิจฉัยปัญหาสุขภาพอนามัยชุมชนและมีการวางแผนดำเนินงานให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของคนในชุมชน

ส่วนการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพอนามัยชุมชนเป็นขั้นตอนที่สำคัญในการนำข้อมูลชุมชนที่ผ่านการวิเคราะห์จนสามารถวินิจฉัยได้ว่าชุมชนมีภาวะสุขภาพอย่างไร ปัญหาสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่คืออะไรและมีภาวะเสี่ยงต่อสุขภาพอนามัยอย่างไร แล้วนำมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพต่อไป นักวิชาการหรือบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งรวมพยาบาลอนามัยชุมชนด้วย จะมีการใช้ข้อมูลต่างๆ ของชุมชนเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนโครงการในการทำงานกับชุมชน เป็นตัวบ่งชี้ ทิศทาง เป้าหมาย และวัตถุประสงค์ของการดำเนินโครงการ ดังนั้นข้อมูลชุมชนที่รวบรวมได้มา จะต้องมีความครบถ้วน สมบูรณ์ และถูกต้อง น่าเชื่อถือ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องนำเครื่องมือศึกษาชุมชนที่มีประสิทธิภาพมาใช้ในการสำรวจและเก็บข้อมูลจากชุมชน เครื่องมือในการศึกษาชุมชนนั้นได้พัฒนามาจากเครื่องมือของนักมานุษยวิทยาที่มีนามว่า นายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ซึ่งเป็นนักมานุษยวิทยาของไทยคนแรกที่เป็นผู้เชี่ยวชาญใช้เครื่องมือ 7 อย่าง ในการศึกษาชุมชน เชิงลึก โดยเครื่องมือประกอบด้วย (1) แผนที่เดินดิน (2) ผังเครือญาติ (3) โครงสร้างองค์กรชุมชน (4) ปฏิทินชุมชน (5) ระบบสุขภาพชุมชน

(6) ประวัติชีวิต และ (7) ประวัติชีวิตบุคคลสำคัญหรือกลุ่มเป้าหมาย โดยพยาบาลอนามัยชุมชนและนักวิชาการสาธารณสุขอาจมีเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม, แบบสัมภาษณ์, แบบสังเกตและแบบทดสอบด้วย ซึ่งรายละเอียดของเครื่องมือศึกษาชุมชนแต่ละประเภทนั้นผู้เขียนขอเสนอรายละเอียดตามหลักการของนายแพทย์โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ และคณะ⁽²⁾ ในปี พ.ศ.2545 โดยบทความนี้จะให้รายละเอียดและตัวอย่างของเครื่องมือทางสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาในการศึกษาชุมชนชนิดต่างๆ ที่พยาบาลอนามัยชุมชนรวมทั้งนักวิชาการสาธารณสุขควรรู้และนำไปใช้ประโยชน์ในการทำงานกับชุมชนต่อไป

สาระสำคัญของเครื่องมือต่างๆ ที่ใช้ในการศึกษาชุมชนและปัญหาอนามัยของชุมชน

เครื่องมือในการศึกษาชุมชนประเภทต่างๆ ตามแนวคิดของนักมานุษยวิทยา ที่นักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลอนามัยชุมชนควรทราบ โดยมีรายละเอียดดังนี้ คือ

1. แผนที่เดินดิน(Community Map)

จัดว่าเป็นเครื่องมือชิ้นแรกที่สำคัญ ดังนั้นการทำแผนที่เดินดินจึงมีความสำคัญมากและเหมาะสมที่จะเป็นบันไดขั้นแรกของการศึกษาชุมชน เพราะเป็นวิธีที่จะทำให้เราเห็นภาพรวมของชุมชนได้ดี รวดเร็วและได้ปริมาณข้อมูลมาก ครบถ้วนในระยะเวลาสั้นที่สุด นอกจากนี้ยังช่วยถนอมพิษของการรู้จักชุมชนไม่ทั่วถึงด้วย แผนที่เดินดินเป็นเครื่องมือชิ้นแรกที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการทำงานนันทนาการ วิธีการทำแผนที่เดินดิน มีดังนี้ คือ (1) ให้เรานำ

แผนที่นั่งโต๊ะมาเป็นข้อมูลพื้นฐาน “แผนที่นั่งโต๊ะ” ก็คือ แผนที่ที่หาได้จากเอกสาร หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีการสำรวจไว้แล้ว ซึ่งจะให้มีข้อมูลทางด้านภูมิศาสตร์โดยทั่วไปอย่างคร่าวๆ (แต่จะไม่มีข้อมูลที่สามารถบอกถึงชีวิตจริงและรายละเอียดที่สำคัญในชุมชน) ซึ่งจะช่วยให้เราประหยัดเวลาขึ้น (2) ทำการเดินสำรวจชุมชนอย่างละเอียด แล้วบันทึกข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมลงในแผนที่นั่งโต๊ะ (อย่างละเอียด) เช่น ทางสายเล็ก ๆ ที่ตัดใหม่และไม่มีการระบุไว้ในแผนที่, ขนาดของบ้าน, เขตที่มีชาวบ้านอยู่กันหนาแน่น, จุดนัดพบของชาวบ้าน, บริเวณสี่แยกที่สามารถวนรถจักรยานยนต์ได้, ร้านค้า และอะไรก็ตามที่เป็นรายละเอียดสำคัญที่เป็นประโยชน์ต่องานนันทนาการของชุมชน (3) สร้างความสัมพันธ์ไปด้วยการทำแผนที่เดินดินควรให้ความสำคัญกับการสร้างความคุ้นเคยกับชุมชนควบคู่ไปด้วย ฉะนั้นจึงควรแวะทักทายชาวบ้านให้มากที่สุด ข้อแนะนำในการทำแผนที่เดินดินมีดังนี้ คือ (1) ไม่นั่งรถทำแผนที่ ควรเดินเท้าด้วยตัวเอง เพราะการนั่งรถทำให้เราไม่ได้สัมผัสกับชาวบ้านจริงๆ (2) ในกรณีที่มีทีมงานหลายคนไม่ควรแบ่งกันสำรวจแล้วนำข้อมูลมาต่อกันเพราะอาจได้ข้อมูลที่ผิดพลาดและขาดความต่อเนื่อง ควรเดินสำรวจไปพร้อมๆ กัน (3) ต้องหมั่นสังเกตและมีพุดคุยเพื่อแลกเปลี่ยนข้อสังเกตระหว่างกันและกัน (4) การให้ผู้นำชาวบ้านมาเดินด้วยมีทั้งผลดีและผลเสีย ผลดีคือ ทำแผนที่ได้รวดเร็ว ส่วนผลเสียคือ ข้อมูลมีอคติ (Bias) หรืออาจมีการปิดบังข้อมูลที่ไม่อยากให้เราเห็น, (5) เขียนข้อสังเกตทุกครั้งที่พบเห็น เพื่อกันไม่ให้ลืม และ (6) ข้อมูลบางอย่างไม่สามารถสอบถาม

จากการสังเกตด้วยตาเพียงอย่างเดียว จึงจำเป็นต้องมีการสอบถามเจ้าของบ้าน ญาติ เพื่อนบ้าน หรือบุคคลอื่นในชุมชนประกอบการพิจารณา เพราะบางครั้งสิ่งที่เห็นอาจเป็นเพียงภาพลวงตา ดังตัวอย่างที่จะยกตัวอย่างให้เห็นต่อไปข้อมูลบางอย่างไม่สามารถสอบถามจากเจ้าของบ้านได้โดยตรง เช่น บ้านบางหลังมีขนาดใหญ่ผิดปกติเมื่อสอบถามถึงอาชีพของสมาชิกในครอบครัว อาจได้ข้อมูลไม่ชัดเจนเนื่องจากเกี่ยวข้องกับการค้าขายยาเสพติดและสิ่งผิดกฎหมาย การสอบถามเจ้าของบ้านโดยตรงอาจไม่ได้ข้อมูลที่แท้จริง จำเป็นต้องสอบถามคนในชุมชนเพิ่มเติมหรืออาศัยการสังเกตเพิ่มเติมด้วยตัวเอง (ซึ่งเป็นคนนอกชุมชน) ในการทำแผนที่เดินดินนั้น ความสำคัญไม่ได้อยู่ที่การเขียนแผนที่ทางกายภาพให้สมบูรณ์ ครบถ้วนลงบนแผ่นกระดาษ แต่สำคัญที่การไปดูให้เห็นและเข้าใจถึงความหมายและ “หน้าที่ทางสังคม” (Social meaning และ Social function) ของ “พื้นที่ทางกายภาพ” (Physical space) เหล่านั้น การเข้าใจความหมายทางสังคมของลักษณะทางกายภาพนี้จะเกิดขึ้นได้ต่อเมื่อไปมีการเดินดินและสิ่งที่เกิดขึ้นในพื้นที่ต่างๆ การเดินดินจะช่วยให้เห็นพื้นที่ทางสังคม (Social space) และเข้าใจหน้าที่ทางสังคม (Social function) ที่อยู่บนลักษณะทางกายภาพ (Physical space)

2. ผังเครือญาติ (Family trees or genogram) เป็นการใช้สัญลักษณ์แสดงตัวบุคคลและความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในระบบเครือญาติ⁽²⁾ มีประโยชน์สำคัญคือช่วยให้เข้าใจโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงเครือญาติที่แม้จะมีความซับซ้อนหลายตระกูลก็ยังสามารถสืบสาว

เชื่อมโยงกันได้ในการแพทย์และสาธารณสุข เราใช้ประโยชน์ในการสอบถามประวัติการเจ็บป่วยโรคที่มีการถ่ายทอดทางพันธุกรรมต่างๆ เช่น โรคเบาหวานชนิดที่สองหรือโรคไม่ติดต่ออื่นๆ เช่น โรคธาลัสซีเมีย เป็นต้น ซึ่งช่วยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขใช้ประโยชน์ในการให้ข้อมูลกับประชาชนที่มีประวัติครอบครัวเสี่ยงต่อโรคเหล่านี้ก่อนแต่งงานหรือเป็นคู่รักกัน เพื่อจะได้ทราบว่าหากแต่งงานกันแล้วบุตรหลานจะมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรมนี้ได้

3. โครงสร้างองค์กรชุมชน (Community Organ) การรู้จักและเข้าใจโครงสร้างองค์กรชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ จะช่วยให้เราเห็นได้ชัดเจนถึงมิติความสัมพันธ์ในชุมชนว่าคนกลุ่มใดมีบทบาทต่อชุมชนในเชิงการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม มีความสัมพันธ์ที่เป็นมิตรหรือขัดแย้งกับกลุ่มไหน เป็นข้อมูลที่ช่วยให้เราจัดการความสัมพันธ์ของเรากับชุมชนได้ และยังเข้าใจถึงศักยภาพของชุมชนว่าอยู่ที่การรวมตัวเป็นกลุ่มหรือเครือข่ายในชุมชนที่มีหลากหลาย เช่น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข เครือข่ายเอกชนและผู้นำแบบไม่เป็นทางการต่างๆ เป็นต้น ดังนั้นองค์กรชุมชนจึงเป็นทุนทางสังคม (Social capital) ที่สำคัญในการแก้ปัญหาต่างๆ และช่วยสร้างชุมชนให้เข้มแข็งด้วย

4. ระบบสุขภาพชุมชน (Local Health Systems) ช่วยให้เราเห็นภาพรวมของระบบสุขภาพที่เชื่อมโยงกับมิติต่างๆ ความคิด ความเชื่อ วิถีปฏิบัติต่างๆ ที่มีความสัมพันธ์กับวัฒนธรรมของคนในชุมชนนั้นๆ โลกของ

สุขภาพ ซึ่งในพื้นที่ต่างๆ มีระบบสุขภาพที่เป็นมีแนวคิดและการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบชาวบ้านหรือพื้นบ้าน (Lay medicine) เมื่อเจ็บป่วยเล็กน้อย อาจใช้สมุนไพรรักษาโดยการทา รับประทาน ย่าง และอบสมุนไพร ซึ่งปัจจุบันเรายังคงมีใช้และให้บริการแก่ประชาชนทั้งในเขตเมืองและชนบทและการแพทย์สมัยใหม่ (Modern medicine) เราจึงสามารถใช้บริการได้จากบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสถานพยาบาลต่าง ๆ ทั้งโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล (รพ.สต.) ทั่วประเทศไทย

5. ปฏิทินชุมชน (Community Calendar) ช่วยทำให้เข้าใจวิถีชุมชนหมายถึงแบบแผนงานกิจกรรมเหตุการณ์ต่าง ๆ รวมทั้งวัฒนธรรมและประเพณีปฏิบัติของชุมชนที่เกิดขึ้นในรอบปีหรือแต่ละฤดูกาล ทำให้เข้าใจถึงความสัมพันธ์ระหว่างกิจกรรมหรือเหตุการณ์ต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน ทำให้สามารถวางแผนการทำงานกับชุมชนได้ดียิ่งขึ้น เพราะจะทำให้จัดตารางการทำงานที่สอดคล้องกับชีวิตชุมชนได้ เช่น การทำงานกับคนชุมชนในช่วงที่ประชาชนไม่ได้ไปดำนาปลูกข้าวในช่วงฤดูฝนและช่วงเกี่ยวข้าวในช่วงฤดูหนาว เป็นต้น จึงสามารถปฏิบัติงานได้อย่างเหมาะสมและถูกจังหวะเวลาของประชาชนในชุมชน

6. ประวัติศาสตร์ชุมชน (Local History) การทำความเข้าใจประวัติศาสตร์ของชุมชน ซึ่งสำคัญต่องานชุมชน เพราะชุมชนมีส่วนคล้ายคลึงกับบุคคลตรงที่มีความคิดเห็นและมีความรู้สึก การศึกษาประวัติศาสตร์ชุมชนก็เหมือนกับการได้เข้าใจคนคนหนึ่งว่าเขามี

ความเป็นมาอย่างไร เติบโตมาในครอบครัวแบบไหนเคยประสบกับอะไรมาบ้างในชีวิต ทำให้เราเข้าใจคนคนนั้นได้ดี ประวัติศาสตร์ชุมชนก็เช่นเดียวกัน การเข้าใจเรื่องราวความเป็นมาของสิ่งต่างๆ ในชุมชน⁽²⁾ ทำให้เราสามารถเลือกวิธีการทำงานกับชุมชนให้สอดคล้องกับประสบการณ์ ความคาดหวังและศักยภาพของชุมชนได้ดีขึ้นมีผู้รู้ได้เสนอหลักการใช้เครื่องมือประวัติศาสตร์ชุมชนโดยเพิ่มความระมัดระวังและลดอคติในการทำงานในส่วนของผู้เจ้าหน้าที่รัฐถ้าเป็นในกรณีประวัติด้านสาธารณสุข เราควรใช้คำถามต่างๆ เพื่อสอบถามประชาชนที่เกี่ยวกับสุขภาพและการสาธารณสุข เช่น สุขภาพของชาวบ้านในอดีตเป็นอย่างไรบ้าง โรคอะไรที่พบบ่อย ชาวบ้านใช้วิธีการแก้ไขอย่างไร การแพทย์สมัยใหม่ (Modern medicine) เข้ามาเมื่อใด รู้สึกอย่างไรต่อการแพทย์สมัยใหม่และระบบบริการสาธารณสุขในปัจจุบันมีความเป็นมาอย่างไร เป็นต้น⁽²⁾

7. ประวัติชีวิต (Life Story) ประวัติชีวิต (ชีวประวัติ) หรือเรื่องราวประสบการณ์ของคนในชุมชนนั้น จะช่วยให้เราเห็นว่าค่านิยมและวัฒนธรรมของท้องถิ่นซึ่งเคยเป็นนามธรรมนั้นมีรูปธรรมการแสดงออกเป็นอย่างไร ค่านิยมและวัฒนธรรมเรื่องใดมีความสำคัญและมีผลรูปธรรมต่อชีวิตของผู้คนอย่างไรและช่วยพิจารณาว่าประวัติชีวิตของคนแต่ละรุ่นในชุมชน จะสะท้อนการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรมของชุมชนได้เป็นอย่างดีและสุดท้ายการศึกษาประวัติชีวิตทำให้เราเห็นถึงศักยภาพและทุนมนุษย์ (Human Capital) ที่มีในชุมชน ซึ่งการเรียนรู้ประวัติชีวิตของคน

ในชุมชนจะช่วยเติมเต็มมิติความเป็นมนุษย์กับงานชุมชนให้มีความหมายยิ่งขึ้น เป็นการสร้างสัมพันธภาพที่ดี ตลอดจนสร้างความเข้าใจและมีความละเอียดอ่อนในการให้บริการชาวบ้านด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเป้าหมายคือ คนจน ผู้ป่วย ผู้สูงอายุ กลุ่มผู้นำทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ไม่ได้มุ่งเน้นที่โรคและการรักษาเป็นหลัก⁽²⁾

เมื่อเราทราบเกี่ยวกับเครื่องมือในการศึกษาชุมชนแล้ว เราควรได้รู้และรับทราบมุมมองของคณาจารย์/นักวิชาการต่าง ๆ เกี่ยวกับการระบุปัญหาและความต้องการของชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้ คือ^(4,5)

2. การระบุปัญหาและความต้องการของชุมชนและประเภทของปัญหามัธยมศึกษา

ก่อนอื่น เราควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับความหมายปัญหามัธยมศึกษาชุมชนและการแบ่งประเภทของปัญหามัธยมศึกษาชุมชนก่อนวิธีการระบุชนิดปัญหามัธยมศึกษาชุมชนจากมุมมองของนักวิชาการบางท่านดังนี้ คือ⁽³⁾

2.1 ความหมายปัญหามัธยมศึกษาชุมชน

สมใจ วินิจกุล⁽⁴⁾ ได้ให้ความหมายปัญหามัธยมศึกษาชุมชน ซึ่งตรงกับภาษาอังกฤษว่า community health nursing ว่าหมายถึงภาวะสุขภาพที่เบี่ยงเบนไปจากปกติในชุมชนและมีความวิตกกังวลของชุมชนด้านสุขภาพ ซึ่งลักษณะของปัญหานั้นมีสิ่ง值得พิจารณาไปด้วย ได้แก่ เป็นปัญหามัธยมศึกษาของชุมชนเองเป็นปัญหาสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่อนามัยและหรือเป็นปัญหามัธยมศึกษาของชุมชนและเจ้าหน้าที่ร่วมกัน

2.2 การแบ่งประเภทของปัญหามัธยมศึกษา

การแบ่งประเภทของปัญหามัธยมศึกษาชุมชนนั้น แบ่งออกเป็น 2 ประเภท ดังนี้คือ⁽⁶⁾

1) ปัญหาความเจ็บป่วยหรือโรคภัยไข้เจ็บ (Disease) เช่น ปัญหาโรคเบาหวาน ปัญหาโรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจและหลอดเลือด ปัญหาอุบัติเหตุจากการจราจร เป็นต้น จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่ก็เป็นโรคไม่ติดต่อ

2) ปัญหาสภาพการณ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาสุขภาพและทำให้เกิดการเจ็บป่วย (Condition) ได้แก่ การขาดแคลนบุคลากรและอุปกรณ์ทางการแพทย์ต่างๆ เช่น ขาดแคลนน้ำดื่ม น้ำใช้ ทำให้เกิดปัญหาโรคอุจจาระร่วงในพื้นที่ชนบทบางแห่งและปัญหาพฤติกรรมอนามัยไม่เหมาะสม เช่น ประชาชนใช้ส้วมที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ทำให้เกิดโรคพยาธิปากขอ เป็นต้น

สรุปปัญหามัธยมศึกษาชุมชน หมายถึง ปัญหาที่กระทบต่อสุขภาพของประชาชนส่วนใหญ่ในชุมชนนั้น อาจเนื่องมาจากปัญหาการเจ็บป่วยจากโรคภัยไข้เจ็บรวมถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากโรคภัยไข้เจ็บนั้นและปัญหาที่มีภาวะเสี่ยงหรือปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพที่สามารถแสดงออกทั้งทางตรงและทางอ้อม เช่น สถานภาพทางด้านสังคมประชากร ถ้าโครงสร้างของประชากรที่มีผู้สูงอายุมากและเป็นกลุ่มเสี่ยง ทำให้พบผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อได้จำนวนมาก และความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพรวมทั้งการปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วยด้วย^(6, 7)

2.3 การระบุปัญหามัธยมศึกษาชุมชน

การระบุปัญหามัธยมศึกษาชุมชนนั้น ในทางด้านการถือว่เป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้เรา

ทราบปัญหา-สุขภาพของชุมชน ซึ่งวิธีการระบุปัญหาอนามัยชุมชน มีการดำเนินการดังนี้

1) การเลือกสิ่งที่เป็นปัญหา โดยการกำหนดหลักเกณฑ์ในการพิจารณาเลือกปัญหา ได้แก่สิ่งที่มีผลกระทบต่อคนส่วนใหญ่ และมีกระทบต่อความเป็นอยู่ของชุมชนในด้านเศรษฐกิจและสังคม มีผลต่อนโยบาย ที่กำหนดและทำให้นโยบายไม่บรรลุวัตถุประสงค์หรือมีผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติ ทำให้เกิดความสูญเสียแก่ส่วนรวม

2) การกำหนดตัวชี้วัด หมายถึง สิ่งที่สามารถนำมาอ้างอิงหรือชี้วัดว่าสิ่งนั้นเป็นปัญหาเกิดขึ้นแล้ว เช่น อัตราการเกิดค่อนช้างต่ำ เป็นดัชนีบ่งชี้ว่ามีการลดลงของประชากร ร้อยละของครัวเรือนที่มีและใช้ส้วมที่ถูกสุขลักษณะต่ำ เป็นดัชนีชี้วัดปัญหาการกำจัดขยะปฏิกุล และร้อยละของประชาชนที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปที่มีการสูบบุหรี่สูง เป็นดัชนีชี้วัดปัญหาพฤติกรรมเสี่ยงต่อสุขภาพของประชาชนกลุ่มนี้ เป็นต้น

3) การเปรียบเทียบกับหลักเกณฑ์เมื่อได้ข้อมูลจากการค้นหาปัญหาที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพหรือปัจจัยสาเหตุ เช่น ปัจจัยเสี่ยงต่อพฤติกรรมพันธุกรรมและสิ่งแวดล้อม เป็นต้น แล้วนำข้อมูลนั้นมาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน เช่น เกณฑ์ความจำเป็นพื้นฐาน (จปฐ.) เปรียบเทียบตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข เป้าหมายของแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ และเปรียบเทียบกับชุมชนใกล้เคียง เป็นต้น เช่น ชุมชนแห่งหนึ่งพบว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคตามเกณฑ์ร้อยละ 70 (ในการป้องกันโรคโปลิโอ คอตีบ ไอกรณ บาดทะยัก และหัด) เมื่อเทียบกับ

มาตรฐานที่กำหนดให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต้องได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ร้อยละ 100 แสดงว่าชุมชนนี้มีปัญหาการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในเด็ก

4) การกำหนดสภาพและขอบเขตของปัญหา หมายถึงการอธิบายให้เห็นว่าสิ่งที่กำหนดนั้นคือปัญหาที่แท้จริงว่าเป็นปัญหาประเภทใด เป็นปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ (Disease) หรือปัญหาเกี่ยวกับสภาพการณ์ (Condition) ซึ่งสภาพการณ์ เช่น ปัญหาการขาดแคลนน้ำสะอาดเป็นปัญหาสภาพการณ์และระบุขอบเขตของปัญหาได้ว่าชุมชนแห่งนี้มีน้ำสะอาดดื่ม เพียงร้อยละ 40 ตามเป้าหมายโครงการจัดหาน้ำสะอาดกำหนดให้ประชาชนมีน้ำสะอาดดื่ม ร้อยละ 90 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมาย ร้อยละ 50 แต่เนื่องจากชุมชนแห่งนี้มีปัญหาการขาดแคลนน้ำสะอาดมานานเกือบสิบปี ถ้าหากปล่อยให้เป็นอยู่เช่นนี้ก็จะมีความกระทบต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตและอาจเกิดปัญหาสุขภาพต่างๆ ได้แก่ การเกิดโรคติดต่อระหว่างน้ำและอาหาร เช่น โรคอุจจาระร่วง บิด และไทฟอยด์ เป็นต้น⁽⁶⁾

5) การค้นหาสาเหตุของปัญหา เมื่อคัดเลือกปัญหาได้แล้ว โดยใช้หลักเกณฑ์ขั้นตอนที่สำคัญ คือ การค้นหาสาเหตุที่แท้จริงของปัญหา⁽⁶⁾ เป็นการสืบค้นต้นตอที่แท้จริงของปัญหาที่เกิดขึ้นว่าเกิดจากสาเหตุอะไรบ้าง ซึ่งจะ เป็นขั้นตอนเดียวกับการโยงใยสาเหตุ (Web of causation) ซึ่งการเขียนผังโยงใยความสัมพันธ์ของสาเหตุทางทฤษฎีและโยงใยตามสภาพการณ์ที่เป็นจริงของปัญหาควรให้ความสำคัญของการพิจารณาสาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง

เนื่องจากสาเหตุด้านพฤติกรรมเป็นสาเหตุตรงและเป็นสาเหตุหลักอย่างหนึ่งของปัญหาสาธารณสุข ซึ่งในทางทฤษฎีแล้วปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของคนเรา จะประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย ตามแนวคิดของนักพฤติกรรมศาสตร์ คือ Green W. Lawrence ที่ได้มีการพัฒนาแนวคิดการวินิจฉัยพฤติกรรมด้วย PRECEDE Framework ขึ้นในปี ค.ศ. 1980 ได้มีการวิเคราะห์พฤติกรรมมนุษย์ โดยใช้ PRECEDE Framework^(9-10,13) ในช่วงแรกของการดำเนินการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมนุษย์ จะช่วยให้ทราบปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่เสี่ยงของบุคคล (ทั้งปัจจัยภายในและปัจจัยภายนอกตัวบุคคล ซึ่งได้แก่สิ่งแวดล้อมทางด้านสังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งสิ่งที่อยู่ในชุมชนรอบตัวบุคคลด้วย) ดังนั้นพยาบาลควรประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ในการส่งเสริมสุขภาพหรือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมของมนุษย์เราและใช้ในการศึกษาวิจัยทางการแพทย์ด้วย⁽¹¹⁾ โดยแนวคิดนี้ประกอบด้วยปัจจัยต่อไปนี้ คือ

1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) เป็นปัจจัยพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคลและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล ปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างรวดเร็วได้แก่ ความรู้ ทศนคติ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมของบุคคล การแสดงพฤติกรรมของคนมีส่วนเกี่ยวข้องกับปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ และสถานภาพของบุคคลด้วย ปัจจัยส่วนบุคคลนี้เป็นปัจจัยที่ไม่สามารถนำไปสู่การกระทำได้

2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) เป็นปัจจัยที่สนับสนุนหรือขัดขวางให้บุคคลแสดงพฤติกรรมออกมา ได้แก่ ทักษะ ทรัพยากร สิ่งสนับสนุนให้แสดงพฤติกรรมของคนได้ง่ายขึ้นหรือสิ่งที่ขัดขวางให้แสดงพฤติกรรมของคนเรา นอกจากนี้ยังรวมถึงทักษะใหม่ๆ ที่บุคคลจะต้องมีความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนั้นๆ ซึ่งการจัดโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทักษะใหม่ที่ผู้ป่วยต้องกระทำหรือการส่งเสริมด้านสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) เป็นปัจจัยที่แสดงสิ่งที่บุคคลได้รับจากคนอื่นในสังคม เช่น ครอบครัว เพื่อนผู้บังคับบัญชา แพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เป็นต้น โดยมีผลจากการกระทำของบุคคล ซึ่งเป็นผลให้บุคคลนั้นๆ แสดงพฤติกรรมออกมาหรือไม่แสดงพฤติกรรมนั้นๆ สิ่งที่ได้รับอาจจะเป็นรางวัลหรือการลงโทษ ปัจจัยเสริมส่วนใหญ่มักจะเป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นเตือน ยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ ตำหนิ ตีเตือน และการลงโทษ ซึ่งนักวิชาการสาธารณสุขและนักศึกษาค้นคว้าส่วนใหญ่เชื่อว่าปัจจัยเสริมเป็นสิ่งที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้นๆ กลุ่มปัจจัยทั้งสามอย่างดังกล่าวนี้ถือว่าเป็นสาเหตุรองของปัญหาสาธารณสุข^(8,9) ที่เราพบได้ในชุมชนต่างๆ ซึ่งรายละเอียดเกี่ยวกับการวิเคราะห์พฤติกรรมนี้ ท่านสามารถศึกษาเพิ่มเติมจากตำราทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และสุขศึกษา รวมทั้งรายงานการวิจัยเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ท่านมีความเข้าใจ

เรื่องนี้มากขึ้น จากตำราภาษาไทยและตำราภาษาอังกฤษ

2.4 การวินิจฉัยปัญหาอนามัยชุมชน และการวินิจฉัยชุมชน

การทำงานชุมชนด้านสาธารณสุขมีความสำคัญ เนื่องจากการเป็นการทำงานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของประชาชน ซึ่งมีความแตกต่างจากการทำงานที่เกี่ยวข้องกับเฉพาะบุคคลหรือกับคนกลุ่มใหญ่ทั้งนี้เพราะมีปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงาน ได้แก่ ปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมและค่านิยมของคนในชุมชน⁽¹¹⁾ ส่วนความหมายของการวินิจฉัยชุมชน ก็คือ กระบวนการศึกษาโดยการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อให้ได้ผลที่บ่งชี้ว่าประชาชนในชุมชนนั้นมีสถานภาพสุขภาพอนามัยอยู่ในระดับใด ปัญหาสาธารณสุขในชุมชนมีอะไรบ้าง รวมทั้งปัจจัยต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อสถานภาพอนามัยของคนในชุมชน^(4,11)

โดยบทความนี้จะกล่าวถึงการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอนามัยชุมชน ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญขั้นตอนหนึ่ง ส่วนแนวคิดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาอนามัยชุมชน จะได้เรียนรู้เพิ่มเติมต่อไปหรือ ผู้ที่สนใจก็สามารถศึกษาล่วงหน้าหรืออาจไปทบทวนบทเรียนที่เกี่ยวข้องสมัยเรียนปริญญาตรีหรือปริญญาโท (ขึ้นกับสาขาที่เรียน)

การวินิจฉัยปัญหาอนามัยชุมชน คือ การประเมินเพื่อที่จะทราบว่าอะไรคือปัญหาอนามัยที่สำคัญของชุมชนที่จะทำการแก้ไข ปัญหาและอะไรคือสาเหตุของปัญหานั้นๆ ซึ่งในการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

อนามัยชุมชน มีส่วนประกอบที่สำคัญ 3 ส่วน ดังที่นักวิชาการด้านการพยาบาล คือ อลิซาเบท ที แอนเดอร์สัน และจูดิท แมกฟาลแลน (Elizabeth T. Anderson & Judith McFarlane)⁽¹²⁾ ได้กล่าวไว้ ในปี ค.ศ.2015 ดังนี้ คือ

1) ส่วนที่กำหนดปัญหา ความต้องการ ความเข้มแข็งหรือสภาพปัญหาของชุมชน ส่วนนี้จะทำให้เราทราบถึงเป้าหมายของกิจกรรมการพยาบาล

2) ส่วนที่ระบุสาเหตุปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาหรือพยาธิสภาพของปัญหา ซึ่งพยาบาลเราจะใช้เป็นแนวทางของกิจกรรมการพยาบาล

3) ส่วนที่ข้อมูลสนับสนุน เช่น อาการ (Signs) และอาการแสดง (Symptoms) ซึ่งสนับสนุนสาเหตุหรือสภาพปัญหาที่ปรากฏ ส่วนนี้จะใช้เป็นแนวทางในการประเมินผลของกิจกรรมการพยาบาลต่อไป

ตัวอย่างเกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอนามัยชุมชน คือ ประชาชนอายุ 45-59 ปี ในหมู่บ้านชนบทแห่งหนึ่ง ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง เนื่องจากพฤติกรรมการกินอาหารเค็มและมีความเครียดจากการทำงาน

ข้อมูลในการสนับสนุนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอนามัยชุมชน มีดังนี้ คือ

1. ความชุกของโรคความดันโลหิตสูงในประชาชนอายุ 45-59 ปี เท่ากับร้อยละ 20

2. ประชาชนอายุ 45-59 ปี ให้ข้อมูลว่าชอบรับประทานอาหารเค็ม ปลาร้า เติมน้ำปลาในอาหารที่ปรุงเสร็จแล้ว (ไม่ชิมก่อนปรุง)

3. ประชาชนในชุมชนให้ข้อมูลว่าเวลาทำงานแล้วเครียด ไม่ทราบว่าจะทำอย่างไรทำงานหนักเพราะรายได้ไม่เพียงพอกับค่าใช้จ่ายเลย จึงทำให้มีความเครียดเพิ่มขึ้น

จากตัวอย่างที่กล่าวมาก่อนการสรุปบทความนี้ช่วยให้เราได้เรียนรู้เกี่ยวกับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลอนามัยชุมชนด้วย

สรุป

การดำเนินงานอนามัยชุมชนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเพื่อตอบสนองความต้องการทางด้านสุขภาพอนามัยของผู้รับบริการหรือชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือจากชุมชนและทีมงานสุขภาพทั้งจากภาครัฐบาลและเอกชนในการปฏิบัติงานเพื่อแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพอนามัยให้แก่ผู้รับบริการ ดังนั้นการเตรียมการดำเนินงานอนามัยชุมชนจึงจำเป็น เพื่อให้ทุกฝ่ายเกิดความพร้อมในการทำงาน โดยมีการวางแผนทำงานให้ชัดเจนเหมาะสมกับระยะเวลาที่กำหนดและทรัพยากรที่มีอยู่ การวินิจฉัยปัญหาอนามัยชุมชนจะเป็นขั้นตอนการนำข้อมูลต่างๆ ของชุมชนซึ่งผ่านการวิเคราะห์จนสามารถวินิจฉัยได้ว่าชุมชนมีภาวะสุขภาพอย่างไร ปัญหาสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่คืออะไร มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพอนามัยอย่างไร ซึ่งพยาบาลและนักวิชาการสาธารณสุขควรให้ความสำคัญของการพิจารณาสาเหตุของปัญหาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากสาเหตุด้านพฤติกรรมเป็นสาเหตุตรง และเป็นสาเหตุหลักอย่างหนึ่งของปัญหาสาธารณสุข ในทางทฤษฎีแล้วปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ

ของมนุษย์เรา จะประกอบด้วย 3 กลุ่มปัจจัย ตามแนวคิด PRECEDE Framework ของนักพฤติกรรมศาสตร์ ชื่อ กรีน ดับบลิว ลอเรนซ์ (Green W. Lawrence) ซึ่งนักวิชาการสาธารณสุขรวมทั้งพยาบาลอนามัยชุมชนได้มีการวิเคราะห์พฤติกรรมของมนุษย์ โดยใช้แนวคิด PRECEDE Framework กันอย่างแพร่หลายในการพัฒนางานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ดังนั้นพยาบาลอนามัยชุมชนควรประยุกต์ใช้แนวคิดนี้ในการส่งเสริมสุขภาพหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน ส่วนการวินิจฉัยปัญหาอนามัยชุมชนโดยใช้เครื่องมือของนักมานุษยวิทยาในการศึกษาชุมชนเชิงลึกด้วยเครื่องมือ 7 อย่าง ซึ่งประกอบด้วยแผนที่เดินดิน, ผังเครือญาติ, โครงสร้างองค์กรชุมชน, ปฏิทินชุมชน, ระบบสุขภาพชุมชน, ประวัติศาสตร์ชุมชน และประวัติชีวิตบุคคลสำคัญหรือกลุ่มเป้าหมายในชุมชนที่เราต้องการเรียนรู้ เราจะได้ข้อมูลที่ต้องการในเชิงลึก ดังนั้นเมื่อนักวิชาการสาธารณสุขหรือพยาบาลอนามัยชุมชน ทำการวินิจฉัยปัญหาสุขภาพอนามัยชุมชนได้แล้ว ก็จะนำไปสู่ขั้นตอนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพอนามัยชุมชนและการเขียนแผนงาน/โครงการในการแก้ไขพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ของประชาชนได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป ซึ่งก่อนที่เราจะมีทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมาย เราจะมีการพิจารณาถึงแนวคิดและทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์อื่นๆ นอกเหนือจากแนวคิด PRECEDE Framework ที่กล่าวมาในบทความนี้ ก็จะมีแนวคิด PRECEDE Framework ซึ่งมี 5 ระยะด้วยกันในการ

วินิจัยพฤติกรรมมนุษย์ ควรอ่านเพิ่มเติมจาก ตำราทางด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ รวมทั้งมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีต่างๆ ได้แก่ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ทฤษฎีการรับรู้สมรรถนะในตนเอง (Self-efficacy) และแรงสนับสนุนทางสังคม (Social support) เป็นต้น ซึ่งนักวิชาการสาธารณสุขต้องเลือกใช้ให้สอดคล้องกับปัญหา การวิจัย กลุ่มเป้าหมายในการศึกษาวิจัยหรือการ ดำเนินโครงการและปัญหาสาธารณสุขที่ต้องการ แก้ไข ส่วนการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา อนามัยชุมชนก็เป็นขั้นตอนต่อจากการวินิจฉัย ปัญหาอนามัยชุมชน เพราะเป็นกระบวนการที่จะตัดสินใจว่าปัญหาใดควรได้รับการแก้ไขก่อน หลังตามลำดับ เป็นการทำงานหรือแก้ไขปัญห สุขภาพของชุมชนได้สอดคล้องกับงบประมาณที่มีหรือได้รับการจัดสรร จึงถือว่าเป็นการทำงานมีประสิทธิภาพอีกด้วย

เอกสารอ้างอิง

1. สุพัตรา ศรีวณิชชากร. สาธารณสุขมูลฐาน ระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว นิยาม ความหมายและความเชื่อมโยง [อินเทอร์เน็ต]. 2552. [เข้าถึงเมื่อ 30 มิถุนายน 2565] จาก <https://kb.hrsi.or.th/dspace/bit-stream/>
2. โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์, คณิศร เต็งรัง, ราตรี ปิ่นแก้ว และวรัญญา เพ็ชรคง. วิถีชุมชน: คู่มือการเรียนรู้ที่ทำให้งานชุมชนง่าย ได้ผลและสนุก. กรุงเทพฯ: ดีไซน์; 2545.
3. รังสิยา นารินทร์, วราภรณ์ บุญเรียง. การรวบรวมข้อมูล. ใน: ศิวพร อึ้งวัฒนา; พรพรรณ ทรัพย์ไพบูลย์. การพยาบาลชุมชน. [ม.ป.ท. : ม.ป.พ.]; 2555. หน้า 51-60.
4. สมใจ วินิจกุล. อนามัยชุมชน กระบวนการ วินิจฉัยและการแก้ปัญหา(ปรับปรุงครั้งที่ 2). พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: บพิธการพิมพ์; 2552.
5. พลุ่ตศักดิ์ พุ่มวิเศษ. ระบบสาธารณสุขและการวางแผนงานสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: จรัสสินทวงศ์การพิมพ์; 2557.
6. ชูลีกร ด่านยุทธศิลป์. กระบวนการพยาบาล อนามัย: แนวคิดและการปฏิบัติการพยาบาล. พิษณุโลก: โรงพิมพ์ตระกูลไทย; 2560.
7. อมรรัตน์ รัตนศิริ, สุชาดา ภัยหลีกลี่. แนวคิดการวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ. ใน: เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์ และคณะ. การสร้างสุขภาพมิติของการป้องกันควบคุมโรคในบริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา, 2547. หน้า 105-21.
8. รุจิรา ดวงสงค์. การจัดการทางสุศึกษา และการส่งเสริมสุขภาพ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2550.
9. นรลักษณ์ เอื้อกิจ, ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE Model ในการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย; 12(1): 38-48.
10. สมใจ วินิจกุล. อนามัยชุมชน กระบวนการ วินิจฉัยและการแก้ปัญหา (ฉบับปรับปรุง). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: หจก.พันธ์พิบูลย์; 2550.

11. วรางคณา จันทร์คง. แนวคิดและหลักการ
ในการทำงานชุมชน ใน เอกสารการสอน
ชุดวิชา การทำงาน ชุมชนด้านสาธารณสุข
หน่วยที่ 1-7. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี:
สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย สุโขทัย
ธรรมาธิราช; 2562. หน้า 1-73.
12. Elizabeth T. Anderson & Judith
McFarlane. Community analysis
and nursing diag-nosis. In Elizabeth
T. Anderson & Judith McFarlane.
Community as partner: Theory and
practice in nursing. 7th ed. Philadel-
phia, PA: Wolters Kluwer; 2015. p. 229.
13. Green W. Lawrence & Karshall W.
Kreuter. Health Promotion Planning:
An Education and Environmental
2nd ed. California: Mayfield Publishing
Company; 1991. p. 134-35.

ปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพผ่านบัญชี อย่างเป็นทางการ ของไลน์โรงพยาบาล ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (Line Official Account) : สุขภาพดีมีรางวัลของประชาชน ในพื้นที่รับผิดชอบ

ชาตรี เมธารธาธิป¹, ประภัศรา พิศวงปรากการ², ธเนศ นนท์ศรีราช³

(วันที่รับบทความ: 23 พฤษภาคม 2565; วันที่แก้ไข: 12 กรกฎาคม 2565; วันที่ตอบรับ: 18 กรกฎาคม 2565)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบพรรณนาแบบภาคตัดขวาง ใช้วิธีเชิงผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (Line Official Account) : สุขภาพดีมีรางวัลของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ประชากรที่ศึกษาเป็นสมาชิกในกลุ่มไลน์ OA โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ใช้แบบสอบถามในกลุ่มตัวอย่างเป็นสมาชิกจำนวน 384 คน ตรวจสอบค่าความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน และตรวจสอบความเที่ยงได้ 0.74 และแบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ให้ข้อมูล จำนวน 7 คน รวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนสิงหาคม 2564 วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Spearman's correlation coefficient ข้อมูลเชิงคุณภาพจากนำเสนอด้วยวิธีพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า ความพึงพอใจต่อการใช้บริการผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์ โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.82 คะแนน (S.D.=0.21) และมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกในระดับต่ำ กับการเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $r_s = 0.378$; $p\text{-value} < 0.001$) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์ โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ข้อเสนอแนะควรมีรางวัลที่ได้รับจากการใช้บริการที่มีความน่าดึงดูดใจ จะได้กลับมาใช้บริการซ้ำ และควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบไลน์ OA ที่สามารถใช้ได้ในทุกกลุ่มวัยเพิ่มการเข้าถึงในช่องทางอื่น ๆ ด้วย

คำสำคัญ: การเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพ, ความพึงพอใจต่อการใช้บริการผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการ, Line Official Account : สุขภาพดีมีรางวัลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

¹นายแพทย์เชี่ยวชาญ, ²พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ, ³ผู้ช่วยนักวิจัย, ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Corresponding author : ชาตรี เมธารธาธิป email : chatrimet@gmail.com

Factors affecting access to the health promotion service system through LINE official account of regional Health Promotion Center 7 Khon Kaen : Good health is rewarded of the people in the responsible area

Chatree Matatrati¹, Prapassara Pissawongprakan², Thanade Nonsrirach³

(Receive 23th May 2022; Revised: 12th July 2022; Accepted 18th July 2022)

Abstract

This study was cross-sectional descriptive study which used mix method and aimed to study factors affecting access to the health promotion service system through LINE official account of regional health promotion center 7 Khonkaen : good health is rewarded of the people in the area responsible for the border of regional health promotion center 7 Khonkaen. The study population was a member of the LINE OA group, regional health promotion center 7 Khonkaen. In this study, data were collected by using questionnaires in a sample of 384 people during August 2021. The content validity was examined by 3 experts, the reliability was checked 0.74 and the in-depth interview form of 7 informants was conducted. Data were analyzed by computer programs using the statistics of frequency distribution, percentage, mean and standard deviation. Correlation was analyzed using Spearman's correlation coefficient statistic and for qualitative data presented in a descriptive way.

Results of the study revealed that the satisfaction of using LINE official account of regional health promotion center 7 Khonkaen was at a high level, with mean of 3.82 (SD=0.21), and had a low positive statistically significant correlation with access to the health promotion service system through LINE official account of regional health promotion center 7 Khonkaen (r_s -value = 0.378; p-value < 0.001). For other factors, it was found that there was no correlation with access to the health promotion service system through LINE official account of regional health promotion center 7 Khonkaen. The suggestion is that there should be rewards for using attractive services, service recipients will come back to use the service again and there should be a study to

develop a LINE OA model that can be used in all age groups to increase access in other channels as well.

Keyword: Access to the health promotion service system, Satisfaction with using an LINE official account: good health is awarded of regional health promotion center 7 Khonkaen.

¹Medical Physician (Expert Level), ²Registered Nurse (Practitioner Level),

³Research Assistant, Regional Health Promotion Center 7 Khon kaen

Corresponding author : Chatree Matatrati email : chatrimet@gmail.com

บทนำ

สังคมโลกในยุคไร้พรมแดนในปัจจุบันนี้ ซึ่งมีการร่วมมือกันเป็นประชาคมโลกร่วมกัน เกิดเป็นการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals : MDGs) และเมื่อเป้าหมาย MDGs ได้สิ้นสุดลงในปี พ.ศ. 2558⁽¹⁾ สำนักงานสหประชาชาติได้รวบรวมความคิดเห็นของประชาคมโลกได้กำหนดกรอบการเสริมสร้างมาตรฐานชีวิตขึ้นใหม่ เป็นการพัฒนาคคุณภาพชีวิตของประชาคมโลก มีการกำหนดกรอบเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals : SDGs) เป็นสาระของการพัฒนาบนฐานที่เชื่อมโยงมิติทางสังคม มิติเศรษฐกิจ และมิติด้านสิ่งแวดล้อม ผลจากการกำหนดกรอบเป้าหมายหลักการพัฒนาที่ยั่งยืนทำให้ประเทศไทยได้กำหนดวางแผนประสงค์เพื่อที่จะให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560 - 2579) เพื่อสร้างความมั่นคง มั่งคั่ง ยั่งยืน ภายในประเทศ⁽²⁾

การดำเนินยุทธศาสตร์ชาติในระยะนี้จึงได้ดำเนินการตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) เน้นการปฏิรูปประเทศเพื่อที่จะแก้ไขปัญหาของประเทศไทย และมีการเชื่อมต่อการค้าและเศรษฐกิจ การรองรับคุณภาพที่จะเกิดขึ้น เพื่อจะได้รองรับการพัฒนาของเทคโนโลยีและความเป็นอยู่ในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว และน้อมนำหลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวฯ รัชกาลที่ 9 มาเป็นแนวทางของการพัฒนาประเทศ⁽³⁾ ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2560-2579) ได้เชื่อมโยงสอดคล้องไปถึงนโยบายของกรม

อนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่เน้นการเป็นองค์กรหลักของประเทศในการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและระบบอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อประชาชนมีสุขภาพดี เน้นการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยง ที่มียุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย โดยกรมอนามัยได้นำมาเป็นยุทธศาสตร์ในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน เพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน⁽⁴⁾

กระทรวงสาธารณสุขสนับสนุนใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพ เพื่อยกระดับคุณภาพบริการ ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการ และประชาชนเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพได้ง่ายขึ้นด้วยความปลอดภัยที่สูงขึ้นจากการประชุมวิชาการเทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพ ประจำปี 2561 (Digital Health Annual Conference 2018) ส่งผลให้กระทรวงสาธารณสุข มีนโยบายการเร่งรัดขับเคลื่อน เทคโนโลยีดิจิทัลเพื่อสุขภาพ (Digital Health) อย่างจริงจัง เพราะเรื่องสุขภาพเป็นเรื่องที่ทุกคนต้องตระหนักรู้ เพื่อให้ใช้ประโยชน์จากเทคโนโลยีดิจิทัลต่างๆ ที่ถูกพัฒนาขึ้นใหม่ทุกวันได้อย่างเหมาะสม คุ่มค่า และไม่เสี่ยง บุคลากรด้านสาธารณสุขต้องมีความรู้และเข้าใจสามารถประยุกต์ใช้เทคโนโลยีดิจิทัล ขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ e-Health เพื่อยกระดับคุณภาพบริการ ช่วยขับเคลื่อนประเทศไทยด้วยนวัตกรรมให้ก้าวสู่ยุคอุตสาหกรรม 4.0 ได้อย่างมั่นคง และนำความรู้และประสบการณ์ไปประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์แก่องค์กร อันเป็นส่วนหนึ่งของการปฏิรูปประเทศไทยที่เน้นประโยชน์แก่ประชาชนเป็นหลักปัจจุบันเทคโนโลยีสารสนเทศสามารถเป็นเครื่องมือใน

การเก็บข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและแปลผลเบื้องต้นแบบ Real-Time เพิ่มการสื่อสารระหว่างแพทย์และผู้ป่วยที่มารับบริการและช่วยให้มีความคล่องตัวในการเข้าถึงข้อมูลทุกที่ ทุกเวลาผ่านอุปกรณ์ต่าง ๆ มีระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ แอปพลิเคชันในมือถือ ระบบคิวข้อมูลสุขภาพ รวมถึงการบริการทางการแพทย์ทางไกล ที่ใช้ระบบสารสนเทศและการสื่อสารช่วยส่งเสริมและเพิ่มประสิทธิภาพในการบริการที่ดีขึ้น ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและประชาชนเข้าถึงระบบการดูแลสุขภาพได้ง่ายขึ้นด้วยความปลอดภัยที่สูงขึ้น⁽⁵⁾

การเข้าถึงบริการสุขภาพในปัจจุบันนี้ยังพบว่ามีความไม่เป็นธรรมในการเข้าถึงบริการสุขภาพอยู่ โดยเฉพาะในชุมชนแออัดเขตเมืองที่ไม่สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพต่างๆ ได้เนื่องจากพบปัญหาค่าใช้จ่าย การเดินทาง และบริบทความแออัดของชุมชน รวมทั้งข้อจำกัดของรัฐในเรื่องจำนวนเจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขไม่เพียงพอ และประชาชนขาดความเชื่อมั่นต่อหน่วยบริการสาธารณสุขระดับปฐมภูมิ เช่น ศูนย์บริการสาธารณสุข โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นต้น⁽⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของสุกัญญา ประจุศิลป์ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี⁽⁷⁾ พบว่า ระบบบริการสุขภาพของประชาชนในชุมชนเมืองมีรูปแบบที่หลากหลาย โดยมีสถานบริการสุขภาพจำนวนมาก ที่ตั้ง ส่วนใหญ่อยู่ในบริเวณส่วนกลาง มากกว่าชานเมือง และให้บริการด้านการรักษามากกว่า นอกจากนี้ประชาชนผู้มารับบริการยังขาดความเชื่อมั่นในมาตรฐานการบริการ รวมทั้งไม่เข้าใจระบบส่งต่อของสถานบริการสุขภาพนั้นๆ โดยที่การ

เข้าถึงระบบบริการสุขภาพ ทำให้ประชาชนส่วนใหญ่มีความเห็นว่า สถานบริการสุขภาพในเมืองมีตั้งอยู่ในบริเวณที่มีการคมนาคมสะดวกสามารถเข้าถึงบริการได้ง่าย แต่ยังมีประชาชนอีกกลุ่มที่เข้าไม่ถึงระบบบริการสุขภาพเนื่องจากไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการให้บริการสุขภาพ และประชาชนบางกลุ่มไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพได้ เนื่องจาก ข้อจำกัดด้านสภาพร่างกาย ลักษณะงานที่ทำ หรือการอพยพย้ายถิ่น เช่น กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มคนงานก่อสร้าง กลุ่มคนด้อยโอกาสในสังคม กลุ่มแรงงานต่างด้าว เป็นต้นในการดูแลและจัดบริการสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน ดังนั้นสิ่งสำคัญคือ การที่จะนำเทคโนโลยีมาบูรณาการ และใช้เทคโนโลยีเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการสุขภาพ ให้เกิดการเรียนรู้และประชาชนสามารถทำความเข้าใจข้อมูลพื้นฐานด้านสุขภาพของตนเอง ซึ่งการเข้าถึงบริการสุขภาพเพื่อให้เกิดการเรียนรู้จะช่วยให้การทำงานของบุคลากรทางด้านสาธารณสุขบรรลุตามวัตถุประสงค์มากขึ้น⁽⁸⁾ ดังนั้นการพัฒนาให้เทคโนโลยีเข้ามามีบทบาทในการเข้าถึงบริการสุขภาพ และมีความทันสมัยหน่วยงานบริการจึงควรเรียนรู้และทำความเข้าใจให้กับผู้มารับบริการ เพื่อประเมินภาวะสุขภาพปัญหาสุขภาพความต้องการของผู้มารับบริการ ตารางการนัดทั้งด้านสุขภาพ การให้คำปรึกษาออนไลน์ และการบริการในคลินิกต่าง ๆ ของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เพื่อจะได้ทราบว่า มีปัจจัยอะไรบ้างที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการสุขภาพผ่านไลน์ โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ได้ถูกต้องตรงตามความเป็นจริงมากที่สุด

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ถือเป็นหน่วยงานระดับกองในส่วนภูมิภาคสังกัดกรมอนามัย ได้ดำเนินงานเพื่อตอบสนองนโยบายกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับยุทธศาสตร์และนโยบายทั้งหมดที่กล่าวมา จึงได้พัฒนาแนวคิดการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรม Line Official Account: OA มาใช้ในการพัฒนาระบบการบริการให้กับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งมีแนวคิดการนำเทคโนโลยีมาใช้เชื่อมโยงกับภาวะสุขภาพให้ประชาชน ที่ทุกคนสามารถเข้าถึงภาวะสุขภาพของตนเองได้ การลงทะเบียนประวัติผู้มารับบริการ การจองคิว การเข้าถึงประวัติสุขภาพของตนเองผ่านระบบออนไลน์ รูปแบบการบริการของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น การรับคำปรึกษาออนไลน์ ประวัติผลการรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินสุขภาพกายและสุขภาพจิต สามารถสะสมคะแนนสุขภาพเพื่อรับของรางวัล และความพึงพอใจ ภายใต้หลักคิดที่ว่า “สุขภาพดีมีรางวัล” เพื่อเป็นการเชิญชวนให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบเข้ามามีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพของตนเอง เน้นการเข้าถึงบริการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ในยุคชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรค COVID-19 ที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน เป็นการบริหารจัดการแนวใหม่โดยให้ประชาชนเข้าใจ เข้าถึง การบริการสุขภาพ ผลพลอยได้สามารถสะสมแต้มสุขภาพ สามารถนำไปเป็นส่วนลดเชิญชวน หรือจูงใจจากภาคเอกชน ธุรกิจร้านค้า สถานประกอบการ ต่าง ๆ ที่เข้ามามีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพของประชาชน

ด้วย จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่าการนำเทคโนโลยีและนวัตกรรม Line Official Account: OA มาใช้ในการพัฒนาระบบการบริการสุขภาพให้กับประชาชนทั้งในด้านการให้คำปรึกษา⁽⁹⁾ การให้ความรู้และทักษะ⁽¹⁰⁾ การเพิ่มช่องทางการเข้าถึงง่าย⁽¹¹⁾ เป็นรูปแบบที่มีการพัฒนามาโดยตลอดส่วนในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งพัฒนาโปรแกรม Line Official Account: OA ที่มีการการสะสมคะแนนสุขภาพเพื่อรับของรางวัล และความพึงพอใจ ภายใต้หลักคิดที่ว่า “สุขภาพดีมีรางวัล” เพื่อเป็นการเชิญชวนให้ประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบเข้ามามีส่วนร่วมต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

- 1) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
- 2) เพื่อเสนอแนวทางในการปรับปรุงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ใช้รูปแบบเชิงผสมผสาน (Mixed method) รวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพในเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์โรงพยาบาล ศูนย์อนามัย

ที่ 7 ขอนแก่น (Line Official Account) : สุขภาพดีมีรางวัล ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ประชากรที่ศึกษาเป็นสมาชิกในกลุ่มไลน์โรงพยาบาล ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2,500 คน ขนาดตัวอย่าง ประชากรตามแนวคิดของเครซีและมอร์แกน⁽¹²⁾ ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% และระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน 5% จำนวน 334 คน และเพื่อป้องกันการขาดหายไปของกลุ่มตัวอย่าง (Dropout) ในระหว่างการศึกษา จึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีก 15% คิดเป็นจำนวน 50 คน⁽¹³⁾ รวมเป็น 384 คน ขั้นตอนการศึกษา ข้อมูลและประเด็น ตั้งคำถามแยกรายละเอียด ออกเป็นประเด็นต่างๆ ตามหัวข้อที่ทำการศึกษา เพื่อง่ายต่อการวิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลแล้ว ออกแบบเครื่องมือแบบสอบถามออนไลน์ทดลองใช้เครื่องมือ (Tryout) จากกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงจำนวน 30 คน พร้อมส่งผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเชิงเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน ปรับปรุงก่อนนำไปเก็บข้อมูลจริง การขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะกรรมการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย เลขที่ 036/2564 ลงวันที่ 30 กรกฎาคม 2564 เก็บข้อมูลตัวอย่างจากกลุ่มผู้ใช้บริการโรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ผ่านระบบบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์โรงพยาบาล ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ตามจำนวนขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ผ่านระบบออนไลน์ และการสัมภาษณ์รายบุคคล จำนวน 7 คน ในช่วงระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง 2 กันยายน 2564 นำข้อมูลที่ได้มาสรุปประเด็นหลักในการวิจัย เปรียบเทียบความแตกต่างของข้อมูลแต่ละกลุ่ม

สรุปความคิดเห็นข้อเสนอแนะและนำไปปรับแผนการพัฒนางานระบบบริการโรงพยาบาล ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์โรงพยาบาล ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

เครื่องมือในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือเป็นแบบสอบถามออนไลน์ (Online Questionnaire) เป็นสมาชิกในกลุ่มไลน์โรงพยาบาล ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (Line Official Account) : สุขภาพดีมีรางวัล และบริการผ่านทางบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์ มี 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์โรงพยาบาล ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (Line Official Account) : สุขภาพดีมีรางวัล ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น มี 4 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับผู้ตอบแบบสอบถาม โดยลักษณะของแบบสอบถามเป็นคำถามปลายปิด 2 ตัวเลือก (Two-ways question) เช่น เพศ หญิง เพศชาย และคำถามประกอบด้วยหลายคำตอบให้เลือก (Multiple choice question) เช่น อาชีพ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติการมีโรคประจำตัว และปัจจัยด้านสถานที่บริการสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เช่น การเคยใช้บริการที่แผนกใดบ้างของ รพ. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น สาเหตุที่ท่านมารับบริการที่ รพ. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น และการรู้จักไลน์โรงพยาบาล ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (Line Official

Account) จากช่องทางไหน

ตอนที่ 2 เป็นชุดคำถามเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (Line Official Account) : สุขภาพดีมีรางวัล ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น โดยมาตรวัดที่ใช้เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลในส่วนนี้คือมาตรวัด 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert Scale) ออกเป็น 5 ระดับ อ้างอิงจาก พิริย วัธทอง⁽¹⁴⁾ และเบสท์⁽¹⁵⁾

ตอนที่ 3 เป็นชุดคำถามความพึงพอใจต่อไลน์ รพ. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (Line Official Account) และการนำไปใช้ประโยชน์ใช้แบบสอบถามปลายปิดโดยให้คะแนนน้ำหนัก (Multiple rating scale questions) โดยมาตรวัดที่ใช้มาตรวัด 5 ระดับของลิเคิร์ต (Likert Scale) อ้างอิงจากพิริย วัธทอง⁽¹⁴⁾ และเบสท์⁽¹⁵⁾

ตอนที่ 4 คำถามปลายเปิดสำหรับแบบสอบถามข้อเสนอแนะ

ชุดที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์ รพ. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นจำนวน 3 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1) การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากการศึกษารวบรวมเนื้อหาจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เพื่อให้คำแนะนำ ความรู้ในเรื่องที่จะศึกษาอย่างถูก

ต้อง กำหนดขอบเขต และโครงสร้างเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ โดยยึดตามเนื้อหาซึ่งถูกต้องตามหลักวิชาการ แนวคิดทฤษฎี เพื่อให้เกิดความถูกต้อง ครอบคลุมเนื้อหา ตามกรอบแนวความคิดการใช้ภาษาสร้างข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์แบบสนทนา แบบสอบถามความพึงพอใจและความสอดคล้องด้วยดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objectives Congruence : IOC) โดยแบบสอบถามนี้ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหา ระหว่าง 0.67-1.00

2) การนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดสอบ (Try out) กับกลุ่มบุคคลที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือ โดยหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของ Cronbach's Alpha ซึ่งได้ค่า 0.74 ถือว่าเป็นค่าความเที่ยงที่ใช้ได้ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา

1.1) การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลจากแบบสอบถามโดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยนำเสนอข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) นำเสนอในรูปแบบตารางควบคู่กับการบรรยายและแปลผล

1.2) การวิเคราะห์ข้อมูลการเข้าถึงระบบบริการฯ และความพึงพอใจด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Arithmetic Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) นำเสนอในรูปแบบตารางควบคู่กับการบรรยายและแปลผล

2) การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติอนุมาน
การวิเคราะห์ ข้อมูลเพื่อทดสอบสมมติฐาน (Hypothesis Testing) ดังนี้

สมมติฐานหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านข้อมูลส่วนบุคคล เช่น เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่ต่างกัน มีผลต่อการเข้าถึงบริการผู้ใช้ไลน์หรือบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น โดยใช้วิธีการประมวลผลทางสถิติอนุมานหาความสัมพันธ์ด้วย Spearman's correlation นำเสนอในรูปแบบตารางควบคู่กับการบรรยายและแปลผล หากตัวแปรมีการวัดไม่ต่ำกว่าช่วงสเกล (Interval Scale) หรือ อัตราส่วนสเกล (Ratio Scale) และมีข้อมูลแจกแจงแบบปกติ ทั้งสองตัวแปร หากตัวแปรที่มีระดับการวัดเป็นนามสเกล (Nominal Scale) ต้องทำการเปลี่ยนลักษณะข้อมูลให้สามารถวิเคราะห์ได้โดยการทำให้เป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) และกำหนดค่าตัวแปรที่สนใจหรือที่มีผลการวิจัยว่าเป็นตัวแปรที่มีผลต่อการศึกษามากกว่า ให้มีค่าเท่ากับ 1 และค่าตัวแปรที่ไม่สนใจให้มีค่าเท่ากับ 0⁽¹⁶⁾ โดยการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสถานที่บริการและปัจจัยด้านความพึงพอใจที่มีผลต่อการเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (Line Official Account) : สุขภาพดีมีรางวัล ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น โดยมีการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติแบบสองทาง (Two-tailed) กำหนดความนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ถ้าจากการศึกษาได้ค่า p-value น้อยกว่า 0.05

แสดงว่า ค่า r_s ระหว่างตัวแปรอิสระกับตัวแปรตามมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ส่วนเกณฑ์การแบ่งระดับความสัมพันธ์จากค่าความสัมพันธ์ (r_s) ใช้เกณฑ์ของอิลลิปส์เคริฟ⁽¹⁶⁾ ซึ่งมีค่าตั้งแต่ -1 ถึง +1 โดยแบ่งระดับได้ดังนี้

$r_s = \pm 0.00$ ถึง ± 0.19 หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำมาก (Very Weak Relationship)

$r_s = \pm 0.20$ ถึง ± 0.39 หมายถึง มีความสัมพันธ์ต่ำ (Weak Relationship)

$r_s = \pm 0.40$ ถึง ± 0.59 หมายถึง มีความสัมพันธ์ปานกลาง (Moderate Relationship)

$r_s = \pm 0.60$ ถึง ± 0.79 หมายถึง มีความสัมพันธ์สูง (Strong Relationship)

$r_s = \pm 0.80$ ถึง ± 1.00 หมายถึง มีความสัมพันธ์สูงมาก (Very strong Relationship)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยในครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง ซึ่งการวิจัยครั้งนี้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบทดสอบความรู้แบบประเมินความพึงพอใจของสมาชิกในกลุ่มไลน์โรงพยาบาล ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (Line Official Account) : สุขภาพดีมีรางวัลและบริการผ่านทางบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์ ผู้วิจัยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์วิธีการดำเนินการวิจัย ในแบบสอบถามทุกฉบับ

เปิดโอกาสให้ผู้ตอบแบบสอบถามโดยสมัครใจ โดยระบุข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับ ปกปิดแหล่งข้อมูลอย่างเคร่งครัด การนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมไม่ชี้เฉพาะในส่วนของผู้ตอบแบบสอบถาม แบบทดสอบ แบบประเมินความพึงพอใจและไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.2 อายุส่วนใหญ่มีช่วงอายุ 30-39 ปี ร้อยละ 47.1 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับอนุปริญญา/ปวส. ร้อยละ 42.2 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้รับบริการส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 89.1 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=384)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	72	18.8
	หญิง	312	81.2
อายุ	อายุ 10-19 ปี	4	10
	อายุเฉลี่ย 40.4 ปี	89	23.2
	Min= 24 ปี	181	47.1
	Max= 57 ปี	69	18.0
	อายุ 40-49 ปี	22	5.8
	อายุ 50-59 ปี	19	4.9
ระดับการศึกษา	อายุ 60 ปี ขึ้นไป	2	0.5
	ไม่ได้เรียนหนังสือ	6	1.6
	ประถมศึกษา	17	4.4
	มัธยมศึกษาตอนต้น	24	6.3
	มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	162	42.2
	อนุปริญญา/ปวส.	153	39.8
	ปริญญาตรี	16	4.2
	ปริญญาโท	4	1.0

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=384) (ต่อ)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อาชีพ	นักเรียน/นักศึกษา	7	1.8
	เกษตรกร	63	16.4
	ค้าขาย/ทำธุรกิจส่วนตัว/รับจ้าง	125	32.6
	รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	100	26
	พนักงานโรงงาน/บริษัท/เอกชน	85	22.1
	ไม่ได้ประกอบอาชีพ	4	1.0
ประวัติการมีโรคประจำตัว	ไม่มีโรคประจำตัว	342	89.1
	มีโรคประจำตัว	42	10.9

ปัจจัยด้านสถานที่บริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น พบว่า คลินิกฝากครรภ์ มีสมาชิกในกลุ่มไลน์ OA เคยใช้บริการที่แผนกใดบ้างของโรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จำนวนคนเลือก 116 คนคิดเป็นร้อยละ 30.2 สาเหตุที่มารับบริการที่ รพ.ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เพราะการเดินทางสะดวก จำนวน 138 คน คิดเป็นร้อยละ 35.0 รู้จักไลน์ โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จากการบอกต่อจากเจ้าหน้าที่ของศูนย์อนามัยที่ 7 จำนวน 179 คน คิดเป็นร้อยละ 46.6 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ของปัจจัยด้านสถานที่บริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ปัจจัยด้านสถานที่บริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เคยใช้บริการที่แผนก คลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี	92	24.0
ไต่ถาม ของ รพ. ศูนย์ คลินิกฝากครรภ์	116	30.2
อนามัยที่ 7 ขอนแก่น คลินิกทันตกรรม	46	12.0
คลินิกวางแผนครอบครัวและนารีเวชกรรม	14	3.6
คลินิกส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน	18	4.7
คลินิกส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ	2	0.5
คลินิกแพทย์แผนจีนและฝังเข็ม	21	5.5
คลินิกแพทย์แผนไทย	23	6.0

ตารางที่ 2 แสดงจำนวน ร้อยละ ของปัจจัยด้านสถานที่บริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (ต่อ)

ปัจจัยด้านสถานที่บริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คลินิกกายภาพบำบัด	16	4.2
ศูนย์ออกกำลังกาย (fitness)	4	1.0
คลินิกวัยรุ่นและ OSCC	3	0.8
คลินิกนมแม่	28	7.3
งานรังสีรักษา	1	0.3
งานเภสัชกรรม	0	0.0
เวชศาสตร์ชั้นสูง	0	0.0
สาเหตุที่มารับบริการ		
ที่รพ.ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น		
การเดินทางสะดวก	138	35.9
ค่ารักษาพยาบาลถูก	37	9.6
เชื่อในความสามารถของแพทย์	74	19.3
นายจ้าง (ถ้ามี) จ่ายค่ารักษาพยาบาลให้ที่นี่	118	30.7
บริการดี รวดเร็ว ประทับใจ	14	3.6
มียาเวชภัณฑ์ เครื่องมือแพทย์หรือบริการ	3	0.8
อื่นๆ ทางารแพทย์ที่ทันสมัย		
มีประวัติเป็นผู้ป่วยเดิมอยู่แล้ว	0	0.0
ใกล้ที่พักอาศัย		
รู้จักไลน์ รพ. ศูนย์		
อนามัยที่ 7 ขอนแก่น		
การบอกต่อจากเจ้าหน้าที่ของศูนย์อนามัย	93	24.2
ที่ 7 ขอนแก่น		
การบอกต่อจากผู้ที่เคยรับบริการ ศูนย์	179	46.6
อนามัยที่ 7 ขอนแก่น		
การบอกต่อจากผู้ที่เคยรับบริการจากสื่อ	112	29.2
Social media/ Facebook / Line		

การเข้าถึงระบบบริการผ่าน Line Official Account (OA) โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น พบว่า ภาพรวมของระดับการเข้าถึงระบบบริการผ่าน Line Official Account (OA) โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.25 (S.D.=0.26)

รายละเอียดด้านความสามารถในการจ่ายค่าบริการอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.58 (S.D.=0.59) รองลงมาคือ ด้านการยอมรับคุณภาพบริการ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.38 (S.D.=0.28), ด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.23 (S.D.=0.50)

ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.08 (S.D.=0.45) และด้านความสะดวกของแหล่งบริการต่อระดับระดับการเข้าถึงระบบบริการผ่าน Line Official Account (OA) โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D.=0.43)

ความพึงพอใจในการใช้ Line Official Account (OA) โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น พบว่า ภาพรวมของระดับความพึงพอใจในการใช้ Line Official Account (OA) โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.82 (S.D.=0.21) รายประเด็นด้านผลิตภัณฑ์ต่อระดับความพึงพอใจในการใช้ Line OA อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.37 (S.D.=0.33) ด้านกระบวนการบริการต่อระดับความพึงพอใจในการใช้ Line OA อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.66 (S.D.=0.25) และด้านการเข้าร่วมกิจกรรม “สุขภาพดีมีรางวัล”

ต่อระดับความพึงพอใจในการใช้ Line OA อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.42 (S.D.=0.37)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์ โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น พบว่า ความพึงพอใจต่อการใช้บริการอย่างเป็นทางการของไลน์ โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกในระดับต่ำ กับการเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์ โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $r_s = 0.378$; $p\text{-value} < 0.001$) ส่วนปัจจัยอื่น ๆ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์ โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์ โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ปัจจัย	การเข้าถึงระบบบริการฯ		ระดับ ความสัมพันธ์
	ค่า r_s	p-value	
ปัจจัยส่วนบุคคล			
เพศ	-0.018	0.728	ไม่มีความสัมพันธ์
อายุ	0.013	0.800	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับการศึกษา	-0.024	0.638	ไม่มีความสัมพันธ์
อาชีพ	-0.008	0.873	ไม่มีความสัมพันธ์
ประวัติการมีโรคประจำตัว	0.014	0.785	ไม่มีความสัมพันธ์

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีผลต่อระดับการเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์ โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ปัจจัย	การเข้าถึงระบบบริการฯ		ระดับ
	ค่า r_s	p-value	ความสัมพันธ์
ปัจจัยด้านสถานที่บริการสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น			
เคยใช้บริการที่แผนกใด	-0.032	0.528	ไม่มีความสัมพันธ์
สาเหตุที่ท่านมารับบริการ	0.001	0.983	ไม่มีความสัมพันธ์
รู้จักไลน์ร.พ. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขก.	-0.081	0.114	ไม่มีความสัมพันธ์
ปัจจัยภาพรวมความพึงพอใจในการใช้ไลน์ร.พ. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขก. Line OA	0.378**	<0.001	ความสัมพันธ์ในระดับต่ำในทิศทางบวก

ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ p-value 0.05

การทดสอบสมมติฐานทางการวิจัย

นำปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสถานที่บริการ และความพึงพอใจ มีผลต่อการเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นหาความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Spearman's correlation coefficient พบว่า ความพึงพอใจต่อการใช้บริการอย่างเป็นทางการของไลน์ โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกในระดับต่ำ กับการเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $r_s = 0.378$; p-value = <0.001)

สรุป ข้อมูลเชิงคุณภาพจากแบบสอบถามการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพในศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นในปัจจุบันพบ

ว่ายังมีปัญหาเรื่องการบริการซ้ำ ไม่อธิบายรายละเอียดให้คนไข้เข้าใจ เจ้าหน้าที่น้อยไม่พอต่อความต้องการของคนไข้ แล้วก็สิทธิการรักษาไม่ทั่วถึง อยากให้มีการเบิกรักษา 30 บาทควรจะเป็นมาตรฐานการดูแลรักษาแบบเดียวกัน เพราะเป็นหน่วยงานรัฐก็ต้องดูแลประชาชนได้ทั่วถึงเท่าเทียมกันทุกคน ด้านความคาดหวังต่อการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และคุณภาพระบบบริการสุขภาพภายใต้สถานการณ์โควิด-19 พบว่าอยากให้โรงพยาบาลจัดเจ้าหน้าที่ออกไปดูแลประชาชนตามชุมชนที่ไม่สะดวกเข้ามาใช้บริการและไม่อยากไป รพ. เพราะเสี่ยงต่อการรับเชื้อโรคด้านการปรับปรุงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นให้เหมาะสมวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) พบว่าอยากให้นำระบบแบบนี้ไปใช้กับทุกโรงพยาบาล

ไม่ว่าไปรักษาที่ไหนก็เป็นระบบเดียวกันหมด มีข้อมูลเราทั้งหมดจะดีมาก

การอภิปรายผล

การเข้าถึงระบบบริการผ่าน Line Official Account (OA) โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น พบว่า ภาพรวมของระดับการเข้าถึงระบบบริการผ่าน Line Official Account (OA) โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.25 คะแนน (S.D.=0.26) รายละเอียดด้านการสามารถในการจ่ายค่าบริการอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.58 (S.D.=0.59) รองลงมาคือ ด้านการยอมรับคุณภาพบริการ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.38 (S.D.=0.28) สอดคล้องกับกิตติยา มหาวิริโยทัย และคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการให้ข้อมูล แรงจูงใจ และทักษะการเฝ้าระวังตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = -7.13, p < .01$) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการให้ข้อมูลเสริมแรงจูงใจและพัฒนาทักษะผ่านบริการแอปพลิเคชันไลน์พฤติกรรมการดูแลตนเองดีขึ้นแตกต่างจากกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ช่วยเสริมคุณภาพการบริการที่ดีขึ้น ด้านความพอเพียงของบริการที่มีอยู่ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.23 (S.D.=0.50) ด้านการเข้าถึงแหล่งบริการอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.08 (S.D.=0.45) และด้านความสะดวกของแหล่งบริการต่อระดับการเข้าถึงระบบบริการผ่าน Line Official Account (OA) โรงพยาบาลศูนย์อนามัย

ที่ 7 ขอนแก่นอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D.=0.43) สอดคล้องกับ ชาญชัย บุญเชิด⁽¹¹⁾ พบว่าการใช้ ติดตามเยี่ยมบ้านโดยใช้ LINE เป็นสื่อในการช่วยการทำงานด้านเภสัชกรรม ช่วยแก้ปัญหาด้านยาได้เป็นอย่างดี สามารถติดตามการติดตามผู้ป่วยผ่านระบบ LINE เฉลี่ย 6 รายต่อเดือน รวมทั้งหมด 36 ราย สามารถติดตามได้ 31 รายคิดเป็นร้อยละ 86.11 เนื่องจากเข้าถึงผู้ป่วยได้ง่ายการส่งไม่ต้องคำนึงถึงระยะทางสามารถสื่อสารกันได้อย่างมีประสิทธิภาพลดภาระของแพทย์พยาบาลเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้อย่างดีและการศึกษาของ พรรัตนิกาล พลหาญ และคณะ⁽¹⁸⁾ ศึกษาเปรียบเทียบการควบคุมอาการในผู้ป่วยโรคหืดระหว่างกลุ่มได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้ยาสูบโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ หลังการทดลองผู้ป่วยโรคหืดกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้ยาสูบโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์มีการควบคุมโรคหืดดีกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลปกติ อย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < .001$) โดยใช้เวลาการรักษาน้อยลง แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของ แอปพลิเคชันไลน์ที่เข้าถึงได้ง่าย ไม่ซับซ้อนเสียค่าใช้จ่ายน้อยสามารถลดข้อจำกัดต่างๆได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุนนภาญจน์ ลากิตติเจริญชัย⁽⁹⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน ที่มีต่อความเครียดและความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยล้างไตทางช่องท้อง ผลการศึกษาพบว่ามีความเครียดลดลง (ก่อน เฉลี่ย 57.80, หลัง เฉลี่ย 34.50) และมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเอง (ก่อน เฉลี่ย 27.50, หลัง เฉลี่ย 46.20)

เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 สรุปได้ว่า 1) ผลของความเครียดลดลงหลังจากเข้าโปรแกรมให้คำปรึกษาผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน 2) ผลของความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นหลังจากเข้าโปรแกรมให้คำปรึกษาผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน 3) โปรแกรมให้คำปรึกษาผ่านไลน์แอปพลิเคชัน สามารถลดความเครียดและเพิ่มความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วยได้

ความพึงพอใจในการใช้ Line Official Account (OA) โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น พบว่า ภาพรวมของระดับความพึงพอใจในการใช้ Line Official Account (OA) โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.82 (S.D.=0.21) สอดคล้องกับทิพาพร ฉันทชัยพัฒนาและแอนนา จุมพลเสถียร⁽¹⁹⁾ การศึกษาความคาดหวังและความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชันไลน์ในรูปแบบของการสื่อสารผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการ โดยใช้สถิติ Pearson correlation coefficient ผลของความสัมพันธ์ระหว่างความพึงพอใจโดยรวมและความพึงพอใจทุกด้านจากการเปิดรับกับแนวโน้มพฤติกรรม的开รับการสื่อสารผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการ (LINE Official Account) พบว่ามีความสัมพันธ์กันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.01 สามารถอธิบายได้ว่าการบริการของโรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น มีสื่อสารในลักษณะที่หลากหลายและตรงกับความต้องการของผู้ใช้บริการให้มากที่สุดเพื่อสร้างความพึงพอใจ ซึ่งเมื่อผู้ใช้บริการพึงพอใจมากก็จะส่งผลต่อตัวองค์กรทำให้มีแนวโน้มในการเปิดรับ Official Accounts

LINE และตั้งใจแนะนำผู้อื่นให้เปิดรับผ่านช่องทาง LINE Official Account ด้วย, รายประเด็นด้านผลิตภัณฑ์ต่อระดับความพึงพอใจในการใช้ Line OA อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.37 (S.D.=0.33) จากการศึกษาของ วิสา การบุญ⁽²⁰⁾ ศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ข่าวสารผ่าน LINE Official Account ของบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ความคิดเห็นเกี่ยวกับรูปแบบของสื่อที่ใช้ในการสื่อสารผ่าน LINE Official Account ในส่วนใหญ่อำนาจ 17 คนคิดเป็นร้อยละ 56.67 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 30 คนให้ความสำคัญประเด็นด้านผลิตภัณฑ์ LINE Official Account Feature และร้อยละ คิดเป็นร้อยละ 29.41 ซึ่งต้องการให้การออกแบบใช้งานของ LINE Official Account ควรออกแบบให้สามารถใช้งานง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อนและอีกร้อยละ 17.65 ของกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความเห็นว่าควรใช้รูปภาพ (Icon) ที่สื่อให้คนทั่วไปเข้าใจง่ายใช้โทนสีสดใสเพื่อดึงดูดความสนใจ, ด้านกระบวนการบริการต่อระดับความพึงพอใจในการใช้ Line OA อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.66 (S.D.=0.25) และด้านการเข้าร่วมกิจกรรม “สุขภาพดีมีรางวัล” ต่อระดับความพึงพอใจในการใช้ Line OA อยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ย 3.42 (S.D.=0.37)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์ โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น พบว่า ความพึงพอใจต่อการใช้บริการอย่างเป็นทางการของไลน์ โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7

ขอนแก่น มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกในระดับต่ำ กับการเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์ โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่า $r_s = 0.378$; $p\text{-value} < 0.001$) การศึกษาของจุฑารัตน์ เกียรติศิริสมิ (2558) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการซื้อสินค้าผ่านทางแอปพลิเคชันออนไลน์ของผู้บริโภคผลการวิจัยพบว่าปัจจัยที่มีผลมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 1) ปัจจัยด้านผลิตภัณฑ์ 2) ปัจจัยด้านความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือ 3) ปัจจัยด้านราคา 4) ปัจจัยด้านการประชาสัมพันธ์การสื่อสารกับผู้บริโภคและควมมีชื่อเสียงของแอปพลิเคชันเป็นส่วนสำคัญในการเข้าถึงผู้ใช้งาน ดังนั้นเพื่อให้เข้าถึงผู้เข้ารับบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์ โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ต้องมีการพัฒนาด้านผลิตภัณฑ์ให้สะดวกและทันสมัยอยู่ตลอดเวลา และปัจจัยด้านความปลอดภัยและความน่าเชื่อถือเป็นอีกเรื่องที่สำคัญในการรักษาข้อมูลของผู้รับบริการให้มีความรู้สึกปลอดภัยและข้อมูลถูกเก็บเป็นความลับ เพื่อสร้างความพึงพอใจแก่ผู้รับบริการ สอดคล้องกับการศึกษาของดวารถา วีระพันธ์⁽²¹⁾ ศึกษาระบบสารสนเทศจัดการข้อมูลสุขภาพ พบว่าการออกแบบและพัฒนาระบบภาพรวมผู้ใช้งานระบบมีความพึงพอใจในระดับมากมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.43 (S.D.=0.56) และเมื่อพิจารณาการประเมินเป็นรายด้านจะเห็นว่าผู้ใช้งานระบบมีความพอใจด้านความสามารถในการทำงานของระบบและด้านความสะดวกและง่ายต่อการใช้งานระบบมากที่สุดโดยได้มีการสำรวจ

การเข้าถึงระบบและความต้องการของผู้ใช้งาน และปัญหาของระบบงานเดิมและได้ออกแบบระบบให้สะดวกง่ายเหมาะกับการใช้งานข้อมูล และตอบสนองตรงต่อความต้องการของผู้ใช้ จึงส่งผลให้ผู้ใช้งานระบบมีความพึงพอใจระบบอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาวิจัย

1) การเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์ โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (Line Official Account; Line OA) : สุขภาพดีมีรางวัล ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ควรมีรางวัลที่ได้รับจากการใช้บริการที่มีความน่าดึงดูดใจ จะได้กลับมาใช้บริการซ้ำ

2) ควรมีเจ้าหน้าที่ตอบโต้ข้อความได้อย่างทันท่วงทีจะทำให้การเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (Line Official Account; Line OA) : สุขภาพดีมีรางวัล ของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นเพิ่มขึ้น

3) ควรมีการประชาสัมพันธ์เชิงรุก การเข้าถึงสวัสดิการประกัน ค่ารักษาพยาบาล และสิทธิการรักษาของข้าราชการ เพื่อสร้างความเข้าใจในระบบบริการ ประสานงานระหว่างผู้รับบริการ หน่วยงาน ที่เกี่ยวข้องในการรับบริการด้านสุขภาพ ทั้งภายในและภายนอกองค์กร เน้นกลุ่มลูกค้าในนามองค์กรมากกว่าบุคคล เพื่อให้เกิดความเข้าใจและแก้ไขปัญหาใน

การบริการการส่งเสริมสุขภาพให้สามารถดำเนินการไปได้อย่างรวดเร็ว และ ให้คำปรึกษา ตอบปัญหาที่เกี่ยวข้องกับระบบประกันสุขภาพของหน่วยงานให้แก่ประชาชน และองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งพัฒนางานด้านบริการตรวจสอบสิทธิให้มีความรวดเร็ว ทันสมัย อยู่เสมอ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบไลน์ OA ที่สามารถใช้ได้ในทุกกลุ่มวัยเพิ่มการเข้าถึงในช่องทางอื่น ๆ ด้วย

2) โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ควรเน้นการเข้าถึงการบริการกลุ่มลูกค้าหลัก คือกลุ่มแม่และเด็ก การศึกษาครั้งต่อไปควรมุ่งเป้าข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับบริบทการบริการในกลุ่มแม่และเด็กให้มากยิ่งขึ้น เพราะศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ประชาชนมีความเข้าใจว่า “ศูนย์แม่และเด็ก”

3) การเข้าถึงระบบบริการส่งเสริมสุขภาพผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการของไลน์ โรงพยาบาลศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (Line Official Account; Line OA) : สุขภาพดีมีรางวัลของประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น และของรางวัลควรครอบคลุมทุกกลุ่มวัยที่เข้ารับบริการ รวมทั้งเป็นของรางวัลที่เน้นการส่งเสริมสุขภาพที่สามารถใช้ในเกิดประโยชน์สูงสุดตามแนวทางสุขภาพดีได้ ยกตัวอย่าง 1) อุปกรณ์กีฬา เช่น ชุดกีฬา เสื้อโยคะ อุปกรณ์การยกน้ำหนัก 2) อุปกรณ์ติดตามหรือวัดผลทางด้านสุขภาพ เช่น Smart watch/ band เครื่องชั่งน้ำหนัก เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านอธิบดีกรมอนามัย ผู้บังคับบัญชาที่ได้มอบโอกาสในการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาตนเองของผู้ศึกษา ขอขอบพระคุณ คณะผู้บริหาร วิทยากร และคณะคณาจารย์จากหน่วยงานทางการปกครอง กระทรวงมหาดไทยทุกท่าน ที่ได้ให้โอกาสผู้ศึกษาได้เรียนรู้ ประสบการณ์ในการเป็นนักปกครองที่ดี เพื่อการพัฒนาหน่วยงานและองค์กรด้านสาธารณสุข ขอขอบคุณผู้ได้บังคับบัญชาทุกท่าน ที่ได้เสียสละเวลาในการปฏิบัติหน้าที่อย่างเข้มแข็งภายใต้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และการปรับตัวในยุคชีวิตวิถีใหม่ (New normal) ขอขอบพระคุณบุคลากร ที่ใส่ใจดูแลผู้ศึกษาด้วยดีเสมอมา และสุดท้ายขอขอบคุณครอบครัวที่น่ารัก อบอุ่นของผู้ศึกษาที่เป็นกำลังใจด้วยดีเสมอมา

เอกสารอ้างอิง

1. กองกิจการเพื่อการพัฒนา กรมองค์การระหว่างประเทศ. เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals : MDGs) [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2564]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.mfa.go.th/main/th/issues/42456เป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ.html>.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี; 2561.

3. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. ทิศทางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564). กรุงเทพมหานคร; 2559
4. กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์ การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
5. กระทรวงสาธารณสุข. หนุนใช้เทคโนโลยีด้านสุขภาพยกระดับคุณภาพบริการ [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2564]; เข้าถึงได้จาก: shorturl.asia/SU9uG.
6. สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย. ปัญหาสุขภาพคนไทยและระบบบริการสุขภาพ[อินเทอร์เน็ต]. 2552. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2564]; เข้าถึงได้จาก: <http://www.hisro.or.th/main>.
7. สุกัญญาประจุศิลป์ และอารีย์วรรณ อ่วมตานี. สุขภาพและระบบบริการสุขภาพประชากรชุมชนเมืองกรุงเทพมหานคร. จุฬาสัมพันธ์ 2549; 49(30): 6-7.
8. ไพเราะผ่องโชค. การพยาบาลอนามัยชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทจุดทองจำกัด; 2550.
9. สมุนกาญจน์ ลาภกิตติเจริญชัย. ผลของโปรแกรมการให้คำปรึกษาผ่านไลน์ แอปพลิเคชัน ที่มีต่อความเครียดและความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนเองของผู้ดูแลผู้ป่วย
 ล้างไตทางช่องท้อง. วารสารกรมการแพทย์. 2563; 45(3).
10. กิตติยา มหาวิริโยทัย, ดวงรัตน์ วัฒนกิจ ไกรเลิศ และอัจฉริยา พ่วงแก้ว. ผลของโปรแกรมการให้ข้อมูลแรงจูงใจ และทักษะการเฝ้าระวังตนเองผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2563; 39(1)
11. ชัญชัย บุญเชิด. การติดตามผู้ป่วยพิการติดเตียง มะเร็ง และการดำเนินงานเภสัชกรรมปฐมภูมิโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ (LINE) ในเขตพื้นที่ตำบลโพงาม หนองหมีกาแมด เทศบาลตำบลกุดชุม อําเภอกุดชุม จังหวัดยโสธร.วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2561; 27(5).
12. Krejcie, R. V. and Morgan, D. W. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30: 607 - 610.
13. Jha, A. S. Social Research Methods, McGraw Hill Education; 2014.
14. พิริย์ วังทอง. ประสิทธิผลการฝึกอบรมการสื่อสารอย่างสันติของบุคลากรโรงเรียนเพลินพัฒนา.วารสารวิจัยสหวิทยาการไทย. 2558; 10(1).
15. Best, J. Research in Education. New Jersey:Prentice Hall, Inc; 1977.
16. สำเริง จันทรสวรรณ และสุวรรณ บัวทวน. สถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยา

- และมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2547.
17. Elifson, K. W. Fundamental of social statistics. New York: McGraw-Hill; 1990
 18. พรรัตน์กมล พลหาญ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศ และ คณินิจ พงศ์ถาวรรกมล. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และทักษะการใช้ยาสูบโดยใช้แอปพลิเคชันไลน์ต่อการควบคุมอาการในผู้ป่วยโรคหืด. วารสารพยาบาลทหารบก. 2562; 20(3).
 19. ทิพาพร ฉันทชัยพัฒนา และแอนนา จุมพลเสถียร. ความคาดหวังและความพึงพอใจต่อแอปพลิเคชัน“ไลน์”(LINE) ในรูปแบบของการสื่อสารผ่านบัญชีอย่างเป็นทางการ (Official Accounts LINE). รายงานวิจัย คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2556.
 20. วิสา การบุญ. ปัจจัยที่ส่งผลต่อการรับรู้ข่าวสารผ่าน Line official account ของบุคลากรทางการแพทย์ [สารนิพนธ์]. ปริญญาการจัดการมหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2560.
 21. ดารวธ วีระพันธ์. ระบบสารสนเทศจัดการข้อมูลสุขภาพของบุคลากรและนักศึกษาด้วยเทคโนโลยีบาร์โค้ด. วารสารวิจัยและพัฒนาโดยลงกรรมในพระบรมราชูปถัมภ์. 2561; 13(2).

สุขภาพใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา 2019

นิรุชา ปัญญวัฒน์

(วันที่รับบทความ: 17 พฤษภาคม 2565; วันที่แก้ไข: 24 กรกฎาคม 2565; วันที่ตอบรับ: 4 กรกฎาคม 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องสุขภาพใจและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนา แบบภาคตัดขวาง ประชากรที่ศึกษาเป็นบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง 223 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน วิเคราะห์ค่า IOC เท่ากับ 0.67 และความเที่ยงตรงแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช เท่ากับ 0.84 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่ให้ข้อมูลได้ดีที่สุด จำนวน 7 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ถึง 31 ธันวาคม 2564 ใช้สถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติเชิงอนุมาน Chi-square ในตัวแปรแจกแจง ใช้สถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient ในตัวแปรต่อเนื่องและใช้สถิติ Stepwise Multiple Regression Analysis เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพใจ และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เนื้อหาด้วยวิธีการพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า สุขภาพใจ (ระดับความสุข) ในประเด็นรู้สึกว่าการใช้ชีวิตมีความสุข คิดเป็นร้อยละ 67.3 รองลงมาคือรู้สึกภูมิใจในตนเอง คิดเป็นร้อยละ 65.9 ระดับความสุขพบว่า คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 27.76 (S.D. = 4.10) คะแนน การแปลผลคะแนนเฉลี่ยระดับความสุข อยู่ในระดับความสุขเท่าคนทั่วไป (Fair) คิดเป็นร้อยละ 47.1 โดยมีระดับความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good) คิดเป็นร้อยละ 38.6 และระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor) คิดเป็นร้อยละ 14.3

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพใจของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ, ฐานะทางการเงิน ส่วนรายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวก ($r = 0.196$, $p\text{-value} = 0.003$) ปัจจัยความเครียด (ST5) มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางเชิงผกผัน ($r = -0.464$, $p\text{-value} < 0.001$) ปัจจัยสาเหตุของความเครียดในการทำงาน มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางเชิงผกผัน ($r = -0.375$, $p\text{-value} < 0.001$) และปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์ ได้แก่ เพศ (หญิง) รายได้ต่อเดือน หน่วยงานที่สังกัด (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ) ความเครียด (ST5) สาเหตุของความเครียดในการ

ทำงาน โดยปัจจัยทั้ง 5 สามารถพยากรณ์ ได้ร้อยละ 21.5-34.5 ข้อเสนอแนะบุคลากรควรมีสติและระมัดระวังในการใช้ชีวิตมากขึ้น อยู่ห่างไกลกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ ปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA อย่างเคร่งครัด ควรทำจิตใจให้มีความสุขในสถานการณ์โรคโควิด-19 มองสถานการณ์ตามความเป็นจริง และควรมีการสนับสนุนควรจัดหาอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้ออื่นๆ สำหรับบุคลากรใช้โดยทั่วถึง

คำสำคัญ : สุขภาพใจ, ความเครียด,

การปฏิบัติงานภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

นายแพทย์ชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Corresponding author: นิรุชา ปัญญวัฒน์ e-mail : mejimoomoo1226@gmail.com

Factors associated with mental health among healthcare workers during pandemic of Coronavirus Disease 2019 at Regional Health Promotion Center 7 Khon Kaen

Nirucha Panyowat

(Receive 17th May 2022; Revised: 24th July 2022; Accepted 4th July 2022)

Abstract

This research, which studied in mental health and related factors under the epidemic situation of COVID-19 was cross-sectional descriptive study. The population of this study was personnel worked at the Regional Health promotion center 7 Khon Kaen, Selecting sample included 223 people for this study was used systematic sampling, having content validation by 3 experts, IOC index was analyzed with 0.67 and the questionnaire accuracy yielded Cronbach's alpha coefficient of 0.84. Data was collected by using questionnaires and deep interview with 7 interviewers. This collecting process spent time within 1 November 2021 - 31 December 2021 and analyzed, which used descriptive statistic; inferential statistic; chi-square in enumeration variables. Also, this study used Pearson product moment correlation coefficient in continuous variables and stepwise multiple regression analysis for finding factors that effected mental health. Qualitative data was analyzed by descriptive method.

Result was found that 67.3 percent of personnel feel happy in their life and 65.9 percent of personnel are proud of themselves. The average of Happiness Scale was 27.76 (S.D. = 4.10). Interpretation of the average score was in the level of happiness as the average person (Fair), accounted for 47.1 percent. Personnel who have a higher happiness score than average person (Good) accounted for 38.6 percent and 14.3 percent have lower happiness score (Poor)

Result was found that personal factors included gender and economic factors as financial status significantly correlated at 0.05 with mental health. Monthly income factor ($r = 0.196$, $p\text{-value} = 0.003$) was a low positive correlation. The stress factor (ST5) ($r = -0.464$, $p\text{-value} < 0.001$) was moderately inversely

correlated. Factors of stress at work ($r = -0.375$, $p\text{-value} < 0.001$) was moderately inversely correlated. Factors that could also predict mental health in personnel, such as gender (female), monthly income, affiliated agency (Health Promotion Hospital), stress (ST5) and cause of stress at work. These factors could predict mental health in personnel with 21.5-34.5 percent. The suggestions are that personnel should be more careful when working and be more aware of keep themselves off risk groups. Also personnel need to follow DMHTTA regulations strictly. Moreover, personnel should be more relaxed and calm. The government should thoroughly support personnel by providing enough protective equipment for all staffs

Keywords: Mental Health, Stress, Operations under the epidemic situation of COVID-19

Medical Physician (Professional Level), Regional Health Promotion Center 7 Khon Kaen

Corresponding author: Nirucha Panyowat e-mail : mejimoomoo1226@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในระดับโลก พบผู้ติดเชื้อสะสมมากกว่า 251 ล้านคน กลุ่มประเทศที่มีการระบาดเป็นอันดับต้น ๆ ของโลกได้แก่ ประเทศอเมริกา รัสเซีย สหราชอาณาจักร และเยอรมนี⁽¹⁾ ส่วนในประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อสะสมจากการระบาดระลอกปัจจุบัน 1,960,610 ราย ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 6,978 ราย การเสียชีวิตสะสมในระลอกนี้ จำนวน 19,732 ราย คิดเป็นอัตราการเสียชีวิต ร้อยละ 1.01 โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ และกลุ่มผู้ที่มีโรคเรื้อรัง ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการได้รับวัคซีน หรือได้รับวัคซีนไม่ครบ 2 โดส ส่วนสถานการณ์การฉีดวัคซีนในประเทศไทยนั้นมีจำนวนมากกว่า 81.7 ล้านโดส โดยมีผู้ที่ได้รับวัคซีนตั้งแต่ 2 โดสขึ้นไปมากกว่า 34.7 ล้านราย⁽²⁾

กระทรวงสาธารณสุขได้ตอบสนองนโยบายการให้ประชาชนได้รับวัคซีนและการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรค ทุกหน่วยงานด้านสาธารณสุขจึงมีภาระงานที่เพิ่มขึ้นอย่างกะทันหันเพื่อที่จะตอบโต้ต่อสถานการณ์การระบาดดังกล่าว อันส่งผลต่อสภาพจิตใจของบุคลากรทางการแพทย์ จากการสำรวจสุขภาพจิตในประเทศไทยในช่วงภาวะวิกฤตการระบาดของโรคโควิด-19 (Rapid survey) ของกรมสุขภาพจิตโดยการสุ่มตัวอย่างบุคลากรสุขภาพทั่วประเทศตามเขตสุขภาพ พบว่าความเครียดของบุคลากรมีระดับปานกลางขึ้นไปถึงร้อยละ 42.7 และมีการศึกษาความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสุรินทร์ แผนก disease

control เป็นแผนกที่มีร้อยละของผู้ที่มีความเครียดปานกลางขึ้นไปของคนในแผนกสูงที่สุด (ร้อยละ 71.43)⁽³⁾ จากการศึกษาก่อนหน้านี้ ความเครียด เกิดจากหลายสาเหตุ ยกตัวอย่างเช่น ความไม่เพียงพอของอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ ความกลัวการนำเชื้อไปติดคนในครอบครัว มีความกดดันจากการที่ต้องปฏิบัติตามขั้นตอนการควบคุมการติดเชื้อด้วยความระมัดระวังตลอดเวลา เป็นต้น⁽⁴⁾

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่เป็นหน่วยงานสังกัดกรมอนามัย ในช่วงสถานการณ์การระบาดได้มีส่วนช่วยในการดูแลผู้ป่วยโควิด (ในรูปแบบ Hospitel และ Hotel Isolation) ให้บริการศูนย์ฉีดวัคซีนป้องกันโรคซึ่งรองรับได้มากกว่า 1 พันคนต่อวัน ออกหน่วยประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคตามหน่วยงานต่างๆ และภาระงานอื่นๆ ทำให้บุคลากรมีความเครียดและภาระงานมากขึ้น ขณะเดียวกันนั้นกรมอนามัยได้ประกาศนโยบายสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน เสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความสุขของคนทำงาน (Healthy Workplace Happy for life) เพื่อยกระดับกรมอนามัยเป็นองค์กรสมรรถนะสูง⁽⁵⁾ ซึ่งการดูแลสุขภาพจิตของบุคลากรเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้ บุคลากรทำงานในองค์กรอย่างมีความสุข และส่วนสำคัญของ Happy workplace คือ บุคลากรสามารถประเมินสุขภาพจิตสุขภาพใจของตนเองได้ โดยหน่วยงานควรมีแนวทางในการดูแลบุคลากรกลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงานดังกล่าวภายใต้สถานการณ์การระบาดของโรคนี้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงเป็นจิตแพทย์ จึงให้ความสำคัญที่จะศึกษาสุขภาพใจ (หรืออีก

ความหมายหนึ่งคือสุขภาพจิต หรือความสุข ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม ทั้งในมุมมองของพุทธศาสนา นักวิชาการ และประชาชนทั่วไป พบว่าความสุขและสุขภาพจิตเป็นเรื่องเดียวกัน ในบริบทสังคมไทย)⁽⁶⁾ ของบุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยงานนี้ เพื่อประเมินความสุข ปัญหา อุปสรรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้องอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนเพื่อกำหนดนโยบาย การวางแผน ดูแลรักษา ฝักระวังภาวะทางจิตใจ และมุ่งหารูปแบบหรือแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพใจของบุคลากรต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

วัตถุประสงค์ทั่วไปเพื่อศึกษาสุขภาพใจและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพใจของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา

- 1) สุขภาพใจของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 2) ศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน ปัจจัยความเครียด และปัจจัยสาเหตุความเครียดในการทำงานที่มีผลต่อสุขภาพใจของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019
- 3) ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะต่อสุขภาพใจของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7

ขอนแก่นภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

วิธีการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study) รวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ ด้วยแบบสอบถามและเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) โดยจิตแพทย์ในเรื่องสุขภาพใจ มีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือเชิงปริมาณเพื่อหาค่าความเที่ยง (Reliability) ได้เท่ากับ 0.84 และตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน หาค่า IOC ได้ระหว่าง 0.67 ถึง 1.00 ประชากรที่ศึกษาประกอบด้วย บุคลากรที่ปฏิบัติงาน ณ ศูนย์อนามัยที่ 7 จำนวนทั้งหมด 303 คน⁽⁷⁾ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ บุคลากรที่ปฏิบัติงานประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล ผู้ช่วยเหลือคนใช้นักกายภาพบำบัด นักเทคนิคการแพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ นักรังสี คณะกรรมการบริหาร ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน (Emergency Operation Center: EOC) หรือผู้ที่มีหน้าที่ที่ปฏิบัติงานสัมผัสเกี่ยวข้องกับผู้มารับบริการอื่นๆ เช่น แม่บ้าน พนักงานเปล พนักงานเวชระเบียน พนักงานช่วยเหลือคนไข้ นักวิชาการที่ต้องออกหน่วยปฏิบัติการเชิงรุกในพื้นที่เสี่ยง คนขับรถ แม่บ้าน เป็นต้น ด้วยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Random Sampling) และยินดีอาสาสมัครใจเข้าร่วมงานวิจัย

เครื่องมือในการศึกษาวิจัย

1) เครื่องมือเป็นแบบสอบถาม (Questionnaire) โดยศึกษาสุขภาพใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ในสถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มี 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ชุดคำถามข้อมูลส่วนบุคคล

ตอนที่ 2 ชุดคำถามเกี่ยวกับสาเหตุของความเครียดในการทำงานโดยทบทวนจากเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องพร้อมปรับปรุงให้เข้ากับบริบทของโรงพยาบาลสถานการณ์การติดเชื้อโควิดในปัจจุบัน⁽⁸⁾

ตอนที่ 3 ชุดประเมินความเครียด (ST5) จากกรมสุขภาพจิต⁽⁹⁾

ตอนที่ 4 ชุดประเมินดัชนีชี้วัดความสุขคนไทยฉบับสั้นใหม่ 15 ข้อ⁽¹⁰⁾

ตอนที่ 5 คำถามปลายเปิดความคิดเห็นเพิ่มเติมและข้อเสนอแนะ

2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) รายบุคคลโดยผู้วิจัยเองซึ่งเป็นจิตแพทย์โดยใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ดีที่สุดจำนวน 7 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

โดยผ่านการเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง ในช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนมกราคม 2565 แล้วนำข้อมูลที่ได้มาตรวจสอบความเรียบร้อย วิเคราะห์ผลและสรุปรายงานผลการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลและแบบประเมินสุขภาพใจ (ดัชนีชี้วัดความสุข) ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยนำเสนอข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยความถี่คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับภาวะสุขภาพใจ (ความสุข) โดยใช้สถิติการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ดังนี้ 1) กรณีหาความสัมพันธ์ของตัวแปรแจกแจงด้วยสถิติ Chi-square test โดยกำหนดนัยสำคัญไว้ที่ระดับ 0.05 หรือในกรณีที่ละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นใช้ Fisher's exact test แทน ซึ่งตัวแปรเป็นระดับการวัดแบบนามสเกล (Nominal Scale) หรือ อันดับสเกล (Ordinal Scale) ต้องทำเป็นตัวแปรหุ่น (Dummy Variable) โดยกำหนดตัวแปรที่สนใจต่อการศึกษาให้มีค่าเท่ากับ 1 และตัวแปรที่ไม่สนใจให้มีค่าเท่ากับ 0⁽¹¹⁾ 2) กรณีหาความสัมพันธ์ของตัวแปรต่อเนื่องด้วยสถิติ Pearson Product Moment Correlation Coefficient หรือ Pearson Correlation ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariate Analysis) ซึ่งตัวแปรทั้ง 2 ต้องมีระดับการวัดไม่ต่ำกว่าช่วงสเกล (Interval Scale) หรือ อัตราส่วนสเกล (Ratio Scale) และมีการแจกแจงแบบปกติ หรือ ในกรณีที่ละเมิดข้อตกลงเบื้องต้นใช้ Spearman Rank Correlation แทน โดยมีการทดสอบนัยสำคัญทางสถิติแบบสองทาง กำหนดนัยสำคัญไว้ที่ระดับ 0.05

ใช้สถิติ Stepwise Multiple Regression Analysis หรือการถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนเป็นสถิติที่ใช้วิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร (Multivariate Relationship) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (Level of Significant) เท่ากับ 0.05

การวิเคราะห์เชิงคุณภาพ ด้วยวิธีบรรยายเนื้อหา (Content Analysis)

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ได้ตระหนักและคำนึงถึงหลักการจริยธรรมในการวิจัยทุกประการ และผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยภาคตะวันออกเฉียง

เหนือ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข รหัสโครงการ 042/2564 วันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ. 2564 ถึง วันที่ 23 พฤศจิกายน พ.ศ. 2565

ผลการวิจัย

ปัจจัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 78.0 อายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 44.4 ปี ระดับการศึกษา ร้อยละ 43.9 จบระดับปริญญาตรี และมีสถานภาพสมรส ร้อยละ 61.0 ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ คิดเป็นร้อยละ 22.4 รองลงมาคือ กลุ่มอำนวยการ คิดเป็นร้อยละ 21.5 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดของข้อมูลส่วนบุคคล (n=223)

	ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ	ชาย	49	22.0
	หญิง	174	78.0
อายุ	Mean= 44.4 ปี	223	100.0
	Min = 21 ปี, Max = 66 ปี		
ระดับการศึกษา	มัธยมศึกษา/ ประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.)	42	18.8
	อนุปริญญา/ ปวส.	25	11.2
	ปริญญาตรี	98	43.9
	ปริญญาโท	51	22.9
	ปริญญาเอก	7	3.2
สถานภาพ	โสด	67	30.0
	สมรส	136	61.0
	หย่าร้าง	20	9.0

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดของข้อมูลส่วนบุคคล (n=223) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ประวัติการมีโรค	ไม่มีโรคประจำตัว	174	78.0
ประจำตัว	มีโรคประจำตัว	49	22.0
การออกกำลังกาย	ทุกวัน	20	9.0
ในรอบ 1 สัปดาห์ที่	1-2 ครั้ง/สัปดาห์	101	45.3
ผ่านมา	3-4 ครั้ง/สัปดาห์	60	26.9
	ไม่ออกกำลังกายเลย	42	18.8
หน่วยงานที่สังกัด	โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ	50	22.4
	กลุ่มอำนวยการ	48	21.5
	กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก	33	14.8
	กลุ่มพัฒนาส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ	31	13.9
	กลุ่มพัฒนาส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน	17	7.6
	กลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ฯ	14	6.3
	กลุ่มพัฒนาส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น	10	4.5
	กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น	5	2.2
	กลุ่มพัฒนามาตรัสสิ่งแวดล้อม	3	1.3
	หน่วยทันตสาธารณสุข	2	0.9
	ศูนย์ออกกำลังกาย fitness	0	0.0
	อื่นๆ	10	4.5

ปัจจัยด้านส่งเสริมสุขภาพใจ พบว่าระดับความเครียดเบื้องต้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความเครียดน้อย คิดเป็นร้อยละ 48.4 ส่วนที่รู้สึกเครียดมาก มีเพียงร้อยละ 4.5 ส่วนวิธีการคลายเครียดที่มักจะใช้เวลาเกิดปัญหาคือการออกกำลังกาย คิดเป็นร้อยละ 61.9 รองลงมาคือกิจกรรมทางดนตรีและศิลปะ คิดเป็นร้อยละ 25.1 ความพึงพอใจในวิชาชีพของกลุ่ม

ตัวอย่างส่วนใหญ่พอใจในวิชาชีพตนเอง คิดเป็นร้อยละ 95.1

ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ พบว่า รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ยจำนวน 26,023.2 บาท และฐานะทางการเงินของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ค่าใช้จ่ายมากกว่ารายรับ คิดเป็นร้อยละ 35.4

ปัจจัยสาเหตุความเครียดในการทำงานด้านประโยชน์และค่าตอบแทน พบว่าค่าตอบแทนไม่คุ้มค่า คิดเป็นร้อยละ 41.3 ภาพรวมทุกสาเหตุความเครียดในการทำงานใน

ทุกด้าน พบว่า ด้านประโยชน์และค่าตอบแทน ค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 2.97 (S.D. = 1.14) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลสาเหตุความเครียดในการทำงานด้านประโยชน์และค่าตอบแทน

ด้านประโยชน์และค่าตอบแทน	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ได้รับค่าตอบแทนไม่คุ้มค่าต่อความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด-19	2.97	1.14	ระดับปานกลาง
ภาพรวม	2.97	1.14	ระดับปานกลาง

ปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน พบว่า ประสิทธิภาพในการทำงานในหน่วยงานเฉลี่ย 13.5 ปี ประสิทธิภาพในการทำงานในหน่วยงานมากที่สุด 38 ปี และประสิทธิภาพในการทำงานในหน่วยงานน้อยที่สุด 1 ปี เวลาในการปฏิบัติงานเฉลี่ย 41.5 ชั่วโมง/สัปดาห์ การเคยมีความคิดลาออกจากงานที่ทำอยู่หรือเปลี่ยนงานส่วนใหญ่เคยคิด คิดเป็นร้อยละ 62.3 การต้องทำหน้าที่เกี่ยวกับการสัมผัสเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 71.3 และประเด็นต้องการทำหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ต่อหรือไม่ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบมีความพร้อมในการปฏิบัติงาน คิดเป็นร้อยละ 59.6

ปัจจัยความเครียดด้านสังคมและครอบครัวพบประเด็นในครอบครัวมีกลุ่มเปราะบางเช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง กลัวนำเชื้อไปติดคนในครอบครัว ร้อยละ 21.5 รูปแบบการใช้ชีวิตเปลี่ยนไปบ้างจากเดิม ร้อยละ 38.1 ความสัมพันธ์ในครอบครัวแย่ลง ร้อยละ 35.0

ระดับความสุข (สุขภาพใจ) พบว่า ประเด็นรู้สึกที่ชีวิตมีความสุข คิดเป็นร้อยละ 67.3 รองลงมาคือ ประเด็นรู้สึกภูมิใจในตนเอง คิดเป็นร้อยละ 65.9 ประเด็นสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตัวเอง มีระดับความสุข คิดเป็นร้อยละ 55.6 รองลงมาคือ ประเด็นรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นที่มีปัญหา ร้อยละ 36.8 ส่วนประเด็นรู้สึกที่ชีวิตของท่านไร้ค่าไม่มีประโยชน์มีระดับความสุขระบุ ไม่เลย คิดเป็นร้อยละ 75.3

การแปลผลระดับความสุขของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า คะแนนเฉลี่ยระดับความสุขเท่ากับ 27.76 (S.D. = 4.10) คะแนน แปลผลความสุขอยู่ในระดับความสุขเท่าคนทั่วไป (Fair) คิดเป็นร้อยละ 47.1 โดยมีระดับความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good) คิดเป็นร้อยละ 38.6 และระดับความสุขต่ำกว่าคนทั่วไป (Poor) คิดเป็นร้อยละ 14.3 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ คะแนนเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับความเครียด

ปัจจัย	ระดับความสุข						คะแนนเฉลี่ย (S.D.)	การแปลผล
	Good		Fair		Poor			
	มากกว่าคนทั่วไป		เท่ากับคนทั่วไป		ต่ำกว่าคนทั่วไป			
	33-45 คะแนน		27-32 คะแนน		น้อยกว่า 26 คะแนน			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความสุข								ระดับ
คะแนนต่ำสุด 18	86	38.6	105	47.1	32	14.3	31.14	ความสุข
คะแนนสูงสุด 44							(5.03)	เท่าคนทั่วไป

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพใจของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

1) การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศ ฐานะทางการเงิน ($p\text{-value} < 0.05$) รวมถึง หน่วยงานที่สังกัด (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ) ระดับความเครียดเบื้องต้นก็มีความสัมพันธ์กับสุขภาพใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.01$) เช่นกัน ส่วนระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ประวัติการมีโรคประจำตัว การออกกำลังกายในรอบ 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การเคยมีความคิดลาออกจากงานที่ทำ และวิธีการคลายเครียดที่มักจะใช้เวลาเกิดปัญหา มีความสัมพันธ์กับสุขภาพใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

2) การวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพใจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ในตัวแปรต่อเนื่อง พบว่า รายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับสุขภาพใจ ($r = 0.196$, $p\text{-value} = 0.003$) การมีความเครียดมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางเชิงผกผันกับสุขภาพใจ ($r = -0.464$, $p\text{-value} < 0.001$) สาเหตุของความเครียดในการทำงานมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางเชิงผกผันกับสุขภาพใจ ($r = -0.375$, $p\text{-value} = 0.000$) ส่วนอายุ ประสบการณ์ในการทำงานในหน่วยงาน เวลาในการปฏิบัติงานโดยเฉลี่ยชั่วโมง/สัปดาห์ มีความสัมพันธ์กับสุขภาพใจอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อวิเคราะห์สมการค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ โดยนำตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พบว่า สามารถพยากรณ์ความสัมพันธ์ได้ร้อยละ 21.5-34.5 ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ค่าสถิติการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนการศึกษาสุขภาพใจของบุคลากร
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R ²
ความเครียด	-0.717	-0.357	-6.176	0.000	0.464	0.215
สาเหตุของความเครียดใน การทำงาน	-2.516	-0.276	-4.795	0.000	0.527	0.278
รายได้ต่อเดือน	4.498	0.147	2.609	0.010	0.555	0.308
หน่วยงานที่สังกัด (รพ.สส.)	-1.873	-0.156	-2.820	0.005	0.575	0.331
เพศ (หญิง)	1.462	0.121	2.133	0.034	0.587	0.345

ค่าคงที่ = 42.494, F = 22.832, p-value < 0.05

ข้อมูลเชิงคุณภาพเรื่องสุขภาพใจของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งรวบรวมจากความคิดเห็นเพิ่มเติมและข้อเสนอแนะพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล บุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นต้องมีสติและระมัดระวังตัวในการใช้ชีวิตมากขึ้น อยู่ห่างไกลกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ ปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA อย่างเคร่งครัด ปัจจัยด้านเศรษฐกิจพบว่า ควรมีการให้ค่าตอบแทนบุคลากรหน่วยฉีดวัคซีนให้เหมาะสม ปัจจัยส่งเสริมสุขภาพใจ ต้องการให้หน่วยงานให้ค่าปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาอย่างรวดเร็ว ทันเวลา ปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน พบว่าอัตรากำลังบุคลากรมีไม่เพียงพอ ปัญหาด้านสิ่งแวดล้อมในการทำงานสถานที่บางแผนกเป็นห้องปิดมีการระบายอากาศได้ไม่ค่อยดี เสี่ยงติดเชื้อระบบทางเดินหายใจได้ง่าย ความต้องการการสนับสนุนต้องการสนับสนุนด้านวัสดุอุปกรณ์ ครุภัณฑ์ที่ช่วยป้องกันการติดเชื้อโรค เช่น เครื่องฆ่าเชื้อด้วยแสงยูวีในการ

ป้องกัน ควบคุมเชื้อ ต้องการระบบการทำงานที่ชัดเจน ลดขั้นตอนที่ไม่จำเป็น ชำ้ซ้อนกับหน่วยงานอื่น ปัจจัยความเครียดพบว่า มีความวิตกกังวลเล็กน้อยต่อสถานการณ์โรคโควิด-19 ปัจจัยสาเหตุความเครียดในการทำงานพบว่า ควรจัดหาอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ สำหรับบุคลากรใช้โดยทั่วถึง ปัจจัยความสุขพบว่า สุขภาพใจยังเข้มแข็งที่จะอยู่กับโรคนี้นกับการดำเนินชีวิตแบบวิถีใหม่

อภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับสุขภาพใจของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05) คือ เพศ ฐานะทางการเงิน สอดคล้องกับ อรวรรณ เลิศไกร⁽¹²⁾ ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ช่วงอายุ 30-40 ปี เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานสังกัดโรงพยาบาลส่วนใหญ่คือพยาบาล ซึ่งมักจะเป็นเพศหญิง และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี โดย ส่วนปัจจัย

ด้านเศรษฐกิจ พบว่าส่วนใหญ่ค่าใช้จ่ายมากกว่ารายรับ (ร้อยละ 35.4) และมีความเครียดที่เกี่ยวข้องกับด้านประโยชน์และค่าตอบแทน ค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 2.97 (S.D.=1.14) โดยประเด็นค่าตอบแทนไม่คุ้มค่าต่อความเสี่ยงการติดเชื้อโควิด-19 (ร้อยละ 41.3) อีกทั้งพบว่ารายได้ต่อเดือนมีความสัมพันธ์ระดับต่ำทางบวกกับสุขภาพใจ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ($r = 0.196$, $p\text{-value} = 0.003$) สอดคล้องการศึกษาของจิตรดา วรณโฆคำ และกัญญลักษณ์ ทองนุ่น⁽¹³⁾ ที่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับความเครียดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และการศึกษาของ วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล⁽¹⁴⁾ ซึ่งพบว่าปัจจัยด้านรายได้ไม่เพียงพอที่มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับปัญหาสุขภาพจิต สอดคล้องกับการศึกษา Kisely และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าการมีรายได้ที่ต่ำไม่เพียงพอสัมพันธ์กับผลกระทบทางด้านสุขภาพจิต และการศึกษาของนภัสจันท์ มงคลพันธ์และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่ว่าปัจจัยด้านเงินเดือนและปัจจัยลักษณะงานที่ปฏิบัติ สามารถร่วมกันทำนายความสุขในการทำงานโดยรวมได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยเป็นที่น่าสนใจว่าเพศชายมีความเครียดมากกว่าเพศหญิง อาจเนื่องมาจากวัฒนธรรมทางสังคมที่เพศชายต้องเป็นหัวหน้าครอบครัวจึงได้รับความกดดันมากกว่าเพศหญิง แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยด้านการปฏิบัติงาน พบว่ากลุ่มตัวอย่างเคยมีความคิดลาออกจากงานหรือเปลี่ยนงานมากถึง ร้อยละ 62.3 โดยร้อยละ 71.3 มีหน้าที่เกี่ยวกับการสัมผัสเชื้อหรือผู้ติดเชื้อโดยตรง สอดคล้องกับการศึกษาของ Dai และคณะ⁽¹⁷⁾

ที่พบว่าปัญหาทางสุขภาพจิตในบุคลากรทางการแพทย์ที่เป็นด่านหน้าในการดูแลผู้ป่วยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้เป็นด่านหน้า และการศึกษาของ Kisely และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่าผู้ที่ปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคโควิด-19 หรืออาจป่วยเป็นโรคโควิด-19 โดยตรง มีความสัมพันธ์เชิงบวกต่อการมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ปฏิบัติงานโดยตรง 2.74 เท่า (95% CI =1.30-5.79) นอกจากนี้ยังพบประเด็นบุคลากรในหน่วยงานปฏิบัติงานไม่เพียงพอ และปริมาณงานในหน้าที่มากเกินไป

การศึกษาความเครียดด้านสังคมและครอบครัวพบประเด็นในครอบครัวมีกลุ่มเปราะบางเช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้เจ็บป่วยเรื้อรัง กลัวนำเชื้อไปติดคนในครอบครัว สอดคล้องกับวิศิษฐ์ เนติโรจนกุล⁽¹⁴⁾ พบว่าบุคลากรมีความกังวลว่าครอบครัวอาจจะติดโรคโควิด-19 จากตนเอง และสอดคล้องกับ Kisely และคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่ามีปัญหาทางสุขภาพจิตจากการมีบุตรอยู่ที่บ้าน มีผู้ติดเชื้อที่บ้าน

อย่างไรก็ตามจากการศึกษาพบว่าบุคลากรของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นส่วนใหญ่มีความพร้อมในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (ร้อยละ 59.6) โดยสะท้อนถึงความรับผิดชอบต่องานหรือหน้าที่ที่ได้รับมอบหมาย ความภูมิใจ พอใจในอาชีพของตนเอง สอดคล้องกับนภัสจันท์ มงคลพันธ์⁽¹⁶⁾ และเอกลักษณ์ แสงศิริรักษ์⁽³⁾ ที่พบว่าบุคลากรทางการแพทย์ ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับโควิด-19 ส่วนใหญ่มีระดับความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้าปานกลางถึงสูง และความเครียดและอารมณ์ซึมเศร้า

ลดลงเมื่อระยะเวลาผ่านไปและมีความพร้อมในการปฏิบัติงานมากขึ้น

จากการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมคาดการณ์ความสุขในการทำงานของบุคลากร ได้แก่ ความเครียด สาเหตุความเครียดในการทำงาน รายได้ต่อเดือน หน่วยงานที่สังกัด และเพศ ซึ่งมีความคล้ายกับงานวิจัยของ นักซล รอดเที่ยง⁽¹⁸⁾ ที่ใช้ปัจจัยที่มีอิทธิพลและสามารถร่วมคาดการณ์ลักษณะงานพบว่าปัจจัยด้านลักษณะงาน สัมพันธภาพในที่ทำงาน ความก้าวหน้าในหน้าที่การงาน การได้รับการยอมรับนับถือ ขวัญกำลังใจในการทำงาน สภาพแวดล้อมในการทำงาน และสวัสดิการ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความสุขในการทำงาน ($p\text{-value} < 0.01$) แสดงให้เห็นถึงสภาพแวดล้อมและหน่วยงานมีความสำคัญเป็นอย่างมากต่อสุขภาพใจ สอดคล้อง จิตริน ธรรมสุน⁽¹⁹⁾ ที่พบว่าความรักพึงพอใจในงาน การเป็นที่ยอมรับ สัมพันธ์กับความสำเร็จในงาน ที่น่าสนใจคือการศึกษาของไพรัช บำรุงสุนทร⁽²⁰⁾ พบว่าปัจจัยส่วนบุคคล เพศ ช่วงอายุ ระดับการศึกษาสูงสุด สถานภาพสมรส การมีบุตร ลักษณะงาน สถานภาพการจ้างงาน และระยะเวลาในการทำงานในองค์กร ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขโดยตรง ซึ่งอาจมีความสัมพันธ์กับความเครียด โดยเป็นทางอ้อมในการพิจารณาการศึกษาสุขภาพใจบุคลากร จึงควรมีการศึกษาครบทุกมิติทั้งความสุขและความเครียด เพื่อที่สามารถศึกษาสุขภาพใจได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ

- 1) ควรมีสติและระมัดระวังตัวในการใช้ชีวิตมากขึ้นอยู่ห่างไกลกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อ
- 2) ปฏิบัติตามมาตรการ DMHTTA อย่างเคร่งครัด
- 3) ควรทำจิตใจเป็นกลาง มองสถานการณ์ตามความเป็นจริง หลีกเลี่ยงการหมกมุ่นกับตัวโรคหรือข่าวสารมากเกินไป
- 4) การสนับสนุนควรจัดหาอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อ เช่น เสื้อคลุม หน้ากากอนามัย เจลล้างมือและแอลกอฮอล์ สำหรับบุคลากรใช้โดยทั่วถึง
- 5) ควรสร้างความมั่นใจเกี่ยวกับการป้องกันโรคและมีการตรวจโรค ให้แก่บุคลากรที่มีความเสี่ยงสม่ำเสมอ รวมถึงการได้รับสนับสนุนการตรวจ ATK ที่รองรับในกลุ่มญาติของบุคลากรที่มีความเสี่ยงร่วมด้วยเพื่อเป็นการสร้างขวัญกำลังใจให้ผู้ปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

- 1) หน่วยงานควรมีหลักเกณฑ์ในการประเมินงานที่สอดคล้องกับหน้าที่ที่รับผิดชอบ
- 2) ควรมีกิจกรรมที่ส่งเสริมการสร้างรายได้ให้กับบุคลากรเพิ่มเติมจากงานประจำที่รับผิดชอบอยู่

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไปควรมีการศึกษาสุขภาพใจของบุคลากรในภาพเขตสุขภาพที่ 7 ภายใต้สถานการณ์ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ชาติรี เมธาธราธิป ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

และทีมคณะผู้บริหาร ขอบคุณนายแพทย์ ไพบูรณ์ จัตกุล ที่ปรึกษางานวิจัยที่เป็นกำลังใจ ด้วยดีเสมอมา ขอบคุณ ดร.อิทธิวัฒน์ บุตรดาบุตร และทีมงานกลุ่มส่งเสริมการวิจัย ที่ดูแลและตรวจสอบรูปแบบและให้คำแนะนำแก่ผู้วิจัย และขอขอบคุณบุคลากรของศูนย์ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานในครั้งนี้ขอขอบคุณ รองศาสตราจารย์นายแพทย์พงศธร พหลภาคย์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น อาจารย์ ดร.เทพไทย โชติชัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุขอาจารย์ ดร.ลักขณา สกุลทอง ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 ขอนแก่น ที่ตรวจสอบเนื้อหาในแบบสอบถามและแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกในการศึกษาครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. [Internet]. 2020. [Cited 2020 Mar 21]. Available from: <http://www.who.int/emergencies/disease/novel-coronavirus-2019/>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ฉบับที่ 677 วันที่ 10 พฤศจิกายน 2564 [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2564]; เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/viral-pneumonia/file/situation/situation-no677-101164.pdf>
3. เอกลักษณ์ แสงศิริรักษณ์ และสิรินรัตน์ แสงศิริรักษณ์. ความเครียดและอารมณ์เศร้าของบุคลากรทางการแพทย์ในช่วงการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2563;65(4), 400-408.
4. Jianbo Lai, Simeng Ma, Ying Wang, Zhongxiang Cai. Factors Associated with Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA Net Open. 2020; 3(3): e203976. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
5. สุวรรณชัย วัฒนาชัยเจริญชัย. นโยบายสถานที่ทำงานน่าอยู่ น่าทำงาน เสริมสร้างคุณภาพชีวิตและความสุขของคนทำงาน (Healthy Workplace Happy for life) [เอกสารอัดสำเนา]. 2563.
6. อภิชัย มงคล, วัชนันท์พัฒน์, ภัสรา เซษฐ์โชติศักดิ์, วรณประภา ชลกุล, ละเอียด ปัญญาใหญ่, สุจิตต์ สุวรรณชีพ. ความสุขและสุขภาพจิตในบริบทสังคมไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์. 2544; 46.
7. งานกาเจ้าหน้าที่ กลุ่มอำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. จำนวนบุคลากร ปี 2564. [เอกสารอัดสำเนา]. 2564.
8. ฐาปณี วังกานนท์. ผลกระทบของปัจจัยในการทำงานต่อความเครียดของพนักงาน: กรณีศึกษา บริษัทแอมพาสอินดัสตรี จำกัด. 2556.
9. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบประเมินความเครียด (ST5) [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 กันยายน 2564]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/covid19/test/qtest5/>

10. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. แบบทดสอบดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสั้น 15 ข้อ (Thai Mental Health Indicator Version 2007 = TMHI-15) [อินเทอร์เน็ต]. 2550. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 กันยายน 2564]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.dmh.go.th/test/thaihapnew/thi15/thi15.asp> 2550.
11. สำเริง จันทรสวรรณ และสรวรรณ บัวทวน. สถิติสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์. ขอนแก่น: ภาควิชาสังคมวิทยาและมนุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2547.
12. อรวรรณ เลิศไกร. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลปิฎก จังหวัดนครศรีธรรมราช. การศึกษาอิสระวิชาเอกบริหารธุรกิจ สาขาวิทยบริการ เฉลิมพระเกียรติ มหาวิทยาลัยรามคำแหง จังหวัดนครศรีธรรมราช. 2561.
13. จิตรา วรรณไขคำ และกัญญลักษณ์ ทองนุ่น. ศึกษาความสุขและความพึงพอใจในการทำงานของบุคลากรพยาบาลสถาบันบำราศนราดูร. วารสารสถาบันบำราศนราดูร. 2556; 7(1), 1-10.
14. วิศิษฐ์ เนติโรจนกุล. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของปัญหาทางสุขภาพจิตของบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลนครปฐมในยุคการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด-19). วารสารแพทย์เขต. 2563; 39(4), 616-627.
15. Kisely S, Warren N, McMahon L, Dalais C, Henry I, Siskind D. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis. *BMJ* 2020; 369:1642.
16. นภัสจันท์ มงคลพันธ์, เขียรชัย งามทิพย์วัฒนา, สุชีรา ภัทรายุทธวรรตน์และวิชัย มนัสศิริวิทยา. ความสุขในการทำงานของบุคลากรโรงพยาบาลตติยภูมิ. วารสารศูนย์การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า. 2560; 34(2), 87-99.
17. Dai Y, Hu G, Xiong H, Qiu H, Yuan X. Psychological impact of the coronavirus disease 2019 (COVID-19) outbreak on healthcare workers in China. *Med Rxiv*. 2020. doi: <https://doi.org/10.1101/2020.03.03.20030874>
18. นภัชชล รอดเที่ยง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความสุขในการทำงาน ของบุคลากรที่สังกัดศูนย์อนามัยในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข . มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพฯ. 2550.
19. จิตริน ธรรมสุน. ความสุขในการทำงานของบุคลากร : กรณีศึกษา สำนักงานสาธารณสุข จ.นครศรีธรรมราช. วิชาเอกบริหารธุรกิจ สาขาวิทยบริการเฉลิมพระเกียรติจังหวัดนครศรีธรรมราช. มหาวิทยาลัยรามคำแหง. 2563.
20. ไพรัช บำรุงสุนทร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความสุขของบุคลากรด้านสุขภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิอำเภอวังจันทร์ จังหวัดระยอง. วารสารวิจัยและพัฒนา ด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นครราชสีมา. 2561; 4(1), 22-35.

ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชน เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น

มกรรัตน์ หวังเจริญ

(วันที่รับบทความ: 20 พฤษภาคม 2565; วันที่แก้ไข: 3 กรกฎาคม 2565; วันที่ตอบรับ: 4 กรกฎาคม 2565)

บทคัดย่อ

ในปัจจุบันประเทศไทยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินร้อยละ 10 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽¹⁾ ผู้สูงอายุมีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมลงทุกด้าน ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตได้ ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อย โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคทางกายร่วมด้วย และประมาณร้อยละ 30 เคยประสบภาวะซึมเศร้าที่รุนแรงอย่างน้อยหนึ่งครั้ง⁽²⁾

ปัจจุบัน ผู้สูงอายุที่พิการจากโรคเรื้อรังในพื้นที่ที่มีจำนวน 436 ราย จากผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 600 ราย ผู้สูงอายุในพื้นที่ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ระหว่างปี 2558 - 2560 จำนวน 3 ราย (0.68%), 3 ราย (0.68%), 19 ราย (4.36%) ตามลำดับ ซึ่งนับว่ายังน้อยกว่าในพื้นที่อื่น อาจเป็นเพราะเป็นผู้สูงอายุที่พิการจากโรคเรื้อรังจึงไม่กล้าเข้ามารับบริการหรือไม่ ดังนั้นผู้วิจัยต้องการหาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุในพื้นที่โดยมีวิธีการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา ในเดือนมกราคม 2563 ผู้สูงอายุในพื้นที่จำนวน 359 ราย เครื่องมือในการศึกษา ได้แก่ แบบบันทึกเก็บข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพกาย ครอบครัวและทางสังคม ทั้งนี้ใช้เครื่องมือคัดกรองภาวะซึมเศร้าของ TGDS วิเคราะห์ ข้อมูลโดยใช้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ Frequency, Percentage, Prevalence rate with 95% CI, Mean (Standard deviation), Chi square, สถิติเชิงอนุมาน เพื่อหาความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปรและปัจจัยต่างๆ ได้แก่ Odds ratio, Multiple Logistic Regression ผลการศึกษา พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่ ร้อยละ 44.84 เป็น ผู้สูงอายุที่พิการจากโรคเรื้อรัง 229 ราย (ร้อยละ 63.78) มีภาวะซึมเศร้า 119 ราย (ร้อยละ 51.96) ผู้สูงอายุที่ไม่พิการจากโรคเรื้อรัง 130 ราย (ร้อยละ 36.21) มีภาวะซึมเศร้า 42 ราย (ร้อยละ 32.30) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ภาวะพิการ มีแนวโน้มสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้า 3.46 เท่า (95% CI 1.754 - 6.816, p value < 0.000) และ สถานภาพโสด มีแนวโน้มสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า 1.72 เท่า (95% CI 1.015 - 2.929, p value 0.044)

คำสำคัญ ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า, ผู้สูงอายุ, ผู้พิการโรคเรื้อรัง

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ, ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น,

Corresponding author : มกรรัตน์ หวังเจริญ email : makara2523@gmail.com

Prevalence and factors associated with depression among the elderly in Non Som Boon primary care unit, Ban Had District, Khon Kaen Province

Makararat Wongjaroen

(Receive 20th May 2022; Revised: 4th July 2022; Accepted 4th July 2022)

Abstract

Background: Thailand has a population of over 60 years exceeds 10 percent of the total population, likely to increase steadily.(1) Which can affect the occurrence of mental health problems. Depression in the elderly is a common problem, especially for those with physical illnesses. It is reported that about 30 percent of people over the age of 60 have experienced of severe depression at least once, which affects their daily life.(2) Currently, patients with leprosy in the network of Non Som boon Promotion Hospital Entering the age of 436 elderly people, a total of 600 elderly people. According to 2015-2017, there were elderly people in the service area being diagnosed with depression 3 cases (0.68%) ,3 cases (0.68%), 19 cases (4.36%), which however lower than in other areas. This is probably due to the elderly having a disability from leprosy did not brave to receive medical services. The researcher therefore wants to study the prevalence and risk factors. In the elderly of the network of Non Som boon Health Promoting Hospital. This was a cross-sectional descriptive study. During January 2020, amount 359 persons. Tools for measurements include record form General of the elderly Physical health information, Family and social data of the elderly for depression screening Use TGDS screening tools. Analyzed data using descriptive statistics such as Frequency, Percentage, Prevalence rate with 95% CI, Mean (Standard deviation), Chi square, Odds ratio, Multiple Logistic Regression Results: There were 359 subjects in the study, the prevalence of depression of the elderly at 44.84 percent. Elderly disabled from leprosy 229 people (63.78%) had depression 119 people (51.96%), 130 non-disabled elderly (36.21%) there were 42 depression (32.30%). Factors related to depression are disability and single marital status. Disability showed tendency to have depression of 3.45 times with statistical significance. (95%

CI 1.754 - 6.816, p value < 0.000) and widowed marital status tends to be related to depression 1.72 times with statistical significance (95% CI 1.015 - 2.929, p value 0.044).

Key words: prevalence and risk factor of depression, elderly population, disability from leprosy

Medical Physician (Senior Professional Level), Regional Health Promotion Center 7 Khon kaen

Corresponding author : Makararat Wongjaroen email : makara2523@gmail.com

บทนำ

ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยโดยเฉพาะผู้ที่มีโรคทางกายร่วมด้วย แต่มักถูกมองข้ามและเข้าใจผิดว่าเกิดจากความชรา องค์การอนามัยโลกคาดการณ์ว่าปี ค.ศ. 2020 ภาวะซึมเศร้าจะเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับหนึ่งของประเทศกำลังพัฒนา และภาวะซึมเศร้านี้มักจะพบว่าเกี่ยวข้องกับอารมณ์เศร้าโศกจากการสูญเสียโดยเฉพาะการเสียชีวิตของบุคคลใกล้ชิด⁽¹⁾

วิธีรักษาโรคซึมเศร้า ถ้าสาเหตุมาจากภาวะทางจิตเวชโดยจิตแพทย์ ใช้ทางยาจิตเวชในการควบคุม หากเป็นสาเหตุทางกาย ทางจิตสังคม รักษาทางจิตสังคม ยาต้านเศร้าในระดับอ่อนๆ ก่อนซึ่งไม่จำเป็นต้องกินยาไปตลอดสามารถลดตายลงจนอาจไม่ต้องใช้ยาเลยก็ได้ ดังนั้นควรติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง⁽³⁾ โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลโนนสมบูรณ์ สังกัดโรงพยาบาลสิรินธร ขอนแก่น ดูแลผู้สูงอายุที่อายุมากกว่า 60 ปีทั้งหมด 636 คน ผู้สูงอายุที่พิการจากโรคเรื้อนทั้งหมด 436 ราย ให้การดูแลรักษาตั้งแต่เป็นโรงพยาบาลโรคเรื้อน ตั้งแต่ พ.ศ. 2507⁽⁴⁾ โรคเรื้อนทำให้เกิดความพิการได้หลายอย่าง นำไปสู่ความพิการ และยังเป็นตรบาบแก่ผู้ป่วยอีกด้วย ผู้อายุในพื้นที่ดังกล่าวได้รับการรักษาโรคซึมเศร้า ไม่มาก เมื่อเทียบกับการศึกษางานวิจัยเชิงสำรวจครั้งล่าสุดของ HITAP (Health Intervention and technology assessment program) ผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคมที่เจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีความชุกของการเกิดภาวะซึมเศร้าร้อยละ 28.6 นอกจากนี้ผู้สูงอายุในชุมชนเป็นโรคซึมเศร้า

ร้อยละ 1 - 5 และพบว่าผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านมีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 13 ผู้สูงอายุกลุ่มติดเตียงมีอุบัติการณ์การเกิดโรคซึมเศร้า ร้อยละ 22 และพบว่า ผู้สูงอายุ เข้าถึงการคัดกรองโรคซึมเศร้า ร้อยละ 33⁽⁵⁾ จากข้อมูลของโรงพยาบาลสิรินธรมีผู้สูงอายุในพื้นที่ดังกล่าว ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ระหว่างปี 2558 - 2560 3 ราย (0.68%) 3 ราย (0.68%) 19 ราย (4.36%) ตามลำดับ ซึ่งนับว่ายังน้อยกว่าในพื้นที่อื่นซึ่งมีความชุกของโรคซึมเศร้า ในผู้สูงอายุมากกว่านี้ อาจเป็นจากการที่ผู้สูงอายุ มีความพิการจากโรคเรื้อนและไม่กล้าเข้ารับบริการหรือไม่และผลการค้นคว้างกล่าวผู้เขียนได้จัดโครงการเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองภาวะซึมเศร้าผู้สูงอายุที่พิการจากโรคเรื้อน รพ.สต. โนนสมบูรณ์ เดือนธันวาคม 2560 - พฤษภาคม 2561 โดยใช้แบบ คัดกรอง 2Q9 Q⁽⁶⁾ จำนวน 364 ราย ผู้สูงอายุเข้าถึงการคัดกรองโรคซึมเศร้าร้อยละ 83 พบว่ามีความชุกของผู้สูงอายุที่พิการจากโรคเรื้อน ร้อยละ 4 ได้รับการรักษาและติดตามอาการ ภาวะซึมเศร้าโดยจิตแพทย์

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เรื่องศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยมของ อาคม บุญเลิศ และคณะ⁽⁶⁾ ระหว่างสิงหาคม - กันยายน 2557 จำนวน 130 ราย โดยใช้แบบคัดกรอง KKKU-DI (Khon Kaen university depression Inventory) ส่วนใหญ่ความชุกพบในเพศหญิง 92 ราย ความชุกของภาวะซึมเศร้าพบร้อยละ 36.9 (95%CI: 28.5 - 45.3) และปัจจัยที่มีความ

สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ความเพียงพอของรายได้ และความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม⁽⁶⁾ ข้อมูลของโรงพยาบาลสิรินธร มีผู้สูงอายุในพื้นที่ดังกล่าว ได้รับการวินิจฉัยโรคซึมเศร้า ระหว่างปี 2558 - 2560 3 ราย (0.6%) 3 ราย (0.6%) 19 ราย (4.3 %) ตามลำดับ ซึ่งนับว่ายังน้อยกว่าในพื้นที่อื่นซึ่งมีความชุกของโรคซึมเศร้า ในผู้สูงอายุมากกว่านี้ อาจเป็นจากการที่ผู้สูงอายุ มีความพิการจากโรคเรื้อรังและไม่กล้าเข้ารับบริการหรือไม่

เนื่องจากยังไม่มีการศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุในชุมชนเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลโนนสมบูรณ์ อำเภอบ้านแฮด จังหวัดขอนแก่น มาก่อน ผู้วิจัยจึงต้องการทำการศึกษา

วิธีการดำเนินวิจัย

แบบภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross-sectional analytic study) เพื่อศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุของเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสมบูรณ์ ได้แก่ อายุ เพศ อายุ สถานภาพสมรส โรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง ความพิการ ปัญหาด้านการเงิน ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน ความขัดแย้งในครอบครัว การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม โดยมีรายละเอียดการดำเนินการศึกษาดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้างนี้ คือ ผู้สูงอายุของเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโนนสมบูรณ์ที่ หมู่ 6, 10 และ 11 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 - 31 มกราคม 2563 จำนวน 359 คน คุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่าง

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้ามศึกษา

(Inclusion Criteria)

1) เป็นผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไปทั้งเพศชายและหญิง ในเครือข่าย ตำบลโนนสมบูรณ์ หมู่ 6, 10 และ 11 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 -31 มกราคม 2563

2) เป็นผู้ที่มีระดับการรู้สึกตัวดี และสามารถสื่อสารหรือตอบโต้ได้ มีอาการคงที่ไม่รุนแรงหรือคุกคามต่อชีวิต และ มีความสนใจและยินดีให้แบบสอบถามและเก็บข้อมูลให้ความร่วมมือในการทำงานวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา

(exclusion criteria)

ได้รับการวินิจฉัยในปัจจุบันว่ามีอาการป่วยทางจิต โรคซึมเศร้าแล้ว หรือ มีอาการเปลี่ยนแปลงในทางที่เลวลงที่ไม่สามารถสื่อสารและตอบโต้ได้

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้างนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกภาวะซึมเศร้าและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยใช้สถิติวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple logistic regression) เป็นวิธีทางสถิติในการวิเคราะห์

ข้อมูล ดังนั้นจึงใช้สูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Hsieh และคณะ⁽⁷⁾ โดยแสดงสูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่างที่เหมาะสม ดังนี้

$$n = \frac{\{Z_{1-\alpha/2} [P(1 - P)/B]^{1/2} + Z_{1-\beta} [P_1(1 - P_1) + P_2(1 - P_2)(1 - B)/B]^{1/2}\}^2}{[(P_1 - P_2)^2 (1 - B)]}$$

จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ผู้วิจัยใช้ค่า P1, P2 และ B ที่นำมาแทนในสูตรการคำนวณจากผลการศึกษาของ อาคม บุญเลิศ และคณะ⁽⁶⁾ ที่ศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการ

ปทุมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น พบว่า ความถี่การเข้ากิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปทุมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น โดยมีผลการศึกษาดังนี้

ตารางที่ 1 ความถี่การเข้ากิจกรรมทางสังคมมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปทุมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น

ความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม	มีภาวะซึมเศร้า (n=48)	ไม่มีภาวะซึมเศร้า (n=82)	รวม (n=130)
เข้าร่วมนานๆครั้ง/ไม่ได้เข้าร่วมเลย	17	15	32
เข้าร่วมบ่อย	31	67	98

n	คือ จำนวนตัวอย่างทั้งหมดในการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก
$Z_{1-\alpha/2}$	คือ ค่าสถิติแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 และเป็นการทดสอบแบบสองทาง ซึ่งมีค่าเท่ากับ 1.96
Z_{1-B}	คือ ค่าสถิติแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดอำนาจการทดสอบร้อยละ 80 ($B = 0.02$) ซึ่งเท่ากับ 0.84
P	คือ ค่าสัดส่วนของตัวแปร หาได้จาก $(1 - B) P_1 + B P_2$ ซึ่งเท่ากับ 0.37
P1	คือ ค่าสัดส่วนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปทุมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น ที่มีความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมบ่อย เท่ากับ $31/98 = 0.32$
P2	คือ ค่าสัดส่วนของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคเรื้อรังในชุมชนเขตรับผิดชอบของสถานบริการปทุมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น ที่มีความถี่การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมนานๆครั้ง/ไม่ได้เข้าร่วมเลย เท่ากับเท่ากับ $17/32 = 0.53$
B	คือ สัดส่วนของการเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมนานๆครั้ง/ไม่ได้เข้าร่วมเลยทั้งหมด เท่ากับ $32/130 = 0.25$

แทนค่าในสูตร เพื่อหาค่า $p = 0.37$ เพื่อหาค่า $n \approx 223$

ดังนั้น ขนาดตัวอย่างขั้นต่ำของการศึกษา จึงเท่ากับ 223 คน แต่ได้ทำการปรับขนาดตัวอย่างตามวิธีการวิเคราะห์การถดถอยพหุโลจิสติก จากสูตรของ Hsieh และคณะ⁽⁷⁾ ดังนี้

$$n\rho = \frac{n_1}{(1 - \rho^2_{1,2,3 \dots \rho})}$$

คิดค่าสัมประสิทธิ์ $p=0.6$ ขนาดตัวอย่างของการศึกษานี้จึงเท่ากับ 348 คน และผู้วิจัยได้วางแผนเก็บข้อมูลเพิ่มอีกประมาณร้อยละ 10 ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 383 ราย

การศึกษาใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) จากทะเบียนรายชื่อกลุ่มโดยเรียงหมายเลขตามรายชื่อของกลุ่มในคอมพิวเตอร์ของโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลโนนสมบูรณ์ หลังจากนั้นทำการสุ่มโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ อย่างไรก็ตามหลังจากลงทะเบียนข้อมูลมีผู้ป่วยที่ไม่สมัครใจเข้าร่วมการวิจัย 24 ราย จึงสามารถเก็บข้อมูลได้ทั้งสิ้น 359 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยผู้วิจัยได้ดัดแปลงและพัฒนาตามกรอบแนวคิดที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมและศึกษาเครื่องมือมาตรฐานที่ใช้ในการประเมินผู้สูงอายุมีองค์ประกอบทั้งหมด 4 ส่วน ครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปผู้สูงอายุ เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ศาสนา

ส่วนที่ 2 สุขภาพกายสุขภาพจิตผู้สูงอายุ ภาวะพิการ ภาวะพึ่งพา โรคประจำตัว และพฤติกรรมสุขภาพและปัญหาสุขภาพผู้สูงอายุ การตรวจสุขภาพเป็นประจำ

ส่วนที่ 3 สุขภาพจิตของผู้สูงอายุ คัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบคัดกรองภาวะ

ซึมเศร้าในผู้สูงอายุของไทย (Thai Geriatric Depression Scale: TGDS) ที่พัฒนาโดยกลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง⁽⁸⁾ แบบวัดนี้มีคะแนนรวมระหว่าง 0-30

ส่วนที่ 4 การสนับสนุนทางสังคมผู้สูงอายุ การเข้าร่วมกิจกรรมทางสังคม ความเพียงพอของรายได้ การมีผู้ดูแลหลัก ความขัดแย้งในครอบครัว

จริยธรรมในการวิจัย

ได้รับจริยธรรมจากสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดขอนแก่น เลขที่วิจัย KEC 63013/2563

ผลการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาการศึกษาความชุกและปัจจัยเสี่ยงของภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ โดยการเก็บข้อมูล จากแบบสอบถาม TGDS SCORE ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 - 31 มกราคม 2563 โดยขนาดตัวอย่างจำนวน 359 ราย พบว่ามีผู้สูงอายุในพื้นที่ มีซึมเศร้า 161 ราย คิดเป็นความชุกของภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุที่อยู่ในนิคมโนนสมบูรณ์โรคเรื้อน ร้อยละ 44.8

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลในผู้สูงอายุในนิคมโนนสมบูรณ์โรคเรื้อน

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 359)	ร้อยละ
อายุ (ปี) Mean = 72.87 ± 7.57, Median 72, Min:Max 60:99		
60-74 ปี	209	58.2
≥ 75	150	41.8
เพศ		
ชาย	166	46.2
หญิง	193	53.8
ศาสนา		
พุทธ	346	96.4
อื่นๆ	13	3.6
สถานภาพสมรส		
โสด	36	10
คู่	255	71
หม้าย หย่าร้าง แยก	68	18.9
รายได้		
เพียงพอ	156	43.5
ไม่เพียงพอ	203	56.5
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	331	92.2
อาชีพ (ทำไร่ ทำนา รับจ้าง และอื่นๆ)	28	7.8
โรคประจำตัวเรื้อรัง		
เบาหวาน	61	17
ความดันโลหิตสูง	66	18.4
โรคหัวใจ	3	0.8
โรคปอดเรื้อรัง	3	0.8

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลในผู้สูงอายุในนิคมโนนสมบูรณ์โรคเรื้อน (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 359)	ร้อยละ
จำนวนโรคประจำตัวเรื้อรังรวม		
ไม่มีโรคร่วมโรค	219	61
มี 1 โรค	87	24.2
มากกว่า 2 โรคขึ้นไป	53	14.8
พิการ		
พิการ	229	63.8
ไม่พิการ	130	36.2
ผู้ดูแลหลัก		
มี	257	71.6
ไม่มี	102	28.4
ภาวะพึ่งพา		
มี	52	14.5
ไม่มี	307	85.5
ปัญหาสุขภาพรวม		
ไม่มี	69	19.2
มีปัญหาสุขภาพ 1 อย่าง	55	15.3
มีปัญหาสุขภาพ 2 อย่างขึ้นไป	235	65.5
ปัญหาสุขภาพในผู้สูงอายุ		
การหกล้ม		
เคยมี	139	38.7
ไม่เคยมี	220	61.3
ปัญหาทกลั้นปัสสาวะไม่อยู่		
มี	97	27
ไม่มี	262	73
ท้องผูก		
มี	95	26.5

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลในผู้สูงอายุในนิคมโนนสมบูรณ์โรครื้อน (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 359)	ร้อยละ
ไม่มี	264	73.5
ปัญหาการนอนไม่หลับ		
มี	221	61.6
ไม่มี	138	38.4
หลงลืมง่าย		
มี	150	41.8
ไม่มี	209	58.2
ปัญหาการรับประทานอาหาร		
มี	136	37.9
ไม่มี	223	62.1
ปัญหาเรื่องการได้ยิน		
มี	151	42.1
ไม่มี	208	57.9
ปัญหาเรื่องการมองเห็น		
มี	200	55.7
ไม่มี	159	44.3
ปัญหาเรื่องการเคลื่อนไหว		
มี	192	53.5
ไม่มี	167	46.5
พฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ		
ออกกำลังกาย		
ไม่เคย	69	19.2
บางครั้ง	276	76.9
เป็นประจำ	14	3.9
ทำงานอดิเรก		
ไม่เคย	104	29

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของปัจจัยส่วนบุคคลในผู้สูงอายุในนิคมโนนสมบูรณ์โรครื้อน (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน (n = 359)	ร้อยละ
บางครั้ง	241	67.1
เป็นประจำ	14	3.9
สูบบุหรี่		
ไม่เคย	191	53.2
บางครั้ง	154	42.9
เป็นประจำ	14	3.9
ดื่มแอลกอฮอล์		
ไม่เคย	199	55.4
บางครั้ง	148	41.2
เป็นประจำ	12	3.3
กินผัก ผลไม้		
ไม่เคย	126	35.1
บางครั้ง	197	54.9
เป็นประจำ	36	10
กินวิตามิน		
ไม่เคย	110	30.6
บางครั้ง	236	65.7
เป็นประจำ	13	3.6
ตรวจสุขภาพ		
ไม่เคย	106	29.5
บางครั้ง	235	65.5
เป็นประจำ	18	5.0
เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน		
ไม่เคย	85	
บางครั้ง	262	73
เป็นประจำ	12	3.3

ตารางที่ 2 สรุปปัญหา ซึมเศร้าแยกตามระดับความรุนแรง

ระดับความรุนแรงของปัญหาซึมเศร้า	จำนวน (ราย)	ร้อยละ
ไม่ซึมเศร้า	198	55.15
มีภาวะซึมเศร้า	161	44.84
ระดับน้อย	52	14.48
ระดับปานกลาง	80	22.28
ระดับมาก	29	22.28

ความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าใน ผู้สูงอายุในนิคมโรคเรื้อน เขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยใช้ สถิติ binary logistic regression ได้แสดงผล ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน ทั้งหมดคน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า	มีภาวะ ซึมเศร้า	P value	Odds ratio	95%CI
อายุ (ปี)						
60-74 ปี	209 (51.2)	117	92	0.71	1.83	0.711-1.651
≥ 75	150 (41.8)	81	69			
เพศ						
ชาย	166 (46.2)	93	73	0.76	1.07	0.703-1.631
หญิง	193 (53.8)	105	88			
ศาสนา						
พุทธ	346 (96.4)	191	155	0.92		
อื่นๆ	13 (3.6)	7	6		1.06	0.348-3.208
สถานภาพสมรส						
โสด	36 (10)	13 (36)	23 (64)	0.020*	2.69	1.165-6.197
คู่	255 (71)	144 (56.4)	111 (43.6)	0.571	1.17	0.679-2.019
หม้าย หย่า แยก	68 (18.9)	41 (60)	27 (40)			

ตารางที่ 3 ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน ทั้งหมดคน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า	มีภาวะ ซึมเศร้า	P value	Odds ratio	95%CI			
รายได้									
เพียงพอ	156 (43.5)	85	71	0.824	0.954	0.627-1.450			
ไม่เพียงพอ	203 (56.5)	113	90						
ความขัดแย้งในครอบครัว									
ขัดแย้ง	63	39	24	0.237	0.714	0.409-1.247			
ไม่ขัดแย้ง	296	159	137						
อาชีพ									
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	331 (92.2)	35	24	0.314	1.510	0.677-3.370			
อาชีพ (ทำไร่ ทำนา รับจ้าง และอื่นๆ)	28 (7.8)	159	137						
โรคประจำตัวเรื้อรัง									
เบาหวาน	61 (17)	32	29	0.639	0.876	0.504-1.522			
ความดันโลหิตสูง	66 (18.4)	37	29				0.870	1.046	0.611-1.791
จำนวนโรคร่วม									
ไม่มีโรคร่วม	219 (61)	124	95	0.818	1.061	0.643-1.748			
โรคเรื้อรัง มี 1 โรค	87 (24.2)	48	39				0.321	1.355	0.743-2.478
มากกว่า 2 โรค ขึ้นไป	53 (14.8)	26	27						
พิการจากโรคเรื้อรัง									
พิการ	229 (63.8)	110 (48)	119 (52)	0.000*	2.267	1.446-3.554			
ไม่พิการ	130 (36.2)	88 (67.6)	42 (32.3)						
ภาวะพึ่งพา									
พึ่งพา	52 (14.5)	22 (42.3)	30 (57.7)	0.046*	1.832	1.011-3.321			
ไม่พึ่งพา	307 (85.5)	176 (57.3)	131 (42.7)						

ตารางที่ 3 ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน ทั้งหมดคน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า	มีภาวะ ซึมเศร้า	P value	Odds ratio	95%CI
ผู้ดูแล						
มีผู้ดูแลหลัก	257	145	112	0.444	1.197	0.756-1.896
ไม่มีผู้ดูแลหลัก	102	53	49			
จำนวนปัญหาสุขภาพรวม (หกล้ม, กลืนปัสสาวะไม่อยู่, ท้องผูก, มีปัญหาเรื่องการได้ยินการมองเห็น การเคลื่อนไหวที่)						
ไม่มีปัญหาสุขภาพ	69 (19.2)	35	34			
มีปัญหาสุขภาพ	55 (15.3)	31	24	0.532	0.797	0.391-1.624
1 อย่าง						
มีปัญหาสุขภาพ	235 (65.5)	132	103	0.425	0.803	0.469-1.375
มากกว่า 2 อย่าง						
ขึ้นไป						
ออกกำลังกาย						
ไม่เคย	69 (19.2)	38	31	0.265	2.039	0.583-7.138
บางครั้ง	276 (76.9)	150	126	0.219	2.100	0.643-6.858
เป็นประจำ	14 (3.9)	10	4			
งานอดิเรก						
ไม่เคย	104 (29)	52	52	0.320	1.800	0.565-5.735
บางครั้ง	241(14)	137	104	0.586	1.366	0.445-4.199
เป็นประจำ	14 (3.9)	9	5			
สูบบุหรี่						
ไม่เคย	191 (53.2)	95	96			
บางครั้ง	154 (42.9)	97	97	0.014	0.582	0.377-0.897
เป็นประจำ	14 (3.9)	6	8	0.620	1.319	0.441-3.947
ดื่มแอลกอฮอล์						
ไม่เคย	199 (55.4)	99	100			
บางครั้ง	148 (41.2)	95	53	0.008	0.552	0.357-0.854

ตารางที่ 3 ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับภาวะซึมเศร้า (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	จำนวน ทั้งหมดคน (ร้อยละ)	ไม่มีภาวะ ซึมเศร้า	มีภาวะ ซึมเศร้า	P value	Odds ratio	95%CI
เป็นประจำ	12 (3.3)	4	8	0.277	1.980	0.578-6.787
ตรวจสอบสุขภาพ						
ไม่เคย	106 (29.5)	69	37	0.225	0.536	0.196-1.467
บางครั้ง	235 (65.5)	120	115	0.931	0.958	0.367-2.500
เป็นประจำ	18 (5.0)	9	9			
เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน						
ไม่เคย	85 (23.7)	57	28	0.096	0.351	0.102-1.205
บางครั้ง	262 (23.7)	135	126	0.490	0.662	0.205-2.138
เป็นประจำ	12 (3.3)	5	7			

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่าใช้สถิติ binary logistic regression ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ การเป็นผู้พิการจากโรคเรื้อน สุนัขหรือสัตว์เลี้ยงลูกออสและ ไม่เข้าร่วมกิจกรรมชุมชน ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ โดยใช้การทดสอบทางสถิติ Multiple Logistic Regression

ปัจจัย	Adjusted OR	95%CI for OR lower	95%CI for OR upper	P value
พิการ	3.457	1.754	6.816	<0.000*
สถานภาพสมรส	1.724	1.015	2.929	0.044*

จากตาราง ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า Multiple Logistic Regression ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) คือ การเป็นผู้พิการจากโรคเรื้อน (95% CI 1.754 - 6.816, p value < 0.000) สถานภาพโสด (95% CI 1.015 - 2.929, p value 0.044)

อภิปรายผล บทสรุป ข้อเสนอแนะ

ความชุกของภาวะซึมเศร้าจากการคัดกรองภาวะซึมเศร้า ผู้สูงอายุ โดยใช้แบบคัดกรองซึมเศร้า TGDS พบว่ามีความชุกของภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 44.84 จำแนกตามความรุนแรง ส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าเล็กน้อย ร้อยละ 14.48 ปานกลาง ร้อยละ 22.28 มีภาวะซึมเศร้ามาก ร้อยละ 8.07 ซึ่งภาวะซึมเศร้าแตกต่างกันไป ตามข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ รวมถึงเครื่องมือที่ใช้คัดกรองภาวะซึมเศร้า

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติได้แก่ ความพิการและสถานภาพสมรส โดยปัจจัยความพิการจากโรคเรื้อรังเมื่อคำนวณด้วย binary logistic regression และ multiple logistic regression พบว่า ปัจจัยเรื่องพิการ มีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3.47 เท่า ที่ความเชื่อมั่นที่ 0.05 (95% CI 1.754 - 6.816, p value < 0.000)

ปัจจัยเรื่องสถานภาพสมรส เมื่อคำนวณด้วย binary logistic regression และ multiple logistic regression มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ความเชื่อมั่นที่ 0.05 โดยผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานภาพโสดในการศึกษานี้มีความโอกาสเกิดภาวะซึมเศร้ามากกว่าผู้สูงอายุที่อยู่ในสถานภาพคู่ หรือ แยกกันอยู่หม้าย หรือหย่าร้าง 1.72 เท่า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI 1.015 - 2.929, p value 0.044)

สำหรับภาวะพึงพา มีภาวะซึมเศร้า ร้อยละ 57.69 เมื่อคำนวณด้วย binary logistic regression พบว่า ปัจจัยเรื่องพึ่งพา มีความ

สัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ความเชื่อมั่นที่ 0.05 แต่เมื่อคำนวณด้วย multiple logistic regression ปัจจัยเรื่องพึ่งพา ไม่มีความสัมพันธ์ กับภาวะซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ความเชื่อมั่นที่ 0.05

สำหรับปัจจัยอื่น ๆ ได้แก่ พฤติกรรมทางสุขภาพ ดื่มแอลกอฮอล์ และสูบบุหรี่ รวมถึงเข้ากิจกรรมทางสังคม เมื่อคำนวณด้วย multiple logistic regression ไม่พบความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัย : จากการวิจัยพบว่าผู้สูงอายุที่พิการจากโรคเรื้อรังและภาวะโสด มีสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า ดังนั้นในเชิงนโยบายโครงการนำผู้สูงอายุเข้าสู่ชมรมผู้สูงอายุ และเพิ่มการเข้าถึงบริการคัดกรองภาวะซึมเศร้า และทำวิจัยเพื่อประเมินภาวะซึมเศร้าซ้ำหลังจากติดตามรักษาผู้ป่วยที่วินิจฉัยภาวะซึมเศร้า

เอกสารอ้างอิง

1. Rossarin Gray. Elderly care: The happiness and stress. The population research Institute and social research [Internet]. Mahidol University; 2013 [cited 2019 Dec 1]. Available from: https://ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/FileUpload/Staff/FileCV/Rossarin%20Gray_521_14-7-2021.pdf
2. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. The Situation of the Elderly Thailand 2016 [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 27]. Available from: <http://thaitgri>.

- org/?p=38427
3. ทิพา ชุตติกาญโกศล. ภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุ อันตรายกว่าที่คิด. บทความสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.samitivejhospitals.com/th/>
 4. โรงพยาบาลสิรินธร. ประวัติสถานพยาบาล โรงพยาบาลสิรินธร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 1 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: https://gishealth.moph.go.th > healthmap > info_history
 5. ศรวณีย์ อวนศรี, สุรเดช ดวงทิพย์สิริกุล, ศรีเพ็ญ ตันติเวสส, ดนัย ชินคำ, ณัฐธิดา มาลาทอง. การศึกษาเพื่อจัดทำข้อเสนอเกี่ยวกับการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เหมาะสมสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. HITAP [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.hitap.net/research/168386>
 6. อาคม บุญเลิศ. ความชุกและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซึมเศร้าของผู้สูงอายุเรื้อรังในชุมชนเขตความรับผิดชอบของสถานบริการปฐมภูมิสามเหลี่ยม จังหวัดขอนแก่น. ศรีนครินทร์ เวชสาร. 2559; 31 (1): 25- 33.
 7. Hsieh, Bloch, Larson. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Statistics in Medicine 1998; 16:23-1634.
 8. กลุ่มฟื้นฟูสมรรถภาพสมอง. แบบวัดความเศร้าในผู้สูงอายุของไทย. สารศิริราช [อินเทอร์เน็ต]. 2537 [เข้าถึงเมื่อ 10 ธันวาคม 2562]; 46: [หน้า1-9]. เข้าถึงได้จาก: <https://dmh.go.th/abstract/nurse/details.asp?id=8>

ผลการประเมินองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยบริการสาธารณสุข ที่เข้าร่วมกิจกรรม “สาสุข อุ๋นใจ 2565” เขตสุขภาพที่ 7

จันทิยา เนติวิทย์ธรรม¹ วนิดา อุตตรนคร²

(วันที่รับบทความ: 17 พฤษภาคม 2565; วันที่แก้ไข: 24 กรกฎาคม 2565; วันที่ตอบรับ: 4 กรกฎาคม 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการประเมิน HLO ในหน่วยบริการสาธารณสุขที่เข้าร่วมกิจกรรม “สาสุข อุ๋นใจ 2565” เขตสุขภาพที่ 7 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยผู้วิจัยให้เจ้าหน้าที่และผู้ให้บริการที่มาใช้บริการในหน่วยบริการฯ ใน 4 จังหวัดในช่วงเวลาที่กำหนด ลงทะเบียนเข้าร่วมประเมินฯ 457 แห่ง ร่วมตอบแบบประเมินฯ 43 แห่ง เครื่องมือวิจัย แบบประเมินเจ้าหน้าที่ 14 ข้อ และผู้ให้บริการ 10 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ การสนับสนุนและนโยบายของผู้นำ กำลังคน การเข้าถึงข้อมูลและบริการ และการติดตามประเมินผล ตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ ตั้งแต่ ร้อยละ 80 เห็นด้วย และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ในแบบประเมินทั้งฉบับ โดยมีค่า 0.96 ในแบบฯ เจ้าหน้าที่ และ 0.93 ในแบบฯ ผู้ให้บริการ ผลการวิจัยพบว่า เจ้าหน้าที่ 327 คน วิเคราะห์รายด้าน พบว่าร้อยละของกำลังคน สูงที่สุด คือ 95.7 ตามลงมาด้วย การเข้าถึงข้อมูลและบริการ การสนับสนุนและนโยบายจากผู้นำ และการติดตามประเมินผล คือ 94.7, 94.5 และ 94.5 และผู้ให้บริการ 794 คน วิเคราะห์รายด้านพบว่า ร้อยละของกำลังคนสูงที่สุด คือ 98.3 ตามลงมาด้วยการเข้าถึงข้อมูลและบริการ สนับสนุนและนโยบายจากผู้นำ และการติดตามประเมินผล คือ 97.7, 97.7 และ 96.6 ตามลำดับ ดังนั้นการพัฒนา HLO ให้ประสบผลสำเร็จ มีการสนับสนุนและนโยบายจากผู้นำ คณะทำงาน การประเมินองค์กร ทำแผนพัฒนา และประเมินผลตามแผน

คำสำคัญ องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ หน่วยบริการสาธารณสุข กิจกรรม สาสุข อุ๋นใจ

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ²นายแพทย์เชี่ยวชาญ, ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น,

Corresponding author : จันทิยา เนติวิทย์ธรรม email : janthiya183@hotmail.com

The evaluation of Health Literacy Organization in health care organizations participating in project “Sasuk Oonchai 2022” in Health Region 7

Janthiya nativattum¹, Wanida Uttaranakhon²

(Receive 17th May 2022; Revised: 24th July 2022; Accepted 4th July 2022)

Abstract

This research is a descriptive research. The objective of this study was to study the results of the HLO assessment in the public health service units participating in the “Sasuk Oonchai 2022” activity in Health Region 7, selecting a specific sample group. by The researcher gave public health personnel and the people who use the service in the service units in 4 provinces during the period. Registered to participate in the assessment in 457 places, participated in the survey in 43 places, research tools public health personnel form 14 items and people form 10 items. It is divided into 4 areas: leadership support and policies, human resources, access to information and services. and follow-up evaluation. Content validity was checked by experts at 80 % in agreement and Cronbach’s alpha coefficient. in the whole evaluation form with a value of 0.96 in public health personnel form and 0.93 in the people form. The results of the study revealed that 327 public health personnel : the percentage of human resources was the highest at 95.7%, followed by access to information and services, support and policies from leaders and the follow-up evaluation were 94.7%, 94.5% and 94.5% and The results of the study revealed that 794 people. The highest percentage of human resources was 98.3%, followed by access to information and services, support and policies from leaders and the follow-up evaluation were 97.7%, 97.7% and 96.6%.The development of HLO was successful. There is support and policies from leaders, working groups, organizational assessments, development plans, and planned evaluations.

Keywords: Health Literacy Organization, Health care organizations, Project “Sasuk Oonchai 2022”

¹Registered Nurse (Professional Level), ²Medical Physician (Expert Level), Regional Health Promotion Center 7 Khon kaen

Corresponding author : Janthiya nativattum email : janthiya183@hotmail.com

บทนำ

กรมอนามัย ได้มีการทบทวนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ด้านการพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพทรัพยากรมนุษย์ พัฒนาคคนในทุกมิติ และทุกช่วงวัยให้เป็นคนดี เก่ง และมีคุณภาพ ตามแผนแม่บทประเด็นที่ 13 การสร้างเสริมให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี คนไทยมีสุขภาวะที่ดีขึ้นและมีความเป็นอยู่ดีเพิ่มขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุข มอบหมายให้กรมอนามัยเป็นเจ้าภาพหลัก แผนแม่บทย่อยที่ 13.1 การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะและการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาวะ สามารถดูแลสุขภาพที่พึงประสงค์และสามารถป้องกัน และลดโรคที่สามารถป้องกันได้ เกิดเป็นสังคมบ่มเพาะจิตสำนึก การมีสุขภาพดีสูงขึ้น โดยใช้กลยุทธ์เชิงประสิทธิภาพในการงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (PIRAB) ซึ่งเน้นการทำงานแบบบูรณาการเครือข่ายทุกภาคส่วน ให้คนในสังคมร่วมกันพัฒนาฐานรากของชุมชน เพื่อให้สามารถบริหารจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง ลดความเสี่ยง เพิ่มปัจจัยปกป้อง เพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ สร้างชุมชน ท้องถิ่นและองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ขยายวงอย่างกว้างขวางสู่สังคมรอบรู้สุขภาพ (Health Literate Societies) และผลักดันทุกนโยบายห่วงใยสุขภาพ (Health in All Policy) เพื่อบรรลุเป้าหมาย (แผนงาน) Roadmap เป้าประสงค์ 20 ปี ของกรมอนามัยสู่คนไทย 4.0 องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ คือองค์กรที่มีแนวปฏิบัติเพื่อส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการทุกคนเข้าถึง และใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และบริการ

ขององค์กรเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง และคนรอบข้างให้เกิดประโยชน์สูงสุด การดำเนินการตามแนวทางปฏิบัติขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยเพิ่มประสิทธิผล ของการจัดบริการ และส่งผลดีกับผลลัพธ์สุขภาพของผู้ใช้บริการมากขึ้น เนื่องจากผู้ให้บริการรู้สึกผ่อนคลายกังวลเมื่อมาใช้บริการได้รับข้อมูลสุขภาพที่เพียงพอตรงตามความต้องการ เข้าใจข้อมูลข่าวสารและความรู้อย่างถูกต้อง และนำข้อแนะนำหรือความรู้ที่ได้รับไปใช้ดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ^(1,2)

ปี 2561 ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ได้มีการดำเนินงานการขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 ขึ้น จำนวน 6 แห่ง ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสานและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จังหวัดร้อยเอ็ด : โรงพยาบาลร้อยเอ็ด และสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ ต.สีแก้ว จังหวัดกาฬสินธุ์ : โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดมหาสารคาม : โรงเรียนวังยาววิทยายน อ.โกสุมพิสัย ซึ่งการขับเคลื่อนดังกล่าว พบว่าเกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อองค์กร เช่น มีการพัฒนาสื่อต่างๆ ช่องทางการเข้าถึงข้อมูลของหน่วยงาน เป็นต้น แผนการการสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ ปี 2565 ภายใต้ยุทธศาสตร์ : การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาวะและการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาวะ ในกิจกรรม “สาสุข อุ่นใจ” มีตัวชี้วัดดังนี้

- 1) ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 70
- 2) ประชาชนเข้าถึง เข้าใจ พฤติกรรมสุขภาพ

ที่ดี ร้อยละ 80 และ 3) สถานบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างน้อย 1 แห่ง/1 เขต พร้อมทั้งลงทะเบียนเข้าร่วมในกิจกรรม “สาสุข อุ่นใจ” อย่างน้อยร้อยละ 50 (จำนวน 445 แห่ง)^(3,4)

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จึงได้ตระหนักถึงความสำคัญการสร้างความรู้ด้านสุขภาพปี 2565 จึงได้คัดเลือกสถานบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 7 เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบคือ รพ. ท่าคันโท จ.กาฬสินธุ์ และ รพ. ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น โดยจัดบริการ การบริหารจัดการองค์กร และการปรับปรุงภาพการบริการของหน่วยบริการสาธารณสุข และสถานบริการสาธารณสุขในเขตสุขภาพที่ 7 ที่เข้าร่วมลงทะเบียนและร่วมสำรวจองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ในด้านสถานบริการสาธารณสุข กิจกรรม “สาสุข อุ่นใจ 2565” กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽⁴⁾ เพื่อสร้างความตระหนักต่อการปรับปรุงองค์กรให้องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ใช้บริการ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อทราบผลการประเมินองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยบริการสาธารณสุขที่เข้าร่วมกิจกรรม “สาสุข อุ่นใจ 2565” ครั้งที่ 1 เขตสุขภาพที่ 7 ของเจ้าหน้าที่
2. เพื่อทราบผลการประเมินองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยบริการสาธารณสุขที่เข้าร่วมกิจกรรม “สาสุข อุ่นใจ 2565” ครั้งที่ 1 เขตสุขภาพที่ 7 ของผู้ใช้บริการ

นิยามศัพท์

องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง องค์กรที่ถือว่า การรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนในองค์กร การจัดระบบ กระบวนการ และบริการให้มีความสำคัญกับเรื่องข้อมูลและการสื่อสาร และเอื้อให้บุคลากรทุกคนมีความสามารถในการสื่อสาร การใช้ข้อมูลสุขภาพจนทำให้ผู้รับบริการเกิดความเข้าใจ เข้าใจ การนำข้อมูลไปใช้ดำเนินชีวิตได้ แก่ประชาชนอย่างเท่าเทียม^(2,6)

หน่วยบริการสาธารณสุข หมายถึง ศูนย์อนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

ผลประเมินองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยบริการสาธารณสุขที่เข้าร่วมกิจกรรม “สาสุข อุ่นใจ 2565” ของเจ้าหน้าที่ หมายถึง การประเมินองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยบริการสาธารณสุขของเจ้าหน้าที่ แบ่งเป็น 4 หมวด คือ หมวดการสนับสนุนและนโยบายของผู้นำ หมวดกำลังคน หมวดการเข้าถึงข้อมูลและบริการ และหมวดการติดตามประเมินผล⁽⁷⁾

ผลประเมินองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยบริการสาธารณสุขที่เข้าร่วมกิจกรรม “สาสุข อุ่นใจ 2565” ของผู้ใช้บริการ หมายถึง การประเมินองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยบริการสาธารณสุขของผู้ใช้บริการ แบ่งเป็น 4 หมวด คือ หมวดการสนับสนุนและนโยบายของผู้นำ หมวดกำลังคน หมวดการเข้าถึงข้อมูลและบริการ และหมวดการติดตามประเมินผล⁽⁷⁾

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการประเมินองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยบริการสาธารณสุขที่เข้าร่วมกิจกรรม “สาสุข อุ๋นใจ 2565” ครั้งที่ 1 เขตสุขภาพที่ 7 ในวันที่ 14 - 20 กุมภาพันธ์ 2565 คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยผู้วิจัยให้เจ้าหน้าที่และผู้ใช้บริการที่มาใช้บริการสถานบริการสาธารณสุขในแต่ละจังหวัด ได้แก่ ศูนย์อนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่ลงทะเบียนเข้าร่วมประเมินองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านสถานบริการสาธารณสุข ในกิจกรรม “สาสุข อุ๋นใจ 2565” ของเขตสุขภาพที่ 7 ก่อนวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 457 แห่ง และร่วมตอบแบบประเมินฯ ในวันที่ 14 - 20 กุมภาพันธ์ 2565 จำนวน 43 แห่ง⁽⁵⁾

เครื่องมือในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้แบบประเมินองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านสถานบริการสาธารณสุข ในกิจกรรม “สาสุข อุ๋นใจ 2565” สำหรับเจ้าหน้าที่ที่มีข้อความ 14 ข้อ และสำหรับผู้ใช้บริการมี 10 ข้อ แบ่งเป็น 4 หมวด คือ หมวดการสนับสนุนและนโยบายของผู้นำ หมวดกำลังคน หมวดการเข้าถึงข้อมูลและบริการ และหมวดการติดตามประเมินผล ตัวเลือกของแต่ละข้อมี 5 คำถามมีตัวเลือก ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ เห็นด้วย และเห็นด้วย

อย่างยิ่ง หน่วยบริการตอบแบบประเมินฯ ระหว่างวันที่ 12 - 18 มกราคม 2565 จำนวนเจ้าหน้าที่ และผู้ใช้บริการที่เลือกตอบเห็นด้วย - เห็นด้วยอย่างยิ่งในแต่ละข้อความถูกนำมาคำนวณค่าร้อยละเพื่อสะท้อนจุดอ่อน - จุดแข็งของกระบวนการจัดบริการทางสาธารณสุข มีความตรงด้านเนื้อหา (content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญตั้งแต่ ร้อยละ 80 เห็นด้วย (n=75) และค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบประเมินทั้งฉบับ โดยมีค่าเท่ากับ 0.96 สำหรับแบบประเมินฯ ของเจ้าหน้าที่ และ 0.93 สำหรับแบบประเมินฯ ของผู้ใช้บริการ⁽⁷⁾

ผลการวิจัย

1. จำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขลงทะเบียนเข้าร่วม และผลประเมินองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ “สาสุข อุ๋นใจ 2565” มีดังนี้

1.1. จำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขที่ลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรม “สาสุข อุ๋นใจ 2565” ก่อนวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565 ภาพรวมประเทศ จำนวน 1,627 แห่ง เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 457 แห่ง เป็นที่ 1 ในระดับเขต (ผ่านค่าเป้าหมายไตรมาส 3 จำนวน 356 แห่ง) และจังหวัดกาฬสินธุ์ลงทะเบียนฯ เป็นที่ 1 ของประเทศในระดับจังหวัด จำนวน 151 แห่ง ตามลงมาด้วย จังหวัดขอนแก่น จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 117, 67 และ 47 แห่งตามลำดับ⁽⁸⁾

1.2. จำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขที่ร่วมประเมินองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ “สาสุข อุ๋นใจ 2565” ระหว่างวันที่ 14-20 กุมภาพันธ์ 2565 ภาพรวมประเทศ จำนวน 142 แห่ง

เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 43 แห่ง เป็นที่ 1 ในระดับเขต และจังหวัดกาฬสินธุ์ร่วมประเมินฯ เป็นที่ 1 ของประเทศในระดับจังหวัด จำนวน 27 แห่ง ตามลงมาด้วย จังหวัดขอนแก่น จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 12, 3 และ 1 แห่งตามลำดับ เป็นเจ้าหน้าที่ จำนวน 327 คน และผู้ใช้บริการ จำนวน 794 คน ร่วมตอบแบบสำรวจแสดงความคิดเห็นต่อแนว

ปฏิบัติขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ⁽⁸⁾

แสดงให้เห็นว่าพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 7 สนใจที่จะร่วมขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านสถานบริการสาธารณสุข ในกิจกรรม “สาสุข อุ่นใจ” ในการลงทะเบียน และร่วมประเมิน องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ถึงแม้จะมีการระบาดของโรค Covid-19

ตารางที่ 1 จำนวนสถานบริการสาธารณสุข ร่วมลงทะเบียน และประเมิน HLO ครั้งที่ 1 (วันที่ 14 - 20 กุมภาพันธ์ 2565)

	สถานบริการสถาน บริการสาธารณสุข (แห่ง)	ลงทะเบียน ลงทะเบียน “สาสุข อุ่นใจ” (แห่ง)	ร่วมประเมิน HLO ครั้งที่ 1 (แห่ง)
ขอนแก่น	274	117	12
มหาสารคาม	188	47	1
ร้อยเอ็ด	249	67	3
กาฬสินธุ์	174	151	27
เขต 7	885	382	43

2. ผลการประเมินองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ “สาสุข อุ่นใจ 2565” สำหรับเจ้าหน้าที่พบว่า จำนวนผู้เจ้าหน้าที่ร่วมตอบแบบประเมินฯ จำนวนผู้เจ้าหน้าที่ร่วมตอบแบบประเมินในระดับเขต จำนวน 327 คน จากการผลการวิเคราะห์รายด้านภาพรวมเขต และทั้ง 4 จังหวัดพบว่า ประเมินในระดับเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ด้านกำลังคน สูงที่สุด คือร้อยละ 95.7 ตามลงมาด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการด้านสนับสนุน และนโยบายจากผู้ผู้นำ และ

ด้านการติดตามประเมินผล คือร้อยละ 94.7, 94.5 และ 94.5 ตามลำดับ โดยเฉพาะถ้ามองเป็นรายข้อในภาพรวมเขต และทั้ง 4 จังหวัดพบว่า ร้อยละขององค์กรของท่านใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อสื่อสารข้อมูลถึงใช้บริการอย่างรวดเร็ว และถูกต้อง คือ ร้อยละ 93.3 แสดงให้เห็นว่า มุมมองของเจ้าหน้าที่ การเข้าใจและเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ต้องอาศัยเทคโนโลยีที่ทันสมัย สอดคล้องกับภาพรวมในระดับประเทศเช่นกัน

ตารางที่ 2 ร้อยละผลการประเมินองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่ จำนวน 14 ข้อ

แบบสำรวจเจ้าหน้าที่	เขต n=327 คน ร้อยละ	จ.ขอนแก่น n=27 คน ร้อยละ	จ.ร้อยเอ็ด n=6 คน ร้อยละ	จ.มหาสารคาม n=207 คน ร้อยละ	จ.กาฬสินธุ์ n=87 คน ร้อยละ
ผู้นำองค์กรประกาศนโยบายและถ่ายทอดให้เจ้าหน้าที่ที่รับรู้และสนับสนุนการจัดบริการและสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ใช้บริการ เข้าถึงอย่างสะดวก เข้าใจง่าย สามารถเรียนรู้และนำไปปรับใช้อย่างเหมาะสม	93.3	92.6	66.7	91.8	98.9
ผู้นำองค์กรกำกับและติดตามการปรับปรุงการบริการและสร้างสิ่งแวดล้อมที่ทำให้ผู้ใช้บริการเข้าถึงอย่างสะดวก เข้าใจได้ง่าย สามารถเรียนรู้และนำไปปรับใช้อย่างเหมาะสม	94.8	100	66.7	93.7	97.7
องค์กรท่านให้ความสำคัญกับการตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการอย่างเหมาะสม	96.0	100	66.7	95.2	98.9
ด้านสนับสนุนและนโยบายจากผู้นำ	94.5	97.5	66.7	93.6	98.5
องค์กรของท่านกำหนดให้มีทีมงานในการปรับระบบการให้บริการและสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ใช้บริการ เข้าถึงอย่างสะดวก เข้าใจได้ง่าย สามารถเรียนรู้และนำไปปรับใช้อย่างเหมาะสม	93.9	96.3	66.7	92.8	97.7
เจ้าหน้าที่รับฟังความคิดเห็นและความต้องการของผู้ใช้บริการเพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไขการบริการ	96.9	100	66.7	96.1	100
องค์กรของท่านมีทีมที่รับผิดชอบในการให้ความรู้แก่ผู้ใช้บริการโดยใช้วิธีการสื่อสารแบบง่าย	93.9	96.3	66.7	93.7	95.4
เจ้าหน้าที่เป็นมิตรและมีจิตให้บริการแก่ผู้ใช้บริการ	97.6	100	66.7	97.1	100
เจ้าหน้าที่มีแนวทางการสื่อสารที่เน้นผู้รับสารเป็นศูนย์กลาง	96.0	96.3	66.7	95.2	100
ด้านกำลังคน	95.7	97.8	66.7	95.0	98.6

ตารางที่ 2 ร้อยละผลการประเมินองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่ จำนวน 14 ข้อ (ต่อ)

แบบสำรวจเจ้าหน้าที่	เขต n=327 คน ร้อยละ	จ.ขอนแก่น n=27 คน ร้อยละ	จ.ร้อยเอ็ด n=6 คน ร้อยละ	จ.มหาสารคาม n=207 คน ร้อยละ	จ.กาฬสินธุ์ n=87 คน ร้อยละ
องค์กรของท่านใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อสื่อสารข้อมูลถึงผู้ใช้บริการอย่างรวดเร็ว และถูกต้อง	93.3	96.3	66.7	92.3	96.6
องค์กรของท่านใช้ช่องทางการสื่อสารที่หลากหลายและเหมาะสมต่อผู้ใช้บริการ (วิทยุ/โทรศัพท์/Social media/หนังสือพิมพ์/คู่มือ/หนังสือ/เจ้าหน้าที่/การลงเยี่ยมบ้าน)	93.6	100	97.4	90.8	100
องค์กรของท่านมีเจ้าหน้าที่ที่มีความรู้ความเข้าใจ สมรรถนะ และทัศนคติที่ดีในการสื่อสารที่เหมาะสม กับบริบทของชุมชนของผู้ใช้บริการ	96.3	96.3	83.3	96.1	97.7
เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลที่เข้าใจง่าย สำหรับผู้ใช้บริการทุกกลุ่มวัย	95.7	92.6	66.7	95.2	100
เมื่อท่านมีข้อสงสัยท่านทราบช่องทางติดต่อสอบถามหน่วยบริการนี้	94.5	99.6	66.7	93.2	100
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ	94.7	95.6	70.0	93.5	98.9
องค์กรของท่านได้นำความคิดเห็นของผู้ใช้บริการมาปรับปรุงคุณภาพบริการ	94.5	88.9	66.7	93.7	100
ด้านการติดตามประเมิน	94.5	88.9	66.7	93.7	100

1.3. ผลการประเมินองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ “สาสุข อุ๋นใจ 2565” สำหรับผู้ใช้บริการพบว่า จำนวนผู้ใช้บริการร่วมตอบแบบประเมินฯ ในระดับประเทศจำนวน 4,059 คน และจำนวนผู้ใช้ร่วมตอบแบบประเมินในระดับเขตจำนวน 794 คน จากการผลการวิเคราะห์รายด้านภาพรวมเขต และทั้ง 4 จังหวัดพบว่า พบว่า ผู้ประเมิน ประเมินในระดับเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ด้านกำลังคน สูงที่สุด คือ ร้อยละ 98.3 ตามลงมาด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ

ด้านสนับสนุนและนโยบายจากผู้นำ และด้านการติดตามประเมินผล คือร้อยละ 97.7, 97.7 และ 96.6 ตามลำดับ โดยเฉพาะถ้ามองเป็นรายข้อพบว่า ร้อยละของหน่วยบริการนี้นำข้อเสนอแนะของท่านไปปรับปรุงแก้ไขการบริการ คือร้อยละ 96.6⁽⁸⁾ แสดงให้เห็นว่า มุมมองของผู้ใช้บริการต้องการมีส่วนร่วมในการพัฒนาสถานบริการที่ตนมาใช้บริการเพื่อคุณภาพที่ดีของการบริการต่อไป

ตารางที่ 3 ร้อยละผลการประเมินองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ใช้บริการ จำนวน 10 ข้อ

แบบสำรวจผู้ใช้บริการ	เขต n=794 คน ร้อยละ	จ.ขอนแก่น n=268 คน ร้อยละ	จ.ร้อยเอ็ด n=119 คน ร้อยละ	จ.มหาสารคาม n=115 คน ร้อยละ	จ.กาฬสินธุ์ n=292 คน ร้อยละ
ท่านรู้สึกสบายใจ เมื่อมาใช้บริการ ที่หน่วยบริการนี้	97.7	98.9	98.3	96.6	96.9
ด้านสนับสนุนและนโยบายจากผู้นำ	97.7	98.9	98.3	96.6	96.9
เจ้าหน้าที่สอบถามความคิดเห็นและ ความต้องการของท่านเพื่อนำไปใช้ ปรับปรุงบริการ	98.0	99.6	98.3	95.8	97.3
ท่านได้รับข้อมูลความรู้อย่างเพียงพอ ตรงตามที่ต้องการ	97.6	99.3	97.4	95.8	96.9
เจ้าหน้าที่เป็นมิตรและมีจิตให้บริการแก่ ประชาชน	98.5	99.6	97.4	97.5	97.9
ด้านกำลังคน	98.3	99.5	98.0	96.6	97.3
ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารจากหน่วย บริการในช่องทางหลากหลาย (วิทยุ/ โทรทัศน์/Social media/ หนังสือพิมพ์/ คู่มือ/ หนังสือ/ เจ้าหน้าที่/ การลง เยี่ยมบ้าน)	97.5	99.6	97.4	90.8	98.3
ท่านได้รับข้อมูลข่าวสารของหน่วย บริการอย่างรวดเร็วทันต่อสถานการณ์	97.4	99.6	98.3	93.3	96.6
ท่านทราบวิธีการเข้าถึงและใช้ประโยชน์ จากการบริการต่างๆ ที่มีอยู่ในชุมชน ใกล้บ้านท่าน	97.0	99.6	98.3	92.4	95.9
เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลง่ายใช้ประโยชน์ ได้จริง	98.1	99.3	99.1	95.8	97.6
เมื่อท่านมีข้อสงสัย ท่านทราบช่องทาง ติดต่อสอบถามหน่วยบริการนี้	98.6	99.6	98.3	96.6	98.6
ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ	97.7	99.6	98.3	93.8	97.4
หน่วยบริการนี้นำเสนอแนะของท่าน ไปปรับปรุงแก้ไขการบริการ	96.6	98.9	99.1	92.4	95.2
ด้านการติดตามประเมินผล	96.6%	98.9%	99.1%	92.4%	95.2%

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ผลการประเมินองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในหน่วยบริการสาธารณสุขที่เข้าร่วมกิจกรรม“สาสุข อุ๋นใจ 2565” ครั้งที่ 2 เขตสุขภาพที่ 7 (14 – 20 กุมภาพันธ์ 2565) จำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขที่ลงทะเบียนเข้าร่วมกิจกรรม “สาสุข อุ๋นใจ 2565” ก่อนวันที่ 14 กุมภาพันธ์ 2565 ภาพรวมประเทศ จำนวน 1,627 แห่ง เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 457 แห่ง และจังหวัดกาฬสินธุ์ลงทะเบียนฯ มากที่สุดจำนวน 151 แห่ง ตามลงมาด้วย จังหวัดขอนแก่น จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 117, 67 และ 47 แห่ง ตามลำดับ จำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขที่ร่วมประเมินฯ จำนวน 43 แห่ง จังหวัดกาฬสินธุ์ร่วมประเมินฯ มากที่สุดจำนวน 27 แห่ง ตามลงมาด้วยจังหวัดขอนแก่น จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 12, 3 และ 1 แห่ง ตามลำดับ เจ้าหน้าที่ร่วมประเมินฯ จำนวน 327 คน จากการผลการวิเคราะห์รายด้านภาพรวมเขต และทั้ง 4 จังหวัดพบว่าผู้ประเมิน ประเมินในระดับเห็นด้วยและเห็นด้วยอย่างยิ่ง ด้านกำลังคน สูงที่สุด คือ ร้อยละ 95.7 ตามลงมาด้วย ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ด้านสนับสนุน และนโยบายจากผู้นำ และด้านการติดตามประเมินผล คือ ร้อยละ 94.7, 94.5 และ 94.5 ตามลำดับ โดยเฉพาะถ้ามองเป็นรายชื่อในภาพรวมเขต และทั้ง 4 จังหวัดพบว่า ร้อยละขององค์กรของท่านใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อสื่อสารข้อมูลถึงใช้บริการอย่างรวดเร็ว และถูกต้อง คือ ร้อยละ 93.3 และผลการประเมินฯ และผู้ใช้บริการร่วมประเมินฯ จำนวน 794 คน พบว่า จากการผลการวิเคราะห์รายด้าน

ภาพรวมเขต และทั้ง 4 จังหวัดพบว่า พบว่า ร้อยละของด้านกำลังคน สูงที่สุด คือ ร้อยละ 98.3 ตามลงมาด้วยด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการ ด้านสนับสนุนและนโยบายจากผู้นำ และด้านการติดตามประเมินผล คือร้อยละ 97.7, 97.7 และ 96.6 ตามลำดับ โดยเฉพาะถ้ามองเป็นรายชื่อพบว่า ร้อยละของหน่วยบริการนี้ นำข้อเสนอแนะของท่านไปปรับปรุงแก้ไขการบริการ คือร้อยละ 96.6⁽⁸⁾ การประเมินแนวทางการดำเนินงานขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 7 ให้ประสบผลสำเร็จต้องอาศัยผู้นำองค์กรประกาศนโยบายและถ่ายทอดให้เจ้าหน้าที่รับรู้และสนับสนุนการจัดบริการและสร้างสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ใช้บริการ เข้าถึงอย่างสะดวก เข้าใจง่าย สามารถเรียนรู้และนำไปปรับใช้อย่างเหมาะสมทั้งเจ้าหน้าที่และผู้ใช้บริการช่วยสะท้อนเป้าหมายในการจัดบริการที่มีคุณภาพจากการความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่ให้บริการยังมองเรื่องเทคโนโลยีที่ทันสมัยเพื่อสื่อสารข้อมูลถึงใช้บริการอย่างรวดเร็ว และถูกต้อง เป็นสิ่งที่สำคัญและผู้ใช้บริการ ต้องการให้เรา นำข้อเสนอแนะไปปรับปรุงบริการ ดังนั้นหน่วยบริการสาธารณสุขควรนำข้อเสนอแนะและความต้องการของผู้ใช้บริการมาพิจารณาสำหรับการออกแบบวางแผน และดำเนินการปรับปรุงคุณภาพการบริการ โดยการส่งคณะทำงาน และนำผลการประเมินฯ มาทำแผนปรับปรุงองค์กร เพื่อส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการ ในเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารและบริการของหน่วยงานอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับ HealthWest Partnership และ Inner North West PCP พบว่าการพัฒนาองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพแบบง่าย ๆ

ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ คือ สนับสนุน และนโยบายจากผู้นำ สร้างคณะทำงาน ดึงผู้รับบริการมีส่วนร่วมในการประเมินองค์กร ทำแผนพัฒนา ประเมินองค์กร พัฒนาและประเมินผลตามแผน⁽⁹⁾

ข้อจำกัดในการวิจัย

ในปีงบประมาณปี 2565 ด้วยสถานการณ์ Covid-19 ทำให้ผู้รับบริการถ้าไม่ใช่กรณีฉุกเฉินจะไม่สามารถเข้ามาใช้บริการได้ จึงทำให้กลุ่มเป้าหมายในการประเมินไม่ตรงตามเป้าหมาย

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ กองส่งเสริมความรู้และการสื่อสารสุขภาพ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้รับผิดชอบองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ ในด้านสถานบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด อำเภอ และระดับตำบล ทั้ง 4 จังหวัด และคณะทำงานพัฒนาองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่อำนวยความสะดวก และให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. อรรถพล แก้วสัมฤทธิ์. เอกสารประกอบการบรรยาย “การขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพและการสื่อสารสุขภาพ. ค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2565, จาก <http://doh.hpc.go.th/bs/topicDisplay.php?id=444>
2. Kickbusch I, Pelikan JM, Apfel F& Tsouros AD. Health literacy : the solid

facts. WHO Regional Office for Europe; 2013.

3. คณะทำงานพัฒนาองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. โครงการการขับเคลื่อนการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาสถานบริการสาธารณสุขให้เป็นต้นแบบองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 ปีงบประมาณ พ.ศ.2565. ขอนแก่น; 2565
4. กองส่งเสริมความรู้และการสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย. ลงทะเบียน กิจกรรม “สาสุข อุ่นใจ”. ค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2565, จาก <https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/>
5. กองส่งเสริมความรู้และการสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย. ร่วมประเมิน กิจกรรม “สาสุข อุ่นใจ”. ค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2565, จากเข้าสู่ระบบปฏิบัติการ “สาสุข อุ่นใจ” ประจำปีงบประมาณ 2565 (moph.go.th)
6. วิมล โรมา และคณะ. หลักการขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ. สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อสร้างความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส). นนทบุรี; 2561
7. กองส่งเสริมความรู้และการสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย. ผลการทดสอบเครื่องมือองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพในกิจกรรม “สาสุข อุ่นใจ” ค้นเมื่อ 26 มกราคม 2565, จาก <https://www.facebook.com/groups/thailandhealthliteracy>
8. กองส่งเสริมความรู้และการสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย. เครื่องมือประเมิน

องค์การรอบรู้ด้านสุขภาพในกิจกรรม “สาสุข
อุ่นใจ”. ค้นเมื่อ 20 กุมภาพันธ์ 2565, จาก
[https://sasukoonchai.anamai.moph.
go.th/status.php](https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/status.php)

9. HealthWest Partnership & Inner North
West PCP. Make it Easy: A Handbook
for Becoming a Health Literate
Organisation. 2019

ภาวะทุพโภชนาการสองปลายในเด็กปฐมวัยพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 : ก่อนและระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19

ปิยะ ปุริโส

(วันที่รับบทความ: 4 กรกฎาคม 2565; วันที่แก้ไข: 12 กรกฎาคม 2565; วันที่ตอบรับ: 12 กรกฎาคม 2565)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาทุพโภชนาการเด็กปฐมวัย ก่อนและระหว่างการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในเขตสุขภาพที่ 7 รวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามผู้เลี้ยงดู ข้อมูลจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ข้อมูลโภชนาการเด็กปฐมวัยโดยการชั่งน้ำหนัก และวัดความยาว/ส่วนสูง ข้อมูลระยะก่อนการระบาดจากการศึกษาสถานการณ์การเจริญเติบโต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเจริญเติบโตและรูปแบบการส่งเสริมการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพของเด็กปฐมวัยไทย พ.ศ. 2561 จำนวน 664 คน และระหว่างการระบาดจากการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2564 (Denver II) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 837 คน วิเคราะห์เปรียบเทียบภาวะทุพโภชนาการในระยะก่อนและระหว่างการระบาดโดยการทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า ในเด็กปฐมวัยอายุต่ำกว่า 3 ปี มีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุที่อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักมากเกินเกณฑ์เพิ่มขึ้นจาก 2.8% เป็น 8.1% (p-value 0.002) ด้านความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุอยู่ในเกณฑ์สูงเพิ่มขึ้นจาก 1.9% เป็น 4.5% (p-value 0.046) และน้ำหนักหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ผอมลดลงจาก 5.0% เป็น 2.2% (p-value 0.040) ยังพบแนวโน้มของเด็กที่มีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นจาก 1.6% เป็น 3.4% แต่ไม่พบความแตกต่างของภาวะทุพโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง 3 – 6 ปี ในก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19

การแพร่ระบาดของโควิด-19 เร่งปัญหาทุพโภชนาการสองปลายในเด็กปฐมวัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านโภชนาการเกิน ดังนั้น ควรส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการในปริมาณที่เหมาะสม เตรียมสำหรับเด็กให้ครบทั้ง 3 มื้อ รวมทั้งลดอาหารที่มีไขมันและน้ำตาลสูง เพิ่มกิจกรรมการออกกำลังกายที่ทำได้ และเฝ้าระวังภาวะโภชนาการด้วยกราฟการเจริญเติบโตอย่างสม่ำเสมอ

คำสำคัญ : ทุพโภชนาการสองปลาย, ภาวะโภชนาการ, เด็กปฐมวัย, โควิด-19

นักโภชนาการชำนาญการ, ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น,

Corresponding author : ปิยะ ปุริโส email : namo.puriso@gmail.com

DOUBLE BURDEN OF MALNUTRITION AMONG EARLY CHILDREN IN HEALTH AREA 7 : BEFORE AND DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Piya Puriso

(Receive 4th July 2022; Revised: 12th July 2022; Accepted 12th July 2022)

Abstract

This study was a cross-sectional study to study malnutrition problems in early childhood. Before and during the COVID-19 pandemic in health area 7, data were collected from the caregiver questionnaire, maternal and child health handbook, and early Childhood Nutritional Information by weighing and measuring length/height. Before epidemic data from growth status, factors associated with growth, and optimum growth promoting growth promoting model for Thai early childhood in 2018, a total of 664 Children. And during the pandemic, from a study of the situation of early childhood development in Thailand in 2021 (Denver II) and factors related to quality early childhood children in Health Area 7, a total of 837 Children. A comparative analysis of malnutrition before and during the epidemic by chi-square test.

The results showed that in early childhood children under 3 years of age, weight was for age being overweight from 2.8% to 8.1% (p-value 0.002). In terms of length/height for age criteria, higher it increased from 1.9% to 4.5% (p-value 0.046). And weight for height criteria were thin, decreased from 5.0% to 2.2% (p-value 0.040). The trend of children who were obese also increased from 1.6% to 3.4%. But there was no difference in malnutrition among the sample 3 to 6 years before and during the COVID-19 pandemic.

Covid-19 pandemic Accelerate the problem of the double burden of malnutrition in early childhood, especially the problem of overnutrition. Therefore, caregivers should be encouraged to choose nutritious food. In the right amount, prepare for the child to complete all 3 meals, including reducing food that is high in fat and sugar. These increasing physical activities can be done at home and monitor nutrition status by using a growth chart regularly.

Keywords : Double burden of malnutrition, Nutritional Status, Early Childhood, Covid-19 Nutritionist (Professional Level), Regional Health Promotion Center 7 Khon kaen
Corresponding author : Piya Puriso email : namo.puriso@gmail.com

บทนำ

องค์การยูนิเซฟประเมินว่าเด็กต่ำกว่า 5 ปี อาจจะเผชิญกับภาวะเตี้ยแคระแกร็นและภาวะผอมเพิ่มสูงขึ้น รวมทั้งการเพิ่มขึ้นของเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกิน เด็กมีการบริโภคที่เปลี่ยนไป ได้รับสารอาหารและพลังงานที่ไม่เหมาะสม การมีกิจกรรมทางกายที่ลดลง อาจส่งผลให้เกิดปัญหาทุพโภชนาการสองปลาย (double burden of malnutrition) เพิ่มมากขึ้น กล่าวคือ เด็กปฐมวัยในกลุ่มเดียวกันมีทั้งเด็กที่มีภาวะเตี้ยแคระแกร็น มีเด็กที่มีน้ำหนักเกินและมีภาวะอ้วนทั้งในระดับครัวเรือน ชุมชน และประเทศ⁽¹⁾ ซึ่งเป็นปัญหาที่มีความซับซ้อนกัน ถึงแม้ภาวะโภชนาการขาดยังพบมากในกลุ่มที่มีเศรษฐกิจฐานไม่ดี แต่ภาวะโภชนาการเกินกลับพบได้ทั้งในทุกฐานะ ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท⁽²⁾ ทำให้เด็กมีความเสี่ยงในเพิ่มไขมันในร่างกายและเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ส่งผลกระทบต่อด้านสุขภาพ สูญเสียศักยภาพการทำงาน รวมทั้งค่ารักษาพยาบาลที่สูงขึ้น ทำให้สูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ⁽³⁾

เขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 4 จังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด มีการดำเนินงานการขับเคลื่อนนโยบายมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ดำเนินงานภายใต้กลไกการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ โดยดำเนินงานอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2561 จนถึงปัจจุบัน เพื่อส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน ฟันไม่ผุ⁽⁴⁾ ถึงอย่างไรก็ตามยังพบว่าเด็กในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 มีปัญหาทุพโภชนาการ จากการรายงาน

สถานการณ์ภาวะโภชนาการเด็ก 0 – 5 ปี ข้อมูลจากโปรแกรม Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข ที่มีการรวบรวมรายงานระหว่างปี 2561 - 2563 พบว่าเด็กมีภาวะเตี้ยร้อยละ 12.6, 14.9 และ 13.1 ตามลำดับ ภาวะผอมร้อยละ 5.4, 5.6 และ 5.4 ตามลำดับ ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 9.6, 10.5 และ 9.6 ตามลำดับ⁽⁵⁾ ขณะที่ปัญหาทุพโภชนาการสองปลายยังดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ยังมีอุปสรรคจากการระบาดของโควิด-19 ตั้งแต่ต้นปี 2563 จนถึงปัจจุบันยังมีการระบาด และยังไม่สามารถประเมินสถานการณ์ได้ว่าการระบาดใหญ่ในครั้งนี้จะสิ้นสุดลงเมื่อใด

สถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 มีการระบาดอย่างต่อเนื่องและยาวนาน ส่งผลกระทบต่อประชาชนในวงกว้าง และครอบคลุมผู้คนมากกว่าวิกฤตการณ์ใด ๆ ที่เคยเกิดขึ้น จากการรายงาน Preventing a lost decade: Urgent action to reverse the devastating impact of COVID-19 on children and young people ชี้ว่า โควิด-19 กลายเป็นอุปสรรคจุดรั้งความก้าวหน้าในหลายด้านที่สะสมมาหลายทศวรรษ ไม่ว่าจะเป็นด้านความยากจน สุขภาพ การเข้าถึงการศึกษา โภชนาการ การคุ้มครองเด็ก และสุขภาพจิตของเด็ก⁽⁶⁾ ด้านรายได้ของครัวเรือนที่มีเด็กเล็กมีรายได้ลดลงมากกว่าครัวเรือนที่ไม่มีเด็กเล็ก อีกทั้งยังมีรายจ่ายหนี้สินที่เพิ่มขึ้นอีกด้วย ด้านโภชนาการจากเดิมที่เด็กอยู่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้รับอาหารและนมตามเวลา บางครอบครัวลดปริมาณการซื้อนมให้เด็กน้อยลง ในอีกด้านหนึ่งในกลุ่มเด็กที่ครอบครัวมีศักยภาพในการเลี้ยงดูอาจมีการ

บริโภคอาหารที่เพิ่มขึ้น จึงเกิดผลกระทบกับระบบอาหารและโภชนาการรวมถึงพฤติกรรม การบริโภคอาหารของเด็กปฐมวัยอย่างมาก⁽⁷⁾ ด้านการบริการในการส่งเสริมสุขภาพในคลินิกฝากครรภ์และคลินิกสุขภาพเด็กดี พบว่า เด็กได้รับการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตโดยการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง ในคลินิกสุขภาพเด็กดีลดลงในช่วงที่มีมาตรการควบคุมโรค ทำให้เด็กไม่ได้รับการส่งเสริมด้านโภชนาการที่เหมาะสมตามวัยอย่างต่อเนื่อง⁽⁸⁾

ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวมาทั้งหมดนี้ มีผลกระทบกับภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัย ทั้งทางตรงและทางอ้อม อันจะเป็นอุปสรรคต่อคุณภาพชีวิตของเด็กปฐมวัย จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาสถานการณ์ปัญหาทุพโภชนาการ เด็กปฐมวัยก่อนและระหว่างการแพร่ระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 เพื่อประเมินสถานการณ์ภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย และเป็นแนวทางในการวางแผนการส่งเสริมโภชนาการเพื่อป้องกันปัญหาทุพโภชนาการในเด็กปฐมวัย ในระหว่างการระบาดและช่วงหลังการระบาดของโควิด-19 ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7
2. เพื่อเปรียบเทียบสถานการณ์ปัญหาทุพโภชนาการเด็กปฐมวัยก่อนและระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาทุพโภชนาการเด็กปฐมวัยก่อนและระหว่างสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 โดยศึกษาสถานการณ์ก่อนการระบาดของโควิด-19 ข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์การเจริญเติบโต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเจริญเติบโตและรูปแบบการส่งเสริมการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพของเด็กปฐมวัยไทย พ.ศ. 2561 และระหว่างการระบาดของโควิด-19 ข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2564 (Denver II) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย และข้อมูลจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนักแรกคลอด โรคประจำตัวเด็ก ผู้เลี้ยงดูหลัก ระยะเวลาการได้รับนมแม่ ข้อมูลด้านโภชนาการเด็กปฐมวัย โดยการชั่งน้ำหนักตัวของกลุ่มตัวอย่างขณะที่ถอดรองเท้า ถูงเท้าสวมเสื้อผ้าบางเบา ด้วยด้วยเครื่องชั่งดิจิตอล ที่มีความละเอียด 0.1 กิโลกรัม ตรวจสอบเครื่องชั่งน้ำหนักก่อนใช้งานทุกครั้งด้วยตุ้มน้ำหนักมาตรฐานขนาด 10.0 กิโลกรัม และการวัดความยาวในกลุ่มตัวอย่างเด็กที่อายุน้อยกว่า 2 ปี ด้วยเครื่องวัดความยาวมาตรฐานที่มีตัวเลขเรียงต่อกันมีความละเอียด 0.1 เซนติเมตร มิไม้ฉากสำหรับวัดความยาวตามองค์การยูนิเซฟแนะนำในกลุ่มตัวอย่างที่อายุมากกว่า 2 ปี วัดส่วนสูงด้วยเครื่องวัดส่วนสูงมาตรฐานมีตัวเลขเรียงต่อ

กันมีความละเอียด 0.1 เซนติเมตร และมีไม้ฉากสำหรับวัดส่วนสูง เก็บข้อมูลทั้งสองการศึกษาโดยเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่ผ่านการอบรมการสัมภาษณ์ เทคนิคการชั่งน้ำหนัก วัดความยาวและวัดส่วนสูงเพื่อปรับมาตรฐานการวิจัย และใช้เครื่องมือมาตรฐานชุดเดียวกัน

ประชากรที่ศึกษา

ประชากรในการศึกษาค้างนี้ คือ เด็กปฐมวัยอายุตั้งแต่ 6 เดือน - 6 ปี ที่อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วย 4 จังหวัด คือ กาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด เนื่องจากการรวบรวมข้อมูลจากการศึกษาที่ดำเนินการแล้ว เพื่อเป็นการทดสอบว่าขนาดตัวอย่างพอเพียงที่จะตอบคำถามหลักในการศึกษาค้างนี้ ผู้วิจัยจึงทำการคำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง (ทราบประชากร)⁽⁹⁾

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

กำหนดให้

$Z_{\alpha/2}$ คือ ค่าทางสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน โดยกำหนดค่าระดับความเชื่อมั่นในการประมาณค่าคงที่ 95% ($\alpha=0.05$) ดังนั้น $Z_{\alpha/2}=1.96$

N คือ ประชากรเด็กปฐมวัยอายุ 0 - 5 ปี เขตสุขภาพที่ 7 (N=243,724)

p คือ ค่าสัดส่วนของเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการในเขตสุขภาพที่ 7 จากศูนย์ข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center) ระยะเริ่มต้นการระบาดของโควิด-19 ในไตรมาสที่ 4 ปี 2562 ร้อยละ 38.11 ($p=0.3811$)⁽¹⁰⁾

e คือ ค่าความเที่ยงในการประมาณค่าสัดส่วนของเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการที่ยอมรับได้ไม่เกิน 10% ดังนั้น $e=0.03811$

เมื่อนำไปแทนค่าในสูตรข้างต้น จะได้ $n = 623$ คน ในการศึกษาครั้งนี้ขนาดตัวอย่างที่เพียงพอต่อการตอบคำถามวิจัยหลัก โดยมีรายละเอียดการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง และจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

ระยะการศึกษา	ก่อนการระบาดของโควิด-19	ระหว่างการระบาดของโควิด-19
ข้อมูลการศึกษา	การศึกษาศาสนาการณการเจริญเติบโต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเจริญเติบโตและรูปแบบการส่งเสริมการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพ	การศึกษาศาสนาการณพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2564 (Denver II) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7 ของเด็กปฐมวัยไทย พ.ศ. 2561

ตารางที่ 1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ระยะการศึกษา	ก่อนการระบาดของโควิด-19	ระหว่างการระบาดของโควิด-19
วิธีการสุ่มตัวอย่าง	สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) ขั้นที่หนึ่งสุ่มเลือก 2 จังหวัด ขั้นที่สองแบ่งเขตจังหวัดออกเป็นในเขตเทศบาล และนอกเขตเทศบาล หลังจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายเลือกตำบลในอำเภอมา 1 ตำบล ตำบลที่อยู่ในเขตเทศบาลนคร จำนวน 3 ตำบล และนอกเขตเทศบาล จำนวน 6 ตำบล รวม 10 ตำบลต่อจังหวัด ขั้นที่สามสุ่มจากทะเบียนรายชื่อเด็กที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ตำบล โดยทำการสุ่มตัวอย่างแยกเป็นเพศและช่วงอายุอย่างละเท่าๆ กัน	สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) โดยเลือกจังหวัดที่ศึกษาในเขตสุขภาพที่ 7 ทั้ง 4 จังหวัด สุ่มตัวอย่างขั้นที่หนึ่งโดยการจับฉลากเลือกอำเภอ จังหวัดละ 2 อำเภอ สุ่มตัวอย่างขั้นที่สองโดยการจับฉลากเลือกตำบล อำเภอละ 4 ตำบล และขั้นที่สามสุ่มจากทะเบียนรายชื่อเด็กที่อาศัยอยู่จริงในพื้นที่ตำบล โดยการทำการสุ่มตามจำนวนเป้าหมายกลุ่มอายุ 0-2 ปี และ 3-6 ปี เท่าๆ กัน
จำนวนกลุ่มตัวอย่าง	อายุต่ำกว่า 3 ปี จำนวน 322 คน อายุ 3 - 6 ปี จำนวน 342 คน รวมทั้งหมด 664 คน	อายุต่ำกว่า 3 ปี จำนวน 444 คน อายุ 3 - 6 ปี จำนวน 392 คน รวมทั้งหมด 837 คน
การเก็บข้อมูล	เดือนกุมภาพันธ์ - เดือนสิงหาคม 2561	เดือนมีนาคม - เดือนกรกฎาคม 2564

การแปลผลภาวะโภชนาการ ในกลุ่มตัวอย่างอายุต่ำกว่า 5 ปี แปลผลภาวะโภชนาการตามคู่มือ การใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ.2006 ในเด็กแรกเกิด - 5 ปี⁽¹¹⁾ และแปลผลภาวะโภชนาการในกลุ่มตัวอย่างที่อายุ 5 ปี ขึ้นไป ตามคู่มือการใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6 - 19 ปี สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2563⁽¹²⁾

การวิเคราะห์ ข้อมูลทางสถิติ สถิติในการวิเคราะห์ ข้อมูลสถิติเชิงพรรณนาในข้อมูลทั่วไป และข้อมูลภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย โดยข้อมูลแจกแจงเป็นจำนวน ร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงเป็นปกตินำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานวิเคราะห์เปรียบเทียบภาวะทุพโภชนาการในระยะก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 แยกตาม

กลุ่มอายุ ด้วย Chi-square test

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง ระยะก่อนการระบาดของโควิด-19 ข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์การเจริญเติบโต ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเจริญเติบโตและรูปแบบการส่งเสริมการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพของเด็กปฐมวัยไทย พ.ศ. 2561 ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรม-อนามัย รหัสโครงการวิจัย 351 ระยะเวลารับรอง ระหว่างวันที่ 12 กันยายน 2562 - 11 กันยายน 2563 และระหว่างการระบาดของโควิด-19 ข้อมูลจากการศึกษาสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ปี 2564 (Denver II) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7 ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 039 ระยะเวลารับรอง ระหว่างวันที่ 31 สิงหาคม 2564 - 30 สิงหาคม 2565

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างก่อนการระบาดของโควิด-19 จำนวน 664 คน และระหว่างการระบาดของโควิด-19 จำนวน 837 คน โดยมีเพศชายและหญิงสัดส่วนใกล้เคียงกัน กลุ่มตัวอย่างก่อนการระบาดของโควิด-19 มีอายุเฉลี่ย 36.8 เดือน (SD=19.5) แบ่งเป็นกลุ่มอายุต่ำกว่า 3 ปี ร้อยละ 49.4 และกลุ่มอายุ 3 - 6 ปี ร้อยละ 50.6 กลุ่มตัวอย่างระหว่างการระบาดของโควิด-19 มีอายุเฉลี่ย 35.0 เดือน (SD=16.9) อายุต่ำกว่า 3 ปี ร้อยละ 53.0 และกลุ่มอายุ 3 - 6

ปี ร้อยละ 47.0 กลุ่มตัวอย่างก่อนการระบาดของโควิด-19 มีน้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 3,105.1 กรัม (SD=450.2) และระหว่างการระบาดของโควิด-19 มีน้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย 3,085.1 กรัม (SD=466.4) โดยส่วนใหญ่มีน้ำหนักแรกคลอดอยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ ระหว่าง 2,500 - 4,000 กรัม ก่อนการระบาดคิดเป็นร้อยละ 90.8 และระหว่างการระบาด ร้อยละ 87.1 เด็กมากกว่าร้อยละ 90 ของทั้งก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 ไม่มีโรคประจำตัว โดยก่อนการระบาดของโควิด-19 เด็กปฐมวัยมีผู้เลี้ยงดูหลักเป็นพ่อแม่ และไม่ใช่ว่าพ่อแม่สัดส่วนใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 49.1 และร้อยละ 50.9 และระหว่างการระบาดของโควิด-19 ผู้เลี้ยงดูหลักเกินครึ่งหนึ่งเป็นพ่อแม่ คิดเป็นร้อยละ 64.3 ด้านการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับนมแม่น้อยกว่า 6 เดือน ทั้งก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 คือร้อยละ 56.5 และร้อยละ 52.7 โดยระหว่างการระบาดของโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างได้รับนมแม่ 6 เดือนขึ้นไปสูงกว่าก่อนการระบาดเล็กน้อย จากร้อยละ 43.5 เป็นร้อยละ 47.3 (แสดงในตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	ก่อนการระบาด (n=664) จำนวน (ร้อยละ)	ระหว่างการระบาด (n=837) จำนวน (ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	330 (49.7)	418 (49.9)
หญิง	334 (50.3)	419 (50.1)
อายุ		
อายุต่ำกว่า 3 ปี	328 (49.4)	444 (53.0)
อายุ 3 ปี - 6 ปี	336 (50.6)	393 (47.0)
อายุเฉลี่ย (เดือน)	Mean = 36.8 SD = 19.5	Mean = 35.0 SD = 16.9
น้ำหนักแรกคลอด		
ต่ำกว่า 2,500 กรัม	45 (6.8)	90 (10.8)
2,500 - 4,000 กรัม	603 (90.8)	729 (87.1)
มากกว่า 4,000 กรัม	16 (2.4)	18 (2.1)
น้ำหนักแรกคลอดเฉลี่ย (กรัม)	Mean = 3,105.1 SD = 450.2	Mean = 3,085.1 SD = 466.4
โรคประจำตัวเด็ก		
ไม่มี	622 (93.7)	780 (93.2)
มี	42 (6.3)	57 (6.8)
ผู้เลี้ยงดูหลัก		
พ่อแม่เป็นผู้ดูแลหลัก	326 (49.1)	538 (64.3)
พ่อแม่ไม่ได้เป็นผู้ดูแลหลัก	338 (50.9)	299 (35.7)
ระยะเวลาการได้รับนมแม่		
น้อยกว่า 6 เดือน	375 (56.5)	441 (52.7)
6 เดือนขึ้นไป	289 (43.5)	396 (47.3)

สถานการณ์ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 7 ก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี

น้ำหนักตามเกณฑ์ ก่อนการระบาด ร้อยละ 81.8 และระหว่างการระบาด ร้อยละ 76.7 โดยก่อนการระบาดกลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักค่อนข้างมากกับน้ำหนักมากเกินเกณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 3.3

กับร้อยละ 6.2 เพิ่มขึ้นในระหว่างการระบาด คือร้อยละ 4.3 กับร้อยละ 9.3 กลุ่มตัวอย่างที่ น้ำหนักน้อยสูงขึ้นในระหว่างการระบาด คือ ร้อยละ 3.1 และ 4.2 กลุ่มตัวอย่างมีความยาว/ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ก่อนการระบาดอยู่ใน เกณฑ์สูงตามเกณฑ์ ค่อนข้างสูง และสูง ร้อยละ 83.6, 2.4 และ 2.7 ตามลำดับ และระหว่างการระบาด ร้อยละ 80.6, 4.9 และ 4.2 ตาม ลำดับ มีภาวะเตี้ยใกล้เคียงกัน คือก่อนระบาด ร้อยละ 4.5 และระหว่างระบาด ร้อยละ 4.8 และ

กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ ส่วนสูง อยู่ในเกณฑ์สมส่วนก่อนการระบาด ร้อยละ 80.3 และระหว่างการระบาด ร้อยละ 77.7 อยู่ในเกณฑ์ท้วม เริ่มอ้วน และอ้วน ก่อน การระบาด ร้อยละ 3.8, 4.2 และ 4.2 ตามลำดับ และระหว่างการระบาดร้อยละ 4.3, 5.3 และ 5.1 ตามลำดับ และกลุ่มตัวอย่างมีภาวะพอมก่อน การระบาดสูงกว่าระหว่างการระบาด คือ ร้อยละ 3.9 และ 2.5 (แสดงในตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19

ดัชนีบ่งชี้	ก่อนการระบาด (n=664)	ระหว่างการระบาด (n=837)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ		
น้ำหนักมากเกินเกณฑ์ (สูงกว่า +2 SD)	41 (6.2)	78 (9.3)
น้ำหนักค่อนข้างมาก (สูงกว่า +1.5SD ถึง +2 SD)	22 (3.3)	36 (4.3)
น้ำหนักตามเกณฑ์ (-1.5 SD ถึง +1.5 SD)	543 (81.8)	642 (76.7)
น้ำหนักค่อนข้างน้อย (ต่ำกว่า -1.5 SD ถึง -2 SD)	37 (5.6)	46 (5.5)
น้ำหนักน้อย (ต่ำกว่า -2 SD)	21 (3.1)	35 (4.2)
ความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ		
สูง (สูงกว่า +2 SD)	18 (2.7)	35 (4.2)
ค่อนข้างสูง (สูงกว่า +1.5SD ถึง +2 SD)	16 (2.4)	41 (4.9)
สูงตามเกณฑ์ (-1.5 SD ถึง +1.5 SD)	555 (83.6)	675 (80.6)
ค่อนข้างเตี้ย (ต่ำกว่า -1.5 SD ถึง -2 SD)	45 (6.8)	46 (5.5)
เตี้ย (ต่ำกว่า -2 SD)	30 (4.5)	40 (4.8)

ตารางที่ 3 ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 (ต่อ)

ดัชนีบ่งชี้	ก่อนการระบาด (n=664)	ระหว่างการระบาด (n=837)
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
น้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง		
อ้วน (สูงกว่า +3 SD)	28 (4.2)	43 (5.1)
เริ่มอ้วน (สูงกว่า +2 SD ถึง +3 SD)	28 (4.2)	44 (5.3)
ท้วม (สูงกว่า +1.5 SD ถึง +2 SD)	25 (3.8)	36 (4.3)
สมส่วน (-1.5 SD ถึง +1.5 SD)	533 (80.3)	650 (77.7)
ค่อนข้างผอม (ต่ำกว่า -1.5 SD ถึง -2 SD)	24 (3.6)	43 (5.1)
ผอม (ต่ำกว่า -2 SD)	26 (3.9)	21 (2.5)

เปรียบเทียบภาวะทุพโภชนาการเด็กปฐมวัยก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19

เปรียบเทียบภาวะทุพโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 แยกรายกลุ่มอายุ ในกลุ่มอายุต่ำกว่า 3 ปี และอายุ 3 - 6 ปี โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุต่ำกว่า 3 ปี เมื่อวิเคราะห์ตามดัชนีชี้บ่งน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี มีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุที่อยู่ในเกณฑ์น้ำหนักมากเกินเกณฑ์เพิ่มขึ้นมากกว่าสองเท่า ในระหว่างการระบาดของโควิด-19 คือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.8 เป็นร้อยละ 8.1 ความแตกต่างนี้มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p-value 0.002 กลุ่มตัวอย่างที่มีน้ำหนักน้อยไม่พบความแตกต่างทางด้านสถิติ ด้านดัชนีบ่งชี้ความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบเพียงหนึ่งกลุ่มที่แตกต่างกัน คือ กลุ่มตัวอย่างเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี มีความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุอยู่ในเกณฑ์สูง โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.9 เป็นร้อยละ 4.5 ในช่วงก่อน

และระหว่างการระบาดของโควิด-19 โดยมีค่า p-value 0.046 โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะเตี้ย ก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 ในกลุ่มตัวอย่างอายุน้อยกว่า 3 ปี ไม่พบความแตกต่างทางสถิติ และดัชนีบ่งชี้ น้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง พบว่ามีเพียงหนึ่งกลุ่มเช่นเดียวกันที่มีความแตกต่างกันในก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 คือในกลุ่มที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูงอยู่ในเกณฑ์ผอม ซึ่งพบว่าลดลงในระหว่างการระบาดของโควิด-19 ซึ่งลดลงมากกว่าครึ่งจากร้อยละ 5.0 เป็นร้อยละ 2.2 โดยมีค่า p-value 0.040 นอกจากนี้ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี มีแนวโน้มที่จะมีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.6 เป็นร้อยละ 3.4 ส่วนในกลุ่มอายุ 3 - 6 ปี จากการวิเคราะห์ทั้ง 3 ดัชนีบ่งชี้ภาวะโภชนาการ ไม่พบความแตกต่างของภาวะทุพโภชนาการของกลุ่มตัวอย่างในก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 (แสดงในตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบภาวะทุพโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 แยกรายกลุ่มกลุ่มอายุ

ดัชนีชี้	อายุต่ำกว่า 3 ปี				อายุ 3 - 6 ปี			
	ก่อน (n=322)		ระหว่าง (n=444)		ก่อน (n=342)		ระหว่าง (n=393)	
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	P-value	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	P-value
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ								
น้ำหนักมากเกินเกณฑ์ (สูงกว่า +2SD)	9 (2.8)	36 (8.1)		0.002	32 (9.4)	42 (10.7)		0.550
น้ำหนักค่อนข้างมาก (สูงกว่า +1.5SD ถึง +2SD)	9 (2.8)	17 (3.8)		0.435	13 (3.8)	19 (4.8)		0.493
น้ำหนักตามเกณฑ์ (-1.5SD ถึง +1.5SD)	273 (84.8)	344 (77.5)		0.012	270 (78.9)	298 (75.8)		0.314
น้ำหนักค่อนข้างน้อย (ต่ำกว่า -1.5 SD ถึง -2SD)	18 (5.6)	25 (5.6)		1.000	19 (5.6)	21 (5.4)		0.899
น้ำหนักน้อย (ต่ำกว่า -2SD)	13 (4.0)	22 (5.0)		0.548	8 (2.3)	13 (3.3)		0.473
ความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ								
สูง (สูงกว่า +2SD)	6 (1.9)	20 (4.5)		0.046	12 (3.5)	15 (3.8)		0.825
ค่อนข้างสูง (สูงกว่า +1.5SD ถึง +2SD)	7 (2.2)	20 (4.5)		0.084	9 (2.6)	21 (5.3)		0.064
สูงตามเกณฑ์ (-1.5SD ถึง +1.5SD)	265 (82.3)	346 (77.9)		0.137	290 (84.8)	329 (83.7)		0.689
ค่อนข้างเตี้ย (ต่ำกว่า -1.5 SD ถึง -2SD)	24 (7.4)	32 (7.2)		0.897	21 (6.2)	14 (3.6)		0.102
เตี้ย (ต่ำกว่า -2SD)	20 (6.2)	26 (5.9)		0.838	10 (2.9)	14 (3.6)		0.627
น้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง								
อ้วน (สูงกว่า +3SD)	5 (1.6)	15 (3.4)		0.118	23 (6.7)	28 (7.1)		0.832
เริ่มอ้วน (สูงกว่า +2SD ถึง +3SD)	13 (4.0)	25 (5.6)		0.316	15 (4.4)	19 (4.9)		0.773
ท้วม (สูงกว่า +1.5SD ถึง +2SD)	10 (3.1)	19 (4.3)		0.401	15 (4.4)	17 (4.3)		0.968
สมส่วน (-1.5SD ถึง +1.5SD)	267 (82.9)	349 (78.6)		0.137	266 (77.8)	301 (76.6)		0.702
ค่อนข้างผอม (ต่ำกว่า -1.5 SD ถึง -2SD)	11 (3.4)	26 (5.9)		0.120	13 (3.8)	17 (4.3)		0.720
ผอม (ต่ำกว่า -2SD)	16 (5.0)	10 (2.2)		0.040	10 (2.9)	11 (2.8)		0.919

บทสรุปและอภิปรายผล

สถานการณ์ภาวะโภชนาการของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 พบว่าเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 7 ยังพบปัญหาทุพโภชนาการสองปลาย ทั้งภาวะโภชนาการขาดและภาวะโภชนาการเกิน คือ โดยด้านภาวะโภชนาการขาดก่อนการระบาดของโควิด-19 พบว่ามีภาวะน้ำหนักน้อย ร้อยละ 3.1 โดยระหว่างการระบาดของโควิด-19 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 4.2 ภาวะเตี้ยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.5 เป็นร้อยละ 4.8 ภาวะผอมลดลงจากร้อยละ 3.9 เป็นร้อยละ 2.5 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภาวะเตี้ยและภาวะผอมในเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 ยังไม่เกินเป้าหมายในระดับประเทศที่ตั้งไว้ คือ มีภาวะเตี้ยไม่เกินร้อยละ 10 และมีภาวะผอมไม่เกินร้อยละ 5⁽¹³⁾ จากการศึกษาครั้งนี้พบความชุกของภาวะโภชนาการขาด ทั้งเด็กที่มีน้ำหนักน้อย ภาวะเตี้ย และภาวะผอม ทั้งก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19 น้อยกว่าการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษาศึกษาในเด็กปฐมวัยอายุ 0 - 5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่าเด็กปฐมวัยมีภาวะน้ำหนักน้อย ร้อยละ 6.1 เด็กมีภาวะเตี้ยร้อยละ 7.6 และเด็กมีภาวะผอม ร้อยละ 8.2⁽¹⁴⁾ ด้านภาวะโภชนาการเกินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในระหว่างการระบาดของโควิด-19 ทั้งภาวะเริ่มอ้วนและภาวะอ้วน โดยภาวะเริ่มอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.2 เป็นร้อยละ 5.3 และภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.2 เป็นร้อยละ 5.1 เมื่อพิจารณาตามเป้าหมายตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 7 ก่อนการระบาด

ของโควิด-19 ทั้งภาวะเริ่มอ้วนและภาวะอ้วนรวมกันเป็นร้อยละ 8.4 ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขเล็กน้อย คือเป้าหมายมีภาวะเริ่มอ้วนและภาวะอ้วนรวมกันไม่เกินร้อยละ 9⁽¹³⁾ แต่ในระหว่างการระบาดของโควิด-19 ภาวะเริ่มอ้วนและภาวะอ้วนรวมกันกลับเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 10.4 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายกระทรวงสาธารณสุข และความชุกของภาวะเริ่มอ้วนและภาวะอ้วนของการศึกษานี้ใกล้เคียงการศึกษาก่อนหน้านี้ที่ทำการศึกษาในเด็กปฐมวัยอายุ 0 - 5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 3 พบว่าเด็กปฐมวัยมีภาวะเริ่มอ้วนและภาวะอ้วนรวมกันเป็นร้อยละ 11.1⁽¹⁴⁾ แต่น้อยกว่าการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีใน 17 จังหวัดของประเทศไทย พ.ศ. 2562 ที่พบเด็กที่มีภาวะเริ่มอ้วนและภาวะอ้วนรวมกันถึงร้อยละ 12.7 เมื่อพิจารณาแยกรายภาวะโภชนาการแล้วพบข้อมูลที่น่าสนใจว่าจากการศึกษานี้ระหว่างการระบาดของโควิด-19 พบว่ามีเด็กที่มีภาวะอ้วนร้อยละ 51. ซึ่งสูงกว่าการสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีใน 17 จังหวัดของประเทศไทย พ.ศ. 2562 คือร้อยละ 3.5⁽¹⁵⁾

เปรียบเทียบภาวะทุพโภชนาการเด็กปฐมวัยก่อนและระหว่างการระบาดของโควิด-19

ระหว่างการแพร่ระบาดของโควิด-19 เด็กปฐมวัยมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์เพิ่มสูงขึ้นทั้งสองช่วงอายุ โดยกลุ่มอายุต่ำกว่า 3 ปี มีการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติจากร้อยละ 2.8 เป็นร้อยละ 8.1 (p-value 0.002) ทั้งนี้การใช้ดัชนีอ้างอิงน้ำหนักตามเกณฑ์อายุเพียงเกณฑ์เดียวไม่อาจจะระบุปัญหาด้านโภชนาการได้ชัดว่าเกิด

จากการที่เด็กมีการเจริญเติบโตด้านส่วนสูงที่ดี หรือเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินจากภาวะอ้วน ดังนั้นจึงต้องพิจารณาร่วมกับดัชนีบ่งชี้ความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง^(11,12) เมื่อพิจารณาข้อบ่งชี้การเจริญเติบโตในด้านความยาว/ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูง พบข้อมูลที่สอดคล้องกันคือในระหว่างการระบาดของโควิด-19 ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุที่อยู่ในเกณฑ์สูง จากร้อยละ 1.9 เป็นร้อยละ 4.5 ซึ่งการเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.046) และมีความสัมพันธ์กับการลดลงของเด็กที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ความยาว/ส่วนสูงที่อยู่ภาวะผอมที่พบว่าเด็กมีภาวะผอมลดลงมากกว่าครึ่งในระหว่างการระบาดของโควิด-19 จากร้อยละ 5.0 เป็นร้อยละ 2.2 ซึ่งลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value 0.040) รวมทั้งแนวโน้มของการเพิ่มขึ้นของเด็กที่มีภาวะอ้วนที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.6 เป็น ร้อยละ 3.4 การเพิ่มขึ้นของเด็กที่มีภาวะสูงนั้นแสดงถึงศักยภาพด้านการเจริญเติบโตด้านส่วนสูงในเด็กปฐมวัยเพิ่มขึ้น ทั้งนี้อาจมาจากการได้รับอาหารที่เพียงพอและการเลี้ยงดูอย่างถูกต้องส่งเสริมให้มีสุขภาพแข็งแรง⁽¹⁶⁾ อย่างไรก็ตามยังพบว่าเด็กปฐมวัยในกลุ่มอายุต่ำกว่า 3 ปี มีแนวโน้มที่จะมีภาวะอ้วนเพิ่มขึ้นอีกด้วย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากระหว่างการระบาดของโควิด-19 เด็กปฐมวัยส่วนหนึ่งหยุดเรียนตามมาตรการปิดสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเพื่อควบคุมป้องกันโรค⁽¹⁷⁾ จึงทำให้เด็กมีแบบแผนการบริโภค

อาหารที่เปลี่ยนแปลงไป ซึ่งจากการศึกษาความคิดเห็นของผู้ปกครองเด็กวัยอนุบาลในช่วงของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้ปกครองให้ข้อคิดเห็นการบริโภคอาหารของเด็กที่บริโภคหลากหลายเมนูมากขึ้น แต่อาหารส่วนใหญ่ที่ผู้ปกครองเลือกมักเป็นอาหารที่เป็นอาหารสะดวกซื้อ หรืออาหารสำเร็จรูปเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁸⁾ ซึ่งอาหารกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มักเป็นอาหารที่ไขมันและน้ำตาลสูง อีกทั้งเด็กและผู้เลี้ยงดูที่เป็นพ่อแม่มีเวลาอยู่บ้านมากขึ้น สอดคล้องกับศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าผู้เลี้ยงดูหลักเป็นพ่อแม่เพิ่มขึ้นจากก่อนการระบาดคือร้อยละ 49.1 เป็นร้อยละ 64.3 ทำให้เด็กสามารถกินอาหารได้ทุกช่วงเวลาเนื่องจากไม่มีการกำหนดตารางประจำวันเหมือนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก รวมไปถึงการขาดความรู้เกี่ยวกับโภชนาการที่เหมาะสมสำหรับเด็ก และการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยแบบตามใจของผู้เลี้ยงดู⁽¹⁹⁾ ผนวกกับการต้องจำกัดบริเวณอยู่บ้าน ทำให้ใช้พลังงานและการเคลื่อนไหวร่างกายน้อยลงจาก และไม่ได้มีกิจกรรมการเล่นนอกบ้าน⁽⁸⁾ ซึ่งจากการศึกษาความคิดเห็นของผู้ปกครองเด็กวัยอนุบาลในช่วงของสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 ผู้ปกครองให้ข้อคิดเห็นว่าเด็กมีอาการเหนื่อยหอบง่ายกว่าที่เคยเมื่อต้องทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงหรือใช้กำลัง มีการเคลื่อนไหวร่างกายหรือทำกิจกรรมต่างๆ น้อยลง มีพฤติกรรมเนือยนิ่งเพิ่มขึ้น มีกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนไป อาทิเช่นนอนดึกขึ้น มีอาการง่วงนอนระหว่างวัน รวมไปถึงการอยู่หน้าจอเพิ่มมากขึ้นด้วย⁽¹⁸⁾ ปัจจัยเหล่านี้ส่งผลให้เด็กปฐมวัยมีภาวะโภชนาการเกินเพิ่มสูงยิ่งขึ้น

จากการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า ปัญหาทุโภชนาการสองปลายในเด็กปฐมวัย ยังคงมีอยู่ทั้งภาวะโภชนาการขาดและภาวะโภชนาการเกิน ซึ่งอาจเกิดได้ในครัวเรือนเดียวกัน หรือแม้แต่บุคคลคนเดียวกัน ซึ่งลักษณะดังกล่าวนี้มักพบในประเทศที่กำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในทวีปเอเชียรวมถึงประเทศไทย ที่มีการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมอย่างรวดเร็ว^(20,21) การระบาดของโควิด-19 ยังมีผลกระทบต่อสุขภาพเด็กทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาด้านโภชนาการเกินในเด็กปฐมวัยที่มีความชัดเจนมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. ควรส่งเสริมให้ผู้เลี้ยงดูในการเลือกอาหารที่มีคุณค่าด้านโภชนาการ และปริมาณที่เหมาะสมเตรียมให้เด็ก พร้อมกำหนดมื้ออาหารของเด็กให้ครบทั้ง 3 มื้อ รวมทั้งลดอาหารที่มีไขมัน และน้ำตาลสูง และเพิ่มกิจกรรมทางกายที่สามารถทำภายในบ้านได้

2. ส่งเสริมให้ผู้ปกครองติดตามการเจริญเติบโตของเด็กด้วยตนเองอย่างสม่ำเสมอ โดยใช้กราฟการเจริญเติบโตในสมุดสุขภาพแม่และเด็ก (สมุดชมพู) หรือใช้แอปพลิเคชันในการบันทึกข้อมูลสุขภาพเด็ก การประเมินการเจริญเติบโต ซึ่งทำได้ง่ายเมื่อพบภาวะเสี่ยงด้านโภชนาการสามารถแก้ไขปัญหาด้านโภชนาการได้ด้วยตนเอง เพิ่มเติมจากการเฝ้าระวังติดตามการเจริญเติบโตในคลินิกสุขภาพเด็กดี

3. ควรมีการจัดตั้งจุดบริการสุขภาพ (Health Station) ที่มีการบริการเครื่องชั่ง

น้ำหนัก และวัดส่วนสูงด้วยเครื่องมือมาตรฐาน พร้อมการแปลผลภาวะโภชนาการ คำแนะนำด้านสุขภาพและโภชนาการ ในแหล่งชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และสถานบริการสาธารณสุขที่เข้าถึงได้ง่าย เพื่อให้พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กใช้งานได้ด้วยตนเอง

อ้างอิง

1. Winichagoon P. Thailand nutrition in transition: Situation and challenges of maternal and child nutrition. Asia Pacific Journal of Clinical Nutrition. 2013; 22(1):6-15.
2. พัทธนี วินิจจะกุล. โภชนาการช่วงแรกของชีวิตกับทุโภชนาการสองปลาย: ความท้าทายสำหรับประเทศไทย. วารสารโภชนาการ. 2558; 50(2):11-25.
3. Rachel N, Carol L, Jessica H, Brian H. Economic effects of the double burden of malnutrition. The Lancet. 2020; 395(10218):156-164.
4. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. รายงานผลการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ปีงบประมาณ 2561 ศูนย์อนามัยที่ 7 กรมอนามัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพานิช (กรุงเทพ) จำกัด; 2561
5. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย. สถานการณ์โภชนาการสตรีและเด็กปฐมวัย เด็กอายุ 0 - 5 ปี: รายงานระบบ HDC. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/nutrition/198432>

6. UNICEF. Preventing a lost decade: Urgent action to reverse the devastating impact of COVID-19 on children and young people. [Internet]. 2021 [cited 2022 March 16]. Available from: <https://www.unicef.org/media/112891/file/UNICEF%2075%20report.pdf>
7. สำนักงานสถิติแห่งชาติ สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย และองค์การยูนิเซฟ. ผลกระทบของโควิด-19 ต่อครอบครัวเปราะบาง: ครอบครัวที่มีเด็กเล็ก. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.unicef.org/thailand/media/6206/file/COVID-19%20Impact%20on%20young%20children.pdf>
8. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. รายงานการสำรวจการประเมินผลกระทบเบื้องต้นของสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 ในประเทศไทยต่อการบริการในคลินิกฝากครรภ์ (ANC) และคลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC). พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: บริษัท เอ็มดี ออล กราฟิก จำกัด; 2564
9. Wayne W. D., Chad L. C. Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences. 10th ed. United States of America: np; 2013
10. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานข้อมูลกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มรายงานมาตรฐาน งานโภชนาการ ร้อยละของเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 5 ปี. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 15 มีนาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=46522b5bd1e06d24a5bd81917257a93c&id=67e41dbb1ce5d844d49f6b7b10e30d01
11. ญัฐวรรณ เขาวนลิลิตกุล, สุพจน์ รื่นเริงกลิ่น, ลักษณีน รุ่งตระกูล. คู่มือการใช้มาตรฐานการเจริญเติบโต ขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2006 ในเด็กแรกเกิด-5 ปี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558
12. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็ก 6 - 19 ปี. พิมพ์ครั้งที่ 2. สมุทรปราการ: บริษัท ทีเอส อินเตอร์พริ้นท์ จำกัด; 2564
13. กองแผนงาน กรมอนามัย. แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมตามแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2563-2565) ฉบับปรับปรุง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ไชน์; 2563
14. พรณี ไพบูลย์ และคณะ. ศึกษาสถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 3. วารสารสาธารณสุขนครสวรรค์. 2561;4(2):27-42.
15. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีใน 17 จังหวัด

- ของประเทศไทย พ.ศ. 2562. กรุงเทพฯ: สำนักงานสถิติแห่งชาติ และประเทศไทย.
16. ลัดดา เหมาะสุวรรณ, วิชัย เอกพลากร, ภาวะโภชนาการเด็กไทย. ใน: วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ฉบับสุขภาพเด็ก พ.ศ. 2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. 2559. หน้า 121-146.
 17. กระทรวงสาธารณสุข. มาตรการและแนวทางการดำเนินการเพื่อเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/file/im_commands/im_commands06.pdf
 18. ปัญญาศ ท่วมเพ็ชร, วรพรรณ เหมชะญาติ. ความคิดเห็นของผู้ปกครองเกี่ยวกับสุขภาวะของเด็กวัยอนุบาลในช่วงของสถานการณ์ การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของโรงเรียนวัดผาสุกมณีจักร. วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [เข้าถึงเมื่อ 25 พฤษภาคม 2565];16(2):13. เข้าถึงได้จาก <https://so01.tci-thaijo.org/index.php/OJED/article/download/249072/168567/914497>
 19. สมสิริ รุ่งอมรรัตน์, อาภาวรรณ หนูคง, ณัฐธิดา ไกรมงคล, รุ่งรติ พุฒิสถียร. การนำแนวทางการส่งเสริมโภชนาการไปใช้ในเด็กก่อนวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก. วารสารการพยาบาล. 2560; 32(4):120-133
 20. Tontisirin K., Winichagoon P. Community-based programmes: Success factors for public nutrition derived from the experience of Thailand. Food Nutr Bull. 1999; 20(3):315-322
 21. Weber M, Grote V, Closa-Monasterolo R, Escribano J, Langhendries JP, Dain E, et al. European Childhood Obesity Trial Study Group. Lower protein content in infant formula reduces BMI and obesity risk at school age: Follow-up of a randomized trial. Am J Clin Nutr. 2014; 99:1041-1051.