



วารสาร ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

JOURNAL OF REGIONAL HEALTH PROMOTION CENTRE 7 KHONKAEN

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2565 - มกราคม 2566 Vol.15 No.1 October 2022 - January 2023

ISSN : ISSN 1906-6724 (Print)

ISSN XXXX-XXXX (Online)



บทความวิชาการ

1. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขที่พยาบาลอนามัยชุมชนควรรู้

นิรมล เมืองโสม

บทความวิจัย

2. ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. รอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน
กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ชุมชนบ้านสว่างเหนือ ตำบลห้วย อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

กนกฉัตร สมชัย

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักและครู/ผู้ดูแลเด็กในเขตสุขภาพที่ 5

กันยา โพธิ์ปิติ

4. การพัฒนาหลักสูตรออนไลน์เพื่อสร้างความรู้ในการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติ
ด้านสุขภาพ (4D) สำหรับผู้ดูแลเด็ก เขตสุขภาพที่ 7

จิโสภิญ ทองไทย

5. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดูเด็กกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7

สุพัตรา บุญเยี่ยม

6. พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” ในหญิงตั้งครรภ์

ศิริวรรณ สงจันทร์

7. การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1

อ้อยทิพย์ ประกอบชัย

8. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 5

เบญจพรรณ อิติเลิศเดชา

9. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการได้รับฉีดวัคซีนโควิด-19 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ
ระดับภูมิคุ้มกัน ของบุคลากรโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู

วิศรุต เจริญพันธ์

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำ

ที่ปรึกษา

นายแพทย์ชาติรี เมธธาราธิป

บรรณาธิการ

นายแพทย์ไพบูรณ์ จัดกุล

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

ดร.อริวัฒน์ บุตรดาบุตร

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.นิรุวรรณ เทิร์นโบว์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ดร.ภานุวัฒน์ ศรีโยธา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

ผศ.ดร.สุนิรัตน์ ยั่งยืน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ดร.ภญ.ศันสนีย์ จันทสุข

จังหวัดขอนแก่น

ดร.ลักษณา สกุนทอง

ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๗ ขอนแก่น

ดร.ภญ.ศันสนีย์ จันทสุข

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

ดร.สุภัทรา สามัง

สำนักงานสาธารณสุข

ดร.ภญ.ศันสนีย์ จันทสุข

จังหวัดขอนแก่น

จังหวัดกาฬสินธุ์

ผศ.ดร.ศรีธัญญา จรุงมาก

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ดร.คงฤทธิ วันจรรณู

สำนักงานสาธารณสุข

ผศ.ดร.วรรณภา ภาจำปา

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

จังหวัดกาฬสินธุ์

ดร.ลักษณ คัชมาตย์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗

นพ.สิทธิชัย คำไสย

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร.สุนิรัตน์ ยั่งยืน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผศ.นพ.วิเชียร ศิริชนพล

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ดร.พุดิชาดา จันทะคุณ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ผศ.พญ.จาริณญ์ จินดาประเสริฐ

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ดร.พุดิชาดา จันทะคุณ

ราชชนรินทร์

ดร.จงกล พลตรี

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ดร.พุดิชาดา จันทะคุณ

โรงพยาบาลศรีสะเกษ

ผศ.ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี

มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

ดร.กฤษณา มีศิลป์

โรงพยาบาลขอนแก่น

ดร.เทพไทย โชติชัย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

พญ.อานวยพร อภิรักษากร

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

จังหวัดขอนแก่น

พญ.สุจิรา ขวาชั้น

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

ดร.วรรณศรี แวงงาม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

พญ.วนิดา อุตตรนคร

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

จังหวัดขอนแก่น

อำนวยการวิชาการ

ดร.จริยา อินทรรัตน์

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

พญ.มกรรัตน์ หวังเจริญ

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

นางจารินี ยศปัญญา

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

นางกรแก้ว ธีรพงษ์สวัสดิ์

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

ทพญ.ปิยะนุช เอกก้านตรง

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

ดร.สุพัตรา บุญเจียม

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

ดร.ทพญ.ศรีนุททิพย์ ชาลีเครือ

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

นายเมธศักดิ์ ภูริวัฒน์ภากร

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

ดร.ธิไลภิญ ทองไทย

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

นางสาวปติตตา เดชโยธิน

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

นางบังอร กล้าสุวรรณ

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

นางกัญญา จันทร์พล

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

นางชัญญาณัฐ ปานนิล

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

นางสาวประภัสสรฯ พิศวงปราการ

ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

จัดพิมพ์และเผยแพร่

นางสาวประภัสสรฯ พิศวงปราการ

นางพรพรรณ นามตะ

นางสาวณัฐา สว่างแผ้ว

ศิลปกรรมออกแบบ

นางพรพรรณ นามตะ

สำนักงาน

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ 043-243-416 <http://hpc7.anamai.moph.go.th>

กำหนดออก

ปีละ 3 ฉบับ ฉบับที่ 1 (ตุลาคม - มกราคม) ฉบับที่ 2 (กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม) และฉบับที่ 3 (มิถุนายน - กันยายน)

จัดพิมพ์

ห้างหุ้นส่วนจำกัด ขอนแก่นการพิมพ์ 64-66 ถนนรื่นรมย์ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ 043-221938, 220128

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
JOURNAL OF REGIONAL HEALTH PROMOTION
CENTRE 7 KHONKAEN

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2565 - มกราคม 2566
Vol. 15 No. 1 October 2022 - January 2023

ISSN : 1906-6724

วัตถุประสงค์

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

บทบรรณาธิการ

สวัสดีครับท่านผู้อ่านทุกท่าน วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น พบกันอีกเช่นเคย ในศักราชใหม่ 2566 สำหรับวารสารของเรายังคงดำเนินการคัดสรรบทความที่มีคุณภาพ ภายใต้มาตรฐาน TCI เพื่อให้ผู้อ่านได้รับมุมมองและองค์ความรู้ใหม่ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม โลกปัจจุบันหมุนเร็วขึ้นในทุกๆ ด้าน การพัฒนาเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและตลอดเวลา ในทุกด้าน ไม่เว้นแม้แต่องค์ความรู้ด้านสาธารณสุข โดยเฉพาะหลังจากการระบาดของโรคโควิด-19 ที่ก่อให้เกิดมาตรฐานและวิถีใหม่ ๆ บนโลกใบนี้ ยกตัวอย่างเช่น เราสามารถพัฒนาวัคซีนโควิด-19 ได้อย่างรวดเร็วกว่าในภาวะปกติหลายเท่า เราต้องไม่หยุดนิ่งและยึดติดกับความสำเร็จเดิม อันจะเป็นหลุมพรางให้เราก้าวสู่ความถดถอย ขอเป็นกำลังใจให้ผู้อ่านทุกท่านในการสรรค์สร้างองค์ความรู้ใหม่ และติดตามองค์ความรู้จากวารสารของเรา

วารสารของเราเป็น double blind peer reviewed journal เป็นวารสารวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ขอเชิญชวนทุกท่านที่มีความสนใจ ร่วมส่งบทความเข้าตีพิมพ์ สำหรับฉบับนี้มีบทความที่น่าสนใจดังนี้ 1) การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขที่พยาบาลอนามัยชุมชนควรรู้ 2) ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม.รอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ชุมชนบ้านสว่างเหนือ ตำบลห้วยอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ 3) ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักและครู/ผู้ดูแลเด็กในเขตสุขภาพที่ 5 4) การพัฒนาหลักสูตรออนไลน์เพื่อสร้างความรู้ในการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติด้านสุขภาพ (4D) สำหรับผู้ดูแลเด็กเขตสุขภาพที่ 7 5) ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดูเด็กกับพัฒนาการเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 7 6) พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” ในหญิงตั้งครรภ์ 7) การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 8) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 5 9) การศึกษาประสิทธิภาพวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3, 4 หลังฉีด 30 วันในการยับยั้งเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในบุคลากรทางการแพทย์โรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู

นายแพทย์ไพบูรณ์ จัตกุล

บรรณาธิการ

ข้อแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

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.) กำหนดตีพิมพ์ออกทุก 4 เดือน (3 ฉบับต่อปี) ฉบับที่ 1 (ตุลาคม - มกราคม) ฉบับที่ 2 (กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม) และ ฉบับที่ 3 (มิถุนายน - กันยายน)

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

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

1.3 กองบรรณาธิการจะพิจารณาค้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร ในกรณีบทความวิจัยจะมีผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวนอย่างน้อย 2-3 ท่าน เป็นผู้พิจารณา 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 โดยการส่งต้นฉบับเข้ารับการตีพิมพ์ในฉบับที่ 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 ชื่อผู้พิมพ์ (Authors) - ชื่อผู้พิมพ์ (ทุกคน) ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ชื่อวุฒิการศึกษา ขนาด 14 point ตัวหนาจัดชิดขวา ได้ชื่อเรื่อง ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้พิมพ์ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนา จัดชิดซ้าย ท้ายบทความย่อ - E-mail address ของผู้พิมพ์ประสานงาน (Corresponding author) ท้ายบทความย่อ 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) การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุน ผลการวิจัย สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถ ปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

4.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือ หรือสนับสนุนงานวิจัยนั้นๆ ที่มีได้เป็นผู้ร่วมวิจัย

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

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

1) การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่น ไม่ว่าจะบางส่วน หรือทั้งหมด มาอ้างอิงในผลงานวิชาการ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง หลังชื่อผู้พิมพ์ หรือ หลังข้อความที่อ้างอิง และใช้เลขลำดับเดิมในกรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิง ท้ายเล่ม จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา โดยมีวิธีการอ้างอิง ดังนี้

1.1) การอ้างอิงที่เน้นผู้พิมพ์ หรือ ผู้พิมพ์เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับ การอ้างอิงตาม หลังชื่อผู้พิมพ์

1.2) การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา หรือ ผู้พิมพ์ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับ การอ้างอิง ตามหลังข้อความที่อ้างอิง

1.2.1) การอ้างอิงรายการเดียว ตัวอย่าง อาการไอเป็นเลือด (hemoptysis) คือ การที่มีอาการไอร่วมกับมีเลือดออกมาจากปอดหรือหลอดลม เป็นอาการที่พบได้บ่อยในทางคลินิก มีอัตราการเสียชีวิตตั้งแต่ร้อยละ 7 ถึง 30 3

1.2.2) การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่ตัวเลขลำดับการอ้างอิง เป็นลำดับที่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายติดังค์ (-) คั่นระหว่างตัวเลข แต่ถ้าตัวเลขลำดับการอ้างอิง ไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลข

2) การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือ เอกสารอ้างอิง (Reference)

ในการอ้างอิงถึงเอกสารวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ ให้เรียงลำดับของเอกสาร ตามลำดับ เลขที่มีการอ้างอิงถึงในเนื้อหารายงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างอิงถึงในเนื้อเรื่อนั้น จะต้องตรงกับ หมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่ สุดท้าย (1, 2, 3,...) ให้เขียนหมายเลขอยู่ในวงเล็บ () ต่อท้ายข้อความที่นำมาอ้างอิงในรายงาน

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 รายชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษ ให้เรียงตามลำดับ 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 เลิศอรรถขมณี, เอมอร รักขมณี, อนุพันธ์ ต้นติวงศ์, กรรณา บุญสุข, อิงพรนิลประดับ, พุฒจิพรรณวีรกิจโกศาทร, 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 ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อบท. ใน: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

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

2.6) หน่วยงานเป็นผู้พิมพ์

1. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสภาสาร 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 ชื่อผู้พิมพ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้ปริญญา.

ตัวอย่าง

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

2.8) บทความในเอกสารการประชุมวิชาการ

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้พิมพ์. 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. บทบาทหน้าที่ของผู้พิมพ์ (Duties of Authors)

1.1 ผู้พิมพ์เมื่อส่งบทความไปยังบรรณาธิการ บทความนี้ต้องไม่เคยเผยแพร่มาก่อนและยังไม่ได้มีการพิจารณาให้ตีพิมพ์ที่อื่นมาก่อน

1.2 ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบต่อเนื้อหาของสิ่งพิมพ์ของตน หากผู้พิมพ์ใช้เนื้อหาที่นำมาจากนักวิจัยคนอื่นโดยตรง ต้องมีการอ้างอิงหรือยกมาอย่างเหมาะสม

1.3 ผู้พิมพ์ต้องเขียนบทความวิจัยให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดไว้ใน “คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์”

1.4 ผู้พิมพ์ที่มีชื่อปรากฏในบทความทุกคน ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนในการดำเนินการวิจัยจริง

1.5 ผู้พิมพ์จะต้องรับผิดชอบในการเปิดเผยแหล่งที่มาของการสนับสนุนทุนทั้งหมด สำหรับโครงการวิจัย โดยอธิบายไว้ในต้นฉบับที่ส่งมา รวมทั้งระบุผู้พิมพ์ร่วมทั้งหมดที่อำนวยความสะดวกในการวิจัย

1.6 ผู้พิมพ์ต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (หากมี)

1.7 ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบต่อเนื้อหาของสิ่งพิมพ์ของตน หากผู้พิมพ์ใช้เนื้อหาที่นำมาจากนักวิจัยคนอื่นโดยตรง ต้องมีการอ้างอิงหรือยกมาอย่างเหมาะสม

1.8 การกล่าวขอบคุณผู้มีส่วนช่วยเหลือในกิตติกรรมประกาศนั้น หากสามารถทำได้ผู้พิมพ์บทความควรขออนุญาตจากบุคคลที่ประสงค์จะขอบคุณเสียก่อน

1.9 ผู้พิมพ์จะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง 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 บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความในระหว่างการประเมินบทความ

2.3 บรรณาธิการควรดำเนินการทุกอย่างเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพของบทความที่ตีพิมพ์เพื่อรับรองคุณภาพของงานวิจัยที่ตีพิมพ์ และตระหนักว่าวารสาร และแต่ละส่วนของวารสาร มีวัตถุประสงค์และมาตรฐานที่ต่างกัน

2.4 การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการยอมรับหรือปฏิเสธบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์ควรขึ้นอยู่กับความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความสำคัญ ความใหม่ และความชัดเจนของบทความวิจัย ตลอดจนความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของวารสาร

2.5 บรรณาธิการควรมีการชี้แจงหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจสอบประเมินบทความ (peer review) นอกจากนี้ควรมีความพร้อมในการชี้แจงความเบี่ยงเบนต่าง ๆ จากกระบวนการตรวจสอบที่ได้รับไว้

2.6 บรรณาธิการควรจัดพิมพ์คำแนะนำแก่ผู้นิพนธ์ในทุกประเด็นที่บรรณาธิการคาดหวังในทุกเรื่องที่คุณนิพนธ์ควรรับทราบ 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 ไม่ควรใช้ความเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ

3.4 ผู้ประเมินบทความต้องระบุผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน แต่ผู้นิพนธ์ไม่ได้อ้างถึงด้วยหากมีความซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่นต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย

3.5 ผู้ประเมินควรตรวจสอบและส่งทวิจาณ์ภายในระยะเวลาที่คณะกรรมการบรรณาธิการเห็นชอบ หากไม่สามารถตรวจสอบต้นฉบับได้ภายในเวลาที่กำหนดผู้ประเมินจะต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบทันที

4. ความขัดแย้งทางผลประโยชน์ (Conflict of Interest)

ผู้นิพนธ์ บรรณาธิการ และผู้ประเมินบทความควรหลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อนในทุกขั้นตอนของกระบวนการจัดเตรียมสิ่งพิมพ์ หากมีผลประโยชน์ทับซ้อนในรูปแบบใด ๆ บุคคลที่เป็นคนแรกที่ระบุความขัดแย้งดังกล่าวมีหน้าที่ต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบทันที

กระบวนการพิจารณาบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร

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

2. การประเมินบทความ พิจารณาความถูกต้อง-เหมาะสม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (2-4 สัปดาห์): บทความที่ผ่านการพิจารณาขั้นที่ 1 แล้ว กองบรรณาธิการจะพิจารณาคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2-3 ท่าน เพื่อพิจารณาบทความดังกล่าวในรูปแบบ Double-Blind ก่อนดำเนินการทบทวน และจัดส่งบทความแก่ผู้ทรงคุณวุฒิต่อไป โดยระดับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจะประกอบด้วย 1. สมควรได้รับการตีพิมพ์ (Accept) 2. สมควรได้รับการตีพิมพ์ โดยต้องมีการแก้ไขเล็กน้อย (Accept with minor revision) 3. สมควรได้รับการตีพิมพ์ โดยต้องมีการแก้ไขอย่างมาก (Accept with major revision) และ 4. ไม่สมควรได้รับการตีพิมพ์ (Reject)

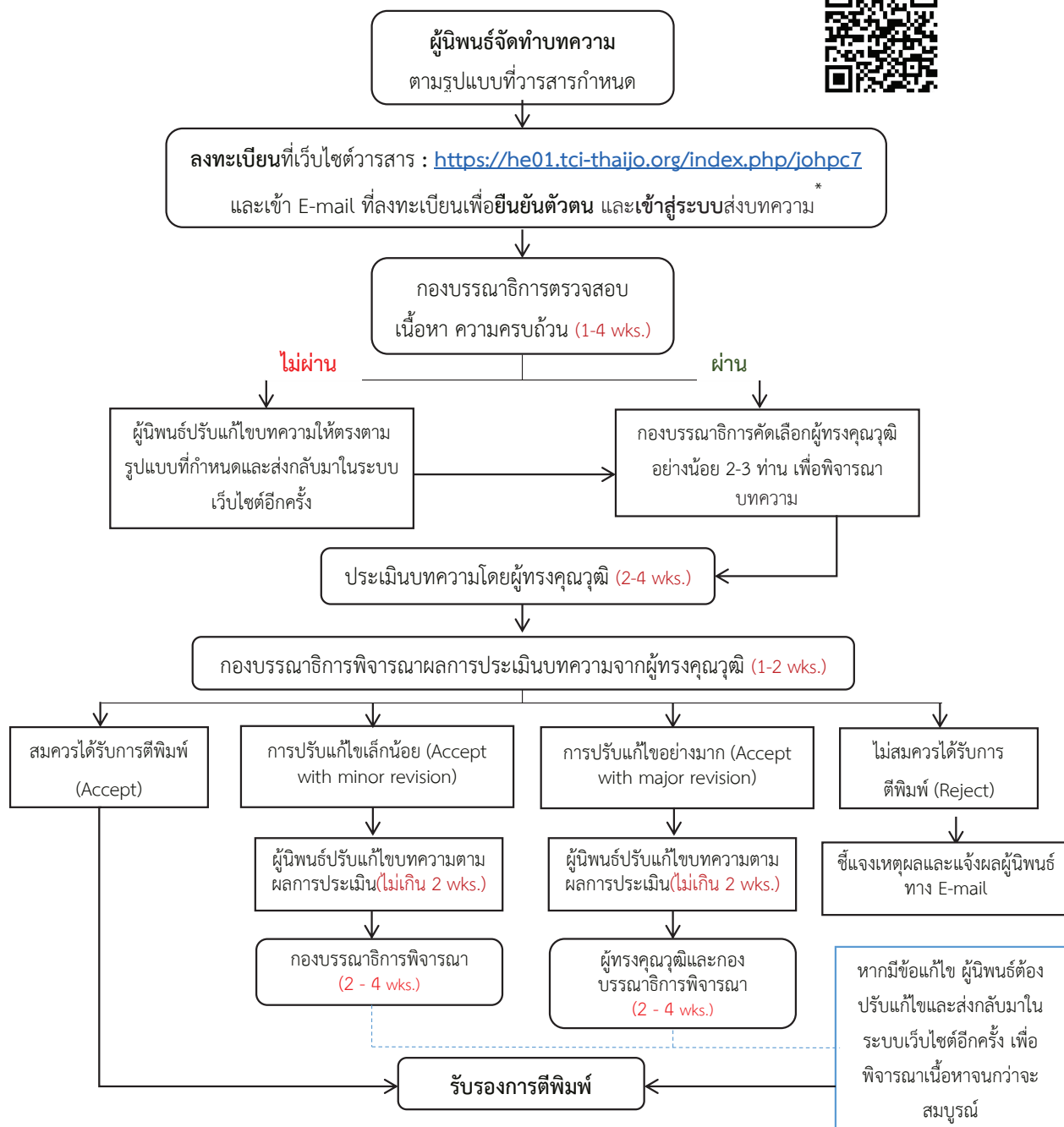
3. การพิจารณาผลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ (1-2 สัปดาห์) : เมื่อกองบรรณาธิการได้รับผลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิครบถ้วนแล้ว จะดำเนินการพิจารณาและสรุปผลอีกครั้ง โดยบทความที่จะได้รับการตีพิมพ์ ต้องได้รับผลเป็น Accept หรือ Accept with minor revision ส่วนบทความที่ได้รับผลเป็น Accept with major revision บรรณาธิการจะเป็นผู้พิจารณาชี้ขาด 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/1lq97FmQkaGOzJzXTsxJifq00vBXdiYxRK2zTn828KKM/mobile-basic?usp=gmail#h.13ju08w3j55>

สารบัญ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2565 - มกราคม 2566

หน้า

บทความวิชาการ

1. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขที่พยาบาลอนามัยชุมชนควรรู้
นิรมล เมืองโสม 1

บทความวิจัย

2. ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. รอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
สุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ชุมชนบ้านสว่างเหนือ ตำบลห้วย
อำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ
กนกฉัตร สมชัย 13
3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักและครู/ผู้ดูแลเด็ก
ในเขตสุขภาพที่ 5
กัญญา โพธิ์ปิติ 28
4. การพัฒนาหลักสูตรออนไลน์เพื่อสร้างความรู้ในการประเมินสถานพัฒนาเด็ก
ปฐมวัยตามมาตรฐานชาติด้านสุขภาพ (4D) สำหรับผู้ดูแลเด็ก เขตสุขภาพที่ 7
ธิโสภิญ ทองไทย 51
5. ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดูเด็กกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย
เขตสุขภาพที่ 7
สุพัทธรา บัญเจียม 64
6. พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” ในหญิงตั้งครรภ์
ศิริวรรณ สงจันทร์ 79
7. การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1
อ้อยทิพย์ ประกอบชัย 92
8. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 5
เบญจพรรณ ธิตีเลิศเดชา 107
9. การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการได้รับฉีดวัคซีนโควิด-19 และปัจจัย
ที่มีความสัมพันธ์กับระดับภูมิคุ้มกัน ของบุคลากรโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัด
หนองบัวลำภู
วิศรุต เจริญพันธ์ 123

การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุข ที่พยาบาลนามัยชุมชนควรรู้

นิรมล เมืองโสม

(วันที่รับบทความ: 23 สิงหาคม 2565; วันที่แก้ไข: 9 พฤศจิกายน 2565; วันที่ตอบรับ: 16 พฤศจิกายน 2565)

บทคัดย่อ

การวินิจฉัยชุมชนถือเป็นการดำเนินงานที่สำคัญและเป็นหัวใจในการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขที่มีของชุมชน ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขมีหลายวิธี แต่ละวิธีมีข้อดีและข้อเสียแตกต่างกัน ต้องนำมาดัดแปลงเพื่อใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ขององค์กร บุคคล และชุมชนด้วย การตัดสินใจเลือกปัญหาเพื่อแก้ไขและเกณฑ์ต่างๆ ในการพิจารณา ไม่อาจเกิดจากบุคลากรสาธารณสุขคนใดคนหนึ่งได้ แต่ต้องมีทีมพิจารณาร่วมกัน วิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่นิยมใช้กันมาก คือ วิธีการให้น้ำหนักเกณฑ์ (Criteria Weighting Method) ของภาควิชาบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล ด้วยการใช้เกณฑ์ของขนาดของปัญหา ความรุนแรงปัญหา ความยากง่ายในการแก้ปัญหา และความตระหนักของชุมชนต่อปัญหา ช่วยให้ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งเป็นผลดีต่อชุมชนด้วย เพราะสิ่งที่ขาดไม่ได้คือ การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการที่จะร่วมวางแผน/โครงการต่างๆ และร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนในลำดับต่อไป บทความนี้จะได้ให้แนวทางในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสาธารณสุขที่นักวิชาการสาธารณสุขรวมทั้งพยาบาลชุมชนควรรู้และเข้าใจ

คำสำคัญ : การจัดลำดับความสำคัญปัญหาสาธารณสุข, วิธีการให้น้ำหนักเกณฑ์ Criteria Weighting Method

นักวิชาการอิสระ

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

Priority Setting of Public Health Problems which Community

Health Nurse should know

Niramon Muangsom Ph.D.

(Receive 23th August 2022; Revised: 9th November 2022; Accepted 16th November 2022)

Abstract

Community diagnosis is an important tool to identify and solve existing problems. Among the problems identified, the most important and pressing issues must be selected and given priority while trying to find ways and means for a solution. As far as public health is concerned suitable organizations and key persons of a community must be addressed. A common consent must be achieved in what problems need to be addressed as a priority and not the view of some private opinions should be solely considered. A popular means for priority setting is the “Criteria Weighting Method of the Public Health Administrative Department, Mahidol University”. The method focusses on 4 elements, namely size of the problem, severity of the problem, feasibility of the problem-solving tools and the concern of the community about the issue. The importance of community participation must be underlined, in that the benefit for the people in the area involved should be given priority. The public should be involved in planning and executing problem solving activities. This article illustrates the concept of priority setting in public health problem solving for health personnel working in and with the community including the community health nurse.

Keywords : prioritize of the public health problems, Criteria Weighting Method

independent scholar

Corresponding Author : Niramon Muangsom Ph.D. (Social Sciences) e-mail : nmuangsom38@gmail.com

1. บทนำและความหมาย ความสำคัญของปัญหาสาธารณสุข

การศึกษาเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของชุมชน จำเป็นต้องเก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ ให้ครอบคลุมสถานะสุขภาพอนามัยของประชาชนและปัจจัยต่างๆ ที่มีผลและเกี่ยวข้องกับสุขภาพของชุมชนด้วยข้อมูลต่างๆ ที่เราอาจเลือกที่จำเป็นและเหมาะสมกับสถานการณ์และขึ้นกับวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา ซึ่งนักวิชาการสาธารณสุขรวมทั้งพยาบาลชุมชน ต้องมีการทำการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพในชุมชนเพื่อให้การทำงานบริการดูแลสุขภาพมีประสิทธิภาพ⁽¹⁾ ในการกำหนดและเลือกปัญหาสุขภาพอนามัยชุมชนจากข้อมูลที่เราได้เก็บรวบรวมและวิเคราะห์มาทั้งหมดต้องนำมาพิจารณาว่าปัญหาสุขภาพของชุมชนคืออะไร มีปัญหาสุขภาพสำคัญๆ อะไรบ้าง ทั้งนี้ปัญหาหลายประการอาจไม่สามารถแก้ไขได้พร้อมๆ กัน เนื่องจากมีข้อจำกัดต่างๆ หลายประการ จำเป็นต้องมีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ เพื่อคัดเลือกปัญหาที่สำคัญและจำเป็นในอันดับแรกก่อนที่จะมาวางแผนแก้ไขปัญหานั้นๆ อย่างไรก็ตามสิ่งสำคัญในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา คือ การได้มาของข้อมูลที่ชัดเจนซึ่งสามารถวิเคราะห์ความเสี่ยงซึ่งนำไปสู่การอภิปรายและตัดสินใจ ข้อมูลที่ได้มาจะต้องนำเสนอ เพื่อให้ประชาชนหรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในชุมชน (Community stakeholders) ได้มีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาว่าปัญหาใดเป็นปัญหาเร่งด่วนที่ต้องเร่งแก้ไขทันทีและปัญหาไหนที่สามารถชะลอได้⁽²⁾ ซึ่งการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา มีหลายวิธี โดยแต่ละวิธีมีข้อดี ข้อจำกัดหรือ

เหมาะสมในแต่ละพื้นที่ต่างกันด้วย^(2,4,5) โดยอาศัยข้อมูลที่เกิดขึ้นได้ทั้งที่เป็นปัจจัยเสี่ยง (risk factors) และองค์ประกอบอื่นที่ไม่ใช่ปัจจัยเสี่ยง ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการเห็นคุณค่าของประชาชน ความตระหนัก การพิจารณาตัดสินใจ ค่าใช้จ่ายที่จ่ายอย่างคุ้มค่า ตลอดจนการใช้เทคนิคในการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ด้วยพยาบาลเป็นผู้ที่ดูแลสุขภาพของประชาชน จึงต้องทราบและเรียนรู้เรื่องนี้อย่างเข้าใจ โดยเริ่มต้นจากความหมายและนิยามของปัญหา การกำหนดปัญหา การค้นหาปัญหาก่อนที่จะจัดลำดับความสำคัญของปัญหาต่อไป

ความหมายและนิยามของปัญหา ได้มีผู้ให้นิยามของปัญหา เป็นลักษณะของสมการว่า^(2,4)

ปัญหา = (สิ่งที่ควรเป็น - สิ่งที่เป็นอยู่) × ความสนใจ

นั่นคือ สิ่งที่จะจัดว่าเป็นปัญหาจะต้องมีระดับที่เป็นอยู่ต่ำกว่าระดับที่ควรจะเป็น ระดับที่เหมาะสม แต่ทั้งนี้ต้องขึ้นอยู่กับความสนใจหรือความห่วงใยของแต่ละบุคคลด้วย เช่น โรคกระเพาะอาหารอักเสบ ของประชาชนในชุมชนที่เป็นอยู่มากมาย อาจเป็นปัญหาของแพทย์หรืออายุรแพทย์ที่รับผิดชอบชุมชนนั้นอยู่ แต่อาจไม่เป็นปัญหาสำหรับชุมชนหรือชาวบ้านซึ่งยังขาดความรู้และไม่ตระหนักในปัญหานี้ก็ได้ ดังนั้นการกำหนดปัญหาจึงมักใช้ดัชนีต่าง ๆ เป็นตัวบ่งชี้ เพื่อให้เข้าใจตรงกันและสามารถเปรียบเทียบกันได้

1.1 สิ่งที่ดีควรเป็น (what should be)

อาจใช้เกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายของแผนงาน/โครงการที่ตั้งไว้ เช่น ความจำเป็นพื้นฐาน (Basic minimum need) ของประเทศไทยที่กำหนดไว้ว่า ต้องมีสัปดาห์ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70 ของประชากรในชุมชน ทั้งนี้สิ่งที่ควร

จะเป็นในกรณีต่าง ๆ อาจแตกต่างกันไปแล้วแต่ระดับความคาดหวังของผู้ที่เกี่ยวข้อง ถ้าระดับความคาดหวังหรือสิ่งที่ควรเป็นค่อนข้างสูงก็จะเกิดปัญหาได้ง่าย

1.2 สิ่งที่เป็นอยู่ (what is) คือ ข้อมูลที่สำรวจและวิเคราะห์ได้ สิ่งที่จะช่วยให้ง่ายในการกำหนดปัญหา ก็คือการหาข้อมูลชุมชนออกมา โดยใช้หน่วยหรือใช้ดัชนีที่สามารถเทียบกับที่เรากำหนดสิ่งที่ควรเป็นไว้

1.3 ความสนใจ คือ ความสนใจตระหนักของชุมชนหรือของผู้รับผิดชอบ ซึ่งอาจเกี่ยวข้องกับอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากช่องว่างระหว่างสิ่งที่ควรเป็นกับสิ่งที่เป็นอย่างอยู่ หรือการที่ส่งผลกระทบต่อเรื่องอื่นๆ ในระดับสูงของความสนใจนี้อาจหมายถึงนโยบายของผู้รับผิดชอบก็ได้ ถ้ากำหนดนโยบายเน้นหนักด้านใดก็หมายถึงเรื่องนั้นจะได้รับความสนใจเป็นพิเศษและถูกจัดเป็นปัญหาที่ควรได้รับการแก้ไขได้ง่าย

2. การกำหนดปัญหา อาศัยดัชนีอนามัยเป็นตัวบ่งชี้ ใช้หลัก 5'D คือ

- 2.1 การเจ็บป่วย (Diseases)
- 2.2 การตาย (Death)
- 2.3 การพิการ (Disability)
- 2.4 ความไม่สะดวกสบาย (Discomfort)
- 2.5 ความไม่สมหวังหรือไม่พึงพอใจ (Dissatisfaction)

ตัวชี้วัดด้านสุขอนามัยต่างๆ ที่ควรนำมาใช้ได้แก่ ตัวชี้วัดเกี่ยวกับการป่วย ตัวชี้วัดเกี่ยวกับการตายของประชากรตัวชี้วัดเกี่ยวกับร้อยละหรืออัตราของปัญหาสุขภาพที่พบได้มากในชุมชนนั้น ตัวชี้วัดเกี่ยวกับการบริการสาธารณสุข ตัวชี้วัดเกี่ยวกับทรัพยากรด้านสังคม เศรษฐกิจ

และสิ่งแวดล้อมที่เกี่ยวข้องกับสาธารณสุข ตัวชี้วัดเหล่านั้น เช่น อัตราเด็กนอกสมรส อัตราหย่าร้าง อัตราส่วนน้ำหนักเด็กแรกเกิดน้อย อัตราการฝาก-ครรภ์ เป็นต้น

3. การค้นหาปัญหา

หลังจากการวิเคราะห์สถานการณ์ในแง่มุมต่างๆ แล้ว พึงตระหนักเสมอว่าปัญหาที่พบบาลชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบนั้น อาจไม่ใช่ปัญหาที่ชาวบ้านยอมรับหรือคิดว่าเป็นปัญหาของชุมชน ดังนั้นสิ่งที่ต้องพิจารณาก็คือ

3.1 ความคิดเห็นของบุคคล กลุ่มหรือชุมชนที่เห็นว่าสถานการณ์ยังไม่ถึงระดับที่ควรจะเป็นสถานการณ์นั้น จัดว่าเป็นปัญหาโดยอาจเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน กลุ่มหรือชุมชนอื่นที่มีบริบท (context) คล้ายคลึงกัน

3.2 เป้าหมายประเทศและท้องถิ่นตามแผนที่กำหนดไว้ โดยเฉพาะในแผนพัฒนาสาธารณสุขหรือแผนสุขภาพแห่งชาติ หากสถานการณ์ที่ค้นพบในชุมชนยังไม่ได้ตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ ก็จัดว่าเป็นปัญหา แต่จะเป็นปัญหาขนาดมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความห่างไกลจากเป้าหมายมากน้อยเพียงใด ถ้าห่างมากขนาดปัญหาจัดว่ามาก ถ้าห่างน้อยขนาดของปัญหาก็เล็กลง ดังนั้นการกำหนดปัญหาจำเป็นต้องระบุถึงสภาพปัญหาด้วย โดยระบุถึง

- เหตุผลในการพิจารณาว่าเป็นปัญหา
- ระบุขนาดปัญหา ด้วยข้อมูลเชิงปริมาณหรือคุณภาพ
- ชี้นำแนวโน้ม และความยากง่ายในแนวทางการแก้ไขปัญหา การระบุถึงสภาพปัญหานี้ต้องใช้ดัชนีของปัญหาเพื่ออ้างอิง เช่น

ปัญหา

- ปัญหาคุณภาพการศึกษาต่ำ
- นักเรียนประถมศึกษา
- โรคไข้เลือดออก
- โภชนาการในเด็กวัยเรียน
- สถิติผู้อ่านหนังสือไม่ออกมีถึงร้อยละ 60 ของประชากร
- คำตอบจากแบบสอบถามการปฏิบัติเรื่องวิธีแปรงฟัน ไม่ถูกวิธีแปรงฟันมีผู้ตอบถูกเพียง ร้อยละ 20
- เด็กอายุ 6-14 ปี ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ร้อยละ 3.5
- เด็กประถมศึกษา มีน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ร้อยละ 18.9

ดัชนี

การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ (Priorities setting of health problems)

ในการแก้ไขปัญหาอนามัยชุมชนที่สำรวจพบนั้น เรามักพบว่ามีความจำกัด ในการที่จะแก้ไขปัญหาทั้งหมดอย่างสมบูรณ์ อันเนื่องมาจากความจำกัดของทรัพยากร บุคลากรหรือเวลาที่จะใช้ในการแก้ไขปัญหาทั้งหมดของชุมชนนั้น จึงจำเป็นที่เราต้องพิจารณาถึงความสำคัญของแต่ละปัญหาว่ามีมากน้อยลดหลั่นกันไปอย่างไร เพื่อที่จะได้ดำเนินการแก้ไข ก่อน-หลัง หรือ มาก-น้อย ตามความเหมาะสมกับทรัพยากร บุคลากร และเวลาที่มี⁽²⁾ นอกจากนี้ เราสามารถจัดลำดับความสำคัญของปัญหาได้ทั้งในระดับจุลภาค เช่น โปรแกรมระดับบุคคล ระดับกลาง (ชุมชนท้องถิ่น หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับภูมิภาคและระดับมหภาค เช่น บุคลากรของรัฐ เป็นต้น⁽³⁾ โดยทั่วไปผู้วางแผนแก้ไขปัญหามีจำนวนมากที่ใช้สามัญสำนึก ความรู้สึก ความเคยชินหรือความสนใจเฉพาะตัวในการให้ความสำคัญของปัญหาที่จะแก้ไข ซึ่งอาจคลาดเคลื่อนหรือไม่เหมาะสมได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งถ้าหากผู้วางแผนงานซึ่งขาดหลักการในการพิจารณาที่เหมาะสม

1. แนวทางในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

เมื่อได้กลุ่มปัญหาแล้ว (Problem list) ขั้นตอนต่อไปจะต้องจัดลำดับความสำคัญ

ของปัญหา วิธีการประเมินปัญหาสุขภาพเพื่อจัดลำดับ ไม่มีวิธีใดที่ดีที่สุด ถูกต้องที่สุด ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ของประเทศ หรือชุมชนนั้น ๆ อาจใช้ข้อมูลในการตัดสินใจจากข้อมูลต่อไปนี้

1.1 การประเมินโดยใช้หลักเศรษฐศาสตร์ (Economic appraisal) โดยการพิจารณาถึงความคุ้มทุนและคุ้มค่าได้แก่ cost-benefit analysis หรือ cost-effectiveness analysis แต่การประเมินแบบนี้มีข้อจำกัดใช้ได้กับปัญหาสาธารณสุขบางเรื่องเท่านั้น

1.2 การประเมินโดยใช้ตารางตัดสินใจ (Multi-variable decision) โดยมีตัวแปรต่าง ๆ ใช้ในการตัดสินใจ ได้แก่

1.2.1 ขนาดของปัญหา (size of problem)

1.2.2 ความรุนแรงของปัญหา (severity of problem) ต่อตนเอง ครอบครัว และชุมชน

1.2.3 แนวโน้มการแก้ปัญหาหรือความยากง่ายในการแก้ปัญหา

1.2.4 ความร่วมมือของชุมชนหรือความตระหนักของชุมชน

1.2.5 ผลกระทบในระยะยาว (ผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคม)

1.2.6 ความต้องการของชุมชน

1.2.7 ความสอดคล้องกับนโยบายของประเทศ

การประเมินโดยใช้ตารางตัดสินใจนี้เป็นที่นิยมมากกว่าวิธีแรก เนื่องจากสะดวกในการนำไปใช้และสามารถตัดสินใจร่วมกับผู้ที่วางแผนแก้ปัญหาหรือผู้ที่ได้รับผลโดยตรงของปัญหาสุขภาพ ซึ่งการตัดสินใจทำได้หลายรูปแบบดังนี้

แบบที่ 1 ให้น้ำหนักของตัวแปรหรือเกณฑ์แต่ละตัวเท่า ๆ กัน และให้คะแนนตัวแปรแต่ละตัวเป็นช่วงคะแนน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน ถ้าให้ 5 หมายถึงคะแนนมาก แสดงว่าตัวแปรนั้นมีความสำคัญมาก และให้คะแนน 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับจากความสำคัญมากไปน้อย

แบบที่ 2 ให้น้ำหนักของตัวแปรหรือเกณฑ์แต่ละตัวไม่เท่ากัน เนื่องจากตัวแปรแต่ละตัวมีเงื่อนไขในการแก้ปัญหาต่างกัน ตัวแปรใดมีเงื่อนไขในการแก้ปัญหามากกว่าจะให้น้ำหนักมาก ตัวแปรใดไม่ค่อยมีผลต่อการแก้ปัญหาก็จะให้น้ำหนักน้อยลง และให้คะแนนตัวแปรแต่ละตัวเป็นช่วงคะแนน ตั้งแต่ 1-5 คะแนน ถ้าให้ 5 หมายถึงคะแนนมาก แสดงว่าตัวแปรนั้นมีความสำคัญมาก และให้คะแนน 4, 3, 2 และ 1 ตามลำดับ จากความสำคัญมากไปน้อย คะแนนของตัวแปรแต่ละตัวจะต้องนำน้ำหนักของตัวแปรคูณกับคะแนนที่ให้จะได้เป็นคะแนนของตัวแปรตัวนั้นๆ

2. หลักการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

2.1 การระบุหน่วยของปัญหา

จากการระบุปัญหาในขั้นตอนการวินิจฉัยชุมชนจะทำให้เราได้หน่วยของปัญหาที่ชัดเจน เพื่อที่จะมาจัดลำดับความสำคัญของแต่ละหน่วยของปัญหา ซึ่งหน่วยของปัญหาควรจะมีลักษณะ ดังนี้

- ระบุกลุ่มเป้าหมายในการแก้ไขปัญหาได้ชัดเจน

- เป็นตัวแทนสภาพปัญหาหนึ่ง ๆ
- สามารถวัด และประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหานั้น ๆ ได้สะดวก
- สอดคล้องกับแนวทางการดำเนินการแก้ไขปัญหานั้น แต่ในบางปัญหาซึ่งมีลักษณะการกระจายแยกตามกลุ่มประชากร และมีแนวทางการแก้ไขปัญหาแตกต่างกันในแต่ละกลุ่ม อาจแยกเป็นหลายหน่วยปัญหาก็ได้ เช่น โรคไข้เลือดออก แยกเป็นโรคไข้เลือดออกในเด็กกับโรคไข้เลือดออกในผู้ใหญ่ เป็นต้น

2.2 การสร้างหลักเกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา

ผู้วางแผนจะต้องเป็นผู้กำหนดหลักเกณฑ์ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาให้เหมาะสมกับสภาพการณ์แก้ไขปัญหานั้น ๆ โดยปกติเกณฑ์พื้นฐานที่นิยมใช้ในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (priorities setting of health problem) จะวิเคราะห์โดยพิจารณาจากตัวแปรต่อไปนี้ คือ

2.2.1 ขนาดของปัญหา (size of problem) ประชากรที่ถูกกระทบจากปัญหา ถ้ามีประชากรที่ได้รับผลจากปัญหามาก ก็ควรได้การจัดลำดับความสำคัญสูงกว่าเพราะขนาดปัญหาใหญ่

2.2.2 ความรุนแรงหรือความเร่งด่วนของปัญหา (severity of problem) หมายถึงปัญหาที่เกิดขึ้นเป็นปัญหาที่มีความรุนแรงหรือเร่งด่วนที่จะต้องแก้ไข หากปล่อยไว้อาจเกิดผลเสียร้ายแรงและเร่งด่วนที่จะต้องแก้ไข หากปล่อยไว้นาน อาจเกิดความพิการหรือเสียชีวิตได้ เป็นต้น

2.2.3 ความเป็นไปได้ แนวโน้มในการแก้ปัญหาหรือความยากง่ายในการแก้ปัญหา (feasibility or ease) โดยขึ้นกับองค์ประกอบ

ต่างๆ เช่น ข้อจำกัดทางวิชาการ ข้อจำกัดทางการบริหารจัดการ ข้อจำกัดด้านเวลาหรือจำนวนทรัพยากรที่ต้องใช้ในการแก้ปัญหา เป็นต้น โดยปัญหาที่แก้ได้ง่ายหรือมีแนวโน้มในการแก้ปัญหาก็ควรได้จัดลำดับความสำคัญสูงกว่า

2.2.4 ความตระหนักการยอมรับหรือความร่วมมือในการแก้ปัญหาของชุมชน (Community-concern) หากชุมชนตระหนักถึงปัญหานั้นและให้ความร่วมมือแก้ปัญหา ก็จะทำให้ความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหาสูงขึ้น ปัญหาที่ชุมชนตระหนักและให้ความร่วมมือดำเนินการแก้ไข ควรจะจัดลำดับความสำคัญสูงกว่า

2.2.5 ผลกระทบในระยะยาว (Impact) อาจเป็นข้อพิจารณาเพิ่มเติมจากหัวข้ออื่นๆ ที่ประเมินสถานการณ์ปัจจุบันเป็นหลักปัญหาบางอย่างอาจมีผลเสียในระยะยาวมากกว่า

ปัจจุบัน เช่น ปัญหาการทำลายต้นน้ำลำธาร ปัญหาเด็กทารกขาดสารอาหาร เป็นต้น ปัญหาที่มีผลกระทบในระยะยาวมากกว่า ควรจัดลำดับความสำคัญสูงกว่า เช่น ปัญหาฟันผุในเด็กน่าจะแก้ไขมากกว่าปัญหาฟันผุในผู้สูงอายุ เป็นต้น

นอกจากนี้ยังอาจมีหลักเกณฑ์อื่นๆ ตามแต่ละสภาพการณ์ที่ผู้วางแผนประเมินจะนำมาประกอบในการตัดสินใจหรือจะเลือกใช้เพียงบางหลักเกณฑ์ตามความเหมาะสมก็ได้ เช่น นโยบาย เป็นต้น

3. การให้น้ำหนักหลักเกณฑ์หรือตัวแปรต่างๆ ที่เลือก

โดยพิจารณาเกณฑ์ต่างๆ ที่เลือกแล้วว่าเกณฑ์ไหนมีความสำคัญมากน้อยเพียงใด ดังนั้น น้ำหนักของเกณฑ์ แนวโน้มการแก้ปัญหาและความร่วมมือของชุมชนน่าจะมากกว่าเกณฑ์อื่น โดยคะแนนที่ให้อาจเป็นดังนี้^(5,6)

ความสำคัญ	น้ำหนัก (W)
สูง	5
ค่อนข้างสูง	4
ปานกลาง	3
ค่อนข้างต่ำ	2
ต่ำ	1

ตัวอย่าง ในการพิจารณาน้ำหนักของเกณฑ์ของชุมชน (ซึ่งจะแตกต่างกันไป

ตามสภาพการณ์ชุมชน และผู้รับผิดชอบ ในการแก้ปัญหาของชุมชน)

ความสำคัญ	คะแนนน้ำหนัก
ขนาดของปัญหา	4
ความร้ายแรงเร่งด่วน	3
แนวโน้มการแก้ไขปัญหา	5
ความร่วมมือของชุมชน	5
ผลกระทบในระยะยาว	2

4. การให้คะแนนปัญหา^(5,6)

โดยให้หลักการให้คะแนนแบบเดียวกับการให้คะแนนหลักเกณฑ์ โดยให้คะแนนปัญหาแต่ละปัญหาในทุกๆ หลักเกณฑ์หรือทุกตัวแปร ตามผลการวิเคราะห์ข้อมูลและการใช้วิจารณ์ญาณว่าปัญหานั้นๆ ในตัวแปรที่ไม่มีค่าสถิติสนับสนุน เช่น ความยากง่าย ความตระหนักของชุมชน เป็นต้น ซึ่งปัญหาใดมีความสำคัญตามแต่ละ

หลักเกณฑ์สูงต่ำเพียงใดนั้น มีการให้คะแนนสูงต่ำตามเกณฑ์ ดังนี้

- | | | |
|---|---------|--------------------------|
| 5 | หมายถึง | มากที่สุดหรือสำคัญที่สุด |
| 4 | หมายถึง | มากหรือสำคัญมาก |
| 3 | หมายถึง | ปานกลาง |
| 2 | หมายถึง | น้อย |
| 1 | หมายถึง | น้อยที่สุด |

เปอร์เซ็นต์ของประชากรที่เกี่ยวข้อง (prevalence) คะแนนที่ให้

0-20 %	1
21-40 %	2
41-60 %	3
61-80 %	4
81-100 %	5

ตัวอย่าง การให้คะแนนของปัญหาต่างๆ ตามเกณฑ์หรือตัวแปรที่กำหนด ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ขนาดของปัญหา : มีประชากรป่วยด้วยปัญหานี้หรืออยู่ในสภาวะมีมากน้อยเพียงใด ในระยะเวลา 1 ปี หรือระยะเวลาที่กำหนด เช่น มีประชากรป่วยด้วยโรคต่างๆ ดังนี้

โรคตาแดง คิดเป็น 53 % ใน 1 ปี ให้ 3 คะแนน

ในปีเดียวกันมีประชากรป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง 25 % ให้ 2 คะแนน

ผู้ป่วยด้วยโรคฟันผุเหงือกอักเสบ 83 % ให้ 5 คะแนน

โรคเบาหวานในผู้สูงอายุ 13 % ให้ 1 คะแนน
อุบัติเหตุบาดเจ็บ คิดเป็น 48 % ให้ 3 คะแนน

2. ความรุนแรงของปัญหา : ใช้วิจารณ์ญาณในการให้คะแนนโดยพิจารณาจากความรุนแรงของปัญหา อัตราตาย หรือ

ทุพพลภาพจากปัญหานั้น รวมถึงผลเสียที่มีต่อเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน และชุมชน เช่น โรคฟันผุ ให้ 1 คะแนน อุบัติเหตุบาดเจ็บ ให้ 4 คะแนน ตาแดง ให้ 3 คะแนน อุจจาระร่วง ให้ 5 คะแนน เป็นต้น

3. ความยากง่ายในการแก้ปัญหา : การวางแผนในการแก้ปัญหานี้จะทำได้หรือไม่ ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น

- ความรู้ความก้าวหน้าทางวิชาการ/ความสามารถของบุคลากรและความพร้อม
- งบประมาณ
- เวลา
- กฎหมาย/ศีลธรรม/ขนบธรรมเนียมประเพณี

ในการแก้ปัญหาหนึ่งปัญหาใด ถ้าทำให้ง่ายและมีความพร้อมมาก ให้คะแนน 5 ถ้าทำได้น้อยลง ก็ให้คะแนนลดลงตามลำดับ ส่วนความร่วมมือในการแก้ปัญหาก็หรือความตระหนักของชุมชน : ประชาชนในชุมชนหรือโรงเรียนหรือ

สถานประกอบการ เห็นความสำคัญและมีความวิตกกังวลห่วงใยที่จะแก้ไข หรือจะให้ความร่วมมือให้ความช่วยเหลือมากน้อยเพียงใด ถ้ามากให้คะแนน 5 ถ้าน้อยให้คะแนนลดลงตามลำดับ

4. นโยบาย : เป็นนโยบายของส่วนกลาง หรือภูมิภาค/ท้องถิ่น หรือเป็นนโยบายเร่งด่วน/เฉพาะกิจเพื่อแก้ปัญหา จะให้คะแนนมาก

5. ผลกระทบระยะยาว : ปัญหาที่มีผลต่อเนื่องนำไปสู่ปัญหาอื่นๆ ได้ เช่น ปัญหายาเสพติด มีผลกระทบระยะยาวมากนำไปสู่ปัญหาสังคม ครอบครัวและชุมชน มาก ให้ 5 คะแนน ปัญหา

โรคติดต่อที่ระบาดได้รวดเร็ว หากไม่รีบแก้ไข จะมีผลกระทบระยะยาว ให้คะแนนมาก-น้อยตามผลที่เกิดขึ้น

5. หาความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับหลักเกณฑ์

เพื่อความสะดวก เราจะใช้ตารางจัดลำดับความสำคัญ โดยใช้ปัญหาอยู่ในแนวนอน และให้เกณฑ์หรือตัวแปรต่างๆ อยู่ในแนวตั้ง และให้คะแนนของเกณฑ์และน้ำหนักลงในช่องตารางจากข้อมูลและการอภิปราย ของกลุ่ม ดังนี้^(5,6)

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหากับหลักเกณฑ์

องค์ประกอบ ของปัญหา	ขนาด ปัญหา		ความ ร้ายแรง		แนวโน้ม		การยอมรับ		ผลกระทบ		คะแนน รวม
	R	W=2	R	W=2	R	W=3	R	W=3	R	W=5	
ปัญหา ก	3	6	2	4	3	9	3	9	1	5	33
ปัญหา ข	3	6	3	6	3	9	2	6	1	5	32
ปัญหา ค	2	4	2	4	2	6	2	6	3	15	35
ปัญหา ง	2	4	1	2	3	9	2	6	2	10	31

การคิดคะแนน

- นำคะแนนที่ (R= การให้คะแนนปัญหา) ให้คูณน้ำหนัก (W= น้ำหนัก) จะได้คะแนนของแต่ละองค์ประกอบ

- คะแนนรวมได้จากการรวมขององค์ประกอบทั้ง 4

- การพิจารณาลำดับความสำคัญตัดสินจากคะแนนรวม โดยให้คะแนนตามตารางการจัดลำดับความสำคัญดังนี้

จากตัวอย่างปัญหาชุมชนเรียงลำดับความสำคัญจากปัญหาในตารางข้างบน สรุปได้ดังนี้

ปัญหา อันดับแรก คือ ปัญหา ค
อันดับที่ 2 คือ ปัญหา ก
อันดับที่ 3 คือ ปัญหา ข
อันดับที่ 4 คือ ปัญหา ง

จะเห็นว่าการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาชุมชน แม้จะมีหลักการต่างๆ แต่สิ่งที่สำคัญที่สุด คือ วิจารณ์ญาณของผู้วางแผนที่จะประเมินสถานการณ์จริงตามความเหมาะสมในการเลือกเกณฑ์ และให้คะแนนต่างๆ ในบางกรณีที่ปัญหาเห็นได้ชัดหรือมีน้อยอาจไม่ใช้ตารางเหล่านี้ก็ได้ เพียงแต่พิจารณาตามหลักการ

แล้วจัดลำดับความสำคัญเลย แต่วิธีการข้างต้นจะเป็นประโยชน์มาก กรณีที่มีปัญหาหลากหลาย มีแง่คิดซับซ้อนหรือผู้วางแผนมีหลายคนที่มีแนวคิดแตกต่างกันไป ซึ่งนอกจากการทราบถึงปัญหาของชุมชนที่สำคัญแล้ว สิ่งหนึ่งที่ต้องพิจารณาขึ้นไปคือ สาเหตุของปัญหานั้นๆ และข้อมูลต่างๆ จากการสำรวจอาจทำให้สามารถสรุปถึงสาเหตุของปัญหาได้และบางครั้งอาจต้องมีการสำรวจเพิ่มเติม เพื่อหาข้อมูลเฉพาะของปัญหานั้นๆ

การวินิจฉัยชุมชนนับเป็นหัวใจสำคัญของการแก้ไขปัญหาชุมชน เป็นกระบวนการสำคัญที่ทำให้ ผู้ทำงานทราบถึงปัญหาของชุมชนรวมถึงสาเหตุของปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นๆ ด้วย อันจะนำมาซึ่งการวางแผนงานเพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาของชุมชนอย่างเหมาะสมต่อไป การดำเนินการวินิจฉัยชุมชนทำให้เราเข้าใจผลการวินิจฉัยชุมชนที่ตนเกี่ยวข้อง ช่วยทำให้การทำงานในพื้นที่ดำเนินไปโดยถูกทิศทางและเกิดผลดีต่อประชาชน ทำให้แก้ปัญหาได้ตรงจุดและมีประสิทธิภาพ ปัญหาสุขภาพลดลงและหันมาเน้นการสร้างสุขภาพดีกว่าซ่อมสุขภาพด้วย

3. วิธี Matrix Method เป็นวิธีที่นิยมสำหรับการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและเหมาะสมอย่างยิ่งเมื่อการจัดลำดับปัญหาสุขภาพนั้นมีปัญหาที่หลากหลาย มีเกณฑ์ในการพิจารณาจำนวนมากและมีระดับความสำคัญที่แตกต่างกันหรือเมื่อหน่วยงานมีข้อจำกัดในการให้ความสำคัญกับปัญหาสุขภาพเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งเท่านั้น โดยมีขั้นตอนการจัดลำดับดังต่อไปนี้ คือ⁽⁷⁾

3.1) สร้างตารางเมตริกซ์ (Create a matrix) โดยเขียนรายการปัญหาสุขภาพ

ทั้งหมดแนวดิ่งตามแนวกแกน y และเขียนเกณฑ์ในแนวนอนตามแนวกแกน x ดังนั้นในแต่ละแถวจะเป็นรายการปัญหาแต่ละประเด็นและในแต่ละคอลัมน์จะเป็นแต่ละเกณฑ์และเพิ่มอีก 1 คอลัมน์สำหรับรวมคะแนนจัดลำดับ

3.2) ให้คะแนนตามเกณฑ์ (Rate against specified criteria) ประเมินปัญหาสุขภาพแต่ละปัญหาตามเกณฑ์ และให้คะแนนตามที่กำหนดไว้ลงในแต่ละช่อง เช่น 3 = ได้ตามเกณฑ์ดี 2 = ได้ตามเกณฑ์ และ 1 = ไม่ได้ตามเกณฑ์

3.3) กำหนดน้ำหนักของแต่ละเกณฑ์ (Weight the criteria) พิจารณาความสำคัญของแต่ละเกณฑ์หากมีระดับความสำคัญต่างกันให้กำหนดน้ำหนักของแต่ละเกณฑ์เกณฑ์ที่มีความสำคัญมากกว่าจะให้น้ำหนักมากเกณฑ์ที่ไม่ค่อยมีผลต่อการแก้ไขปัญหานั้นจะให้น้ำหนักน้อยลงมาโดยการให้คะแนนอาจจะกำหนดเป็นช่วง 1-5 หรือ 1-4 คะแนน ถ้าให้ 4 คะแนนหมายถึงเกณฑ์นั้นมีความสำคัญมาก และ 3, 2 และ 1 ตามลำดับ คะแนนของแต่ละช่องจะเป็นการนำเอาคะแนนที่ได้ในขั้นตอนที่ 2 คูณกับน้ำหนักของแต่ละเกณฑ์ หากเกณฑ์มีระดับความสำคัญเท่ากันขั้นตอนนี้จะข้ามไป

3.4) การรวมคะแนน (Calculate priority scores) เมื่อได้คะแนนทุกช่องแล้วทำการรวมคะแนนที่ได้ในแต่ละปัญหาโดยวิธีการคูณหรือบวกก็ได้แต่ถ้าใช้วิธีการคูณผลรวมของคะแนนแต่ละปัญหาจะแตกต่างกันอย่างชัดเจนมากกว่าการบวกจากนั้นทำการเปรียบเทียบคะแนนรวมที่แต่ละปัญหาได้รับปัญหาที่ได้คะแนนสูงสุดจะเป็นปัญหาที่มีความสำคัญเป็นอันดับแรก (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ตัวอย่างการจัดการลำดับความสำคัญของปัญหาด้วยวิธี Matrix Method

ปัญหา	เกณฑ์ 1 (คะแนน x น้ำหนัก)	เกณฑ์ 2 (คะแนน x น้ำหนัก)	เกณฑ์ 3 (คะแนน x น้ำหนัก)	คะแนนรวม
ปัญหา ก	$2 \times 2 = 4$	$2 \times 3 = 6$	$2 \times 3 = 6$	11
ปัญหา ข	$3 \times 2 = 6$	$2 \times 1 = 2$	$2 \times 3 = 6$	14
ปัญหา ค	$1 \times 2 = 2$	$1 \times 1 = 1$	$1 \times 3 = 3$	6

4. วิธี Nominal Group Technique (NGT)

วิธีการใช้กระบวนการกลุ่ม เป็นวิธีที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ เป็นการให้ประชาชนหรือกลุ่มตัวแทนตัดสินใจ ทั้งนี้สมาชิกในกลุ่มจะต้องมีความรู้ในปัญหาที่พบในชุมชนเป็นอย่างดีและมีการแลกเปลี่ยนข้อมูล วิธีนี้เน้นให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา ส่วนใหญ่มักใช้ร่วมกับการจัดเวทีประชาคม วิธีนี้เป็นประโยชน์ในระยะแรกของการจัดลำดับในกรณีที่ต้องการความคิดที่หลากหลายภายในระยะเวลาสั้นๆ รวมทั้งมีข้อมูลนำเข้าจากหลายบุคคลที่ต้องนำมาใช้ในการพิจารณา⁽⁷⁾ วิธีนี้ประกอบด้วยสองขั้นตอน ได้แก่

4.1) Listing Technique ประชาชนเสนอปัญหาต่างๆ ที่มีในชุมชน

4.2) Ranking technique ประชาชนลงคะแนนตัดสินใจเลือกปัญหาโดยใช้หลักประชาธิปไตย ปัญหาที่มีจำนวนผู้เลือกมากที่สุดถือเป็นปัญหาที่มีความสำคัญอันดับ 1 ถือได้ว่าเป็นปัญหาที่มาจากประชาชนแท้จริง

บทสรุป

การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพทั้งสี่วิธีดังกล่าวมาแล้วนั้น มีความซับซ้อนและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน ดังนั้นก่อนที่จะมีการจัด

ลำดับความสำคัญของปัญหา ผู้จัดกระบวนการตัดสินใจรวมทั้งพยาบาลอนามัยชุมชนด้วย จึงต้องทำความเข้าใจวิธีการและเทคนิคต่างๆ ให้ชัดเจน และหลีกเลี่ยงความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งจะช่วยให้กระบวนการตัดสินใจมีความรวดเร็วขึ้น ส่วนข้อดีและข้อจำกัดของแต่ละวิธี ซึ่งสรุปได้ดังนี้ คือ 1) Strategy Grids วิธีการนี้มุ่งเน้นไปที่แผนปฏิบัติการ ในการวิเคราะห์ตารางต้องมีหลักฐานที่เพียงพอ และเกณฑ์ที่ใช้ต้องมีความแตกต่างกัน เมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการอื่นพบว่าวิธีการนี้จะใช้เวลามากเนื่องจากผู้มีส่วนร่วมต้องใช้เวลาในการรับฟังรายละเอียดข้อมูลอย่างเพียงพอและตัดสินใจอย่างรอบคอบ 2) The Hanlon Method เป็นวิธีที่เป็นระบบ มีการกำหนดเกณฑ์ที่ชัดเจนรวมกับการพิจารณาข้อมูลพื้นฐานที่มีอยู่ ซึ่งปัจจุบันมีการปรับใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาระดับนโยบาย โดยองค์ประกอบที่พิจารณา ได้แก่ ขนาดของปัญหาความรุนแรงของปัญหาประสิทธิผลของการปฏิบัติงานและความเป็นไปได้ในการแก้ปัญหา สำหรับข้อจำกัดของวิธีนี้ คือ มีเทคนิคการให้คะแนนและวิธีการคำนวณที่ค่อนข้างซับซ้อนและเหมาะสม สำหรับการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่เป็นโรค และวิธีที่ 3) Matrix Method เป็นวิธีที่นิยมและเหมาะสำหรับการ

จัดลำดับปัญหาสุขภาพที่มีความหลากหลายและมีเกณฑ์ในการพิจารณาหลายเกณฑ์ หลายระดับ ซึ่งผู้ใช้ควรศึกษาแนวทางให้ชัดเจนและยังขึ้นอยู่กับพิจารณาของผู้ที่ทำงานด้วย วิธีที่นิยมมากที่สุดในการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่นิยมใช้ในกลุ่มนักวิชาการสาธารณสุขและพยาบาลชุมชน คือ การใช้วิธีการให้น้ำหนักเกณฑ์ (Criteria Weighting Method) ของภาควิชาบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล โดยการใช้เกณฑ์เกี่ยวกับขนาดของปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ความยากง่ายในการแก้ปัญหา และความตระหนักของชุมชนต่อปัญหา ช่วยให้ประชาชนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมซึ่งเป็นผลดีต่อชุมชน ดังนั้นพยาบาลชุมชนและบุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานในชุมชน ควรจะพิจารณาเลือกใช้วิธีการจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพตามความเหมาะสมกับบริบทและทรัพยากรในชุมชนด้วย เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพและประสบผลสำเร็จในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนอย่างยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ภาควิชาการพยาบาลชุมชน คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. การพยาบาลชุมชน 1 : แนวคิดหลักการ และกระบวนการพยาบาลชุมชน. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลการพยาบาลชุมชน; 2551. (เอกสารอัดสำเนา).
2. บุญชัย ภาละกาล. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาในกระบวนการดำเนินงานอนามัยชุมชน บทเรียนในการนำทฤษฎีสู่การปฏิบัติของนักศึกษาพยาบาลในชุมชน. วารสารการพยาบาล(Nursing Journal of the Ministry of Public Health; 2557: 1-11.
3. ภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. การวางแผนงาน/โครงการสาธารณสุข. กรุงเทพฯ: ภาควิชาบริหารสาธารณสุข; 2539. (เอกสารอัดสำเนา).
4. McDonald J, Ollerenshaw A. Priority setting health care: a framework for local catchment. Journal of Rural and Remote Health Research [Internet]. 2011. [cite 29 May 2022]. Available from: <http://www.rrh.org.au>.
5. สุชาดา ภัยหลีกถี้ และวัฒนะ ดิษฐ์เจริญ. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพ (Priority setting of the problems) ในการสร้างสุขภาพในมิติของการป้องกันโรคในบริบทหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา; 2546. หน้า 91-103.
6. นิรัตน์ อิมามี. เทคนิคการวางแผนงานโครงการสุขศึกษาและสาธารณสุข. (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์, 2543.
7. นิชาภัทร ชันสาคร. การจัดลำดับความสำคัญของปัญหาสุขภาพชุมชน. วารสารสุขศึกษา 2561; 41(2): 1-17.
8. National Association of Country and City Health Official(NACCHO). First things first: Priority health problems care [Internet]. 2011. [cite 1 July 2017]. Available from: (<http://archived.nac-cho.org/topics/infrastructure/accreditation/upload/Prioritization Sumaries and Examples.pdf>).

ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. รอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน
กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ชุมชนบ้านสว่างเหนือ ตำบลห้วย อำเภอบุพผราวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

กนกฉัตร สมชัย¹, นัฐพล ศรีทวัน², วชิรา คำยาว³,
ประเสริฐ ประสมรักษ์⁴, ทนงค์ดี มูลจันดา⁵, ขนิษฐา ตะลุดตะกำ⁶

(วันที่รับบทความ : 20 กรกฎาคม 2565, วันที่แก้ไข: 15 พฤศจิกายน 2565, วันที่ตอบรับ 23 พฤศจิกายน 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. รอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ชุมชนบ้านสว่างเหนือ ตำบลห้วย อำเภอบุพผราวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ เครื่องมือในการทดลอง โดยโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่มีค่าเชื่อมั่นเท่ากับ .712 ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทุกรายในชุมชนซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 8 ราย และเก็บข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ และระดับน้ำตาลในเลือดของ ในกลุ่มตัวอย่างเสี่ยงเบาหวาน จำนวน 22 คน ซึ่งได้จากการคำนวณโดยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อน-หลัง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ด้วยสถิติ Paired sample test/Wilcoxon Sign Rank test ด้วยโปรแกรมโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS

ผลการศึกษาพบว่า อสม. จำนวน 8 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.5 อายุเฉลี่ย 46.5 ปี (S.D.=1.13) โดยภายหลังได้รับโปรแกรมฯ พบว่ามีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (85.00 (S.D. 4.41) VS 99.88 (S.D. 13.72) : P-value = 0.01) โดยหากพิจารณาเป็นระดับพบว่ามีความรอบรู้ระดับดีมากหรือรู้แจ้งแตกฉานเพิ่มจากร้อยละ 12.5 เป็นร้อยละ 50.0 ผลในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานจำนวน 22 คน ภายหลังได้รับการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานดำเนินงานโดย อสม. พบว่าค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมไม่แตกต่างกันทางสถิติระหว่างก่อน-หลังการทดลอง (Mean=62.90 (6.85) VS Mean=65.95 (6.59): P-value = 0.46) และค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดแม้ว่าจะไม่พบความแตกต่างกันทางสถิติระหว่างก่อน-หลังการทดลอง แต่อย่างไรก็ตามยังผู้มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ร้อยละ 54.5

ดังนั้น ควรพัฒนาโปรแกรมให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นและนำไปใช้ประโยชน์ในการส่งเสริม ศักยภาพ อสม. เพื่อเพิ่มขีดจำกัดความสามารถด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

คำสำคัญ : กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

(1,2,3,) นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต, ⁴อาจารย์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

⁵พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ⁶เจ้าพนักงานสาธารณสุขชำนาญงาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาผาง

Corresponding author : กนกฉัตร สมชัย email : kanokchatsomchai@gmail.com

The Effects of the Programme to Develop the Potential of Village Health Volunteers for Changing Health Behaviours for Diabetes at Ban Sawang Nuea Community, Huai Subdistrict, Pathum Ratchawongsa District, Amnat Charoen Province

Kanokchat Somchai¹, Natthaphon Srithawan², Wachira Khamyao³, Prasert Prasomruk⁴
Thanongsak Munchanda⁵, Khanittha Talutakam⁶

(Receive 20th June 2022; Revised: 15th November 2022; Accepted 23rd November 2022)

Abstract

This research-action aims at studying the effects of the program of potential development of villages healthy volunteers. Well-versed in health behavior change of high risk population for diabetes Ban Sawang Nuea Community, Huai Subdistrict, Pathum Ratchawongsa District Amnat Charoen Province Experimental tools by the villages healthy volunteers potential development program in modifying health promoting behaviors. Of high risk population for diabetes and collected data with a health literacy questionnaire. with a reliability value of 0.71 in all 8 village health volunteers in the community. Health behavior data were collected. and blood sugar levels of in a sample of 22 high risk population for diabetes, calculated by the formula comparing the mean before-after Data were analyzed by descriptive statistics. and inferential statistics with Paired sample test / Wilcoxon Sign Rank test for analysis SPSS.

The results of the study revealed that 8 villages healthy volunteers were 62.5% women, with an average age of 46.5 years (S.D.=1.13). The average score of health knowledge increased significantly statistically (85.00 (S.D.4.41) vs 99.88 (S.D.13.72): P-value= 0.01) If the knowledge level or knowledge level is considered to be very good, it will increase from 12.5% to 50.0%, leading to the high risk population for diabetes. 22 people were promoted by VHV to change the health behavior of high risk population for diabetes. Average score of overall health behavior before and after the experiment (mean=62.90 (6.85) vs mean=65.95 (6.59)): P-value=0.46) and the average blood glucose level, although there was no statistical difference before and after the experiment. However, blood glucose levels decreased by 54.5%.

Therefore, the program should be developed to be more effective and utilized to promote the potential of village health volunteers in order to increase the limits of their ability to change health behaviors of people at risk of diabetes.

Keyword : high risk population for diabetes, Village health volunteers(VHV),
Heath literacy, Health Behavior Modification

^(1,2,3)Public Health Student Amnatcharoen campus Mahidol University, ⁴Lecturer of Public Health Prograam Amnatcharoen campus Mahidol University ⁵Registered Nurse (Professional Level) ⁶Public Health Officer (Experienced Level) ^(5,6)Na Phang Health Promotion Hospital
Corresponding author : Kanokchat Somchai email : kanokchatsomchai@gmail.com

บทนำ (Introduction)

โรคเบาหวาน เป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นอาจก่อความเสียหายร้ายแรงต่อหัวใจ หลอดเลือด ดวงตา ไต และเส้นประสาท โรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบมากในกลุ่มวัยผู้ใหญ่ ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อร่างกายดื้อต่ออินซูลินหรือไม่สามารถผลิตอินซูลินได้เพียงพอ องค์การอนามัยโลกได้รายงานทั่วโลก ประมาณ 346 ล้านคนป่วยด้วยโรคเบาหวาน 3 ใน 4 ของประชากรที่ป่วยด้วยโรคเบาหวานอาศัยอยู่ในประเทศที่มีรายได้ในระดับต่ำและปานกลาง โรคเบาหวานกระจายตัวในกลุ่มผู้ใหญ่ที่มีอายุมากกว่า 18 ปีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.7 ในปี 2523 ถึงร้อยละ 8.5 ในปี 2557 ซึ่งปัจจุบันมีผู้ป่วยโรคเบาหวานกว่า 420 ล้านคนทั่วโลก คาดว่าจะมีการเพิ่มจำนวนขึ้นเป็น 570 ล้านคนภายในปี 2573 และ 700 ล้านคนภายในปี 2588⁽¹⁾ จากการสำรวจของสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติคาดการณ์โรคเบาหวานในภาคพื้นแปซิฟิกในปี พ.ศ. 2560 ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวาน 4.4 ล้านคนมากเป็นอันดับ 4 รองจาก จีน อินเดีย ญี่ปุ่น⁽²⁾ จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นโรคเบาหวานเป็นปัญหาสำคัญที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งในระดับโลกและประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง

จากการรวบรวมข้อมูลกลุ่มเสี่ยงเบาหวานสูง ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน Metabolic Syndrome โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาผาง ตำบลห้วย อำเภอบุพผราวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า 5 ปี ย้อนหลังตั้งแต่ปีพ.ศ. 2560 – 2564 มีอัตราการเพิ่มขึ้นของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานเพิ่มขึ้นจำนวน 110, 132, 112, 155, 240 คน ตามลำดับและในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 250 คน จากการศึกษาและ

วินิจฉัยชุมชน พบว่าปัญหาด้านสุขภาพอันดับหนึ่งของชุมชนบ้านสว่างเหนือ หมู่ที่ 4 ตำบลห้วยอำเภอบุพผราวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ คือปัญหาเรื่องโรคเบาหวาน ทั้งนี้คณะผู้วิจัยเล็งเห็นถึงความสำคัญบทบาทของ อสม. ในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Change agents) พฤติกรรมด้านสุขภาพอนามัยของประชาชนในชุมชนให้คำแนะนำถ่ายทอดความรู้แก่เพื่อนบ้านและแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว และเป็นผู้ให้บริการสาธารณสุขแก่ประชาชนในชุมชน⁽³⁾ (คู่มือ อสม. สสอ.สามชุก) ซึ่งอสม.เป็นบุคลากรทางด้านสาธารณสุขที่มีความใกล้ชิดประชาชนในชุมชนมากที่สุด และได้ตระหนักถึงความสำคัญต่อปัญหาทางด้านสุขภาพของชุมชน ดังนั้นทางคณะผู้วิจัยจึงจำเป็นต้องศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. รอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ชุมชนบ้านสว่างเหนือ ตำบลห้วย อำเภอบุพผราวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในชุมชนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ด้วยตนเองและไม่กลายเป็นกลุ่มผู้ป่วยรายใหม่ด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs) ในอนาคต

วัตถุประสงค์งานวิจัย (Research Objectives)

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. รอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ชุมชนบ้านสว่างเหนือ ตำบลห้วย อำเภอบุพผราวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. ประชากร

1.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประกอบด้วย 9 หมู่บ้าน ได้แก่

บ้านสว่างเหนือ บ้านสว่างใต้ บ้านนาผางหมู่ที่ 2 บ้านนาผางหมู่ที่ 6 บ้านห้วย บ้านค่าน้อย บ้านหนองสะโน บ้านห้วยน้อย และบ้านน้อยนาดี เขตพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาผาง ตำบลห้วย อำเภอบุพผราวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 114 คน

1.2 กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ที่ได้รับการขึ้นทะเบียนกลุ่มโรค Metabolic ในเขตพื้นที่ให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาผาง ตำบลห้วย อำเภอบุพผราวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 1,895 คน

2. กลุ่มตัวอย่าง

2.1 อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จากการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เก็บตัวอย่างจากหมู่บ้านสว่างเหนือทั้งหมด จำนวน 8 คน

2.2 กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ได้รับการขึ้นทะเบียนกลุ่มโรค Metabolic ในเขตพื้นที่ให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนาผาง ตำบลห้วย อำเภอบุพผราวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 1,895 คน โดยคำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่ม ก่อน-หลัง⁽⁴⁾ โดยแทนค่าความแปรปรวนเท่ากับ 0.916 และค่าเฉลี่ยของผลต่างระหว่างกลุ่มเท่ากับ 0.05 อ้างอิงจากการศึกษาของสมบัติ วัฒนะ และดรชนิ สินธุวงศานนท์⁽⁵⁾ กำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ 1.96 และอำนาจการทดสอบที่ 0.84 เมื่อแทนค่าตามสูตรได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 26.31 และคิดอัตราการสูญเสียร้อยละ 10 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 29 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling) ด้วยการจับสลากโดยสุ่มตัวอย่างจากหมู่บ้านในเขตพื้นที่ให้บริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลนาผาง ตำบลห้วย อำเภอบุพผราวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ ทั้ง 9 หมู่บ้าน เก็บตัวอย่างจากหมู่บ้านสว่างเหนือทั้งหมด โดยเกณฑ์คัดเข้า 1) เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่ได้รับการลงทะเบียนกลุ่มเสี่ยงต่อโรค Metabolic 2) ยินดีเข้าร่วมโปรแกรมและสามารถมาเข้าร่วมกิจกรรมได้จนจบโปรแกรม 3) สามารถอ่านออกเขียนภาษาไทยได้ เกณฑ์คัดออกเจ็บป่วยมากหรือเป็นผู้ติดเชื่อหรือใกล้ชิดผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ซึ่งผ่านเกณฑ์คัดเข้าคัดออกแล้วจำนวน 22 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยคณะผู้วิจัยเป็นผู้พัฒนาขึ้นประกอบด้วย 3 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การจัดอบรมโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน หลักสูตร 9 ชั่วโมง โดยใช้หลักสูตรพัฒนาศักยภาพ อสม. รอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ชุมชนบ้านสว่างเหนือ ตำบลห้วย อำเภอบุพผราวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ เนื้อหาประกอบด้วย 1) เข้าถึงง่ายเพียงปลายนิ้ว 2) การสร้างการรับรู้ความสามารถตนเอง 3) การดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน 4) การออกกำลังกาย และ 5) การจัดการความเครียด

ขั้นตอนที่ 2 ระยะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เริ่มปฏิบัติการให้ความรู้และกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

ขั้นตอนที่ 3 ติดตามผลการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในทุกๆ 1 สัปดาห์ ด้วยสมุดบันทึกพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลวิจัย

2.1 แบบสอบถามอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อวัดผลการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของอสม. เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา และอาชีพหลัก

ส่วนที่ 2 แบบประเมินวัดความรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง และการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ จำนวน 23 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Rating Scale 1 (ปฏิบัติมากที่สุด) ถึง 5 (ปฏิบัติน้อยที่สุด) การแปลผลโดยใช้แบบอิงกลุ่มเป็น 4 ระดับได้ดังนี้

การแปลผล

อยู่ระดับดีมากหรือรู้แจ้งแตกฉาน

ช่วงคะแนน 92 - 115 (80% ขึ้นไป)

อยู่ในระดับดีหรือรู้จริง

ช่วงคะแนน 81 - 91 (70 - 79%)

อยู่ในระดับพอใช้หรือรู้จัก

ช่วงคะแนน 69 - 80 (60 - 69%)

อยู่ในระดับไม่ดี

ช่วงคะแนน น้อยกว่า 69 (60%)

2.2 แบบสอบถามประชาชนกลุ่มเสี่ยง

เบาหวาน ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นเพื่อวัดผลการศึกษา ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคเบาหวาน รายได้เฉลี่ย น้ำหนัก ส่วนสูง อาชีพหลัก และบทบาททางสังคม

ส่วนที่ 2 แบบประเมินวัดความรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ เป็นคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 26 ข้อ ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ และความสามารถในการตัดสินใจ

การแปลผล

อยู่ระดับดีมากหรือรู้แจ้งแตกฉาน ช่วงคะแนน

68 - 85 (80% ขึ้นไป)

อยู่ในระดับดีหรือรู้จริง ช่วงคะแนน

60 - 67 (70 - 79%)

อยู่ในระดับพอใช้หรือรู้จัก ช่วงคะแนน

51 - 59 (60 - 69%)

อยู่ในระดับไม่ดี ช่วงคะแนน น้อยกว่า 51 (60%)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการรับประทานอาหาร **ออกกำลังกาย** **สูบบุหรี่** **ดื่มสุรา** ประกอบด้วย พฤติกรรมการรับประทานอาหาร พฤติกรรมการดื่มสุรา พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พฤติกรรมการจัดการความเครียด และพฤติกรรมการออกกำลังกาย จำนวน 19 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ Rating Scale 1 (ปฏิบัติน้อย) ถึง 5 (ปฏิบัติมากที่สุด) การแปลผลโดยใช้แบบอิงกลุ่มเป็น 4 ระดับได้ดังนี้

การแปลผล

การปฏิบัติระดับดีมาก

ช่วงคะแนน 76 - 95 (80% ขึ้นไป)

การปฏิบัติระดับดี

ช่วงคะแนน 67 - 75 (70 - 79%)

การปฏิบัติระดับพอใช้

ช่วงคะแนน 57 - 66 (60 - 69%)

การปฏิบัติระดับไม่ดี

ช่วงคะแนน น้อยกว่า 57 (60 %)

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

1) **คุณลักษณะส่วนบุคคลของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)** กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) บ้านสว่างเหนือซึ่งมีคุณสมบัติตามระเบียบของกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 8 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 62.5 อายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 50.0 อายุเฉลี่ย 46.5 ปี (S.D.=1.13) อายุต่ำสุด 30 ปี สูงสุด 61 ปี ระดับการศึกษา

มัธยมศึกษาตอนปลายหรือปวช. ร้อยละ 62.5 อาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 87.5

2) **ผลของความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)** เมื่อพิจารณารายด้านและภาพเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชุมชนบ้านสว่างเหนือ ตำบลห้วย อำเภอบึงสามพัน จังหวัดอำนาจเจริญ พบว่า ภาพรวมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีระดับความรู้ระดับดีมากหรือรู้แจ้งแตกฉาน ร้อยละ 50.0 โดยด้านที่มีระดับความรู้ดีมากหรือรู้แจ้งแตกฉาน คือด้านทักษะการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ ร้อยละ 100.0 และด้านที่มีความรอบรู้ระดับมาก รองลงมา มี 2 ด้านเท่ากัน คือด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ และทักษะความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ ร้อยละ 87.5 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละของ ระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชุมชนบ้านสว่างเหนือ ตำบลห้วย อำเภอบุพผราชนางศา จังหวัดอำนาจเจริญ รายด้านและภาพรวม (n=8)

ความรอบรู้	ก่อนการทดลอง				หลังการทดลอง			
	จำนวน (ร้อยละ)				จำนวน(ร้อยละ)			
	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก	ไม่ดี	พอใช้	ดี	ดีมาก
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	2 (25.0)	1 (12.5)	2 (25.0)	3 (37.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (12.5)	7 (87.5)
ทักษะความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	0 (0.0)	1 (12.5)	3 (37.5)	4 (50.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	1 (12.5)	7 (87.5)
ทักษะการโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	0 (0.0)	0 (0.0)	5 (62.5)	3 (37.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	8 (100)
ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ	1 (12.5)	0 (0.0)	4 (50.0)	3 (37.5)	1 (12.5)	1 (12.5)	2 (25.0)	4 (50.0)
ทักษะการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	0 (0.0)	4 (50.0)	1 (12.5)	3 (37.5)	0 (0.0)	0 (0.0)	2 (25.0)	6 (75.0)
ทักษะการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ	0 (0.0)	3 (37.5)	3 (37.5)	2 (25.0)	0 (0.0)	2 (25.0)	2 (25.0)	4 (50.0)
ระดับ ความรอบรู้ภาพรวม	0 (0.0)	1 (12.5)	6 (75.0)	1 (12.5)	1 (12.5)	0 (0.0)	3 (37.5)	4 (50.0)

3) เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองของความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. รอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ชุมชนบ้านสว่างเหนือ ตำบลห้วยอำเภอปทุมราชวงศา จังหวัดอำนาจเจริญพบว่า ภาพรวมของความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. ก่อนการได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างจากภายหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. รอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

สุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} = 0.01$ เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าก่อนการได้รับโปรแกรมมีความแตกต่างจากภายหลังได้รับโปรแกรมฯ ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.05$ (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ก่อนและหลังผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. ต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพของ อสม.

ทักษะความรู้ด้าน	ก่อนการทดลอง Mean (S.D.)	หลังการทดลอง Mean (S.D.)	p-value
การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	14.25(2.12)	17.88(2.23)	0.01
ความเข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพที่เพียงพอต่อการปฏิบัติ	15.38(1.51)	17.88(2.10)	0.02
การโต้ตอบซักถามเพื่อเพิ่มความรู้ความเข้าใจ	15.38(1.30)	18.00(1.93)	0.01
ทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ	14.63(1.41)	16.13(3.09)	0.11
การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตนเอง	11.00(1.19)	13.25(1.75)	0.01
ด้านการบอกต่อข้อมูลด้านสุขภาพ	14.38(1.30)	16.75(3.28)	0.06
ภาพรวม	85.00 (4.41)	99.88(13.72)	0.01

วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired sample test

ผลการศึกษาในประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จำนวน 22 คน คิดเป็นอัตราคงเหลืออยู่ร้อยละ 91.67 โดยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 59.1 อายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 54.5 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 59.1 ไม่มีประวัติสมาชิกในครอบครัวป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 72.2 รายได้ ไม่เกิน 2,000 บาท ร้อยละ 63.6 ดัชนีมวลกาย อ้วนหรือโรคอ้วนระดับ 2 (ระหว่าง 25 - 29.90) ร้อยละ 45.4 อาชีพ เกษตรกร ร้อยละ 82.6 และ

ส่วนใหญ่มีบทบาททางสังคมเป็นประชาชนทั่วไปในชุมชน ร้อยละ 77.3

2. ผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดย อสม. ภายหลังการได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดย อสม. พบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานก่อนและหลังการได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทุกด้านไม่แตกต่างกันทางสถิติ เมื่อพิจารณาภาพรวมของความรอบรู้ก่อน-หลังการทดลอง (Mean = 84.77 (4.67) VS Mean = 84.95 (7.93)) : P-value = 0.92 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังการทดลองด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

ความรอบรู้	Mean (S.D.)		t	p-value
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง		
ด้านทักษะการเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพ	16.50 (1.87)	16.50 (1.59)	.00	1.00 ^A
ด้านการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	16.68 (1.88)	16.50 (1.56)	.37	.71 ^B
ด้านการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	11.90 (0.92)	11.50 (2.28)	.76	.45 ^A
ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	16.09 (.92)	16.50 (1.81)	.98	.32 ^A
ความสามารถในการตัดสินใจในการปฏิบัติ ในอนาคตหรือตามเงื่อนไขในการใช้ชีวิต	23.59 (3.69)	23.95 (3.47)	.39	.70 ^B
ภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพ	84.77 (4.67)	84.95 (7.93)	.10	.92 ^A

A วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon และ B วิเคราะห์ด้วย Paired sample test

3. พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน พฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด และการออกกำลังกาย พบว่า ทุกด้านมีความแตกต่างกันภายหลังการทดลองเมื่อเปรียบเทียบจากก่อนการทดลอง

โดยด้านที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด คือ ด้านการออกกำลังกาย ก่อนการทดลอง Mean=6.68 (1.69) และหลังการทดลอง Mean=7.59 (1.71) ค่าเฉลี่ยผลต่างเท่ากับ 2.29 (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลองระดับพฤติกรรมสุขภาพ ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานรายด้านและภาพรวม

พฤติกรรมสุขภาพ	Mean (S.D.)		t	P-value
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง		
ด้านการรับประทานอาหาร	35.72 (4.78)	36.04 (4.79)	0.30	0.76 ^A
ด้านการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	3.95 (1.33)	4.14 (1.13)	0.71	0.47 ^B
ด้านการสูบบุหรี่	8.05 (2.08)	8.45 (16.68)	1.38	0.17 ^B
ด้านการจัดการความเครียด	8.31 (1.78)	9.72 (3.07)	1.83	0.08 ^A
ด้านการออกกำลังกาย	6.86 (1.69)	7.59 (1.71)	2.29	0.03 ^A
ภาพรวมพฤติกรรมสุขภาพ	62.90 (6.85)	65.95 (6.59)	0.75	0.46 ^B

A วิเคราะห์ด้วยสถิติ Wilcoxon B วิเคราะห์ด้วยสถิติ Paired t-test

4) ระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานเปรียบเทียบก่อนและหลังได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดย อสม.

ค่าระดับน้ำตาลในเลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน พบว่า ภายหลังการได้รับ

การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดย อสม. ส่วนใหญ่มีระดับการเปลี่ยนแปลงในระดับที่ลดลง ร้อยละ 54.5 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) ก่อนและหลังการได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

โดย อสม. พบว่า ก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (Mean=107.63, S.D.=8.47) และ หลังการได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

(Mean=104.81, S.D.=11.08) ค่าเฉลี่ยผลต่าง เท่ากับ 1.16 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ (P-value=0.26) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดด้วยการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว (DTX) ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานก่อนและหลังการทดลอง (n=22)

ค่าน้ำตาล	Mean (S.D.)		t	P-value
	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง		
ระดับน้ำตาลในเลือดจากการเจาะน้ำตาลปลายนิ้ว ก่อนและหลังการทดลอง	107.63 (8.47)	104.81 (11.08)	1.16	0.26

อภิปรายผลการศึกษา

1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชุมชนบ้านสว่างเหนือ ตำบลห้วย อำเภอบุพผราชนวน จังหวัดอำนาจเจริญ มีระดับความรู้ในระดับดีมากหรือระดับรู้แจ้งแตกฉาน (Critical health literacy) ร้อยละ 50.0 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ P-value = 0.01 สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมของ อรรถวรรณ นามมนตรี⁽⁶⁾ พบว่า Health literacy เป็นทักษะที่เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้อยู่ในระดับสูง ช่วยเพิ่มทักษะชีวิต ส่งผลเกื้อหนุนสุขภาพของปัจเจกบุคคลและชุมชน⁽⁴⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ กชกร สมมัง ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในข้าราชการกลุ่มเสี่ยงจังหวัดลพบุรี พบว่า ภายหลังการได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้ด้านสุขภาพไปในทางที่ถูกต้อง

และเหมาะสมมากยิ่งขึ้น⁽⁷⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Don Nutbeam⁽⁸⁾ ที่กล่าวว่า ความรอบรู้ระดับ Critical health literacy นอกจากยังเป็นประโยชน์ในระดับบุคคลแล้วยังสามารถเชื่อมโยงไปสู่ประโยชน์ต่อประชาชน⁽⁸⁾

2) ความรอบรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ภายหลังการได้รับการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดย อสม. ที่ผ่านโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม. รอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับดีมากหรือรู้แจ้งแตกฉาน แสดงให้เห็นว่าเป็นผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มากพอและสามารถปฏิบัติตนให้มีสุขภาพที่ดีได้อย่างถูกต้องและยั่งยืนจนเชี่ยวชาญได้ สอดคล้องกับการศึกษาของธัญชนก ชุมทอง และคณะ⁽⁹⁾ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีบทบาทสำคัญที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ⁽⁹⁾

3) พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จากการศึกษาพบว่า สามารถอธิบายได้ว่าเมื่อประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพทางบวกหรือในระดับที่สามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของประเวช ชุ่มเกษรกุลกิจ และคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทยพบว่า ความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ⁽¹⁰⁾

4) ระดับน้ำตาลในเลือดของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จากการศึกษาในครั้งนี้พบว่า ภายหลังการทดลองประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน มีระดับน้ำตาลลดลงเพียงเล็กน้อยแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ อาจกล่าวได้ว่าภายหลังการได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดย อสม. ที่ผ่านโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. รอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานอยู่ในระดับดีถึงดีมาก ซึ่งสามารถแสดงให้เห็นได้ว่าเมื่อประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ดีจนสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องมีผลให้พฤติกรรมสุขภาพดี ย่อมส่งผลให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ สอดคล้องกับการศึกษาของกฤตพงษ์ โรจนวิภาต และเวณิกา โนทา⁽¹¹⁾ พบว่า ผลลัพธ์ทางสุขภาพกลุ่มผู้ป่วยจากการเข้าร่วมโครงการ และได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในภาพรวมทั้งหมดหลังการดำเนินโครงการ พบว่ามีแนวโน้มที่ดีขึ้นในทุกเรื่อง เมื่อวิเคราะห์ทางสถิติพบว่า

มีเพียงรอบเอวไม่เกินเกณฑ์, การควบคุมความดันโลหิตได้ ส่วนการควบคุมระดับน้ำตาลดีขึ้นเพียงเล็กน้อย ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$)⁽¹¹⁾ และสอดคล้องกับการศึกษา Hersh และคณะ พบว่าจากการศึกษาระดับของ Fasting Blood Sugar คอเลสเตอรอลลดลง อันเป็นผลจากปัจเจกบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดี ย่อมส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี⁽¹²⁾

โดยสรุปผลของการศึกษาแสดงให้เห็นถึงความรู้ด้านสุขภาพ เป็นความสามารถของบุคคลในการประเมินข้อมูลสุขภาพด้านต่างๆ ที่บุคคลเข้าถึงได้เพื่อนำมาประกอบการตัดสินใจเพื่อเลือกปฏิบัติ ซึ่ง อสม. โดยบริบทแล้วมีความใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ เมื่อเข้ามาเป็นผู้ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การติดตามผลของพฤติกรรมสุขภาพและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยภาพรวมมีแนวโน้มดีขึ้นและส่งผลให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แม้เพียงเล็กน้อย อาจกล่าวได้ว่าเมื่อ อสม. มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับที่รู้แจ้งแตกฉานจะสามารถส่งเสริมให้ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีความรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นจนสามารถตัดสินใจเพื่อเลือกปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และสามารถควบคุมปัจจัยก่อโรคไม่ให้พัฒนากลายเป็นกลุ่มป่วย ดังนั้นประชาชนทุกพื้นที่จึงควรได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้สามารถเข้าถึงเข้าใจ ประเมินข้อมูลด้านสุขภาพ จนนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้ประโยชน์

1. ควรนำโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. รอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไปขยายผล ในเขตบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลอื่นๆ และขยายสู่ระดับอำเภอ ระดับ จังหวัดต่อไป

2. สามารถนำโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. รอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานประยุกต์ ใช้ในประชาชนกลุ่มโรคอื่นๆ และส่งเสริม ในประชาชนที่มีสุขภาพดีให้เกิดความตระหนักรู้ และส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้สามารถ ดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้องเหมาะสม

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ต่อยอดการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. รอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ให้มีความรอบรู้เท่าทันทักษะที่จำเป็นเท่า สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ

2. ศึกษารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพ ชุมชนเพื่อนำไปออกแบบคู่มือหรือ พัฒนาหลักสูตรพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เจ้าหน้าที่ สาธารณสุขระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements)

ขอขอบพระคุณโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลนาผาง อาสาสมัครสาธารณสุข และ ประชาชนในชุมชนบ้านสว่างเหนือ มหาวิทยาลัย มหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ ที่อำนวยความสะดวก แก่ผู้วิจัยด้านข้อมูลเป็นอย่างดี

และสนับสนุนงบประมาณในการสร้างสรรค์ นวัตกรรมเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพชุมชนด้วย งานวิจัยให้สามารถลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization, Draft recommendations to strengthen and monitor diabetes responses within national noncommunicable disease programmes, including potential targets. WHO Discussion Paper [internet]. 2021 [cited 2022 Apr 15]: 1-9. Available from: <https://www.who.int/publications/m/item/who-discussion-paper-draft-recommendations-to-strengthen-and-monitor-diabetes-responses-within-national-noncommunicable-disease-programmes-including-potential-targets>
2. International Diabetes Federation, IDF Diabetes Atlas 10TH edition. 2021. Available from: <https://diabetesatlas.org/atlas/tenth-edition/>
3. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามชุก. คู่มือ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.). สุพรรณบุรี: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสามชุก. เข้าถึงได้จาก: <https://www.govsite.com/samc00749/document.php?page=1>
4. นิคม ถนอมเสียง. การคำนวณขนาดตัวอย่าง [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561 [เข้าถึงเมื่อ 16 เม.ย. 2565]. เข้าถึงได้จาก:

- https://home.kku.ac.th/nikom/516201_sample_size_nk2561.pdf
5. สมบัติ วัฒนะ และดรธรณี สินธุวงศานนท์. ผลลัพธ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยวิธีพุทธสำหรับผู้ใช้บริการกลุ่มเสี่ยงอายุ 35 ปีขึ้นไปต่อโรคเบาหวาน กรณีศึกษาตำบลธงชัยเหนือ อำเภอปักธงชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 : วารสารส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2562; 13: 76-91.
 6. อรวรรณ นามมนตรี. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy). วารสารทันตภิบาล. 2561; 29: 122-28.
 7. กชกร สมมั่ง. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในข้าราชการกลุ่มเสี่ยงจังหวัดลพบุรี. โรงพยาบาลสิงห์บุรี เวชสาร. 2563; 29: 87-98.
 8. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health Promotion International. 2000; 15: 259-67.
 9. ธัญชนก ชุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ และขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน และความดันโลหิตสูงในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. Science and Technology Silpakorn University. 2559; 3: 67-85.
 10. ประเวศ ชุ่มเกษรกุลกิจ, นิรันตา ไชยพาน, สุจิตรา บุญกล้า และจักรกฤษณ์ พลราชม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564; 15: 25-36.
 11. กฤตพงษ์ โรจนวิภาต และเวณิกา โนทา. การพัฒนารูปแบบการสร้างความรู้ด้านสุขภาพของชุมชนเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง อำเภอเวียงสา จังหวัดน่าน. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2563; 10(2): 274-90.
 12. Lauren H, Brooke S, Danielle S. Health Literacy in Primary Care Practice. ProQuest. 2015; 92: 118-24.

ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก และครู/ผู้ดูแลเด็ก ในเขตสุขภาพที่ 5

กัญญา โพธิ์ปิติ

(วันที่รับบทความ: 20 ตุลาคม 2565, วันที่แก้ไข: 22 พฤศจิกายน 2565, วันที่ตอบรับ 29 พฤศจิกายน 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวางครั้งนี้ เป็นการศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 5 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เลี้ยงดูหลักและเด็กที่มีอายุ 9 เดือน - 5 ปี จำนวน 405 คู่ คัดเลือกพื้นที่ 4 จังหวัด จาก 8 จังหวัด สุ่มตัวอย่าง แบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักซึ่งมีความสอดคล้องเท่ากับ 0.93 และค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.94 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ไคสแควร์ และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 59.5 เมื่อแยกรายด้าน พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยระดับต่ำ ในด้านการค้นหาข้อมูล การตรวจสอบและตัดสินใจ และด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล ร้อยละ 58.0, 58.0, และ 52.1 ตามลำดับ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับเด็กและลักษณะครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) โดยอายุของผู้เลี้ยงดูหลักมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย และระดับการศึกษามีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) และความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ (ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)

สรุปผลและข้อเสนอแนะ จากการศึกษาจะเห็นได้ว่าผู้เลี้ยงดูหลักยังไม่มี ความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ควรนำผลการศึกษาไปออกแบบกระบวนการจัดการเรียนรู้ในการเสริมสร้างความรอบรู้ ด้านสุขภาพให้กับพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้เลี้ยงดูเด็กในแต่ละพื้นที่ผ่านกิจกรรมครอบครัวคุณภาพและโรงเรียนพ่อแม่

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, เด็กปฐมวัย, ผู้เลี้ยงดูหลัก

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

Corresponding author : กัญญา โพธิ์ปิติ E-mail : potipiti_kunya@hotmail.com

Heath Literacy of Major Caregivers and Teachers/Child Caregivers about Early Childhood Care in the Health Region 5

Kunya Potipiti

(Receive 20th October 2022; Revised: 22th November 2022; Accepted 29th November 2022)

Abstract

This descriptive research aimed to study the health literacy of major caregivers and factors that related to health literacy of major caregivers who rising early childhood. The samples of this research were major caregivers and children who were 9 month - 5 years old. Data was collected by random sampling amount 4 province in 8 province of the 5th health region by multi stages sampling. The samples were 405 couple. Collect data were the personal information by questionnaire on health literacy of major caregivers about early childhood care which had IOC value of 0.93 and reliability value of 0.94.. Data analyze were used percentage Chi-square test and Pearson's Correlation Coefficient.

The research found that health literacy of major caregivers about early childhood care was faired, as a percentage more than half (59.5%). When separating by sides, found that low level of the health literacy, including in search of information, examination and decision making, self-management and interpersonal communication as follows 58.0 %, 58.0 % and 52.1 % respectively. We also found statistically significant (p -value <0.05) related factor to health literacy including age, education level, occupation, sufficient income, relation with children and family typing. However, the age of major caregiver was negative correlation to this issue, on the other hand education was result in positive correlation. Nevertheless, knowledge of early childhood upbringing were strong associated with nutritional status (by standard height according to age) (p -value <0.05).

Summary and suggestion from the study, The major caregiver lack of the health literacy in raising early childhood. The suggestion area that the administrators should use results of the study to design a learning management process. To enhance health literacy for early childhood caregivers, according to the problems and needs of the caregivers in each area by quality family and school parent activities.

Key word: health literacy, early childhood, major caregivers

Register Nurse (Professional level), Health Center Regional 5 Ratchaburi

Corresponding author : kunya potipiti E-mail : potipiti_kunya@hotmail.com

บทนำ

นโยบายการพัฒนาคนตามกรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580)⁽¹⁾ และแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) มีเป้าหมายสำคัญร่วมกัน คือ การพัฒนาและสร้างเสริมศักยภาพคนทุกกลุ่มวัย และการปฏิรูประบบเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาวะที่ดีได้ด้วยตนเอง ประกอบด้วยการดำเนินการเสริมสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพในการป้องกันและควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ รวมถึงการดำเนินการเพื่อสร้างสภาพแวดล้อม ที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะที่ดี และส่งเสริมให้ชุมชนมีความรอบรู้และเป็นฐานในการสร้างสุขภาวะที่ดีของประชาชน มีการพัฒนาองค์ความรู้และการสื่อสารด้านสุขภาพที่ถูกต้องและเชื่อถือได้ให้แก่ประชาชน พร้อมทั้งเฝ้าระวังและจัดการความรู้ทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและปัญหาการอบรมเลี้ยงดูและพัฒนาการเด็กปฐมวัยก็ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยเฉพาะเด็กในวัยแรกเกิด - 5 ปี ซึ่งเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว ทั้งการเจริญเติบโต พัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสติปัญญา โดยมีครอบครัวเป็นกลไกหลักในการดูแลและส่งเสริมให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย บิดามารดาและคนในครอบครัวรวมทั้งครูและผู้ดูแลเด็กปฐมวัยจะต้องมีความรู้ และการปฏิบัติเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดู และส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เหมาะสม⁽²⁾

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการพฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูเด็กในประเทศไทยพบว่า ผู้ดูแลหลักของเด็กปฐมวัยส่วนใหญ่ คือ มารดา ร้อยละ 66.7 รองลงมาคือ ปู่ ย่า ตา ยาย ร้อยละ

20.9 ปัญหาสำคัญที่สุดในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก คือ ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูเด็ก ร้อยละ 34.8 และคุณภาพการอบรมเลี้ยงดูร้อยละ 33.1 โดยผู้เลี้ยงดูใช้คำแนะนำ/ได้รับความรู้ในการดูแลเด็กจากการใช้สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กในระดับมาก ร้อยละ 49.1 โดยครอบครัวไทยมีการอบรมเลี้ยงดูเพื่อส่งเสริมพัฒนาการเด็กในระดับ ไม่ดี/ไม่เหมาะสมถึง ร้อยละ 20⁽³⁾ และพบว่ามารดาหรือผู้เลี้ยงดูยังมีการเลี้ยงดูเด็กไม่ถูกต้อง เช่น จัดอาหารเสริมไม่ถูกต้อง ไม่ทำความสะอาดฟัน ขาดการจัดหาของเล่น และไม่เล่นนิทาน⁽⁴⁾ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูเด็กมีความสำคัญและส่งผลต่อสุขภาพของเด็ก⁽⁵⁾ และยังพบว่าการศึกษาและรายได้ของครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดู⁽⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของ Sander และคณะ ที่พบว่าหนึ่งในสามของผู้เลี้ยงดูเด็ก มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ โดยผลลัพธ์ด้านสุขภาพของเด็กเกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการณ์เลี้ยงดูของผู้เลี้ยงดูเด็ก⁽⁷⁾

ศูนย์อนามัยที่ 5 กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีภารกิจหลักในการพัฒนาและถ่ายทอดความรู้ด้านส่งเสริมพัฒนาการอนามัยแม่และเด็ก โดยเฉพาะการอบรมเลี้ยงดูที่เหมาะสมสำหรับพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูและครอบครัว โดยการเสริมสร้างความรอบรู้เพื่อสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็ก สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้การเลี้ยงดูและส่งเสริมพัฒนาการเด็กให้กับพ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูเด็ก ที่ผ่านมายังไม่เคยมีการศึกษาเรื่องนี้ในเขตสุขภาพที่ 5 ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะทำการศึกษาเพื่อมีข้อมูลสถานการณ์ความรู้การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทาง

ยุทธศาสตร์ ตลอดจนการพัฒนาวัฒนธรรม และการจัดกระบวนการเรียนรู้ เพื่อสร้างเสริม สุขภาพให้เด็กปฐมวัยได้รับการเลี้ยงดูเหมาะสม มีพัฒนาการสมวัย เป็นทรัพยากรที่มีคุณภาพ ของประเทศชาติต่อไป

วัตถุประสงค์ :

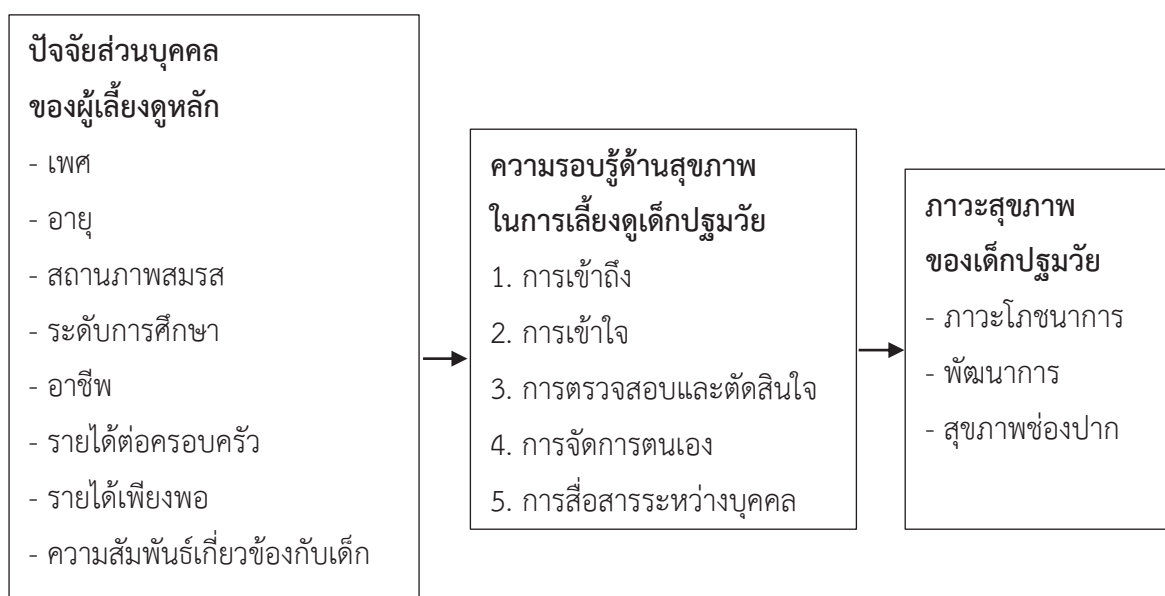
1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้าน สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดู

หลัก ในเขตสุขภาพที่ 5

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูหลักกับความรอบรู้ด้าน สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความ รอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย กับภาวะโภชนาการ พัฒนาการ และสุขภาพ ช่องปากของเด็กปฐมวัย

กรอบแนวคิด



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยการสำรวจแบบ ตัดขวาง (Cross-sectional Survey) เพื่อศึกษา สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดู เด็กปฐมวัย ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ รอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย และ ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้เลี้ยงดูหลักกับภาวะโภชนาการ พัฒนาการ และสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย เก็บข้อมูลโดย ให้ตอบแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ

ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย และประเมินภาวะ สุขภาพเด็กปฐมวัยโดยผู้วิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา

1. ผู้เลี้ยงดูหลักเป็นพ่อหรือแม่หรือบุคคล ในครอบครัวที่ดูแลเด็กอายุ 9 เดือน-5 ปี ในเขต สุขภาพที่ 5

2. ครูหรือผู้ดูแลเด็กอายุ 9 เดือน-5 ปี ของ สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 5

3. เด็กไทยที่มีอายุ 9 เดือน - 5 ปี ในเขต สุขภาพที่ 5

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้

1. ผู้เลี้ยงดูหลักและเด็กอายุ 9 เดือน - 5 ปี ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ ในเขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 405 คู่

2. ครูหรือผู้ดูแลเด็กอายุ 9 เดือน-5 ปี ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ในเขตสุขภาพที่ 5 ตามพื้นที่เป้าหมายทุกคนและปฏิบัติงานในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ไม่น้อยกว่า 6 เดือน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัย เข้ามาเป็นกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้เลี้ยงดูหลัก ครูหรือผู้ดูแลเด็กสัญชาติไทยที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มีเด็กในการดูแลอายุ 9 เดือน - 5 ปี และเด็กมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ คือ ไม่มีภาวะขาดออกซิเจนขณะแรกเกิด (Birth Asphyxia) ไม่มีความพิการแต่กำเนิดที่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก เช่น ภาวะ Down Syndrome ออทิสติก

2. สามารถพูดคุยสื่อสารได้ตอบได้ดี เข้าใจภาษาไทย อ่านออกเขียนได้

3. ยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจาก

โครงการ (Exclusion Criteria)

ไม่สามารถพูดคุยสื่อสารได้ตอบได้ ไม่เข้าใจภาษาไทย และอ่านเขียนภาษาไทยไม่ได้ ขอยกเลิกการเป็นผู้เข้าร่วมวิจัย หรือเด็กไม่ให้ความร่วมมือในการตรวจพัฒนาการ

โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี เอกสารรับรองเลขที่ 1/2563

การกำหนดกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้เลี้ยงดูหลักและเด็กที่มีอายุ 9 เดือน - 5 ปี คัดเลือกพื้นที่ 4 จังหวัด จาก 8 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดราชบุรี สมุทรสาคร สุพรรณบุรี และเพชรบุรี จำนวน 405 คู่ และครูหรือผู้ดูแลเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยที่ดูแลเด็กในพื้นที่เป้าหมายทุกคน จำนวน 41 คน

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณโดยใช้สูตรของ R.V. Krejcie & D.W. Morgan⁽⁸⁾ มีรายละเอียดดังนี้

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

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2=3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ถ้าไม่ทราบให้กำหนด p = 0.5)

ที่ระดับความเชื่อมั่น 95 % จำนวนประชากร 201,470 คน (ข้อมูลจาก HDC ณ.วันที่ 27 ธ.ค. 2562 จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5 จาก <https://hdcservice.moph.go.th>)

การเลือกกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi stage sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มเลือกจังหวัด 4 จังหวัด ได้แก่ ราชบุรี สมุทรสาคร สุพรรณบุรี และเพชรบุรี

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกอำเภอ จังหวัดละ 2 อำเภอ รวม 8 อำเภอ

ขั้นที่ 3 สุ่มเลือกตำบล อำเภอละ 2 ตำบล (ตำบล 1,000 วัน/ ไม่ใช่ 1,000 วัน อัตราส่วน 1 : 1) รวม 16 ตำบล

เป็นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในตำบลนั้น อย่างละ 1 แห่ง จำนวนตัวอย่างผู้เลี้ยงดูหลักเฉลี่ยเท่ากันทุกตำบล โดยเลือกเด็กทุกคนที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ เนื่องจากบางครั้งมีชื่อเด็กอยู่แต่ตัวเด็กไม่อยู่ กรณีกลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอให้ใช้พื้นที่ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียง

ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นครูหรือผู้ดูแลเด็กเลือกทุกคน จากสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยในตำบลนั้นๆ ตำบลละ 1 แห่งเลือกโดยวิธีสุ่มอย่างง่ายจับสลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้แบบสอบถาม 2 ชุด คือ ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามสำหรับผู้เลี้ยงดูหลัก ซึ่งใช้แบบสอบถามจากโครงการศึกษาสถานการณ์ความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ของสถาบันพัฒนานามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย ส่วนแบบสอบถามชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามสำหรับครู/ผู้ดูแลเด็ก ซึ่งสอบถามเพิ่มเติมในส่วนความรู้ในการเลี้ยงดู

เด็กปฐมวัยของครูหรือผู้ดูแลเด็กโดยอ้างอิงจากแบบสอบถามชุดที่ 1

แบบสอบถามชุดที่ 1 ประกอบด้วยแบบสอบถาม 3 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูเด็กหลัก

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักที่สถาบันพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ กรมอนามัย พัฒนาขึ้น จากแนวคิดของ Nutbeam ร่วมกับแนวคิดกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแบบจำลอง V-Shape ของ วชิระ เพ็งจันทร์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽⁹⁾ โดยกำหนดคุณลักษณะสำคัญในการประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 5 ด้าน ดังนี้

2.1 การเข้าถึงข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย โดยแบ่งเป็นความสามารถในการค้นหาข้อมูล แบบประเมินอัตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินตนเองว่ามีความสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยนั้นอย่างไร โดยมีเกณฑ์แต่ละระดับ ดังนี้

ค้นหาข้อมูลได้ทุกครั้ง หมายถึง การกระทำที่ต่อเนื่องกันทุกวัน หรือกระทำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5-7 วัน มีค่าคะแนน 4 คะแนน

ค้นหาข้อมูลได้บ่อยครั้ง หมายถึง การกระทำเป็นบ่อยครั้ง หรือกระทำอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3-4 วัน มีค่าคะแนน 3 คะแนน

ค้นหาข้อมูลได้บางครั้ง หมายถึง การกระทำเป็นบางครั้ง หรือกระทำอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1-2 วันมีค่าคะแนน 2 คะแนน

ไม่เคยค้นหาข้อมูล หมายถึง ไม่เคยมีการกระทำเช่นนี้เลยสักครั้งเดียว มีค่าคะแนน 1 คะแนน

2.2 ความเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เป็นข้อคำถามเลือกตอบ 2 ตัวเลือก เป็น “ใช่” และ “ไม่ใช่” มีทั้งหมด 15 ข้อ แบ่งเป็นคำถามเกี่ยวกับด้านร่างกาย 3 ข้อ ด้านอารมณ์ 3 ข้อ ด้านสังคม 3 ข้อ ด้านสติปัญญา 3 ข้อ และด้านสิ่งแวดล้อม 3 ข้อ มีลักษณะดังนี้

ตอบถูก หมายถึง มีค่าคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน

ตอบผิด หมายถึง มีค่าคะแนนเท่ากับ 0 คะแนน

โดยการให้คะแนนการตอบ “ใช่” ข้อ 1, 3-5, 9-10, 12, 14 และ 15 เท่ากับ 1 คะแนน และให้คะแนนการตอบ “ไม่ใช่” ข้อ 2, 6-8, 11 และ 13 เท่ากับ 1 คะแนน นอกเหนือจากนี้ถือว่าตอบผิด ให้คะแนน เท่ากับ 0 คะแนน

2.3 การตรวจสอบและตัดสินใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เป็นแบบประเมินอัตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินตนเองว่ามีความสามารถในการตรวจสอบ และตัดสินใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยนั้นอย่างไร โดยมีเกณฑ์แต่ละระดับ ดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง การกระทำที่ต่อเนื่องกันทุกวัน หรือกระทำอย่างน้อย สัปดาห์ละ 5-7 วัน มีค่าคะแนน 4 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง การกระทำเป็น บ่อยครั้ง หรือกระทำอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3-4 วัน มีค่าคะแนน 3 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง การกระทำเป็น บางครั้ง หรือกระทำอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1-2 วัน มีค่าคะแนน 2 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยมีการกระทำ เช่นนี้เลยสักครั้งเดียว มีค่าคะแนน 1 คะแนน

2.4 การจัดการตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เป็นแบบประเมินอัตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 15 ข้อ ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินตนเองว่ามีความสามารถในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยนั้นอย่างไร โดยมีเกณฑ์แต่ละระดับ ดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง การกระทำที่ต่อเนื่องกันทุกวัน หรือกระทำอย่างน้อย สัปดาห์ละ 5-7 วัน มีค่าคะแนน 4 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง การกระทำเป็น บ่อยครั้ง หรือกระทำอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3-4 วัน มีค่าคะแนน 3 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง การกระทำเป็น บางครั้ง หรือกระทำอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1-2 วัน มีค่าคะแนน 2 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยมีการกระทำ เช่นนี้เลยสักครั้งเดียว มีค่าคะแนน 1 คะแนน

ส่วนการแปลผลระดับคะแนนใน ข้อ 3, 6 และ 12 แปลผลตรงข้ามกับระดับความสามารถ ในการจัดการตนเองเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยนั้น

2.5 การสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย เป็นแบบประเมินอัตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ประกอบด้วยข้อคำถามทั้งหมด 8 ข้อ ผู้ตอบแบบสอบถามประเมินตนเองว่ามีความสามารถในการสื่อสารระหว่างบุคคลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยนั้นอย่างไร โดยมีเกณฑ์แต่ละระดับ ดังนี้

ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง การกระทำที่ต่อเนื่องกันทุกวันหรือกระทำอย่างน้อย สัปดาห์ละ 5-7 วัน มีค่าคะแนน 4 คะแนน

ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง การกระทำเป็น บ่อยครั้ง หรือกระทำอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3-4 วัน

มีค่าคะแนน 3 คะแนน

ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง การกระทำเป็นบางครั้ง หรือกระทำอย่างน้อย สัปดาห์ละ 1-2 วัน มีค่าคะแนน 2 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึง ไม่เคยมีการกระทำ เช่นนี้เลยสักครั้งเดียว มีค่าคะแนน 1 คะแนน

การแปลผล การจัดระดับความรอบรู้โดยรวมคะแนนความรอบรู้และใช้วิธีอิงเกณฑ์ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของประชาชนวัยทำงาน 2556 รายละเอียดดังนี้

มีความรอบรู้ระดับดีมาก คือ ได้คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป

มีความรอบรู้ระดับพอใช้ คือ ได้คะแนนร้อยละ 60 - 79

มีความรอบรู้ระดับไม่ดีพอ คือ ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 เป็นแบบประเมินภาวะสุขภาพเด็กปฐมวัย ประกอบด้วย 4 ด้าน ดังนี้

3.1 ข้อมูลทั่วไปของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุเด็ก เป็นบุตรลำดับที่ น้ำหนักปัจจุบัน ส่วนสูงปัจจุบัน

3.2 ด้านภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ ส่วนผลภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัย 3 เกณฑ์ ได้แก่ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ประเมินผลและลงบันทึกโดยผู้วิจัย

3.3 ด้านพัฒนาการของเด็กปฐมวัย ประเมินพัฒนาการและบันทึกผลโดยผู้วิจัย ประเมินผลเป็น สมวัย สงสัยล่าช้า

3.4 ด้านสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย ตรวจด้วยตาเปล่า และบันทึกผลโดยผู้วิจัย

ประเมินผลเป็น พันผุ/ไม่ผุ ไม่มีฟัน

แบบสอบถามชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครูหรือผู้ดูแลเด็กประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อคำถาม 5 ข้อ ได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา วุฒิการศึกษาและตำแหน่งหน้าที่ในปัจจุบัน

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครูหรือผู้ดูแลเด็ก ซึ่งเป็นแบบสอบถามชุดที่เหมือนกับแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถามของโครงการศึกษาศาสนาการวัดความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ของสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย ซึ่งมีตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องโดยรวมของแบบสอบถาม ได้เท่ากับ 0.93 และหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สูตร สัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha coefficient) ตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) โดยมีค่าความเชื่อถือได้โดยรวมของแบบสอบถามเท่ากับ 0.94⁽¹⁰⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูหลักและเด็ก และข้อมูลความรอบรู้

ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักและครู/ผู้ดูแลเด็ก วิเคราะห์ด้วยสถิติ ความถี่ (Frequency) ค่าต่ำสุด (Min) ค่าสูงสุด (Max) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D) และร้อยละ (Percentage)

2. ใช้สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistics) วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูหลักกับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยสถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูหลักกับภาวะโภชนาการ พัฒนาการ และสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย โดยสถิติไค-สแควร์ (Chi-square test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05

ผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้ ผลการศึกษาแบ่งออกเป็น 5 ส่วนรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูหลักและเด็กปฐมวัย

ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้เลี้ยงดูหลัก จากผลการวิจัยพบว่า ผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง ร้อยละ 87.7 มีอายุระหว่าง 30-39 ปี มากที่สุด ร้อยละ 31.1 มากกว่าร้อยละ 80 มีสถานภาพสมรสคู่ อยู่ด้วยกัน จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 32.1 และไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้านมากที่สุด ร้อยละ 33.8 มีรายได้ช่วง 10,000-29,999 บาท

และน้อยกว่า 10,000 บาท ในอัตราที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 41.7 และ 41.0 ตามลำดับ มีรายได้เพียงพอ ร้อยละ 43.7 รองลงมา รายได้ไม่เพียงพอและเป็นหนี้ ร้อยละ 23.2 มากกว่าครึ่งหนึ่ง แม่เป็นผู้เลี้ยงดูหลัก รองลงมาปู่ย่า/ตายาย ร้อยละ 26.9 เกินครึ่งหนึ่ง เป็นครอบครัวขยาย ส่วนใหญ่สถานบริการของรัฐบาล เป็นหน่วยงานที่ให้คำแนะนำ ร้อยละ 84.0 ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กจากพยาบาล/เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 76.0 รองลงมาจากคนในครอบครัว และสื่อออนไลน์ อัตราที่ใกล้เคียงกัน ร้อยละ 66.2 และ 64.7 ตามลำดับ

ข้อมูลส่วนบุคคลของเด็กปฐมวัย จากการศึกษาพบว่า เป็นเพศชาย ร้อยละ 52.6 และเพศหญิง ร้อยละ 47.4 อยู่ในกลุ่มอายุ 9 เดือน ถึง 2 ปี 11 เดือน ร้อยละ 48.9 และกลุ่มอายุ 3-5 ปี ร้อยละ 51.1 เด็กส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการเหมาะสม โดยมีน้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 75.6 มีส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 87.9 และรูปร่างสมส่วน ร้อยละ 75.6 มีพัฒนาการสงสัยล่าช้า ร้อยละ 56.5 และสมวัย ร้อยละ 43.5

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก

จากผลการวิจัยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักโดยรวม ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 59.5 และแยกรายด้าน รายละเอียดดังตาราง 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักในภาพรวมและแยกรายด้าน

ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ภาพรวม (รวมทุกด้าน)		
ระดับไม่ดี	118	29.1
ระดับพอใช้	241	59.5
ระดับดีมาก	46	11.4
การค้นหาข้อมูล		
ระดับไม่ดี	235	58.0
ระดับพอใช้	122	30.1
ระดับดีมาก	48	11.9
ความเข้าใจ		
ระดับไม่ดี	4	1.0
ระดับพอใช้	123	30.4
ระดับดีมาก	278	68.6
การตรวจสอบและตัดสินใจ		
ระดับไม่ดี	235	58.0
ระดับพอใช้	143	35.3
ระดับดีมาก	27	6.7
การจัดการตนเอง		
ระดับไม่ดี	2	0.5
ระดับพอใช้	60	14.8
ระดับดีมาก	343	84.7

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักในภาพรวมและแยกรายด้าน (ต่อ)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การสื่อสารระหว่างบุคคล		
ระดับไม่ดี	211	52.1
ระดับพอใช้	169	41.7
ระดับดีมาก	25	6.2

ส่วนที่ 3 ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

จากการศึกษา พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับเด็กและลักษณะครอบครัว มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ใน

การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) โดยที่อายุของผู้เลี้ยงดูหลักมีความสัมพันธ์เชิงลบกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็ก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) รายละเอียด ดังตารางที่ 2 และ 3

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก (N=405)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความรู้						รวม	p-value
	ไม่ดี		พอใช้		ดีมาก			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
เพศ								0.521
ชาย	18	36.0	27	54.0	5	10.0	50	
หญิง	100	28.2	214	60.3	41	11.5	355	
อายุ								<0.001*
น้อยกว่า 20ปี	7	26.9	15	57.7	4	15.4	26	
20-29 ปี	9	8.3	85	78.7	14	13.0	108	
30-39 ปี	19	15.1	86	68.2	21	16.7	126	
40-49 ปี	20	39.2	29	56.9	2	3.9	51	
50-59 ปี	29	60.4	16	33.3	3	6.3	48	

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก (N=405) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความรู้						รวม	p-value
	ไม่ดี		พอใช้		ดีมาก			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
60 ปีขึ้นไป	34	73.9	10	21.7	2	4.4	46	0.742
สถานภาพสมรส								
สมรส	94	28.2	199	59.8	40	12	333	
หม้าย/หย่า/แยก	22	33.8	38	58.5	5	7.7	65	
โสด	2	28.6	4	57.1	1	14.3	7	<0.001*
ระดับการศึกษา								
ต่ำกว่ามัธยมศึกษาตอนต้น	77	56.6	57	41.9	2	1.5	136	
มัธยมศึกษาตอนต้น	18	21.7	59	71.1	6	7.2	83	
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	14	16.1	60	69	13	14.9	87	
อนุปริญญา/ปวส.	4	13.3	19	63.4	7	23.3	30	
ปริญญาตรีขึ้นไป	5	7.2	46	66.7	18	26.1	69	
อาชีพ								
แม่บ้าน	43	31.4	79	57.7	15	10.9	137	
ทำไร่/ทำนา/ทำสวน	23	48.9	21	44.7	3	6.4	47	
รับจ้างทั่วไป	30	34.9	52	60.5	4	4.6	86	
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	18	24.3	46	62.2	10	13.5	74	
ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	2	7.4	15	55.6	10	37.0	27	
พนักงานบริษัท/โรงงาน	2	29.1	28	59.5	4	11.4	34	
รายได้ของครอบครัว								0.250
น้อยกว่า 10,000 บาท	62	37.4	87	52.4	17	10.2	166	
10,000-29,999 บาท	41	24.3	110	65.1	18	10.6	169	
30,000-50,000 บาท	10	17.6	39	68.4	8	14.0	57	

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก (N=405) (ต่อ)

ปัจจัยส่วนบุคคล	ระดับความรู้						รวม	p-value
	ไม่ดี		พอใช้		ดีมาก			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
มากกว่า 50,000 บาท	5	38.5	5	38.5	3	23.0	13	<0.001***
ความเพียงพอของรายได้								
เพียงพอ	35	19.8	120	67.8	22	12.4	177	
เพียงพอและเหลือเก็บ	24	29.3	44	53.6	14	17.1	82	
ไม่เพียงพอและเป็นหนี้	47	50	42	44.7	5	5.3	94	
ไม่เพียงพอแต่ไม่เป็นหนี้	12	23.1	35	67.3	5	9.6	52	<0.001***
ความสัมพันธ์กับเด็ก								
พ่อ	8	28.6	16	57.1	4	14.3	28	
แม่	35	14.2	176	71.6	35	14.2	246	
ปู่ย่า/ตายาย	68	62.4	36	33.0	5	4.6	109	
ลุง ป้า น้า อา พี่	7	31.8	13	59.1	2	9.1	22	<0.001***
ลักษณะครอบครัว								
ครอบครัวเดี่ยว	24	27	51	57.3	14	15.7	89	
ครอบครัวขยาย	71	26.1	169	62.1	32	11.8	272	
ครอบครัวข้ามรุ่น	21	67.7	10	32.3	0	0	31	
ครอบครัวเลี้ยงเดี่ยว	2	15.4	11	84.6	0	0	13	

*** แสดงนัยสำคัญที่ระดับ <0.001

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับระดับความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก

ปัจจัยส่วนบุคคล	ความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย	
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
อายุของผู้เลี้ยงดูหลัก	-0.471	0.006*
รายได้ของครอบครัวต่อเดือน	0.111	0.025*

* แสดงนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.05

ส่วนที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักกับภาวะโภชนาการ พัฒนาการและสุขภาพฟันของเด็กปฐมวัย จากการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้านความเข้าใจของผู้เลี้ยงดูหลักมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ โดยจำแนกส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value<0.05) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักกับภาวะโภชนาการ โดยจำแนกตามส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ

ความรู้	ภาวะโภชนาการ (ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ)						รวม	p-value
	เตี้ย/ค่อนข้างเตี้ย		ส่วนสูงตามเกณฑ์		ค่อนข้างมาก/เกินเกณฑ์			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
ความรู้โดยรวม								0.820
ไม่ดี	5	4.2	107	90.7	6	5.1	118	
พอใช้	15	6.2	208	86.3	18	7.5	241	
ดีมาก	3	6.5	41	89.1	2	4.4	46	
ด้านการค้นหาข้อมูล								0.153
ไม่ดี	15	6.4	202	85.9	18	7.7	235	
พอใช้	8	6.5	110	90.2	4	3.3	122	
ดีมาก	0	0.0	44	91.7	4	8.3	48	
ด้านความเข้าใจ								0.048*
ไม่ดี	0	0.0	2	50.0	2	50.0	4	

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก กับภาวะโภชนาการ โดยจำแนกตามส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (ต่อ)

ความรู้	ภาวะโภชนาการ (ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ)						รวม	p-value
	เตี้ย/		ส่วนสูง		ค่อนข้างมาก/			
	ค่อนข้างเตี้ย		ตามเกณฑ์		เกินเกณฑ์			
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
พอใช้	4	3.2	112	91.1	7	5.7	123	0.329
ดีมาก	19	6.8	242	87.1	17	6.1	278	
ด้านการตรวจสอบและตัดสินใจ								
ไม่ดี	10	4.2	210	89.4	15	6.4	235	
พอใช้	11	7.7	121	84.6	11	7.7	143	0.567
ดีมาก	2	7.4	25	92.6	0	0.0	27	
การจัดการตนเอง								
ไม่ดี	0	0.0	2	100.0	0	0.0	2	
พอใช้	5	8.3	50	83.3	5	8.3	60	0.861
ดีมาก	18	5.2	304	88.6	21	601	343	
การสื่อสารระหว่างบุคคล								
ไม่ดี	10	4.7	188	89.1	13	6.2	211	
พอใช้	12	7.1	86	86.4	11	6.5	169	
ดีมาก	1	4.0	22	88.0	8	8.0	25	

ส่วนที่ 5 ข้อมูลส่วนบุคคลและความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครูและผู้ดูแลเด็ก

5.1 ข้อมูลส่วนบุคคลจากการศึกษาพบว่าครูและผู้เลี้ยงดูเด็ก อยู่ในกลุ่มอายุ 50-59 ปีมากที่สุดร้อยละ 31.7 อายุเฉลี่ย 41.98 ปี

มากกว่าครึ่งหนึ่ง มีสถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ร้อยละ 70.7 มีระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 58.5 มีวุฒิการศึกษาด้านการศึกษาปฐมวัย เกือบครึ่งหนึ่งเป็นครูและครูผู้ช่วย อีกส่วนหนึ่งที่เหลือเป็นผู้ดูแลเด็กดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของข้อมูลส่วนบุคคลของครู/ผู้ดูแลเด็ก (N=41)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ		
20-29 ปี	10	24.4
30-39 ปี	7	17.1
40-49 ปี	10	24.4
50-59 ปี	13	31.7
60 ปีขึ้นไป	1	2.4
Mean=41.98 ปี, Min=23 ปี, Max= 66 ปี, S.D.= 12.47		
สถานภาพสมรส		
สมรส	22	53.7
หม้าย/หย่า/แยก	4	9.7
โสด	15	36.6
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	8	19.5
ปริญญาตรี	29	70.7
สูงกว่าปริญญาตรี	4	9.8
วุฒิการศึกษาครู		
อนุปริญญา	2	4.9
การศึกษาระดับมัธยม	24	58.5
การบริหารศึกษา	1	2.4
อื่นๆ	14	34.1
ตำแหน่งหน้าที่ของครู		
ครู	17	41.5
ครูผู้ช่วย	3	7.3
ผู้ดูแลเด็ก	19	46.3
อื่นๆ	2	4.9

5.2 ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครูและผู้ดูแลเด็กโดยรวม และรายด้าน ผลการศึกษา พบว่า ครูและผู้ดูแลเด็กมีความรู้ด้านสุขภาพในการ

เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยรวมในระดับดีมาก ระดับพอใช้ในอัตราส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 48.8 และ 46.3 ตามลำดับ และมีความรู้ในระดับไม่ดี เพียงร้อยละ 4.9 เมื่อพิจารณา

รายด้าน พบว่า ครูและผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยด้านค้นหาข้อมูลอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 46.3 ด้านความเข้าใจอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 87.8 มีการตรวจ

สอบและตัดสินใจอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 22.0 ด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 92.7 และด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 17.0 ดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครูและผู้ดูแลเด็ก โดยรวมและแยกรายด้าน (N=41)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ความรู้โดยรวม		
ระดับไม่ดี	2	4.9
ระดับพอใช้	19	46.3
ระดับดีมาก	20	48.8
การค้นหาข้อมูล		
ระดับไม่ดี	7	17.1
ระดับพอใช้	15	36.6
ระดับดีมาก	19	46.3
ความเข้าใจ		
ระดับไม่ดี	1	2.4
ระดับพอใช้	4	9.8
ระดับดีมาก	36	87.8
การตรวจสอบและตัดสินใจ		
ระดับไม่ดี	8	19.5
ระดับพอใช้	24	58.5
ระดับดีมาก	9	22.0
การจัดการตนเอง		
ระดับพอใช้	3	7.3
ระดับดีมาก	38	92.7
การสื่อสารระหว่างบุคคล		
ระดับไม่ดี	16	39.0
ระดับพอใช้	18	43.9
ระดับดีมาก	7	17.1

อภิปรายผลการวิจัย

1. สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ผู้เลี้ยงดูหลักมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 59.5 และมีความรอบรู้อยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 29.1 ซึ่งจะเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักมากกว่าร้อยละ 80 อยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ทั้งนี้ อาจเนื่องจากกลุ่มผู้เลี้ยงดูหลักมากกว่าครึ่งมีระดับการศึกษาต่ำกว่าระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย และหนึ่งในสามของผู้เลี้ยงดูหลักมีรายได้ต่อครอบครัวน้อยกว่า 10,000 บาท โดยหนึ่งในสามของผู้เลี้ยงดูหลักไม่ได้ประกอบอาชีพหรือเป็นแม่บ้าน และหนึ่งในสี่ของผู้เลี้ยงดูหลัก เป็นปู่ย่า/ตายาย ที่ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ซึ่งจะเห็นได้ว่าประเด็นระดับการศึกษา กับอาชีพของผู้เลี้ยงดูหลัก มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยผู้ที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสและสามารถประกอบอาชีพที่ดี ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมมีการรับรู้สามารถค้นหาข้อมูล ได้รับการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพ โดยผู้เลี้ยงดูหลักที่ประกอบอาชีพที่มีฐานะทางสังคมไม่ดีหรือไม่ได้ประกอบอาชีพ จะมีกระบวนการหรือโอกาสในการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพได้น้อยกว่ากลุ่มผู้เลี้ยงดูหลักที่มีประกอบอาชีพที่ดีกว่า และจากภาวะเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในครอบครัวทำให้ผู้เลี้ยงดูใช้เวลาในการเลี้ยงดูลูกได้ไม่เต็มที่ขาดโอกาสในการแสวงหาความรู้เพื่อค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ การเจริญเติบโตและพัฒนาการของลูกส่งผลต่อการเลือก

ตัดสินใจปฏิบัติและมีพฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสมตามวัย จึงทำให้มีระดับความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของสุพัตรา บุญเจียมและคณะ⁽¹¹⁾ พบว่าผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 62.0

เมื่อพิจารณาความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยเป็นรายด้านพบว่า ด้านการค้นหาข้อมูล การตรวจสอบและตัดสินใจ พบว่าผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอและพอใช้ มากกว่าร้อยละ 80 ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอและพอใช้นั้นถือเป็นระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติที่จะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีในการเลี้ยงดูเด็ก ทั้งในด้านพัฒนาการ โภชนาการ และสุขภาพช่องปากที่ดีของเด็กปฐมวัยได้ ในขณะที่ด้านการจัดการตนเอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ถึงร้อยละ 84.7 แสดงให้เห็นว่าผู้เลี้ยงดูเด็กจัดการตนเอง ในการเลี้ยงดูเด็กโดยที่ค้นหาและตรวจสอบข้อมูล เพื่อตัดสินใจในการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เพียงพอ ถึงแม้มีความเข้าใจระดับดีมาก มากกว่าร้อยละ 50 จึงส่งผลให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับต่ำ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุพัตรา บุญเจียมและคณะ⁽¹¹⁾ ที่ได้ศึกษาเกี่ยวกับเด็กปฐมวัยคุณภาพภาคตะวันออก เฉียงเหนือ พบว่าผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำและปานกลาง มากกว่าร้อยละ 70 ส่วนด้านการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง มีค่าเฉลี่ยคะแนนสูงที่สุด

ด้านความเข้าใจของผู้เลี้ยงดูเด็ก ถึงแม้มีความรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กในระดับดีมาก มากกว่าร้อยละ 50 เมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละด้านพบว่า ผู้เลี้ยงดูเด็กยังมีความเข้าใจไม่เพียงพอ ในบางประเด็น เช่น เด็กอายุไม่เกิน

6 เดือนไม่ต้องให้น้ำและอาหารเสริมอื่นนอกเหนือจากนมแม่ ประเด็นนี้เรียกร้องให้แล้วลงไปดื่มน้ำกับพื้น ควรรอ 1-2 นาที แล้วเข้าไปกอดปลอบให้เด็กเงียบแล้วจึงพูดเหตุผล ในขณะที่ด้านสังคมเกี่ยวกับการส่งเสริมให้เด็กช่วยเหลือตนเองและการฝึกวินัยในช่วง 3 ปีแรก ผู้เลี้ยงดูเด็กเกือบครึ่งมีความคิดเห็นว่ายังไม่ควรเริ่มหรือไม่ควรเคร่งครัดเกินไปในการฝึกให้เด็กช่วยเหลือตนเองเนื่องจากยังเด็กเกินไป ผู้ปกครองไม่เห็นความสำคัญของฝึกวินัยในเด็ก เด็กมีความจำเป็นต้องได้รับการฝึกวินัยโดยเฉพาะช่วงวัยก่อนเข้าโรงเรียน⁽¹²⁾

ด้านการตรวจสอบและตัดสินใจ พบว่า ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่ขอคำปรึกษาเกี่ยวกับข้อมูลหรือข้อควรปฏิบัติในการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้องจากผู้รู้หรือผู้ให้บริการสุขภาพน้อยกว่าการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลอื่นๆ ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า การเข้าถึงตัวบุคคลหรือเจ้าหน้าที่ยากกว่าการเข้าถึงข้อมูลจากแหล่งอื่น ๆ เช่น สื่อออนไลน์ เว็บไซต์ต่าง ๆ และจากการศึกษาที่พบว่าผู้เลี้ยงดูค้นหาข้อมูลจากสื่อออนไลน์มากใกล้เคียงกับสอบถามจากพยาบาลและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและคนในครอบครัว แต่สื่อออนไลน์สามารถเข้าถึงได้ง่ายที่สุด ซึ่งอาจทำให้ข้อมูลที่ได้รับมีความน่าเชื่อถือน้อยกว่าจึงทำให้ระดับความรู้ในภาพรวมยังไม่ดีเพียงพอ

ด้านการจัดการตนเองพบว่า ผู้เลี้ยงดูหลักมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดีมากเมื่อพิจารณารายด้านในประเด็นการให้เด็กเข้านอนโดยไม่ได้ทำความสะอาดช่องปากหรือแปรงฟัน พบว่า ผู้เลี้ยงดูไม่ได้ทำความสะอาดช่องปากหรือแปรงฟันให้เด็กก่อนเข้านอนและทำเป็นบางครั้ง ถึงร้อยละ 25.9 ซึ่งเห็นว่าผู้เลี้ยงดู

มีความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอ แต่ยังตระหนักถึงความสำคัญของการปฏิบัติไม่เพียงพอสอดคล้องกับการศึกษาวรรณ ฌมยา ได้ศึกษาระดับความรู้ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนและพฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพสำหรับเด็กของผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กฟันไม่ผุและฟันผุ เขตเทศบาลหนองแวงจังหวัดสระบุรี พบว่า ผู้ปกครองทั้งสองกลุ่มมีความรู้ด้านทันตสุขภาพที่ถูกต้องไม่แตกต่างกันโดยมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ในขณะที่ระดับความเชื่อมั่นในความสามารถในการดูแลทันตสุขภาพเด็กของผู้ปกครองทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง⁽¹³⁾

ด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลอยู่ในระดับพอใช้ อธิบายได้จาก ผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่มีการพูดคุย แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถ่ายทอดข้อมูลด้านการเลี้ยงดูเด็กระหว่างบุคคลเป็นประจำ น้อยกว่าร้อยละ 20 อาจเป็นเพราะว่าการสื่อสารข้อมูลระหว่างบุคคล ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่มีเสถียรภาพและความน่าไว้วางใจมากที่สุด แต่หากพ่อแม่ผู้ดูแลเด็กมีเหตุผลหรือความน่าเชื่อถือไม่เพียงพอ ก็จะไม่สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนข้อมูลได้ หรือนินมั่วให้บุคคลอื่นเชื่อถือและปฏิบัติตามได้ สอดคล้องการศึกษา ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก กรณีศึกษา 4 อำเภอของสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีความรอบรู้ด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลในระดับดีมาก ร้อยละ 26.8 ซึ่งเป็นระดับที่ต่ำสุดเมื่อแยกรายด้าน⁽¹⁰⁾

ส่วนความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครูและผู้เลี้ยงดูเด็กโดยรวม และรายด้าน ผลการศึกษา พบว่า ครูและผู้เลี้ยงดูเด็กมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยรวมในระดับดีมาก และระดับพอใช้

ในอัตราส่วนใกล้เคียงกัน ร้อยละ 48.8 และ 46.3 ตามลำดับ และมีความรอบรู้ในระดับไม่ดี เพียงร้อยละ 4.9 ซึ่งมีความรู้ที่เหมาะสมในการดูแลเด็ก สอดคล้องกับการศึกษาภัทรพิชชา ครุฑทางคะ⁽¹⁴⁾ พบว่า ผู้ดูแลเด็กมีระดับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กโดยรวม และรายด้านทุกด้านอยู่ในระดับมาก

2. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูหลักในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

จากการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูหลักในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ของผู้เลี้ยงดูกับเด็กปฐมวัย และลักษณะครอบครัว

และเมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูหลักในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในด้านต่างๆ พบว่า ปัจจัยส่วนใหญ่ที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูหลัก คือ อายุและการศึกษา เนื่องจากกลุ่มผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่มีอายุมากกว่าร้อยละ 50 เป็นมารดาของเด็กปฐมวัยที่อยู่ในช่วงอายุ 20-39 ปี ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มเจนเนอเรชั่น Y (อายุ 21-37 ปี) ซึ่งส่วนใหญ่มาจากพ่อแม่ในยุคหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 ซึ่งเป็นยุคที่เฟื่องฟู ทำให้คนในกลุ่มเจนเนอเรชั่น Y มีการศึกษาสูง มีความเชี่ยวชาญการสื่อสารทางออนไลน์และเทคโนโลยี ที่มีโอกาสในการค้นหาข้อมูล รับข่าวสารข้อมูล และตัดสินใจเลือกใช้ข้อมูลจากแหล่งข้อมูลที่หลากหลายมากกว่ากลุ่มอายุอื่น⁽¹⁵⁾ เพื่อให้เกิดการตัดสินใจด้านสุขภาพที่เหมาะสม โดยเฉพาะการใช้ช่องทาง

ในการรับข้อมูลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูเด็กผ่านสื่อออนไลน์ (Facebook, Line) ที่กลุ่มผู้เลี้ยงดูหลักใช้ในการรับข้อมูลมากถึงร้อยละ 64.7

สำหรับปัจจัยด้านระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูหลักในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยทั้ง 5 ด้าน เนื่องจากผู้เลี้ยงดูหลักส่วนใหญ่จบการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และต่ำกว่า ถึงร้อยละ 75.6 และพบว่าผู้เลี้ยงดูหลักที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าอนุปริญญา/ปวส. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดีถึงพอใช้เป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ผู้เลี้ยงดูหลักที่มีระดับการศึกษาตั้งแต่อนุปริญญา/ปวส. ขึ้นไป ประมาณครึ่งหนึ่งมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Ju Young Lee⁽⁶⁾ ที่พบว่าความรอบรู้เรื่องสุขภาพของมารดา มีความสัมพันธ์เชิงบวก กับระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว การสนับสนุนทางสังคม และการรับรู้ความสามารถของตนเอง ในการเลี้ยงดูบุตร การศึกษาทบทวนงานวิจัยอย่างเป็นระบบของ Darren A. DeWalt⁽¹⁶⁾ พบว่าผู้เลี้ยงดูเด็กที่รู้หนังสือต่ำมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ จะมีพฤติกรรมการอบรมเลี้ยงดูลูกที่ไม่เหมาะสม เมื่อเทียบกับผู้เลี้ยงดูเด็กที่มีความรู้สูงกว่า โดยเด็กที่พ่อแม่มีความรู้ต่ำ เด็กมักมีผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดี และสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาศ สุรมิตรไมตรี⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ ที่อยู่อาศัย ที่แตกต่างกันมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยผู้ที่มีการศึกษาในระดับสูงมีแนวโน้มที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าผู้ที่มีการศึกษาในระดับต่ำกว่า

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักกับภาวะโภชนาการ พัฒนาการ และภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย

จากผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านความเข้าใจในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ (ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ) อธิบายได้ว่า ผู้เลี้ยงดูหลักมีความเข้าใจประเด็นส่งเสริมด้านโภชนาการ กลุ่มเด็กปฐมวัยในการศึกษาครั้งนี้ จึงเป็นเด็กที่มีสุขภาพดี มีน้ำหนักตามเกณฑ์และรูปร่างสมส่วนมากกว่าร้อยละ 75 และมีส่วนสูงดีถึงร้อยละ 94.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ วริสา คุณากรธารง⁽¹⁸⁾ พบว่า ผู้เลี้ยงดูหลักที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก เด็กปฐมวัยจะมีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม ในขณะที่ผู้เลี้ยงดูหลักที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพไม่ดีและพอใช้ เด็กปฐมวัยจะมีภาวะโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์และเกินเกณฑ์มากกว่า ส่วนด้านพัฒนาการและภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ สามารถอธิบายได้ว่าปัจจัยที่ทำให้เด็กมีพัฒนาการสมวัยเกี่ยวข้องกับการส่งเสริมจัดประสบการณ์ที่เอื้อต่อการเรียนรู้ของเด็ก ดังการศึกษาของ พูนศิริ ฤทธิธรรณและคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่าการเล่นนิทานจะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าไม่เล่นนิทาน 1.51 เท่า การเล่นกับเด็กจะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าไม่เล่นกับเด็ก 0.41 เท่า และการไม่ให้เด็กดูทีวีจะมีโอกาสที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยสูงกว่าการให้เด็กดูทีวี 0.39 เท่า โอกาสของการพยากรณ์ที่ถูกต้องร้อยละ 79.5 ส่วนภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กปฐมวัย จากการศึกษาครั้งนี้ศึกษาเด็กตั้งแต่อายุ 9 เดือนมีโอกาสฟันไม่ผุและส่วนหนึ่งไม่มีฟัน

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรมีนโยบายเพื่อพัฒนาความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็ก ส่งเสริมให้เป็นครอบครัวคุณภาพ โดยผลิตชุดความรู้ในรูปแบบสื่อออนไลน์ ที่เข้าถึงครอบครัวผู้เลี้ยงดูเด็กได้มากที่สุด

2. ควรให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับ ให้มีความเชี่ยวชาญในการทำงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กที่เหมาะสม และส่งเสริมให้มีการพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรม และการวิจัยพัฒนาด้านการสื่อสารสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย

ข้อเสนอแนะในการนำไปประยุกต์ใช้

1. ควรนำผลที่ได้จากงานวิจัย ไปใช้ในการดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยในพื้นที่ โดยเน้นความรู้ด้านสุขภาพในด้านที่พบว่าอยู่ในระดับไม่ดีได้แก่ ด้านการค้นหาข้อมูล การตรวจสอบและตัดสินใจ และด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล ให้กับพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ให้เกิดการขับเคลื่อนไปสู่การปฏิบัติอย่างถูกต้องเป็นรูปธรรม

2. สามารถนำผลการศึกษาไปออกแบบกระบวนการจัดการเรียนรู้ในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัยที่สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้เลี้ยงดูเด็กในแต่ละพื้นที่ผ่านกิจกรรมครอบครัวคุณภาพ โรงเรียนพ่อแม่ และให้การสนับสนุนช่วยเหลือด้านข้อมูลความรู้สู่การปฏิบัติให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้เลี้ยงดูหลัก โดยใช้ข้อมูลจากผลการศึกษากลับกับข้อมูลในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการ

2. ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูหลักในการเลี้ยงดูเด็กกลุ่มอายุต่ำกว่า 3 ปีกับเด็กอายุ 3 ปีขึ้นไป เนื่องจากเด็กกลุ่มอายุ 3 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มของปัญหา ด้านพัฒนาการ ภาวะโภชนาการ และสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

รายงานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดีด้วยความร่วมมือจากผู้ร่วมงานวิจัยจากเจ้าหน้าที่งานส่งเสริมพัฒนาการเด็กและกลุ่มงานพัฒนานามัยแม่และเด็กช่วยเก็บข้อมูลวิจัย โดยได้รับการสนับสนุนและเป็นที่ปรึกษาจากหัวหน้ากลุ่มงานพัฒนาการอนามัยแม่และเด็ก คณะกรรมการพัฒนาวิชาการ คณะกรรมการจริยธรรมวิจัย และท่านผู้อำนวยการศูนย์อนามัย สนับสนุนและให้กำลังใจในการดำเนินงาน ขอขอบคุณผู้บริหารและเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล และศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในจังหวัดพื้นที่เป้าหมายทั้ง 4 จังหวัด ที่ได้ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี ทำให้งานวิจัยประสบความสำเร็จลุล่วงตามเป้าหมาย

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเลขาธิการของคณะกรรมการยุทธศาสตร์ชาติ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ชาติ พ.ศ.2561-2580

(ฉบับประกาศราชกิจจานุเบกษา); 2561.

2. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, สำนักโภชนาการ. คู่มือแนวทางพัฒนาตำบลส่งเสริมเด็ก 0-5 ปี. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตร; 2560.
3. สุธรรม นันทมงคลชัย, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, ศุภชัย ปิติกุลตั้ง, กรวรรณ ยอดไม้, สุจิตตา ผาติบัณฑิต. สถานการณ์ครอบครัวและการอบรมเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย. รายงานวิจัย; 2559.
4. วิภาดา แสงนิมิตชัยกุล และปรียกมล รัชกุล. พฤติกรรมการเลี้ยงดูเด็กปัญหาสุขภาพของทารกและความ ต้องการบริการพยาบาลของผู้ดูแลเด็กทารก. วารสารสภาการพยาบาล. 2552; 24(1): 88-98.
5. Lee SM, Federico S, Klass P, Abrams MA, Dreyer B. Literacy and Child Health A Systematic Review. Arch Pediatr Adolesc Med. 2009; 163(2): 131-140.
6. Ju Young Lee. Maternal Health Literacy among Low-Income Mothers with Infants. Dissertation Presented to the Faculty of the Graduate School of The University of Texas at Austin in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of Doctor of Philosophy; 2016.
7. Sanders LM, Lewis J, Brosco JP. Low Caregiver Health Literacy: Risk Factor for Child Access to a Medical Home. Pediatric Academic Societies; 2007.

8. ชีรุฒิ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏอุบลราชธานี; 2543.
9. วชิระ เพ็งจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ. ในเอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพ บุคลากร กรมอนามัย เรื่องความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
10. สถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย, กลุ่มนวัตกรรมวิจัยถ่ายทอดเทคโนโลยี. ความรอบรู้ด้าน สุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก กรณีศึกษา 4 อำเภอ. รายงานการศึกษา; 2562.
11. สุพัตรา บุญเจียม, เบญจา มุกตพันธุ์, รัชฎา ฉายจิต, สุวิทย์ อุดมพาณิชย์. เด็กปฐมวัยคุณภาพภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2564; 21(4): 196-209.
12. สถาบันราชานุกูล กรมสุขภาพจิต. คู่มือการเสริมสร้างความผูกพันทางอารมณ์สำหรับเด็กแรกเกิด - 5 ปี ด้วย “กิน กอด เล่น เล่า.” กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2559.
13. วรพรรณ ถมยา. ระดับความรอบรู้ ความเชื่อมั่นในความสามารถของตนและพฤติกรรมการดูแลทันต สุขภาพ สำหรับเด็กของผู้ปกครองที่มีเด็กเล็กฟันไม่ผุ และฟันผุ เขตเทศบาลหนองแค จังหวัดสระบุรี. วิทยาสารทันตสาธารณสุข. 2559; 21(2): 28-36.
14. ภัทร์พิชชา ครุทางคะ, ดวงกมล ไตรวิจิตรคุณ, สุวิมล ว่องวานิชการ. พัฒนาเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ดูแล. วารสารพยาบาลตำรวจ. 2565; 14(1): 24-36.
15. นิตยาภรณ์ มงคล. Gen Y/Gen Me กลุ่มผู้กุมชะตาโลก. 2563. ใน: บล็อกบทความด้านสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; [เข้าถึง เมื่อ 27 พ.ย.63] เข้าถึง จาก <https://dmh.go.th/news/view.asp?id=1251#>
16. Darren AD. Health Literacy and Child Health Outcomes: A Systematic Review of the Literature. Pediatrics 2009; 124(3): 265-274.
17. เบญจมาศ สุรมิตรไมตรี. การศึกษาความฉลาดทางสุขภาพและสถานการณ์การดำเนินงานสร้างเสริมความฉลาดทางสุขภาพของคนไทยเพื่อรองรับการเข้าสู่ประชาคมอาเซียน. รายงานการศึกษาส่วนบุคคล หลักสูตรนักรับราชการทูต รุ่นที่ 5 ปี 2556 สถาบันการต่างประเทศ เทเวศวงศ์โรปการ กระทรวงการต่างประเทศ.
18. วริสา คุณากรธำรง. การศึกษาภาวะโภชนาการเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 6. รายงานวิจัย; 2558.
19. พูนศิริ ฤทธิรอน, ดวงหทัย จันทร์เชื้อ, พัสตราภรณ์ แยมเม่น, นิชนันท์ อินสา, อมรรรัตน์ เนียมสุวรรณค์, แววดา ระโส, และคณะ. ปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 2 พิษณุโลก. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2564; 14(3): 42-56.

การพัฒนาหลักสูตรออนไลน์เพื่อสร้างความรู้ในการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย ตามมาตรฐานชาติด้านสุขภาพ (4D) สำหรับผู้ดูแลเด็ก เขตสุขภาพที่ 7

ธิโสภิญ ทองไทย¹, สุพัตรา บุญเจียม², ปิยะ บุรีโส³,
จิริยา อินทร์ศรี⁴, ศิริกัญญา ขาสิทธิ์⁵, นิตยา ศรีมานนท์⁶

(วันที่รับบทความ: 23 พฤษภาคม 2565; วันที่แก้ไข: 29 พฤศจิกายน 2565; วันที่ตอบรับ: 1 ธันวาคม 2565)

บทคัดย่อ

วิจัยเพื่อพัฒนามีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) พัฒนาหลักสูตรออนไลน์เพื่อสร้างความรู้ในการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติด้านสุขภาพ (4D) 2) ประเมินประสิทธิผลของหลักสูตรออนไลน์เพื่อสร้างความรู้ในการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติด้านสุขภาพ โดยมีขั้นตอนการพัฒนา 4 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การศึกษา วิเคราะห์ข้อมูล และพัฒนาหลักสูตรออนไลน์ ขั้นตอนที่ 2 การชี้แจงกระบวนการเรียนรู้ตามหลักสูตรออนไลน์ ขั้นตอนที่ 3 การถ่ายทอดสดเนื้อหาหลักสูตรออนไลน์ผ่านวิดีโอสตรีมมิ่ง และขั้นตอนที่ 4 การประเมินประสิทธิผลของหลักสูตรออนไลน์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ครูและผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในจังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด จำนวน 1,540 คน คัดเลือกจากความสมัครใจ เก็บข้อมูลประเมินประสิทธิผลหลักสูตรด้วยแบบสอบถามออนไลน์ที่มีค่าความตรงตามเนื้อหา 0.97 ค่าความเชื่อมั่น 0.77 เพื่อประเมินความรู้ ความพึงพอใจ และการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติด้วยตนเองของผู้ผ่านอบรม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ผลการประเมิน พบว่า ผู้เข้าอบรมร้อยละ 67.5 มีคะแนนทดสอบความรู้ผ่านเกณฑ์ระดับปานกลางขึ้นไป มีระดับคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อหลักสูตรระดับมาก ($\bar{X} = 4.50$, S.D. = 0.58) สามารถนำความรู้ไปใช้ประเมินตนเองของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติ จำนวน 829 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 53.8

ผลวิจัยสะท้อนว่าหลักสูตรให้ความรู้แบบออนไลน์นี้สามารถพัฒนาความรู้และทักษะการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยด้วยตนเองตามมาตรฐานชาติด้านสุขภาพของผู้เรียนได้ตามเกณฑ์ จึงเป็นอีกรูปแบบทางเลือกของการให้ความรู้เพื่อการประเมินมาตรฐานบริการอื่นต่อไป

คำสำคัญ : หลักสูตรออนไลน์, สถานพัฒนาเด็กปฐมวัย, มาตรฐานชาติ, 4D

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, ²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ³นักโภชนาการชำนาญการ, ⁴นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ, ⁵ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ, ⁶พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Develop the Online Curriculum to Enhance Knowledge of Child Caregiver for the National Health Standards' Assessment of Early Childhood Care Center and Development (4D) in Health Area 7

Thisophon Thongthai¹, Supattra Boonjeam², Piya puriso³,
Jariya Intraratsame⁴, Sarintip Charleekrua⁵, Nittaya Srimanon⁶

(Receive 23rd May 2022; Revised: 29th November 2022; Accepted 1st December 2022)

Abstract

This research and development were as follows: 1) to develop an online curriculum to enhance knowledge to assessment the early childhood care center and development according to the National Health Standard (4D); 2) to evaluate the effectiveness of the online curriculum to enhance knowledge to assessment the early childhood care center and development according to the National Health Standard. The processes to development this online curriculum consisted of four stages, as follows: Stage 1) to study and analyze data to develop an online curriculum to enhance knowledge and assessment skills; Stage 2) to explain the learning process of the online curriculum; Stage 3) to live contents of the online curriculum based on video streaming; Stage 4) to evaluate the effectiveness of online curriculum. The participants were 1,540 teachers and child caregivers in four provinces, as follows: Kalasin, Khon Kaen, Mahasarakham and Roiet chosen based on volunteer sampling. Data collection to evaluate the effectiveness of the online curriculum were online questionnaires that CVI 0.97 and reliability 0.77 to evaluate knowledge, satisfaction and self-assessment of the early childhood care and development centers. Data analysis used frequency, percentage, average and standard deviation. The result showed that 67.5% of the trainees had passing for knowledge score at a moderate level or above. The mean score of the satisfaction with the online curriculum were at the high level ($\bar{x} = 4.50$, S.D. = 0.58). The child caregiver who passed in the online curriculum could self-assessments 829 (53.8%) of the early childhood care and development centers according to the National Health Standard.

This study finding suggests that using the online curriculum could improve knowledge and assessment skills of child caregivers to self-assessment the early childhood care and development centers according to the National Health Standards. Therefore, it was an optional model to enhance knowledge and further assess to the other service standards.

Keywords : online curriculum, early childhood care and development, National Health Standard, 4D

¹Registered Nurse (Senior Professional Level), ^{2,6}Registered Nurse (Professional Level), ³Nutritionist (Professional Level), ⁴Public Health Technical Officer (Expert Level), ⁵Dentist (Senior Professional Level), Regional Health Promotion Centre 7 Khon Kaen

Corresponding author : Thisophon Thongthai email : thisophon@gmail.com

บทนำ

การพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติเป็นการประกันคุณภาพบริการภายในเพื่อการดูแลเด็กปฐมวัยไทย ซึ่งคณะรัฐมนตรี โดยคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ (ก.พ.ป.) มีมติให้ใช้เป็นมาตรฐานกลางเพื่อยกระดับการพัฒนาเด็กปฐมวัย ตั้งแต่ 2 มกราคม 2562⁽¹⁾ จากรายงานในระบบฐานข้อมูลสารสนเทศการพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติ พบว่า การขับเคลื่อนมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติในภาพรวมของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 มีสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเข้าสู่กระบวนการประเมินตนเองเพียงร้อยละ 51.4⁽²⁾ แสดงให้เห็นว่ายังมีสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยอีกกว่าครึ่งที่ต้องได้รับการพัฒนาเพื่อเข้าสู่กระบวนการประเมินตนเองเพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามมาตรฐานที่รัฐกำหนด

เขตสุขภาพที่ 7 มีสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจำนวน 1,744 แห่ง⁽³⁾ สังกัดกระทรวงสาธารณสุขจำนวน 2 แห่ง คือ สถานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น และศูนย์เด็กเล็กสวนพยอม โรงพยาบาลร้อยเอ็ด โดยทั้ง 2 แห่ง ผ่านการประเมินตนเองตามมาตรฐานการประเมินจากสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (องค์การมหาชน) (สมศ.) ส่วนสังกัดอื่นไม่ทราบข้อมูลที่ชัดเจน ซึ่งในการประเมินตนเองของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาตินั้นเป็นบทบาทสำคัญของครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยและผู้รับผิดชอบดูแลสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยจะต้องดำเนินการเพื่อเข้าสู่กระบวนการพัฒนาบริการให้เป็นไปตามมาตรฐานตามที่รัฐกำหนด จึงจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจต่อเกณฑ์มาตรฐานโดยเฉพาะเกณฑ์ด้านสุขภาพ เพราะส่งผลพลัโดยตรงต่อคุณภาพ

ของเด็กในสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยเกณฑ์ดังกล่าวมุ่งเน้นส่งเสริม สนับสนุน และดำเนินการให้เด็กปฐมวัยมีการเจริญเติบโตที่ดีมีการดูแลเรื่องการรับประทานอาหารที่เหมาะสมตามวัย (Diet) มีพัฒนาการที่สมวัยทั้ง 5 ด้าน โดยบูรณาการผ่านการเล่น (Development & Play) มีการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันอย่างถูกต้อง (Dental) และส่งเสริมให้เด็กอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยมีสุขภาพที่ดีไม่เจ็บป่วย (Disease) เป็นไปตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ. 2562⁽¹⁾

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น มีบทบาทในการขับเคลื่อนและถ่ายทอดองค์ความรู้การประเมินมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติระดับภูมิภาค เพื่อส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัยแต่ด้วยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) การถ่ายทอดองค์ความรู้ในรูปแบบเดิมที่ต้องให้ผู้เข้าอบรมรวมกลุ่มเข้ามาเรียนรู้ในสถานที่เดียวกันไม่สามารถปฏิบัติได้ จึงจำเป็นต้องหารูปแบบที่เหมาะสมในชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) ซึ่งการใช้หลักสูตรออนไลน์เป็นปัจจัยเสริมการเรียนรู้ตลอดชีวิตอีกวิธีหนึ่งที่เหมาะสมกับวัยผู้ใหญ่⁽⁴⁾ ที่เน้นกระบวนการเรียนรู้โดยการใช้เทคโนโลยีสมัยใหม่มาช่วยในการเรียนการสอนผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ตและมีการสร้างระบบที่ส่งเสริมให้ผู้สอนและผู้เรียนสามารถสื่อสารและมีปฏิสัมพันธ์ร่วมกันอย่างใกล้ชิด⁽⁵⁾ จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ยังไม่มีการเสริมสร้างความรู้ครูผู้ดูแลเด็กในการประเมินมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติด้านสุขภาพมาก่อน และจากการสำรวจนำร่องครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 50 ราย ของผู้วิจัย พบว่า ร้อยละ 80

ยังไม่เคยทราบถึงเนื้อหาความรู้และแนวทางในการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติด้านสุขภาพ เพื่อให้ครูผู้รับผิดชอบสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยมีความรู้และสามารถประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเพื่อนำไปสู่การประกันคุณภาพภายในตามข้อบ่งชี้ของมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติได้อย่างถูกต้อง ผู้วิจัยจึงศึกษาพัฒนาหลักสูตรออนไลน์เพื่อสร้างความรู้และทักษะในการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติด้านสุขภาพ (4D) สำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยนี้ขึ้น เพื่อให้มีความรู้และสามารถนำไปใช้ประเมินตนเองของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติ อันจะนำไปสู่การประกันคุณภาพภายในของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยและส่งผลต่อคุณภาพเด็กปฐมวัยต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

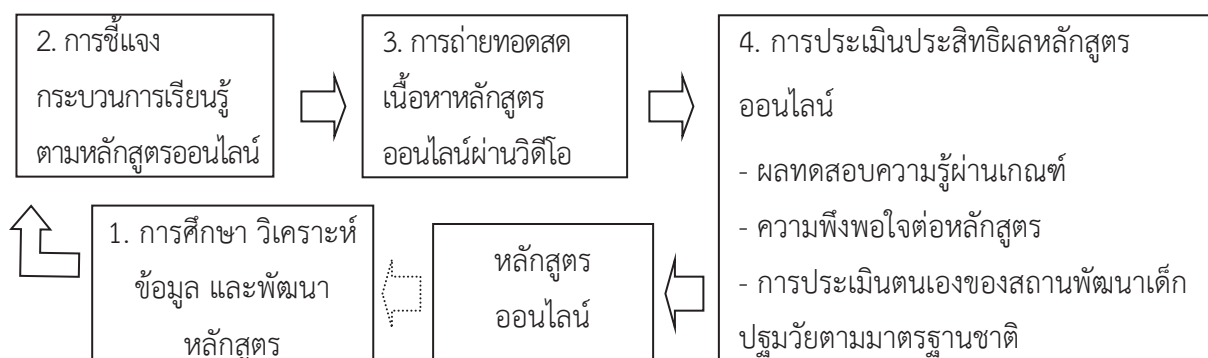
1. เพื่อพัฒนาหลักสูตรออนไลน์ในการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติด้านสุขภาพ
2. เพื่อประเมินประสิทธิผลของหลักสูตรออนไลน์ในการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติด้านสุขภาพ

ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาในครูและผู้ดูแลเด็กปฐมวัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการประเมินตนเองของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด ช่วงเดือนธันวาคม 2563 - เดือนเมษายน 2564

กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยเพื่อพัฒนานี้ใช้แนวคิดวงจรคุณภาพของ Deming (1950)⁽⁶⁾ เป็นแนวทางในการพัฒนา ดังนี้



ระเบียบวิธีวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ครูและผู้ดูแลเด็ก ผู้เกี่ยวข้องกับการประเมินมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย และผู้สนใจ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น มหาสารคาม และร้อยเอ็ด ตามคุณสมบัติที่กำหนด คือ สมัครใจเข้าร่วมกลุ่มปิด MCH Class ยอมรับกฎของกลุ่ม และร่วมกิจกรรมจนสิ้นสุดตามหลักสูตร ช่วงเดือน

ธันวาคม 2563-เมษายน 2564 จำนวน 1,540 คน จากสมาชิกเฟซบุ๊กกลุ่มปิด MCH Class จำนวน 2,310 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แอปพลิเคชัน (Application) เป็นโปรแกรมอิเล็กทรอนิกส์ที่นำมาใช้เพื่อเป็นช่องทางในการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ บันทึกคลิปวิดีโอ ถ่ายทอดเนื้อหาความรู้ ทักษะการ

ประเมินมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติ และการติดตามประเมินผลของหลักสูตร ประกอบด้วย 1) เฟชบุ๊กกลุ่มปิด “MCHClass”⁽⁷⁾ 2) โปรแกรม Open Broadcaster Software⁽⁸⁾ 3) ไลน์กลุ่ม “มาตรฐานร้อยแก่นสารสินธุ์”⁽⁹⁾ (OBS) และ 4) การประชุมออนไลน์ทางวิดีโอ (Google meet)

2. แบบประเมินประสิทธิผลหลักสูตรออนไลน์เพื่อสร้างความรู้ในการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติด้านสุขภาพ (4D) เป็นแบบสอบถามออนไลน์ (Google forms) ชนิดตอบเอง แบ่งเป็น 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ชื่อ-สกุล ตำแหน่ง หน่วยงาน สังกัด จังหวัดที่อาศัย E-mail

ส่วนที่ 2 ข้อทดสอบความรู้ตามหน่วยการเรียนรู้ 6 หน่วย ๆ ละ 5 ข้อ จำนวน 30 ข้อ เป็นแบบมีคำตอบ 4 ตัวเลือกให้เลือกตอบ แต่ละข้อกำหนดเกณฑ์การให้คะแนน เมื่อตอบถูกต้องข้อละ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 30 คะแนน การแปลผลแบ่งระดับความรู้ในการประเมินโดยนำคะแนนที่ได้แบ่งเป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของ Bloom⁽¹⁰⁾ คือ ระดับสูง (คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 80 ขึ้นไป) ระดับปานกลาง (คะแนนตั้งแต่ ร้อยละ 60-79) และระดับต่ำ (คะแนนน้อยกว่า ร้อยละ 60) โดยกำหนดความรู้ผ่านเกณฑ์คือระดับปานกลางขึ้นไป⁽¹¹⁾

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อหลักสูตรออนไลน์ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ ให้เลือกตอบ ตั้งแต่ปรับปรุง (1 คะแนน) พอใช้ (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) จนถึงมากที่สุด (5 คะแนน) การแปลความหมายจากค่าคะแนนเฉลี่ยตามจริงเนื่องจากหากแบ่งตามช่วงชั้นจะทำให้ค่าคะแนน

ความพึงพอใจโน้มเอียงไปในระดับสูง โดยแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

4.00-5.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง

2.01-3.99 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับปานกลาง

1.00-2.00 หมายถึง ความพึงพอใจอยู่ในระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 การประเมินตนเองของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินประสิทธิผลหลักสูตรออนไลน์ไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน มีค่าความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index; CVI) 0.97 จากนั้นนำไปทดลองใช้กับครูผู้ดูแลเด็กจำนวน 30 ราย แล้วนำมาหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามพบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.77 ค่าความเชื่อมั่นแบบสอบถามส่วนที่ 2 ข้อทดสอบความรู้ตามหน่วยการเรียนรู้ วิเคราะห์ด้วยวิธีของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson20: KR20) ได้ผลเท่ากับ 0.71 ค่าความเชื่อมั่นแบบประเมินส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อหลักสูตรออนไลน์ วิเคราะห์ด้วยสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) ได้ผลเท่ากับ 0.94

การรวบรวมข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลประสิทธิผลหลักสูตรออนไลน์โดยให้ครูผู้ดูแลเด็กผู้ผ่านกระบวนการอบรมตามหลักสูตรตอบแบบสอบถามออนไลน์ด้วยตนเองผ่านลิงค์กูเกิ้ลฟอร์ม ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม – 16 เมษายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าอบรม ผลการทดสอบความรู้ และผลการประเมินตนเองของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติวิเคราะห์ด้วยความถี่ และร้อยละ

2) ข้อมูลความพึงพอใจต่อหลักสูตรออนไลน์ วิเคราะห์ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

มีการขอความยินยอมกับกลุ่มตัวอย่างก่อนตอบแบบสอบถามออนไลน์ โดยสามารถยกเลิกการตอบแบบสอบถามได้โดยไม่กดยส่งคำตอบ และการเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับโดยต้องใช้รหัสในการเข้าถึงข้อมูลที่บ้านทึบในระบบคอมพิวเตอร์ รวมทั้งการนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

ผลการศึกษา

ลักษณะทั่วไปของผู้เข้าอบรม ส่วนใหญ่เป็นครูผู้ดูแลเด็ก ร้อยละ 70.1 สังกัดองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ร้อยละ 84.8 และอาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ร้อยละ 41.17

หลักสูตรออนไลน์ในการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติด้านสุขภาพ (4D) ได้จากการทบทวนข้อมูลวิชาการและคู่มือมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติข้อบ่งชี้ที่สอดคล้องด้านสุขภาพ 4 ด้าน (4D) ได้แก่ การส่งเสริมพัฒนาการ 5 ด้านตามคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM)⁽¹²⁾ บูรณาการผ่านการเล่น (Development & Play) ส่งเสริมการเจริญเติบโตและการดูแลอาหารตามหลักโภชนาการ (Diet) ดูแลสุขภาพช่องปากและฟันอย่างถูกต้อง (Dental) และส่งเสริมให้เด็กอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยมีสุขภาพที่ดีไม่เจ็บป่วย (Disease)

เป็นไปตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ พ.ศ. 2562 รูปแบบเป็นคลิปบรรยายประกอบเนื้อหาโดยวิทยากรผู้เชี่ยวชาญในแต่ละหน่วยการเรียนรู้ เนื้อหาผ่านการทดลองใช้กับครูผู้ดูแลเด็กในสถานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย และปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ เนื้อหาที่ปรับปรุงแล้วถูกนำมาถ่ายทำเป็นคลิปวิดีโอสอนด้วยโปรแกรม Open Broadcaster Software (OBS) เพื่อให้ผู้เรียนสามารถเข้าไปศึกษาเนื้อหาด้วยตนเองได้ทุกที่ทุกเวลาผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต โดยไฟล์วิดีโอบรรยายและถ่ายทอดสดเนื้อหาหลักสูตรผ่านวิดีโอสตรีมมิ่งจะถูกนำเข้าไว้ในกล่องสื่อเพชบุรีกลุ่มปิด MCH Class หน่วยการเรียนรู้ตามหลักสูตร ประกอบด้วย 7 หน่วยการเรียนรู้ ดังนี้

1) หน่วยบทนำ : เนื้อหาประกอบด้วย เหตุผล วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย หน่วยการเรียนรู้ แผนปฏิบัติการ วิธีการเรียนรู้ และการประเมินผลของหลักสูตรออนไลน์

2) หน่วยที่ 1: เนื้อหาประกอบด้วย ความสำคัญ ขั้นตอนการประเมินตนเอง และข้อบ่งชี้การประเมินตนเองของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติด้านสุขภาพ

3) หน่วยที่ 2: เนื้อหาประกอบด้วย ข้อบ่งชี้ การสาธิต และยกตัวอย่างการดำเนินงานของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติด้านการเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัยด้วยคู่มือเฝ้าระวังและส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย (DSPM) การจัดการข้อมูลผลการประเมินพัฒนาการ

4) หน่วยที่ 3: เนื้อหาประกอบด้วย ข้อบ่งชี้ การสาธิต และยกตัวอย่างการดำเนินงานของ

สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติด้านโภชนาการในการจัดอาหาร การเฝ้าระวังการเจริญเติบโต และภาวะโภชนาการในเด็กปฐมวัย การแก้ไขปัญหาภาวะทุพโภชนาการ (เตี้ย ผอม อ้วน) โปรแกรมประเมินภาวะโภชนาการ

5) หน่วยที่ 4: เนื้อหาประกอบด้วย ข้อบ่งชี้การสาธิต และยกตัวอย่างการดำเนินงานของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติด้านสุขภาพช่องปากในเด็กปฐมวัย

6) หน่วยที่ 5: ข้อบ่งชี้ การยกตัวอย่างการดำเนินงานของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติด้านสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยปลอดภัย

7) หน่วยที่ 6: เนื้อหาประกอบด้วย การสาธิตการประเมินตนเองในระบบฐานข้อมูลสารสนเทศการพัฒนาศูนย์พัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติ

ประสิทธิผลหลักสูตรออนไลน์

ผลคะแนนทดสอบความรู้ต่อเนื้อหาหลักสูตรออนไลน์ พบว่า มีผู้ตอบแบบสอบถามความรู้ต่อเนื้อหาหลักสูตรออนไลน์ จำนวน 1,540 คน คะแนนความรู้เฉลี่ย 17.73 (คะแนน

สูงสุด = 26, คะแนนต่ำสุด = 4) ผลคะแนนความรู้ผ่านเกณฑ์ระดับปานกลาง ร้อยละ 65.1 ระดับสูง ร้อยละ 2.4 ดังแสดงในตารางที่ 1

ความพึงพอใจต่อหลักสูตรออนไลน์ พบว่า ในภาพรวมมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.50, S.D. = 0.58) และเมื่อพิจารณาค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อหลักสูตรออนไลน์รายข้อ พบว่า อยู่ในระดับสูงทุกข้อ ข้อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยสูงสุด คือ วิทยาการบรรยาย ($\bar{X}$ = 4.48, S.D. = 0.56) รองลงมา คือ ภาพรวมของการถ่ายทอดสด (Facebook Live) ($\bar{X}$ = 4.44, S.D. = 0.59) ดังแสดงในตารางที่ 2

การนำความรู้ไปใช้ประเมินตนเองของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติ ภายหลังการอบรม ผู้ผ่านการอบรมนำความรู้ที่ได้ไปใช้ประเมินตนเองของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเพื่อเข้าสู่กระบวนการประเมินตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ จำนวน 829 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 53.8 ผลการประเมินตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับ “B” (ดี) ร้อยละ 23.7 และผ่านการประเมินจากสำนักงานรับรองมาตรฐานและประเมินคุณภาพการศึกษา (สมศ.) จำนวน ร้อยละ 14.4 ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และการแปลผลคะแนน ทดสอบความรู้ในการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติ ด้านสุขภาพ

ผลคะแนนความรู้	จำนวน n = 1,540	ร้อยละ	แปลผล
0-17 คะแนน	501	32.5	ระดับต่ำ
18-23 คะแนน	1,002	65.1	ระดับปานกลาง
24 คะแนนขึ้นไป	37	2.4	ระดับสูง

(Mean = 17.73, S.D. = 3.56, Min = 4, Max = 26)

ตารางที่ 2 ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการแปลผลระดับค่าคะแนนความพึงพอใจต่อหลักสูตร

ข้อคำถาม	ระดับความพึงพอใจ n = 1,540					$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
	มาก ที่สุด	มาก	ปาน กลาง	พอ ใช้	ปรับ ปรุง			
	5	4	3	2	1			
	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ	ร้อยละ			
1. ภาพรวมของการจัด Facebook Live	48.6	47.3	3.7	0.3	0.1	4.44	0.59	ระดับสูง
2. วิทยากรบรรยาย	51.8	44.9	3.1	0.3	0.0	4.48	0.56	ระดับสูง
3. ช่องทางการถ่ายทอดสด (Facebook live streaming)	46.9	47.2	5.4	0.3	0.1	4.41	0.62	ระดับสูง
4. ช่วงเวลาการจัด Facebook Live	40.5	46.8	11.4	1.0	0.4	4.26	0.72	ระดับสูง
5. ระยะเวลาการจัด Facebook Live	40.4	50.0	8.9	0.5	0.2	4.30	0.67	ระดับสูง
6. ความชัดเจนของภาพและเสียง	45.3	47.1	7.0	0.5	0.1	4.37	0.65	ระดับสูง
7. ภาพรวมของหลักสูตร	53.8	42.9	3.0	0.3	0.1	4.50	0.58	ระดับสูง

ตารางที่ 3 จำนวน และร้อยละของระดับการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐาน

ระดับการประเมิน	ผลประเมิน n = 1,541	
	จำนวน	ร้อยละ
อยู่ระหว่างการเตรียมประเมินตนเอง	712	46.2
ประเมินตนเองแล้ว อยู่ในระดับ “A” (ดีมาก)	143	9.3
ประเมินตนเองแล้ว อยู่ในระดับ “B” (ดี)	365	23.7
ประเมินตนเองแล้ว อยู่ในระดับ “C” (ผ่านขั้นต้น)	76	4.9
ประเมินตนเองแล้ว อยู่ในระดับ “D” (ต้องปรับปรุง)	23	1.5
ได้รับการประเมินจาก สมศ. แล้ว	222	14.4

อภิปรายผล

1. หลักสูตรออนไลน์เพื่อสร้างความรู้และทักษะการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติด้านสุขภาพนี้ถูกพัฒนาขึ้นจากการศึกษาวิเคราะห์ข้อมูลปัญหาความต้องการและเนื้อหาความรู้ตามมาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ ร่างเนื้อหาหลักสูตร ทดลองใช้ ถ่ายทำคลิปวิดีโอเนื้อหา ถ่ายทอดสดเนื้อหาของหลักสูตรผ่านระบบวิดีโอสตรีมมิงบนเฟซบุ๊กกลุ่มปิด และประเมินผลหลักสูตร ขั้นตอนดังกล่าวใกล้เคียงกับการศึกษาพัฒนาหลักสูตรออนไลน์เพื่อเสริมสร้างทักษะสร้างสรค์นวัตกรรมของจริยา ทองหอม และคณะ⁽¹³⁾ ซึ่งมี 4 ขั้นตอน คือ 1) การศึกษา วิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน 2) การพัฒนา (ร่าง) หลักสูตรออนไลน์เพื่อเสริมสร้างทักษะสร้างสรค์นวัตกรรม 3) การทดลองใช้หลักสูตรออนไลน์เพื่อเสริมสร้างทักษะสร้างสรค์นวัตกรรม และ 4) การประเมินผลและปรับปรุงหลักสูตร จากการประเมินความคิดเห็นของผู้เข้าอบรมต่อความรู้ความเข้าใจ และการนำความรู้ไปใช้ประโยชน์ พบว่า สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปปรับใช้ในการปฏิบัติงานได้ในระดับสูง ($\bar{X}$ = 4.30, S.D. = 0.62)

2. ประสิทธิภาพของหลักสูตรออนไลน์เพื่อสร้างความรู้ในการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติด้านสุขภาพ โดยประเมินจากผลคะแนนความรู้ของผู้ผ่านหลักสูตรพบว่าผู้เข้าอบรมมากกว่า 2 ใน 3 มีผลคะแนนความรู้ในระดับปานกลางขึ้นไป ซึ่งถือเป็นผลประเมินในระดับที่ยอมรับได้⁽¹¹⁾ สามารถนำความรู้จากหลักสูตรออนไลน์ที่ได้ไปใช้ประเมินตนเองของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติได้มากกว่า 1 ใน 2 สอดคล้องกับแนวทางที่กำหนดไว้ตามมาตรฐานการประเมินสามารถเขียนรายงานการประเมินตนเองได้ถูกต้อง ส่งผลให้สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยเข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพภายในได้ และผู้เรียนมีความพึงพอใจต่อหลักสูตรในภาพรวมอยู่ในระดับมากแสดงถึงหลักสูตรออนไลน์สามารถเพิ่มความรู้และทักษะในการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพในระดับเพียงพอ^(13,14,15) สอดคล้องกับการศึกษาของ Richard (2002)⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าหลักสูตรการสอนระดับอาชีวศึกษาทางอินเทอร์เน็ตมีค่าใช้จ่ายต่ำและมีประสิทธิภาพสูงกว่าหลักสูตรปกติ และการที่หลักสูตรออนไลน์นี้จัดให้มีการถ่ายทอดเนื้อหาความรู้ผ่านระบบ

สตรีมีมิ่งส่งผลให้ผู้สอนและผู้เรียนมีพื้นที่ในการสื่อสารและการมีปฏิสัมพันธ์เพิ่มขึ้นสามารถแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและสนทนาระหว่างกันได้ซึ่งถือเป็นจุดสำคัญของการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในระดับกว้างและเข้าถึงได้ง่าย⁽¹⁷⁾ โดยนำเอาเทคโนโลยีสมัยใหม่มาปรับใช้พัฒนารูปแบบการถ่ายทอดความรู้ให้มีความน่าสนใจและตอบโจทย์กับบริบทในยุคสมัยปัจจุบันที่ไม่ต้องการให้มีการรวมกลุ่มเพื่อลดการแพร่ระบาดของโรคอุบัติใหม่ช่วยลดอุปสรรคสำคัญในการเรียนรู้ตลอดช่วงชีวิตได้เป็นอย่างดี

สรุปผลการศึกษา

การสร้างเสริมความรู้ในการประเมินสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติด้านสุขภาพ (4D) สำหรับครูผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภายใต้ข้อจำกัดที่ไม่สามารถรวมตัวกันเป็นหมู่คณะตามมาตรการควบคุมป้องกันโรคติดต่อของภาครัฐด้วยหลักสูตรออนไลน์ส่งผลให้ผู้ผ่านหลักสูตรมีความรู้ผ่านเกณฑ์ระดับปานกลางขึ้นไป ร้อยละ 67.5 มีระดับคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจต่อหลักสูตรระดับมาก ($\bar{X} = 4.50$, S.D. = 0.58) สามารถนำความรู้ไปใช้ประเมินตนเองของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยตามมาตรฐานชาติ ร้อยละ 53.8 จึงเป็นอีกรูปแบบทางเลือกของการนำไปใช้เพื่อเพิ่มพูนความรู้ในการส่งเสริมสุขภาพและพัฒนามาตรฐานการบริการอื่น ๆ ได้อย่างเพียงพอ

ข้อเสนอแนะ

การนำผลการวิจัยไปใช้ โดยนำรูปแบบนี้ไปปรับใช้ให้ความรู้เพื่อพัฒนามาตรฐานหรือเพื่อส่งเสริมสุขภาพกลุ่มอื่น เช่น ผู้วิจัยนำไปใช้ถ่ายทอดเรื่องมาตรฐานความปลอดภัย

การป้องกันโรค COVID-19 รองรับสุขภาพดีวิถีใหม่ (Thai Stop COVID Plus) ของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 ผ่านระบบออนไลน์ หรือนำไปออกแบบบทเรียนออนไลน์ ระบบเปิดสำหรับมหาชน (Massive Online Open Courses : MOOCs)

การวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาประสิทธิภาพหลักสูตรต่อคุณภาพของเด็กปฐมวัย ได้แก่ พัฒนาการเด็กปฐมวัย การเจริญเติบโต สุขภาพช่องปาก และการเจ็บป่วยจากโรคติดต่อที่ป้องกันได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ใช้เป็นทางเลือกเพื่อเสริมสร้างความรอบรู้แก่บุคลากรผู้ประกอบการหรือประชาชนทุกกลุ่มวัยในการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมในวิถีชีวิตปกติใหม่

ข้อจำกัดการวิจัย

การเรียนรู้ตามหลักสูตรออนไลน์มีความจำเป็นที่ผู้เข้าอบรมจะต้องมีอุปกรณ์คอมพิวเตอร์ แท็บเล็ต หรือสมาร์ตโฟน เพื่อใช้เป็นอุปกรณ์ในการเรียนรู้ รวมถึงต้องสามารถเข้าถึงระบบอินเทอร์เน็ต จึงจะสามารถเรียนรู้ได้ตามกระบวนการของหลักสูตร หลักสูตรนี้จึงอาจไม่เหมาะกับพื้นที่หรือผู้เรียนที่ไม่มีอุปกรณ์และไม่สามารถเข้าถึงระบบอินเทอร์เน็ตได้ และการศึกษาเป็นการศึกษาในบริบทของเขตสุขภาพที่ 7 เท่านั้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับการสนับสนุนเป็นอย่างดีจากนายแพทย์ชาติรี เมธธรราชิย์ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น และความอนุเคราะห์สนับสนุนวิทยากรจากอาจารย์ ดร.วิทยา ชำนาญไพโร ภาควิชาวิศวกรรมไฟฟ้า-

อิเล็กทรอนิกส์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์
วิทยาเขตขอนแก่น ในการพัฒนาหลักสูตร
ออนไลน์และทักษะการถ่ายทอดเนื้อหาผ่าน
วิดีโอสตรีมมิ่ง รวมถึงการบันทึกคลิปวิดีโอสอน
ผ่านโปรแกรม OBS และขอขอบคุณครูผู้ดูแล
ปฐมนิเทศทุกคนที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และ
ให้ร่วมมือในการดำเนินการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา.
มาตรฐาน สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ.
พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: พริกหวานกราฟฟิค;
2562.
2. กรมกิจการเด็กและเยาวชน. ระบบฐาน
ข้อมูล สารสนเทศการพัฒนาเด็กปฐมวัย
ตามมาตรฐานชาติ [อินเทอร์เน็ต]. 2563
[เข้าถึง เมื่อ 22 สิงหาคม 2564]. เข้าถึง
ได้จาก: <https://nccs.dcy.go.th/>
3. งานพัฒนาเด็กปฐมวัย ศูนย์อนามัยที่ 7
ขอนแก่น. จำนวนศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
เขตสุขภาพที่ 7. รายงานข้อมูลจากสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ ขอนแก่น
มหาสารคาม ร้อยเอ็ด. 2562.
4. พิสิฐ น้อยวงศ์. การพัฒนาบทเรียน
ออนไลน์แบบเปิดด้านทัศนศิลป์ศึกษาเพื่อ
ผู้เรียนวัยผู้ใหญ่. วารสารห้องสมุด. 2563;
64(1): 20-35.
5. กิตติชัย สุธาสิโนบล. หลักสูตรและการเรียนรู้
แบบดิจิทัล. วารสารวิชาการศึกษาศาสตร์
คณะศึกษาศาสตร์มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.
2562; 20(1): 200-211.
6. PDCA (Plan Do Check Act): Continually
Improving, in a Methodical Way
[Internet]. [cited 2021 August 22].
Available from: http://www.mindtools.com/pages/article/newPPM_89.htm
7. MCH Class | Facebook [Internet].
[cited 2021 August 23]. Available
from: <https://www.facebook.com/groups/175659697610997>
8. Open Broadcaster Software | OBS
[Internet]. [cited 2021 August 23].
Available from: <https://obsproject.com/>
9. Download LINE PC for Windows
[Internet]. [cited 2021 August 23].
Available from: <https://line-pc.com/download-line-pc-for-windows>
10. Bloom BS. Handbook on Formative
and Summative Evaluation of Student
Learning. New York: Mc Graw-Hill
1971.
11. กระทรวงศึกษาธิการ. แนวปฏิบัติการวัด
และประเมินผลการเรียนรู้ ตามหลักสูตร
แกนกลางการศึกษาขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช
2551. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุม
สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2553.
12. กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือเฝ้าระวังและ
ส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย. นนทบุรี:
โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก;
2564
13. จริยา ทองหอม, สิริวรรณ ศรีพหล,
มารุต พัฒนาผล และปณิตา วรรณพิรุณ.
การพัฒนาหลักสูตรออนไลน์เพื่อเสริมสร้าง
ทักษะสร้างสรรค์นวัตกรรม. วารสาร Veridian
E-Journal Silpakorn University. 2560;
10 (2): 138-165.

14. ลภัสรดา จิตวารินทร์ และรัชชัย จิตวารินทร์. การพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับเสริมสร้างความรู้ ทักษะการปฏิบัติงาน และทักษะการสื่อสารภาษาอังกฤษสำหรับพนักงานแคดดี้. วารสารบัณฑิตศึกษามหาจุฬาลงกรณ์. 2565; 9(1): 102-114.
15. พนิดา พุฒเขียว, พิมพ์พิมล นนท์เสนา และชเนตตี พิมพ์สุวรรณ. การพัฒนาหลักสูตรอบรมออนไลน์โดยใช้เทคโนโลยีวิดีโอสตรีมมิ่งมีเดีย. วารสารแม่ใจเทคโนโลยีสารสนเทศและนวัตกรรม มหาวิทยาลัยแม่ใจ. 2560; 3(2), 41-53.
16. Richard Curtain. Online delivery in the vocational education and training sector: Improving cost effectiveness [Internet]. National Centre for Vocational Education Research; 2002 [cited 2021 August 24]. Available from: <https://fi.uy/v046>
17. ณัฐวรรณ เฉลิมสุข และอนิรุทธิ์ สติมัน. การพัฒนารูปแบบการเรียนการสอนแบบผสมผสาน ด้วยการเรียนแบบทักษะปฏิบัติร่วมกับเครื่องมือทางปัญญาผ่านคลาวด์คอมพิวติ้ง เพื่อเสริมสร้างทักษะความคิดสร้างสรรค์ และการสร้างผลงานศิลปะของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย. วารสารครุศาสตร์. 2562; 47(1): 84-102.

ความสัมพันธ์ระหว่างคุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดูเด็กกับพัฒนาการ เด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7

สุพัตรา บุญเจียม

(วันที่รับบทความ: 12 กรกฎาคม 2565; วันที่แก้ไข: 9 พฤศจิกายน 2565; วันที่ตอบรับ: 11 พฤศจิกายน 2565)

บทคัดย่อ

พัฒนาการเด็กสมวัยเป็นเป้าหมายสูงสุดในการเลี้ยงดูเด็กของครอบครัว ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัย คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กเขตสุขภาพที่ 7 และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ข้อมูลของผู้เลี้ยงดู คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูกับพัฒนาการเด็กกลุ่มตัวอย่างคือผู้เลี้ยงดูเด็กและเด็กปฐมวัย จำนวน 800 คน ใช้การสัมภาษณ์คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดู และตรวจพัฒนาการเด็กด้วยเครื่องมือ Denver II วิเคราะห์ข้อมูลและนำเสนอด้วยค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การแจกแจงความถี่ ร้อยละ และใช้สถิติการถดถอยโลจิสติกเชิงพหุ Multiple logistic regression พบว่า ผู้เลี้ยงดูเป็นเพศหญิง ร้อยละ 94.4 อายุเฉลี่ย 43.8 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.0 อายุต่ำสุด 16 ปี สูงสุด 77 ปี คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กอยู่ระดับดี ร้อยละ 77.1 เด็กพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 56.8 ด้านภาษาเป็นด้านที่เด็กสงสัยล่าช้ามากที่สุด มี 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย 1) รายได้ของครอบครัว (AOR = 1.8; 95%CI: 1.39 - 3.34; p-value 0.009) 2) การอาศัยอยู่กับพ่อแม่ของเด็ก (AOR = 1.7; 95%CI: 1.31 - 2.96; p-value 0.024) 3) การมีโรคประจำตัวของผู้เลี้ยงดู (AOR = 1.4; 95%CI: 1.29 - 2.15; p-value 0.032) และ 4) คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม (AOR = 1.4; 95%CI: 1.23 - 2.73; p-value 0.011) ทั้งนี้เพื่อส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัยเพิ่มขึ้นต้องทำให้ครอบครัวมีรายได้ที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิต บิดามารดาได้เลี้ยงดูเด็ก ครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน และสร้างเสริมให้ผู้เลี้ยงดูมีความสุขที่ดีเป็นผู้เลี้ยงดูที่ไม่มีโรคประจำตัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ผู้เลี้ยงดูเด็ก เด็กปฐมวัย

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Corresponding author : สุพัตรา บุญเจียม email : supattra4422gmail.com

The Relationship between Caregiver's Quality of Life and Early Childhood Development in The Area Health Region VII

Supattra Boonjeam

(Receive 12th July 2022; Revised: 9th November 2022; Accepted 11th November 2022)

Abstract

Child development is the ultimate goal of raising children in the family. The objective of this research aimed to assess early childhood development, caregiver's quality of life situation in the area health region VII and to analyze associations with variable of caregiver's characteristics and early childhood development. The sample consisted of 800 caregivers and early childhood. Using interview the caregiver's quality of life and assess the child's development with the Denver II tool. The data was analyzed by mean, standard deviation, frequency, percentage and analyzed by multiple logistic regression. The results revealed that situation caregiver's quality of life in the area health region VII showed that caregivers are female 94.4%, average age is 43.8 years (SD. 14.0) with a range of 16-77. Caregiver's quality of life in good level at 77.1%. 56.8% of early childhood had normal development. Language domain was the domains that children suspected development the most. There were 4 factors related with early childhood development ; 1) family income (AOR = 1.8; 95%CI: 1.39 - 3.34; p-value 0.009) 2) living with parent of child (AOR = 1.7; 95%CI: 1.31 - 2.96; p-value 0.024) 3) caregiver's disease (AOR = 1.4; 95%CI: 1.29 - 2.15; p-value 0.032) and 4) caregiver's quality of life about social relationship (AOR = 1.4; 95%CI: 1.23 - 2.73; p-value 0.011) Therefore, the way to support early childhood had normal development must to promote the family have sufficient income to sustain life. For to encourage family to live together, to be the caregivers without diseases and improve caregiver's quality of life to be better.

Keywords : Quality of Life, Caregiver, Early childhood

Registered Nurse (Professional Level), Regional Health Promotion Center 7 Khon kaen
Corresponding author : Supattra boonjeam email : supattra4422gmail.com

บทนำ

เด็กปฐมวัยเป็นช่วงวัยที่สำคัญต่อการลงทุน การพัฒนาและจัดทำโครงการหรือกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพของเด็กกลุ่มนี้จะให้การ คำนึง ความคุ้มค่าและให้ผลตอบแทนสูงสุด⁽¹⁾ จึงควรส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการเต็ม ศักยภาพ สุขภาพเด็กปฐมวัยตั้งแต่ 0 – 5 ปี ถือเป็นช่วงเวลาทองสำคัญมากที่สุด ถือเป็น รากฐานและส่งผลต่อคุณภาพชีวิตในวัยอื่นๆ⁽²⁾ องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าเด็ก ร้อยละ 15-20 ทั่วโลกพัฒนาการไม่สมวัย⁽³⁾ สำนักส่งเสริมสุขภาพกรมอนามัยได้ทำการ สำรวจพัฒนาการเด็กปฐมวัย ปี 2560 ด้วย Denver II เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 70 โดยภาคที่เด็กสมวัยมากที่สุดคือภาคเหนือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือพัฒนาการสมวัยน้อย ที่สุด เด็กปฐมวัยเขตสุขภาพที่ 7 มีพัฒนาการ สมวัย ร้อยละ 56.4⁽⁴⁾ สาเหตุสำคัญคือ การอพยพ ย้ายถิ่น มาทำงานต่างถิ่นและกรุงเทพมหานคร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีเด็กไม่ได้อยู่กับ พ่อแม่ ร้อยละ 29.3 เด็กอยู่กับปู่ย่าตายาย⁽⁵⁾ สังคมโลกในช่วงศตวรรษที่ 21 มีบริบททางสังคม เปลี่ยนไป ส่งผลกระทบต่อการปรับตัวของเด็ก และผู้ใหญ่ในสังคม จึงเป็นสิ่งที่ท้าทายว่าเราจะ เตรียมการอย่างไร เริ่มตั้งแต่วัยเด็ก สร้างเด็กมี พื้นฐานดี สามารถเติบโตได้อย่างต่อเนื่องและ อยู่รอดในโลกอนาคตได้อย่างมีคุณภาพ การ เลี้ยงดูเด็กของผู้เลี้ยงดูที่ส่งผลต่อพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย สาเหตุของปัญหาคือ ค่านิยมและความ เชื่อของผู้เลี้ยงดูเด็ก การรีบเร่งให้เด็กปฐมวัยมี พัฒนาการทางวิชาการที่เกินวัย และปิดกั้นการ พัฒนาสมอง ให้ความสำคัญในการเรียนมากกว่าการได้ เล่นตามวัย ทำให้เด็กมีความเสี่ยงเรื่องสุขภาพ ปกติครอบครัวต้องเตรียมเด็กปฐมวัยให้พร้อม

ก่อนเข้าศูนย์เด็กเล็กหรือวัยเรียน แต่ต้องเป็น การส่งเสริมการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับช่วงวัย ของเด็กให้เด็กได้เล่นและเรียนรู้ผ่านการเล่น เรียนรู้การเล่นกับเพื่อนสร้างให้เด็กมีปฏิสัมพันธ์ ทางสังคมที่ดี การอบรมเลี้ยงดูเด็กจากครอบครัว เป็นสิ่งสำคัญมีผลต่อพัฒนาการของเด็ก⁽⁶⁾ จากการศึกษาเรื่องคุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดู ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คุณภาพชีวิตด้าน สุขภาพกายและสังคมของผู้เลี้ยงดูสัมพันธ์ กับพัฒนาการเด็ก⁽⁷⁾ ดังนั้นเรื่องคุณภาพชีวิต ของผู้เลี้ยงดู เขตสุขภาพที่ 7 จึงเป็นเรื่องที่ควร ทำการศึกษา

พัฒนาการเด็กปฐมวัยเป็นเป้าหมายสูงสุด ของครอบครัว การวิจัยเรื่องพัฒนาการเด็ก มีความสำคัญและประเด็นเรื่องคุณภาพชีวิต ผู้เลี้ยงดูก็มีความน่าสนใจว่าส่งผลกับพัฒนาการ เด็กปฐมวัยหรือไม่ คุณภาพชีวิตของ ผู้เลี้ยงดูที่ แตกต่างกันส่งผลต่อพัฒนาการของเด็กปฐมวัย หรือไม่ ที่ผ่านมามีการวิจัยเรื่องพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย ไม่มีเรื่องวิจัยคุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดูเด็ก เขตสุขภาพที่ 7 ดังนั้นการวิจัยนี้เป็นการประเมิน สถานการณ์คุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดู พัฒนาการเด็ก ปฐมวัย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์คุณภาพชีวิต ผู้เลี้ยงดูเด็กกับพัฒนาการเด็กปฐมวัย จะได้ฐาน ข้อมูลที่สำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก เขตสุขภาพที่ 7 ในการวางแผนการดำเนินงาน เพื่อสร้างเด็กปฐมวัยที่มีพัฒนาการสมวัย

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อประเมินสถานการณ์คุณภาพชีวิต ผู้เลี้ยงดูเด็ก และพัฒนาการเด็กปฐมวัย
2. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ข้อมูล ของผู้เลี้ยงดูเด็ก คุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดูเด็กกับ พัฒนาการเด็กปฐมวัย

วิธีการศึกษา

การวิจัย Cross-sectional analytical study วิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง ข้อมูล Secondary data ทุติยภูมิ จากงานวิจัยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัยคุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7⁽⁸⁾ รวบรวมข้อมูลเดือนมีนาคม-มิถุนายน 2564 ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Hsieh FY. และคณะ⁽⁹⁾ การวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ρ ที่ 0.70 ค่า VIF ที่ 3.33 ได้ 800 คน โดยเทคนิคสุ่มตัวอย่างหลายขั้นตอน (Multi stages random sampling) สุ่มตัวอย่างอย่างง่าย (Simple random sampling) ชั้นแรก สุ่มอำเภอ 2 อำเภอใน 4 จังหวัด สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายเพื่อหาอำเภอเป็นตัวแทนจังหวัด ได้อำเภอ 8 อำเภอ ชั้นต่อมา สุ่มอย่างง่าย เพื่อหาดำบล 4 ตำบล เป็นตัวแทนอำเภอ ใช้การจับฉลากที่สุ่มได้ สุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างแต่ละแห่งตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง โดยสุ่มจากบัญชีเด็กปฐมวัย สำนักงานสาธารณสุขอำเภอผ่านโปรแกรม HoSxP สุ่มโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และสุ่มอย่างง่ายได้กลุ่มตัวอย่างเด็กจากบัญชีรายชื่อของแต่ละรพ.สต. ตำบลละ 25 คน กลุ่มเป้าหมายในตำบลใดไม่ครบ สามารถเก็บจากตำบลใกล้เคียงได้ ระยะเวลาดำเนินการศึกษาคือเดือนกุมภาพันธ์ - เดือนเมษายน 2564 โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) คือ เด็กปฐมวัยพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 เด็กเป็นเด็กสัญชาติไทย อายุตั้งแต่ 9 เดือน - 6 ปี ต้องยินยอมเข้าร่วมการศึกษา มีสมุดสีชมพู (Pink book) และผู้ปกครองให้ประวัติครบ เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ เด็กไม่ร่วมมือในการตรวจพัฒนาการ ชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ ความสูง ตรวจสุขภาพช่องปาก เด็กไม่ทราบ

อายุ และเด็กที่อยู่กับคนที่ไม่มีความสัมพันธ์ทางสายโลหิต เด็กมีความผิดปกติพิการแต่กำเนิด โรค Down syndromes ออทิสติก ความพิการทางสมอง (Cerebral palsy) เด็กมีประวัติชัก และได้รับยากันชัก เป็นต้น

เครื่องมือในการศึกษา

เครื่องมือมี 3 เครื่องมือคือ แบบสัมภาษณ์ข้อมูลผู้เลี้ยงดู แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก และแบบประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัย

เครื่องมือที่ 1 ข้อมูลของผู้เลี้ยงดูเด็กคือ เพศ อายุ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว รายได้ตนเอง รายได้ครอบครัว ความเพียงพอของรายได้ ลักษณะครอบครัว สถานภาพความสัมพันธ์ของพ่อแม่เด็ก การอยู่กับพ่อแม่ของเด็ก และการรับเงินอุดหนุนเลี้ยงดูเด็ก

เครื่องมือที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็ก (Quality of Life) ประยุกต์จากแบบประเมินคุณภาพชีวิต⁽¹⁰⁾ แบ่งเป็น 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม ให้ผู้ตอบเลือกตัวเลือกที่ตรงกับตนเองมากที่สุด 5 ตัวเลือก คือ ไม่เลย เล็กน้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด

แบบวัดคุณภาพชีวิต (Quality of Life) คำถามที่มีความหมายทางบวก 23 ข้อ และที่มีความหมายทางลบ 3 ข้อ คือข้อ 2, 9 และ 11 เป็นตัวเลือก 5 ระดับ

ความหมายทางบวกได้ 1 คะแนนคือ ไม่เลย 2 คะแนนคือ เล็กน้อย 3 คะแนนคือ ปานกลาง 4 คะแนนคือ มาก และ 5 คะแนนคือ มากที่สุด

ความหมายทางลบได้ 5 คะแนนคือ ไม่เลย 4 คะแนนคือ เล็กน้อย 3 คะแนนคือ ปานกลาง 2 คะแนนคือ มาก และ 1 คะแนนคือ มากที่สุด

ตารางที่ 1 การแปลผลคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็นด้านต่างๆ

คุณภาพชีวิต	ดี	ปานกลาง	ไม่ดี
ภาพรวม	96-130	61-95	26-60
1. สุขภาพกาย	27-35	17-26	7-16
2. จิตใจ	23-30	15-22	6-14
3. สัมพันธภาพทางสังคม	12-15	8-11	3-7
4. สิ่งแวดล้อม	30-40	19-29	8-18

ด้านสุขภาพกายมี 7 ข้อ

คือ 2, 3, 4, 10, 11, 12 และ 24

ด้านจิตใจมี 6 ข้อ

คือ 5, 6, 7, 8, 9 และ 23

ด้านสัมพันธภาพทางสังคมมี 3 ข้อ

คือ 13, 14 และ 25

ด้านสิ่งแวดล้อมมี 8 ข้อ

คือ 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21 และ 22

ข้อคำถามข้อ 1 และ 26 คือคุณภาพชีวิตภาพรวม ต้องนำเสนอในรูปของคะแนนเฉลี่ยทั้งหมด

เครื่องมือที่ 3 การประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยใช้เครื่องมือ Denver II (Denver Developmental Screening Test)⁽¹¹⁾ พัฒนาการ 4 ด้านคือ ด้านกล้ามเนื้อใหญ่ (Gross motor) ด้านกล้ามเนื้อเล็กและการปรับตัว (Fine motor adaptive) ด้านภาษา (Language) และด้านสังคมและการช่วยเหลือตนเอง (Personal-social)

การแปลผลพัฒนาการโดยใช้แบบทดสอบ Denver II จะเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็กและแปลผลข้อประเมินแต่ละข้อก่อน แล้วจึงจะแปลผลรวม

การแปลผลประเมินพัฒนาการเด็กปฐมวัยจะแปลผลเป็น 2 ระดับคือ

1) พัฒนาการสมวัยหรือปกติ (Normal) คือเด็กไม่มีข้อทดสอบล่าช้า (Delay) และ/หรือมีข้อควรระวัง (Cautions) เพียง 1 ข้อ

2) พัฒนาการสงสัยล่าช้า (Suspect Delay) คือ เด็กมีข้อควรระวัง (Cautions) 2 ข้อขึ้นไป และ/หรือมีล่าช้า (Delay) 1 ข้อขึ้นไป

การตรวจสอบความตรงของเครื่องมือผ่านการพิจารณาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้เลี้ยงดู 30 คน และหาความเชื่อมั่นของแบบวัดคุณภาพชีวิตสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach alpha coefficient) โดยพบว่า แบบวัดคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดู 26 ข้อ มีค่า 0.82 ถือว่ายอมรับได้

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลผู้เลี้ยงดู แสดงด้วยค่า ความถี่ ร้อยละ มัธยฐาน ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ใช้สถิติ Multiple logistic regression p-value 0.05 วิธี Backward elimination method นำเสนอด้วย OR, AOR และ 95% Cis ช่วงความเชื่อมั่น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมอนามัย รหัสโครงการ 053 ระยะเวลาการรับรอง วันที่ 25 เมษายน 2565 – 24 เมษายน 2566

ผลการวิจัย**ข้อมูลของผู้เลี้ยงดูเด็ก**

ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่มีเพศหญิง ร้อยละ 94.4 อายุเฉลี่ย 43.8 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 14.0 น้อยสุด 16 ปี มากสุด 77 ปี จบประถมศึกษา ร้อยละ 47.6 ทำงานเป็นแม่บ้านและไม่ทำงาน ร้อยละ 44.4 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77.7 มัธยมศึกษาของรายได้ตนเองต่อเดือนของผู้เลี้ยงดู

เด็ก 5,000 บาท มัธยมศึกษาของรายได้ครอบครัว ต่อเดือนของเด็ก 10,000 บาท ครอบครัวมี รายได้ไม่เพียงพอ ร้อยละ 43.2 เป็นครอบครัว ขยาย ร้อยละ 86.2 สถานภาพความสัมพันธ์ของ พ่อแม่เด็ก หย่า/แยกทางกัน/หม้าย ร้อยละ 17.8 เด็กไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ ร้อยละ 35.9 ครอบครัว รับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็ก ร้อยละ 82.2 ดังรายละเอียดในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลของผู้เลี้ยงดูเด็ก (n = 800)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	45	5.6
หญิง	755	94.4
อายุ (ปี)		
16 - 29	169	21.1
30 - 59	517	64.6
60 - 77	114	14.3
Mean: SD = 43.8: 14.0		
Median (Min: Max)	45.0	16: 77
การศึกษา		
ปริญญาตรีขึ้นไป	61	7.6
มัธยม ปวช. ปวส.	358	44.8
ประถมศึกษา	381	47.6
อาชีพ		
รับราชการ พนักงานรัฐ	25	3.1
ค้าขาย ธุรกิจส่วนตัว	185	23.1
เกษตรกร	235	29.4
แม่บ้าน ไม่ทำงาน	355	44.4

ตารางที่ 2 ข้อมูลของผู้เลี้ยงดูเด็ก (n = 800) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัว		
มี	178	22.3
ไม่มี	622	77.7
รายได้ตนเอง (บาท/เดือน)		
0 – 14,999	622	77.7
15,000 – 60,000	178	22.3
Mean: SD = 6,869.7: 7,981.6		
Median (Min: Max)	5,000.0	0: 60,000
รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)		
600 – 14,999	455	56.9
15,000 – 200,000	345	43.1
Mean: SD = 15,252.4: 14,994.8		
Median (Min: Max)	10,000.0	600: 200,000
ความเพียงพอของรายได้		
เพียงพอ มีเก็บ	160	20.0
เพียงพอ ไม่มีเก็บ	294	36.8
ไม่เพียงพอ	346	43.2
ลักษณะครอบครัว		
เดี่ยว	110	13.8
ขยาย	690	86.2

ตารางที่ 2 ข้อมูลของผู้เลี้ยงดูเด็ก (n = 800) (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวน	ร้อยละ
สถานภาพความสัมพันธ์ของพ่อแม่เด็ก		
หย่า/แยกทางกัน/หม้าย	142	17.8
อยู่ด้วยกัน	658	82.2
การอยู่กับพ่อแม่ของเด็ก		
อยู่กับพ่อแม่	402	50.2
อยู่กับพ่อหรือแม่	111	13.9
ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่	287	35.9
การรับเงินอุดหนุนเพื่อการเลี้ยงดูเด็ก		
ได้รับ	658	82.2
ไม่ได้รับ	142	17.8

คุณภาพชีวิต (Quality of Life) ผู้เลี้ยงดูเด็ก ร้อยละ 72.2 สุขภาพกายอยู่ระดับดี ร้อยละ 62.7 และสัมพันธภาพทางสังคม เป็นด้านที่อยู่ระดับดีน้อยที่สุด ร้อยละ 61.5 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

คุณภาพชีวิตภาพรวมอยู่ระดับดี ร้อยละ 77.1 โดยด้านที่ดีที่สุดคือ ด้านจิตใจอยู่ระดับดี ร้อยละ 78.9 ด้านสิ่งแวดล้อมอยู่ระดับดี

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดูเด็กภาพรวมและรายด้าน (n = 800)

คุณภาพชีวิต (Quality of Life)	จำนวน	ร้อยละ
ภาพรวม		
ไม่ดี	19	2.4
ปานกลาง	164	20.5
ดี	617	77.1
Mean: SD = 103.5: 11.3		
Median (Min: Max)	105.0	55: 130
ด้านสุขภาพกาย		
ไม่ดี	10	1.3
ปานกลาง	288	36.0
ดี	502	62.7

ตารางที่ 3 คุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดูเด็กภาพรวมและรายด้าน (n = 800) (ต่อ)

คุณภาพชีวิต (Quality of Life)	จำนวน	ร้อยละ
ด้านจิตใจ		
ไม่ดี	1	0.1
ปานกลาง	168	21.0
ดี	631	78.9
ด้านสัมพันธภาพทางสังคม		
ไม่ดี	2	0.3
ปานกลาง	306	38.2
ดี	492	61.5
ด้านสิ่งแวดล้อม		
ไม่ดี	10	1.3
ปานกลาง	212	26.5
ดี	578	72.2

พัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 ปรับตัว ร้อยละ 11.8 ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง
 เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ ร้อยละ 3.4 และด้านกล้ามเนื้อใหญ่ ร้อยละ 3.3
 56.8 รายด้าน พบว่า ด้านภาษาเด็กสงสัยล่าช้า ดังรายละเอียดในตารางที่ 4
 ร้อยละ 33.8 ด้านกล้ามเนื้อเล็กและการ

ตารางที่ 4 พัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 ภาพรวมและรายด้าน (n = 800)

พัฒนาการเด็กปฐมวัย	จำนวน	ร้อยละ
สงสัยล่าช้า	346	43.2
สมวัย	454	56.8
สงสัยล่าช้ารายด้าน		
กล้ามเนื้อใหญ่	26	3.3
สังคมและการช่วยเหลือตัวเอง	27	3.4
กล้ามเนื้อเล็กและการปรับตัว	94	11.8
ภาษา	270	33.8

ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับพัฒนาการเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7

การใช้สถิติ Simple logistic regression แบบ bivariate ที่ ค่า P-value น้อยกว่า 0.25 เพื่อหาตัวแปรที่สัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กพบว่า การมีโรคประจำตัว รายได้ครอบครัว ต่อเดือน การอยู่กับพ่อแม่ของเด็ก การรับเงินอุดหนุนเพื่อเลี้ยงดูเด็ก คุณภาพชีวิตด้านสุขภาพกาย และสัมพันธภาพทางสังคม 6 ปัจจัยเป็นสมการตั้งต้น (Initial model) เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นใช้สถิติ Multiple logistic regression พบ 4 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพัฒนาการสมวัยของเด็กคือ รายได้ครอบครัว ต่อเดือน การอยู่กับพ่อแม่ของเด็ก การมีโรคประจำตัว และคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคม ดังตารางที่ 5

ครอบครัวที่มีรายได้มากกว่า 15,000 บาท/เดือน เด็กในความเสี่ยงคู่มือโอกาสพัฒนาการ

สมวัยมากกว่าเด็กที่รายได้ครอบครัวน้อยกว่า 15,000 บาท/เดือน 1.8 เท่า (AOR = 1.8; 95%CI: 1.39 - 3.34; p-value 0.009)

การที่เด็กได้อยู่กับพ่อแม่ เด็กมีโอกาสพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่ไม่ได้อยู่กับพ่อแม่ 1.7 เท่า (AOR = 1.7; 95%CI: 1.31 - 2.96; p-value 0.024)

เด็กที่อยู่กับผู้เลี้ยงดูที่มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมดีมีโอกาสพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่อยู่กับผู้เลี้ยงดูที่มีคุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพทางสังคมไม่ดีและปานกลาง 1.4 เท่า (AOR = 1.4; 95%CI: 1.23 - 2.73; p-value 0.011)

เด็กที่อยู่กับผู้เลี้ยงดูที่ไม่มีโรคประจำตัวมีโอกาสพัฒนาการสมวัยมากกว่าเด็กที่อยู่กับผู้เลี้ยงดูที่มีโรคประจำตัว 1.4 เท่า (AOR = 1.4; 95%CI: 1.29 - 2.15; p-value 0.032)

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 ใช้สถิติ Multiple logistic regression เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ

ปัจจัย	จำนวน	% พัฒนาการ สมวัย	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	P-value
1.รายได้ครอบครัว (บาท/เดือน)						0.009
600 – 14,999	455	53.0	1	1		
15,000 – 200,000	345	61.7	2.0	1.8	1.39-3.34	
2.การอยู่กับพ่อแม่ของเด็ก						0.024
ไม่ได้อยู่	398	46.5	1	1		
อยู่	402	57.0	1.9	1.7	1.31-2.96	

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่ศึกษากับพัฒนาการสมวัยของเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7
ใช้สถิติ Multiple logistic regression เมื่อควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นๆ

ปัจจัย	จำนวน	% พัฒนาการ สมวัย	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	P-value
3.คุณภาพชีวิตด้านสัมพันธภาพ						0.011
ทางสังคม						
ไม่ดี และปานกลาง	308	42.8	1	1		
ดี	492	55.3	1.6	1.4	1.23-2.73	
4.การมีโรคประจำตัวของผู้เลี้ยงดู						0.032
มี	178	46.2	1	1		
ไม่มี	622	54.8	1.5	1.4	1.29-2.15	

อภิปรายผล

เด็กปฐมวัยมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 56.8 ซึ่งค่าเป้าหมายตัวชี้วัดเรื่องพัฒนาการเด็ก กระทรวงสาธารณสุข ปี 2564⁽¹²⁾ ได้ตั้งค่าบรรลุมเป้าหมายที่ ร้อยละ 85 ขึ้นไป จะเห็นว่าเด็กพัฒนาการสมวัยมีอัตราต่ำกว่าค่าเป้าหมาย ตัวชี้วัดกระทรวงและขององค์การอนามัยโลก WHO เด็กปฐมวัยทั่วโลกมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 80 - 85 ซึ่งไม่บรรลุค่าเป้าหมายจึงเป็นสิ่งที่ท้าทายที่ต้องหาทางแก้เพื่อส่งเสริมให้เด็กมีพัฒนาการปกติหรือสมวัยเพิ่มขึ้น และเมื่อเปรียบเทียบกับพัฒนาการเด็ก เขตสุขภาพที่ 7 ปี 2560 ด้วยเครื่อง Denver II เครื่องมือเดียวกัน เด็กพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 56.4⁽¹³⁾ ใกล้เคียงกันกับ ปี 2564 สะท้อนให้เห็นว่า กิจกรรมโครงการฯ และสิ่งที่ดำเนินการยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาเรื่องพัฒนาการเด็กให้ดีขึ้น การส่งเสริมและกระตุ้นพัฒนาการโดยผู้เลี้ยงดูยังไม่ดีเท่าที่ควร

คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูอยู่ระดับดี ร้อยละ 77.1 ในรายด้าน 4 ด้าน ส่วนใหญ่อยู่ระดับดี และระดับปานกลาง สรุปคือ ผู้เลี้ยงดู เขตสุขภาพที่ 7 มีคุณภาพชีวิตดีพอสมควร สอดคล้องและใกล้เคียงกับคุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีคุณภาพชีวิตอยู่ระดับดี ร้อยละ 77.7⁽⁷⁾

รายได้ของผู้เลี้ยงดูสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ทั้งนี้เนื่องจาก การมีรายได้ต่ำ คนเลี้ยงต้องใช้เวลาในการทำงานหารายได้ จึงไม่มีเวลาอยู่กับเด็ก เด็กจะถูกละเลยและปล่อยให้อยู่กับสื่อ โทรศัพท์ ทีวีฯ เด็กอาจจะอยู่ในความเป็นอยู่ที่ไม่ดี การเข้าถึงแหล่งความรู้ สื่อต่างๆที่มีประโยชน์ และอาจได้รับการศึกษาน้อยกว่าครอบครัวที่มีรายได้สูง พ่อแม่ ผู้เลี้ยงดูต้องใช้เวลาไปกับการหารายได้มาเลี้ยงครอบครัว เวลาในการเล่นและส่งเสริมพัฒนาการเด็กก็ลดน้อยลง พัฒนาการเด็กจึงสงสัยล่าช้าได้มากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องครอบครัว

การอบรมเลี้ยงดู และพัฒนาการเด็กปฐมวัย ในประเทศไทย พบว่า รายได้ครอบครัวสัมพันธ์ กับพัฒนาการเด็ก⁽¹⁴⁾ และสอดคล้องกับ Mehpare Ozkan. และคณะ ที่พบว่า ปัจจัย สถานะเศรษฐกิจสังคมมีผลต่อพัฒนาการล่าช้า⁽¹⁵⁾ แต่ต่างจาก จินตนา พัฒนพงศ์ธร และคณะ ที่พบว่ารายได้ครอบครัวไม่มีผลต่อพัฒนาการเด็ก⁽¹⁶⁾ แม้การศึกษาครั้งนี้พบว่ารายได้ของผู้เลี้ยงดู สัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย แต่การศึกษา อื่นๆ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์ ดังนั้นรายได้ ของผู้เลี้ยงดูและรายได้ครอบครัวเป็นปัจจัย ที่ยังไม่ชัดเจนว่ามีความสัมพันธ์กับพัฒนาการ เด็กปฐมวัยหรือไม่ ต้องทำการศึกษาเพิ่มเติม ต่อไป

เด็กได้อยู่กับพ่อแม่สัมพันธ์กับพัฒนาการ เด็กปฐมวัย ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ครอบครัวที่อบอุ่น จะเป็นครอบครัวเดี่ยวหรือครอบครัวขยาย แต่สมาชิกของครอบครัวหรือองค์ประกอบหลัก พ่อแม่และลูกต้องได้อยู่ร่วมกัน แม่ในบ้านมี ผู้สูงอายุร่วมเลี้ยงดูเด็ก การมีพ่อแม่ของเด็ก อยู่ด้วยและมีส่วนร่วมในการเลี้ยงดู จะส่งเสริม ให้สมาชิกในครอบครัวมีแนวทางหรือการเลี้ยงดู ที่หลากหลาย คนที่หลากหลายวัยในครอบครัว โดยพ่อแม่ของเด็กส่วนใหญ่เป็นคนรุ่นใหม่ จะสามารถสืบค้นและหาข้อมูลใหม่ๆ มีการ แลกเปลี่ยนและร่วมกันวางแผนที่จะดูแลเด็ก ดังนั้นบ้านที่พ่อแม่อยู่ด้วยจะช่วยให้เด็กได้รับการ เลี้ยงดูที่ดี ความรักความอบอุ่นในครอบครัวดี เด็กมีโอกาที่จะพัฒนาการสมวัย ดังนั้นการ ส่งเสริมให้ครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน พ่อแม่ลูกได้ใช้ เวลาคุณภาพร่วมกัน ช่วยให้สร้างเด็กที่มีคุณภาพ มีพัฒนาการที่สมวัยได้

การมีโรคประจำตัวสัมพันธ์กับพัฒนาการ เด็กปฐมวัย ทั้งนี้อาจเนื่องจาก การมีโรค

ประจำตัวและโดยเฉพาะโรคที่ถ่ายทอดได้ทาง พันธุกรรมสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพเด็กได้ และ หากผู้เลี้ยงดูเป็นพ่อแม่ยังมีโอกาสจะส่งต่อให้ แก่ลูกสายตรงได้มากกว่าบุคคลอื่น การศึกษา นี้ โรคประจำตัว ร้อยละ 22.3 ล้วนเป็นโรคที่ สามารถถ่ายทอดได้ทางพันธุกรรม เมื่อผู้เลี้ยงดู มีโรคประจำตัว สุขภาพร่างกายอาจไม่แข็งแรง มี ข้อจำกัดทางสุขภาพ การส่งเสริมพัฒนาการเด็ก การเล่นกับเด็กอาจน้อยกว่าผู้ที่ไม่มโรคประจำตัว การส่งเสริมพัฒนาการที่น้อยกว่ากลุ่มที่ผู้เลี้ยงดู แข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว เด็กจึงอาจมีพัฒนาการ สมวัยน้อยกว่า สอดคล้องกับ Farnik Matgorzata. และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่พบว่า โรคเรื้อรังของคนใน ครอบครัว คุณภาพชีวิตของผู้เลี้ยงดูเด็กสัมพันธ์ กับสุขภาพของเด็กทำให้เด็กเป็นโรคเรื้อรัง คุณภาพชีวิตไม่ดี พัฒนาการและสุขภาพเด็ก ไม่ดีในระยะยาว

คุณภาพชีวิตสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย ทั้งนี้อาจเนื่องจาก ผู้ที่แข็งแรงสุขภาพ กายดี จะใช้ชีวิตและมีแรงในการทำกิจกรรม ต่างๆได้ด้วยตนเอง มีเวลาที่จะเล่นและใช้เวลา ทำสิ่งต่างๆ กับเด็ก เด็กจึงได้พัฒนาตามวัยและ มีความสุข สอดคล้องกับ Diego Mugno. และ คณะ ที่พบว่า คุณภาพชีวิตด้านร่างกาย และ สังคมของผู้ดูแลสัมพันธ์กับพัฒนาการของเด็ก และวัยรุ่น⁽¹⁸⁾ สัมพันธภาพทางสังคมดีทำให้ สามารถแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กับบุคคลอื่น ทำให้ มีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารหรือสื่อต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ได้มากกว่าคนที่ปฏิเสธสัมพันธ์ทาง สังคมไม่ดี ผู้เลี้ยงดูเด็กมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมดี เด็กจะถือพฤติกรรมนั้นเป็นแบบอย่างหรือ ทำให้เด็กปฐมวัยเลียนแบบพฤติกรรมนั้น เด็กจะมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นได้ดีเช่นกัน เด็กมีพัฒนาการทางด้านภาษา และด้านสังคม

ที่ปกติได้สอดคล้องกับ Yamada Atsurou. ที่พบว่า มารดาของเด็กที่คุณภาพชีวิตไม่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมน้อย สามารถส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัว โดยเฉพาะเรื่องพัฒนาการบุคลิกภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพของเด็ก⁽¹⁹⁾

สรุปผล

ผู้เลี้ยงดูส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับดีและปานกลาง แสดงว่าผู้เลี้ยงดูเด็กมีคุณภาพชีวิตที่ดีพอสมควร พัฒนาการสมวัยมีอัตราต่ำกว่าสถิติองค์การอนามัยโลก และไม่บรรลุค่าเป้าหมายของประเทศ ถือเป็นสิ่งที่ท้าทายที่ต้องหาทางแก้ไขและส่งเสริมให้เด็กปฐมวัยไทยมีพัฒนาการที่สมวัยเพิ่มขึ้น รายได้ต่อเดือนของครอบครัว เด็กได้อยู่กับพ่อแม่ของเด็ก การมีโรคประจำตัวของผู้เลี้ยงดู และคุณภาพชีวิตด้านสังคมสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็ก ดังนั้นเพื่อส่งเสริมให้เด็กพัฒนาการปกติต้องทำให้ครอบครัวมีรายได้เพียงพอ พ่อแม่ได้เลี้ยงดูเด็ก ครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน และสร้างเสริมให้ผู้เลี้ยงดูมีสุขภาพที่ดีเป็นผู้เลี้ยงดูที่ไม่มีโรคประจำตัวและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

ข้อเสนอแนะ

1. รายได้ของครอบครัวและเด็กได้อยู่กับพ่อแม่สัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย ต้องทำให้ครอบครัวมีรายได้ที่เพียงพอ สร้างงานในชุมชน พ่อแม่ได้ทำงานในพื้นที่ไม่ต้องไปทำงานที่อื่น บิดามารดาได้เลี้ยงดูเด็ก ครอบครัวได้อยู่ร่วมกัน

2. การที่ผู้เลี้ยงดูเด็กมีโรคประจำตัวส่งผลกระทบต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยต้องสร้างเสริมสุขภาพตั้งแต่เด็กปฐมวัยและทุกช่วงวัยให้มีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง เพราะจุดที่สำคัญของการมีโรคประจำตัวหรือโรค NCD มีความเกี่ยวเนื่อง

กันระหว่างวัย ส่งต่อผ่านทุกช่วงอายุ ดังนั้นการสร้างนโยบายการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในทุกช่วงวัยเป็นเรื่องที่สำคัญ

3. คุณภาพชีวิตด้านสังคมของผู้เลี้ยงดูสัมพันธ์กับพัฒนาการเด็กปฐมวัย พัฒนาการสังคมเป็นจุดเริ่มให้คนได้พัฒนาการเป็นมนุษย์ ต้องมีการสื่อสารระหว่างกัน ทำให้คนได้พัฒนาทักษะการเข้าใจตนเองและผู้อื่น อยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในชุมชนและสังคมซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของพัฒนาการด้านสังคมที่ต้องสร้างให้เกิดขึ้นตั้งแต่เด็กปฐมวัย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับความร่วมมือในการลงพื้นที่เก็บข้อมูลจากบุคลากรงานพัฒนาเด็กปฐมวัย กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ขอขอบคุณผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่ม หัวหน้างานที่สนับสนุนให้ดำเนินการศึกษา และขอบคุณผู้เลี้ยงดูเด็ก และเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7

เอกสารอ้างอิง

1. Walker SP, Wachs TD, Grantham-McGregor S, Black MM, Nelson CA, Huffman SL, et al. Inequality in early childhood: risk and protective factors for early child development. Elsevier Ltd all Rights Reserved 2011; 378(9799): 1325-38.
2. สมัย ศิริทองถาวร. คู่มือส่งเสริมพัฒนาการเด็กแรกเกิด-5 ปี สำหรับผู้ปกครอง [อินเทอร์เน็ต]. สถาบันพัฒนาเด็กราชนครินทร์กรมสุขภาพจิตกระทรวงสาธารณสุข; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 6 มิถุนายน 2561]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.>

- thaichilddevelopment.com/images/doc/Ebook1.pdf.
3. World Health Organization. Developmental Difficulties in Early Childhood: Prevention, early identification, assessment and intervention in low- and middle-income countries: A Review. Child and Adolescent Health and Development. Turkey: Turkey Country Office and CEECIS Regional Office; 2012.
 4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โครงการสำรวจสถานการณ์พัฒนาการและพฤติกรรม การเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของครอบครัวไทย ปี 2560. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
 5. องค์การยูนิเซฟ. ความเหลื่อมล้ำ ช่องว่าง ปัญหาเด็กและสตรี: ผลสำรวจสถานการณ์ เด็กและสตรีในประเทศไทยที่สำคัญ พ.ศ. 2558-2559 [เข้าถึงเมื่อ 24 สิงหาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก: https://www.unicef.org/thailand/tha/Thailand_MICS_Full_Report_TH.pdf.
 6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงาน การสำรวจสภาวะสุขภาพพัฒนาการและการเจริญเติบโตเด็กปฐมวัย ปี 2557. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
 7. สุพัตรา บุญเจียม. ความสัมพันธ์ระหว่าง คุณภาพชีวิตผู้เลี้ยงดูเด็กกับพัฒนาการ เด็กปฐมวัย ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2564; 13(1): 3-20.
 8. สุพัตรา บุญเจียม, อธิสภัญ ทองไทย, พิรญา มาयर และปิยะ บุรีโส. ปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับเด็กปฐมวัย คุณภาพ เขตสุขภาพที่ 7. วารสารการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2556; 45(2): 50-64.
 9. Hsieh FY, Bloch DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Stat Med 1998; 17: 1623-34.
 10. Group, W. Development of the world health organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. Psychological medicine 1998; 28(3): 551.
 11. นิตยา คชภักดี และอรพินท์ เลิศอัสดา ตระกูล. คู่มือการฝึกอบรมการประเมิน ทดสอบพัฒนาการเด็ก ปฐมวัย. ฉบับแก้ไข ปรับปรุง ครั้งที่ 4. นครปฐม: สถาบันแห่งชาติ เพื่อการพัฒนาเด็กและครอบครัว; 2556.
 12. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข. รายละเอียด ตัวชี้วัดกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2564. นนทบุรี; 2564.
 13. สุพัตรา บุญเจียม. สถานการณ์พัฒนาการ เด็กปฐมวัยไทย เขตสุขภาพที่ 7. วารสาร ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 2559; 8(1): 15-29.
 14. สุธรรม นันทมงคลชัย. ครอบครัว การอบรม เลี้ยงดู และพัฒนาการเด็กปฐมวัยใน ประเทศไทย. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 2559; 46(3): 205-10.
 15. Ozkan M, Senel S, Arslan EA, & Karacan CD. The socioeconomic and biological risk factors for developmental delay in early childhood. European journal of pediatrics 2012; 171(12): 1815-21.

16. จินตนา พัฒนพงศ์ธร และวันวิสาห์ แก้วแข็งขัน. การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
17. Farnik D, Brozek G, Pierzchala W, Zejda J, Skrzypek M, & Walczak L. Development, Evaluation and validation of a new instrument for measurement quality of life in the Parents of children with chronic disease. Health and Quality of Life Outcomes 2010; 8: 151.
18. Mugno D, Ruta L, Genitori DV, & Mazzone L. Impairment of quality of life in parents of Children and adolescents with pervasive developmental disorder. Health and Quality of Life Outcomes 2007; 5:22.
19. Yamada A, Kato M, Suzuki M, Suzuki M, Watanabe N, Akechi T, et al. A. Quality of life of parents raising children with pervasive developmental disorders. BMC Psychiatry 2012; 12(1): 119.

พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” ในหญิงตั้งครรภ์ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ศิริวรรณ สงจันทร์¹ เยาวลักษณ์ นามโสรส²
ชลรดา พันธุชิน³ ทิวัชรธร เทพา⁴ อรุมา แก้วเกิด⁵

(วันที่รับบทความ: 10 ตุลาคม 2565; วันที่แก้ไข: 13 ธันวาคม 2565; วันที่ตอบรับ: 14 ธันวาคม 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินพฤติกรรม ความพึงพอใจ และความรู้เรื่องการฝากครรภ์คุณภาพ ภายหลังการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ตั้งแต่ ก.ย. 63 - พ.ค. 64 จำนวน 240 ราย ที่ลงทะเบียนผ่านแอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.92 ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป พฤติกรรม การใช้ ความพึงพอใจ และความรู้เรื่องการฝากครรภ์คุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ อายุ 20-35 ปี ร้อยละ 87.5 ตั้งครรภ์แรก ร้อยละ 49.2 และลงทะเบียนผ่านไลน์ช่วงอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 74.6 พฤติกรรมການอ่านเนื้อหาความรู้ในระดับน้อยมาก ($\bar{x}=4.06$, $SD=0.79$) การอ่านทบทวนความรู้ในระดับน้อยมาก ($\bar{x}=3.59$, $SD=0.84$) การตอบคำถามอยู่ระดับปานกลาง ($\bar{x}=3.49$, $SD=1.07$) และความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}=4.46$, $SD=0.65$) ความรู้เรื่องการฝากครรภ์คุณภาพ ตามช่วงอายุครรภ์ เป็นสัปดาห์ ดังนี้ น้อยกว่า 12, 15 ± 2 , 20 ± 2 , 25 ± 2 , และ 36 ± 2 มีความรู้ระดับมากที่สุด ส่วน 30 ± 2 สัปดาห์ อยู่ในระดับมาก คะแนนเฉลี่ย 9.15, 9.10, 8.78, 9.15, 8.30, และ 8.32 ตามลำดับ

สรุปข้อเสนอแนะ หญิงตั้งครรภ์มีพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” ทั้ง 3 ด้าน อยู่ในระดับปานกลางถึงน้อยมาก มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด และความรู้เรื่องการฝากครรภ์คุณภาพอยู่ในระดับมากที่สุด จึงควรแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ใช้ไลน์นี้และศึกษาเพิ่มเติมถึงผลลัพธ์การใช้งานถึงการเลี้ยงดูเด็ก 0-6 ปี

คำสำคัญ : การฝากครรภ์คุณภาพ, แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก”

^{1, 2} พยาบาลวิชาชีพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ^{3, 4} อาจารย์พยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

⁵ อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม

Corresponding author: ศิริวรรณ สงจันทร์ email: siriwansong2005@yahoo.co.th

**Behaviors of Using Application LINE
“Early Moment Matter on Mobile9 Yangth to Give a Birth” in Pregnant Women
at Regional Health Promotion Center 7 Khon Kaen.**

Siriwan Songchan¹ Yaowalak Namsoros²
Choonrada Panttchin³ Thiwawan Taypa⁴ Onuma Kaewkerd⁵

(Receive 10th October 2022; Revised: 13th December 2022; Accepted 14th December 2022)

Abstract

The descriptive study aimed to evaluate behaviors, satisfaction, and knowledge regarding the quality of antenatal care after using the application LINE “Early Moments Matter on Mobile 9 Yang to Give a Birth”. The samples were 240 pregnant women receiving antenatal care at the Health Center 7, Khon Kaen from September 2021 - May 2022 who had registered through the application LINE “Early Moments Matter on Mobile 9 Yang to Give a Birth”. Data collection was conducted through questionnaires created by a researcher with Cronbach’s alpha coefficients of confidence of .92. The questionnaires included personal information, behaviors of using LINE, satisfaction, and knowledge regarding the quality of antenatal care. The data were analyzed for frequency, mean, and standard deviation.

The results showed that the pregnant women aged 20-35 years by 87.5%, first pregnancy by 49.2%, and first LINE enrollment when GA completed of 12 weeks by 74.6%. Behaviors of knowledge reading were found very frequent ($\bar{x}=4.06, S.D=0.79$). Behaviors of reading the past knowledge were found very frequent ($\bar{x}=3.59, S.D=0.84$). Behaviors of LINE interactions were found moderate ($\bar{x}=3.49, S.D=1.07$). In addition, the satisfaction level was found highest ($\bar{x}=4.46, S.D=0.65$). Knowledge regarding quality antenatal care among gestational age were ≤ 12 , 15 ± 2 , 20 ± 2 , 25 ± 2 , and 36 ± 2 was found highest, while 30 ± 2 was found high. The mean score of the knowledge among those were 9.15, 9.10, 8.78, 9.15, 8.30, and 8.32, respectively.

Summary of recommendations, pregnant women had the behavior of using the “Early Moments Matter on Mobile 9 Yang to Give a Birth” in all three aspects were from moderate to very frequent. Satisfaction was at the highest level. The knowledge regarding quality antenatal care was at the very highest level. Therefore, pregnant women should use this LINE and further studies of its respective effects until the children aged 0-6 years.

Keywords : Quality antenatal care, “Early moments matter on mobile 9 yangth”

^{1, 2}Professional nurses Health Center 7, Khon Kaen, ^{3, 4}Nursing teachers Faculty of Nursing Khon Kaen University, ⁵Lecturer Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom University Corresponding author: Siriwan Songchan email : siriwansong2005@yahoo.co.th

หลักการและเหตุผล

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับ องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ดำเนินโครงการ 9 อย่างเพื่อสร้างลูก (Early Moment Matter on Mobile) เพื่อเป็น นวัตกรรมสื่อสารที่ทำให้พ่อแม่ ผู้ปกครอง เด็กวัย 0-6 ปี จะได้รับความรู้ที่เหมาะสม อย่างต่อเนื่อง และพัฒนาความสามารถในการ ดูแลตัวเองตั้งแต่ตั้งครรภ์จนถึงอายุ 0-6 ปี⁽¹⁾ โดยเป็นการสื่อสารผ่านแอปพลิเคชันไลน์ ซึ่ง เป็นการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาสร้างการเข้าถึงความรู้และทักษะปฏิบัติอย่างครอบคลุม และมีคุณภาพ อันจะก่อให้เกิดสุขภาพที่ดีใน หญิงตั้งครรภ์ โดยข้อมูลมาจากการพัฒนา ร่วมกันระหว่างกรมอนามัยและยูนิเซฟ และ หน่วยงานอื่นๆ ในกระทรวงสาธารณสุขที่ เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และพัฒนาการเด็ก เพื่อให้พ่อแม่ผู้ปกครอง ได้รับความรู้และนำไปปฏิบัติในการดูแลตนเอง และทารกตั้งแต่อยู่ในครรภ์ จนถึงอายุ 6 ปี มีทั้งหมด 9 หัวข้อ ได้แก่ 1. ตั้งครรภ์คุณภาพ 2. นมแม่และโภชนาการเด็ก 3. เข้าใจพัฒนาการ เด็กตามวัย 4. การเล่นและการส่งเสริมพัฒนาการ 5. เลี้ยงลูกเชิงบวก 6. ป้องกันโรคและดูแล เมื่อเจ็บป่วย 7. ความปลอดภัยป้องกันอุบัติเหตุ 8. สุขอนามัยที่ดี และ 9. บทบาทสมาชิกใน ครอบครัว โดยเมื่อหญิงตั้งครรภ์ลงทะเบียนแอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” ระบบจะ ส่งข้อมูลผ่านระบบอัตโนมัติที่ส่งข้อมูลผ่าน Line@ ทุกวัน โดยแบ่งการส่งข้อความตามช่วง วัย ได้แก่ ตั้งครรภ์ ถึง ลูกอายุ 1 ปี ส่งวันละ 1 ครั้ง 1 – 6 ปี ส่งสัปดาห์ละ 3 ครั้ง⁽¹⁾

คลินิกฝากครรภ์ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ได้เข้าร่วมโครงการนี้ และแนะนำให้หญิงตั้งครรภ์

สมัครลงทะเบียนเพื่อเข้าใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” จากการรวบรวมข้อมูล ของคลินิกฝากครรภ์ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ตั้งแต่ ปี 2562 - 2563 พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์ ลงทะเบียน จำนวน 683, 741 คน ตามลำดับ และข้อมูลของเขตสุขภาพที่ 7 ณ วันที่ 3 มกราคม 2563 พบว่ามีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ลงทะเบียน รวมทั้งสิ้น 2,711 คน แบ่งตามรายจังหวัด ดังนี้ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 149 คน จังหวัด ขอนแก่น จำนวน 828 คน จังหวัดมหาสารคาม จำนวน 1,539 คน จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 195 คน⁽¹⁾ ซึ่งจากข้อมูลดังกล่าวเป็นการรวบรวม เฉพาะข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับจำนวน ผู้ลงทะเบียนแอปพลิเคชันเท่านั้น ยังไม่มีข้อมูล เกี่ยวกับผลลัพธ์ของการใช้แอปพลิเคชันนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพและการ ประเมินผลลัพธ์จากการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก”

จากการทบทวนวรรณกรรมยังไม่พบงาน วิจัยเรื่องแอปพลิเคชันไลน์ 9 อย่างเพื่อสร้างลูก แต่พบงานวิจัยที่ใกล้เคียง คือการส่งข้อมูลด้าน สุขภาพให้หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ในระยะตั้งครรภ์เพื่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ ที่ดีนำไปสู่สภาวะที่ดีทั้งของหญิงตั้งครรภ์และ ทารกในครรภ์ดังการศึกษาของ Lua และคณะ⁽²⁾ ที่ศึกษาผลของการส่งเสริมสุขภาพในระยะ ตั้งครรภ์ผ่านการส่งข้อความในหญิงตั้งครรภ์ ในประเทศแอฟริกาใต้ ผลการศึกษาพบว่า การ ส่งข้อความทำให้หญิงตั้งครรภ์เกิดแรงจูงใจใน การแสวงหาพฤติกรรมดูแลสุขภาพของ ตนเอง ซึ่งการแสวงหาพฤติกรรมดูแลสุขภาพ นั้นจะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีการดูแลสุขภาพ ที่ถูกต้อง เหมาะสมกับตนเองและเป็น สิ่งที่ตนเองสนใจหรือพึงพอใจที่จะปฏิบัติอีกด้วย

การให้ความรู้ผ่านสื่อสังคม นอกจากจะเป็นการกระตุ้นให้เกิดแรงจูงใจในการแสวงหาพฤติกรรม การดูแลสุขภาพแล้วยังมีผลต่อพฤติกรรม สุขภาพโดยตรง ดังการศึกษาของ Munro และคณะ⁽³⁾ ที่ศึกษาการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองในขณะตั้งครรภ์ผ่านการส่งข้อความ ในหญิงตั้งครรภ์ประเทศแคนาดา พบว่าการ ให้ความรู้กับหญิงในระยะตั้งครรภ์ที่เหมาะสม กับหญิงแต่ละช่วงไตรมาสมีผลทำให้พฤติกรรม สุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ดีขึ้น และทำให้มี ผลต่อภาวะสุขภาพที่ดีทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์ และ ทารกในครรภ์ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Su Yuan Zhou Heitner และ Campbell⁽⁴⁾ ที่ศึกษาผลของการให้คำแนะนำผ่านโปรแกรม การส่งข้อความต่อสุขภาพของหญิงและทารก ในตั้งครรภ์ ในหญิงตั้งครรภ์ประเทศจีนพบว่า การให้คำแนะนำที่เหมาะสมกับหญิงตั้งครรภ์ แต่ละรายผ่านการส่งข้อความมีผลต่อสุขภาพ ของหญิงและทารกในครรภ์และมีผลต่อน้ำหนัก ตัวทารกแรกเกิดอีกด้วย นอกจากนี้ยังมีการ ทบทวนอย่างเป็นระบบของ Feroz Perveen และ Aftab⁽⁵⁾ ที่พบว่าการให้ความรู้ด้านสุขภาพ ผ่านแอปพลิเคชันทางโทรศัพท์มีผลทำให้เกิด การเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพของ หญิงตั้งครรภ์ดังนั้นการที่หญิงตั้งครรภ์จะมี พฤติกรรมสุขภาพที่ดีมาน้อยเพียงใด นอกจาก จะขึ้นกับปัจจัยส่วนบุคคลแล้ว การได้รับ คำแนะนำที่เหมาะสมกับหญิงแต่ละรายก็มี ความสำคัญเช่นกันเพราะจะทำให้หญิงตั้งครรภ์ สามารถนำข้อมูลที่ได้รับมาเป็นแนวทางในการ ดูแลสุขภาพของตนเอง ทั้งด้านการรับประทานอาหารและกิจกรรมทางกาย ซึ่งทั้งหมดจะนำไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น ตามเกณฑ์

จากการทบทวนวรรณกรรมข้างต้นผู้วิจัย จึงจัดทำงานวิจัยเรื่องนี้ขึ้น เพื่อศึกษาการใช้ แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” ในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนา ต่อยอดแนวทางการให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับการ ฝากครรภ์คุณภาพผ่านแอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” แก่หญิงตั้งครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อประเมินพฤติกรรมการใช้ แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก”
- 2) เพื่อประเมินความพึงพอใจในการใช้ แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก”
- 3) เพื่อประเมินความรู้เรื่องการฝากครรภ์ คุณภาพหลังการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่าง เพื่อสร้างลูก”

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เก็บข้อมูลหญิง ตั้งครรภ์ที่ลงทะเบียนใช้แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” ที่คลินิกฝากครรภ์ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ตั้งแต่ ก.ย. 2563 - พ.ค. 2564 จำนวน 240 ราย ที่ลงทะเบียน รับข้อมูลผ่านแอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อ สร้างลูก” เก็บข้อมูลตามช่วงอายุครรภ์ตามเกณฑ์ การฝากครรภ์คุณภาพ เริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ อายุครรภ์ 15 ± 2 สัปดาห์ อายุ ครรภ์ 20 ± 2 สัปดาห์ อายุครรภ์ 25 ± 2 สัปดาห์ อายุครรภ์ 30 ± 2 สัปดาห์ อายุครรภ์ 36 ± 2 สัปดาห์ โดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมการใช้ ความพึงพอใจ และความรู้เรื่อง การฝากครรภ์คุณภาพ หลังการแอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก”

ประชากรที่ศึกษา

หญิงตั้งครรภ์ที่ลงทะเบียนเข้าใช้แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” ฝากครรภ์ที่ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จำนวน 240 คน ระหว่าง เดือนกันยายน 2563 – พฤษภาคม 2564

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria)

1. หญิงตั้งครรภ์ที่เข้ารับบริการฝากครรภ์ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
2. ไม่มีปัญหาทางการได้ยิน การมองเห็น การพูด อ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้
3. มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถรองรับระบบแอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก”
4. สามารถใช้แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” ได้
5. มีเวลาในการอ่านข้อความ/เนื้อหา/ความรู้ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก”
6. ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria)

ไม่ได้อ่านข้อความ/เนื้อหา/ความรู้ ผ่านแอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก”

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” ซึ่งเป็นแอปพลิเคชันที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับองค์กรทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) จัดทำขึ้นเพื่อให้คำแนะนำกิจกรรมที่เหมาะสมสำหรับหญิงตั้งครรภ์ตามช่วงอายุครรภ์ และข้อมูลการเลี้ยงลูกจนถึงอายุ 6 ปี

2. แบบสอบถาม ประกอบไปด้วย

2.1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อลงทะเบียนใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” จำนวน 3 ข้อ

2.2 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” และความพึงพอใจ ได้แก่ การอ่านเนื้อหาความรู้ การทบทวนความรู้ การตอบคำถาม และความพึงพอใจ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะคำถามมี 5 ตัวเลือก แบ่งการให้คะแนนตามเกณฑ์พฤติกรรมการใช้ไลน์โดยใช้มาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) แปลผลดังนี้ อ้างอิงจาก ชัชวาลย์ เรื่องประพันธ์⁽⁶⁾

- 1 คะแนน หมายถึง ไม่ได้ใช้ ใน 1 สัปดาห์
- 2 คะแนน หมายถึง ใช้น้อย 1-2 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์
- 3 คะแนน หมายถึง ใช้ปานกลาง 3-4 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์
- 4 คะแนน หมายถึง ใช้น้อยมาก 5-6 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์
- 5 คะแนน หมายถึง ใช้น้อยที่สุด ใช้ทุกวัน ส่วนระดับความพึงพอใจ แปลผลดังนี้
- 1 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อยที่สุด
- 2 คะแนน หมายถึง พึงพอใจน้อย
- 3 คะแนน หมายถึง พึงพอใจปานกลาง
- 4 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมาก
- 5 คะแนน หมายถึง พึงพอใจมากที่สุด

2.3 แบบสอบถามความรู้เรื่องการจัดตั้งครรภ์คุณภาพ ได้แก่ ข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยนำความรู้ในแอปพลิเคชัน “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” มาสร้างข้อคำถามที่มีความแตกต่างกันตามแต่ละช่วงอายุครรภ์จำนวน 10 ข้อ เป็นข้อคำถามถูก (8 ข้อ) และผิด (2 ข้อ) ถ้าตอบ

ถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดได้ 0 คะแนน และแปลผลระดับความรู้ดังนี้ อ้างอิงจาก สำนักงานทดสอบทางการศึกษา กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ⁽⁷⁾

< 5 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้ต่ำ

5-6 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้ปานกลาง

7-8 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้มาก

9-10 คะแนน หมายถึง ระดับความรู้มากที่สุด

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปทำการทดสอบหาค่าความเที่ยงตรงของเนื้อหา (Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญช่วยตรวจสอบความถูกต้องและความครอบคลุมของเนื้อหาจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ สุนิตาแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการประจำคลินิกฝากครรภ์ 2 ท่าน แล้วนำค่าที่ได้มาวิเคราะห์หาค่าความสอดคล้อง (Index Of Concordance : IOC) เพื่อวัดความเที่ยงตรง (Validity) อ้างอิงจาก บุญธรรม กิจปรีดา บริสุทธิ์⁽⁸⁾ โดยได้ค่า IOC เท่ากับ 0.86 และนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดสอบ (Try-out) เก็บตัวอย่างจำนวน 20 ชุด กับหญิงตั้งครรภ์ เพื่อนำไปหาความเชื่อมั่นโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (α -Coefficient) ของครอนบัก ซึ่งได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.92 เนื่องจากสถานการณ์โควิดทำให้มีผู้มารับบริการฝากครรภ์จำนวนน้อย ทำให้ Try-out แบบสอบถามเพียง 20 ชุด

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ชี้แจงโครงการวิจัยต่อหัวหน้างาน และผู้เกี่ยวข้อง เกี่ยวกับรายละเอียดในการดำเนินการวิจัย และขออนุญาต เก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย ตรวจสอบคุณสมบัติของกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย แนะนำตัว ชี้แจง

วัตถุประสงค์โครงการ ก่อนการเก็บข้อมูล โดยเน้นให้ทราบว่า จะตอบรับหรือปฏิเสธก็ได้ จะไม่มีผลต่อเข้ารับบริการถ้าตอบรับเข้าโครงการวิจัยแล้ว สามารถยุติหรือออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาเช่นกัน ถ้าหญิงตั้งครรภ์ยินดีให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยขอให้หญิงตั้งครรภ์ลงนามในใบลงนามยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3. ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูล โดยแนะนำวิธีการลงทะเบียนแอปพลิเคชันไลน์ “9 ย่างเพื่อสร้างลูก” เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรก และเก็บข้อมูลตามแต่ละช่วงอายุครรภ์ โดยกลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลแล้วจะไม่เก็บซ้ำอีกในแต่ละช่วงอายุครรภ์

4. เมื่อเสร็จสิ้นการตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ หญิงตั้งครรภ์ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย และนำข้อมูลไปวิเคราะห์ทางสถิติต่อไป

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาค้นคว้านี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยภาคตะวันออก เชียงเหนือ กรมอนามัย รหัสโครงการ 029 รับรองตั้งแต่ 14 พฤษภาคม 2564 ถึง 13 พฤษภาคม 2565

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20 - 35 ปี คิดเป็นร้อยละ 87.5 รองลงมาคือช่วงอายุมากกว่า 35 ปี คิดเป็น

ร้อยละ 8.7 และช่วงอายุน้อยกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 3.8 ตามลำดับ เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 49.2 รองลงมาเป็นครรภ์ที่สองร้อยละ 39.6 และการตั้งครรภ์ครั้งที่สามขึ้นไป ร้อยละ

11.2 และการสมรสครั้งแรกส่วนใหญ่ อายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 74.6 และอายุครรภ์ ≥ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 25.4 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามอายุ การตั้งครรภ์ การสมรสครั้งแรก

ข้อมูลทั่วไป	กลุ่มตัวอย่าง (N =240)	
	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	9	3.8
อายุ 20-35 ปี	210	87.5
อายุมากกว่า 35 ปี	21	8.7
การตั้งครรภ์		
ตั้งครรภ์แรก	118	49.2
ตั้งครรภ์ที่ 2	95	39.6
ตั้งครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป	27	11.2
การสมรสครั้งแรก		
ต่ำกว่า 12 สัปดาห์	179	74.6
มากกว่า 12 สัปดาห์ขึ้นไป	61	25.4

ด้านพฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” พบว่าด้านการอ่านเนื้อหาความรู้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการอ่านความรู้ในระดับบ่อยมาก รองลงมาคืออ่านบ่อยที่สุด คิดเป็นร้อยละ 42.5 และ 32.9 ตามลำดับ ด้านการอ่านบททวนความรู้ย้อนหลัง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อ่านบททวนความรู้ย้อนหลัง

ในระดับบ่อยมาก รองลงมาคืออ่านบททวนบ่อยปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 40.4 และ 39.9 ตามลำดับ ด้านการตอบคำถามในไลน์ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการตอบในระดับบ่อยปานกลาง รองลงมาคือมีการตอบบ่อยมาก คิดเป็นร้อยละ 35.4 และ 24.2 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมการใช้ไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” ($N=240$)

พฤติกรรม การใช้	คำตอบ (ร้อยละ)					$\bar{x}$	SD
	ไม่ได้ใช้	น้อย	ปานกลาง	บ่อยมาก	บ่อยที่สุด		
1. การอ่านเนื้อหา ความรู้	-	5 (2.1%)	54 (22.5%)	102 (42.5%)	79 (32.9%)	4.06	0.79
2. การทบทวน ความรู้	2 (0.85%)	17 (7.1%)	91 (37.9%)	97 (40.4%)	33 (13.8%)	3.59	0.84
3. การตอบ คำถาม	5 (2.1%)	38 (15.8%)	85 (35.4%)	58 (24.2%)	54 (22.5%)	3.49	1.07

ด้านความพึงพอใจการใช้ไลน์ กลุ่มตัวอย่าง รองลงมาคือพึงพอใจระดับมาก คิดเป็นร้อยละ ส่วนใหญ่มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด 53.4 และ 40.8 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการได้รับความรู้และความพึงพอใจ ($N=240$)

ข้อความ	คำตอบ (ร้อยละ)					$\bar{x}$	SD
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
ความพึง พอใจ	-	2 (0.8%)	12 (5.0%)	98 (40.8%)	128 (53.4%)	4.46	0.65

ด้านความรู้เรื่องการฝากครรภ์คุณภาพ แบ่งความรู้ที่ควรได้รับตามเกณฑ์ฝากครรภ์ คุณภาพซึ่งแตกต่างกันตามช่วงอายุครรภ์ หลังการใช้ไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” พบว่ากลุ่ม ตัวอย่างอายุครรภ์ ≤ 12 สัปดาห์ มีความรู้ระดับ มากที่สุดร้อยละ 77.5 ($\bar{x}=9.10$ $SD=0.95$) อายุครรภ์ 15 ± 2 สัปดาห์ มีความรู้ระดับมากที่สุด ร้อยละ 77.5 ($\bar{x}=9.10$ $SD=0.95$) อายุครรภ์

20 ± 2 สัปดาห์ มีความรู้ภายหลังระดับมากที่สุด ร้อยละ 62.5 ($\bar{x}=8.78$ $SD=1.07$) อายุครรภ์ 25 ± 2 สัปดาห์ มีความรู้ระดับมากที่สุดร้อยละ 75.0 ($\bar{x}=9.15$ $SD=1.14$) อายุครรภ์ 30 ± 2 สัปดาห์ มีความรู้ระดับมากที่สุดร้อยละ 50.0 ($\bar{x}=8.32$ $SD=1.04$) อายุครรภ์ 36 ± 2 สัปดาห์ มีความรู้ระดับมากที่สุด ร้อยละ 57.5 ($\bar{x}=8.30$ $SD=1.28$) ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน คำร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของระดับความรู้เรื่องการฝึกครรภ์คุณภาพของหญิงตั้งครรภ์หลังการใช้ไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” ($N=240$)

ความรู้ตามช่วงอายุครรภ์	ระดับความรู้ (ร้อยละ)				$\bar{x}$	SD
	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด		
อายุครรภ์ ≤ 12 wks.	-	-	9 (22.5%)	31 (77.5%)	9.15	0.89
อายุครรภ์ 15 ± 2 wks.	-	1 (2.5%)	8 (20.0%)	31 (77.5%)	9.10	0.95
อายุครรภ์ 20 ± 2 wks.	-	1 (2.5%)	14 (35.0%)	25 (62.5%)	8.78	1.07
อายุครรภ์ 25 ± 2 wks.	-	1 (2.5%)	9 (22.5%)	30 (75.0%)	9.15	1.14
อายุครรภ์ 30 ± 2 wks.	-	2 (5.0%)	20 (50.0%)	18 (45.0%)	8.32	1.04
อายุครรภ์ 36 ± 2 wks.	-	3 (7.5%)	14 (35.0%)	23 (57.5%)	8.30	1.28

สรุปและอภิปรายผล

1. พฤติกรรมการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” ของหญิงตั้งครรภ์ จากการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการอ่านเนื้อหาในระดับน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.06 มีการทบทวนความรู้ในระดับน้อยมาก ค่าเฉลี่ย 3.59 มีการตอบคำถามอยู่ในระดับน้อยปานกลาง 3.49 อธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีความคุ้นเคยในการใช้แอปพลิเคชันไลน์ในชีวิตประจำวัน จึงมีความเข้าใจการใช้งานได้ดี ประกอบกับเนื้อหาความรู้ในแอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” เป็นข้อความที่สั้น กระชับ อ่านเข้าใจง่าย

และน่าสนใจ โดยมีทั้งข้อความที่เป็นเนื้อหาภาพ คลิปวิดีโอ ซึ่งทำให้เข้าใจมากขึ้น และสามารถเปิดอ่านทบทวนได้ตลอดเวลา แต่พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการตอบคำถามในระดับปานกลางอาจเป็นเพราะว่า ไม่แน่ใจ ในคำตอบ หรืออาจไม่สะดวกในการพิมพ์โต้ตอบคำถามในทันที แต่การตอบคำถามหรือไม่นั้น ไม่มีผลใดๆ ต่อการส่งข้อมูลคำแนะนำจาก แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” ซึ่งจะส่งข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องให้แก่หญิงตั้งครรภ์เช่นเดิม และสม่ำเสมอตามระยะที่กำหนด สอดคล้องกับการศึกษาของเกศปรียา แก้วแสนเมือง⁽⁹⁾

ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้และความพึงพอใจจากแอปพลิเคชันไลน์ของผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุ 25-45 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่ามีการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยสูงสุดในด้านการใช้ประโยชน์และการติดตามเหตุการณ์ต่างๆ ได้แก่ ต้องการเล่นไลน์ เพราะสามารถแบ่งปันข่าวสารความรู้ได้ ต่อมาคือ ต้องการเล่นไลน์ เพราะช่วยสร้างความเป็นทีมเวิร์ก และต้องการเล่นไลน์ เพราะช่วยให้รู้ทันข่าวสารเหตุการณ์ต่างๆ ที่เกิดขึ้น

2. ความพึงพอใจหลังการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.46 อธิบายได้ว่า การที่แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” สามารถตอบโจทย์และเข้าถึงหญิงตั้งครรภ์ในยุคปัจจุบัน ที่สามารถอ่านความรู้ได้จากทุกที่ ทุกเวลา ตามความต้องการ และในปัจจุบันมีการระบาดของโรคโควิด 19 ทำให้การมาเข้าฟังคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่โดยตรง หรือการเข้าร่วมกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ และการมาตามนัดที่โรงพยาบาลต้องปรับเปลี่ยนให้สอดคล้องกับมาตรการป้องกันการระบาดของโควิด 19 จึงทำให้มีข้อจำกัดในการให้บริการแก่หญิงตั้งครรภ์มากขึ้น การที่มีแอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” จึงสามารถช่วยให้หญิงตั้งครรภ์เข้าถึงข้อมูลความรู้ได้อย่างถูกต้องและครบถ้วนตามเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความพึงพอใจกับการใช้ไลน์นี้ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของอภิขญา วิศาลศิริรักษ์⁽¹⁰⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้ไลน์กรุ๊ปและความพึงพอใจในความสัมพันธ์ภายในกลุ่มของวัยทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าส่วนใหญ่มีการส่งต่อภาพถ่ายหรือวิดีโอที่ถ่ายด้วยตนเองหรือสติกเกอร์ การส่งต่อลิงค์ (link) ข่าวหรือ

สื่อบันเทิงต่างๆ เช่น ภาพยนตร์ เพลง และมีพฤติกรรมการใช้ไลน์กรุ๊ปทั้งด้านความถี่และระยะเวลาในการใช้งานไลน์กรุ๊ปมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความพึงพอใจในความสัมพันธ์ภายในกลุ่มทุกกลุ่ม ทั้งกลุ่มครอบครัว กลุ่มที่ทำงาน และกลุ่มเพื่อน

3. ความรู้เรื่องการฝากครรภ์คุณภาพหลังการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ในระดับดีมากถึงมากที่สุด ทุกช่วงอายุครรภ์ อธิบายได้ว่า หญิงตั้งครรภ์มีอ่านเนื้อหาความรู้ระดับบ่อยที่สุดและอ่านทุกวัน ซึ่งหญิงตั้งครรภ์จะได้รับความรู้ผ่านไลน์ที่เริ่มส่งไปให้ทางไลน์ทุกวัน เริ่มตั้งแต่อายุครรภ์ 10 สัปดาห์ขึ้นไป และเมื่อมาฝากครรภ์ตามนัดแพทย์ พยาบาลและเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขจะสอบถามและกระตุ้นเตือนให้เห็นความสำคัญของการอ่านความรู้ในแอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” เป็นผลให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้เรื่องการฝากครรภ์คุณภาพได้ถูกต้องและนำไปปฏิบัติตัวได้ถูกต้องในช่วงตลอดระยะเวลาของการมาฝากครรภ์ ส่งผลให้ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ด้วย สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศศิธร กระจายกลาง⁽¹¹⁾ ที่ศึกษารูปแบบการเรียนรู้ร่วมกันโดยใช้สตอรี่ไลน์ผ่านไลน์แอปพลิเคชันเพื่อการเรียนรู้เรื่องการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ พบว่าหลังเรียนตามรูปแบบการเรียนรู้ร่วมกัน กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดหัวใจและการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเรียน และสูงกว่ากลุ่มควบคุม สามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเหมาะสมมากกว่ากลุ่มควบคุม และการศึกษาของรสนันท์ อาริมิตร⁽¹²⁾ ที่ศึกษาแอปพลิเคชันบนอุปกรณ์พกพาเพื่อส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาการเด็กไทย โดยใช้ชื่อ KhunLook คุณลูก ผลการศึกษาพบว่าผู้ปกครอง

ให้คะแนนเฉลี่ยแอปพลิเคชันคุณลูก มากกว่า สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก และมีความ ต้องการใช้แอปพลิเคชันคุณลูก รวมทั้งจะ แนะนำให้ผู้อื่นใช้แอปพลิเคชันคุณลูกด้วยและ ตรงกับการศึกษาของมาลินี นาคใหญ่⁽¹³⁾ ที่ ศึกษาการพัฒนาแอปพลิเคชันส่งเสริมการดูแล หญิงตั้งครรภ์เพื่อพัฒนาแอปพลิเคชัน ส่งเสริม การดูแลหญิงตั้งครรภ์และความพึงพอใจผู้ใช้ แอปพลิเคชัน พบว่าแอปพลิเคชันส่งเสริม การดูแลหญิงตั้งครรภ์มีคุณภาพอยู่ในระดับ เกณฑ์มากที่สุดจากผู้เชี่ยวชาญและมีระดับ ความพึงพอใจอยู่ในเกณฑ์มาก ดังนั้นการพัฒนา แอปพลิเคชันส่งเสริมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ มีความเหมาะสมที่จะใช้เป็นเครื่องมือในการ ส่งเสริมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ในสภาวะการณ์ ในปัจจุบัน

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. เป็นแนวทางให้พยาบาลและบุคลากร ทางการแพทย์ได้แนะนำการใช้แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” แก่หญิงตั้งครรภ์ได้มี ความรู้ในการดูแลตนเองในขณะที่ตั้งครรภ์
2. เป็นข้อมูลเผยแพร่ให้ โรงพยาบาล ในพื้นที่เขตสุขภาพเขตที่ 7 หรือที่อื่นๆ ได้เป็น ข้อมูลยืนยันว่า แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อ สร้างลูก” สามารถให้ความรู้และเกิดประโยชน์ แก่หญิงตั้งครรภ์ได้จริง
3. เป็นตัวช่วยให้ความรู้แก่หญิงตั้งครรภ์ ในช่วงสถานการณ์โควิด 19 ที่ต้องลดระยะเวลา เน้นระยะทาง การให้ความรู้ระหว่างเจ้าหน้าที่กับ หญิงตั้งครรภ์

ข้อเสนอแนะ

1. ควรกระตุ้นส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์ได้ใช้ แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” ทุกราย และสอบถามกระตุ้นเตือนให้อ่านบททวน ความรู้ตามช่วงอายุครรภ์ ในช่วงการฝากครรภ์

จนถึงการเลี้ยงดูเด็ก 0-6 ปี

2. ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ ในสถาน พยาบาล เพื่อจูงใจให้หญิงตั้งครรภ์เห็นความ สำคัญในการลงทะเบียนเข้าใช้แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” และมีกลวิธีช่วยให้หญิง ตั้งครรภ์รู้สึกสะดวกและง่ายในการลงทะเบียน ใช้แอปพลิเคชัน

3. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในการใช้ แอปพลิเคชันไลน์ “9 อย่างเพื่อสร้างลูก” ในกลุ่มอื่น เช่น ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก 0-6 ปี

4. ควรพัฒนาให้แอปพลิเคชัน สามารถ เป็นการโต้ตอบข้อมูลแบบสองทางกับสตรี ตั้งครรภ์เป็นรายบุคคลได้

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เจ้าหน้าที่คลินิก ฝากครรภ์ และหญิงตั้งครรภ์ทุกท่าน ที่อำนวยความสะดวกและให้ความร่วมมือในการวิจัย ครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กระทรวงสาธารณสุข. การดำเนินการ ขับเคลื่อนการใช้โปรแกรม 9 อย่างเพื่อสร้างลูก. [อินเทอร์เน็ต] สืบค้นเมื่อวันที่ 5 มกราคม 2564; เข้าถึงได้จาก <http://203.157.71.148/data/cluster/mom/download/9chlid63.pdf>
2. Lua KY, Cassidy T, Hacking D, Brittain K, Jensen H, Haricharan J, & Heap M. Antenatal health promotion via short message service at a Midwife Obstetrics Unit in South Africa. BioMed Central Pregnancy and Childbirth. 2014; 14(284): 1-8. Doi: 10.1186/1471-2393-14-284.

3. Munro S, Hui A, Salmons V, Solomon C, Gemmell E, Torabi N. et al. SmartMom text messaging for prenatal education: A qualitative focus group study to explore Canadian women's perceptions. *JMIR Public Health and Surveillance*. 2017; 3(1): 1-7. doi: 10.2196/publichealth.6949
4. Su Y, Yuan C, Zhou Z, Heitner J, & Campbell B. Impact of an SMS advice programme on maternal and newborn health in rural China: Study protocol for a quasi randomised controlled trial. *British Medical Journal*. 2016; 6(8), 1004-1016. doi:10.1136/bmjopen-2015-011016
5. Feroz A, Perveen S, & Aftab W. Role of Health applications for improving antenatal and postnatal care in low and middle income countries: A systematic review. *BioMed Central Health Services Research*. 2017; 17(704), 1-11. doi: 10.1186/s12913-017-2664-7
6. ชัชวาลย์ เรื่องประพันธ์. สถิติพื้นฐาน. ขอนแก่น: คลังน่านวิทยา; 2539.
7. สำนักงานทดสอบทางการศึกษากวามวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ. แนวการประเมินผล ด้วยทางเลือกใหม่ตามหลักสูตรการศึกษา ขั้นพื้นฐาน พุทธศักราช 2544. กลุ่มสาระ การเรียนรู้สุขศึกษาและพลศึกษา; 2546.
8. บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. ระเบียบวิธีวิจัย ทางสังคมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: เจริญผล; 2542.
9. เกศปรียา แก้วแสนเมือง. พฤติกรรมการ ใช้และความพึงพอใจจากแอปพลิเคชันไลน์ (Line) ของผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุ 25-45 ปี ในเขตกรุงเทพมหานคร. การศึกษาอิสระ หลักสูตรวารสารศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสื่อสารองค์กร คณะวารสารศาสตร์และสื่อสารมวลชน มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2558.78 หน้า.
10. อภิขญา วิศาลศิริรักษ์. พฤติกรรมการใช้ ไลน์กรุป และความพึงพอใจในความ สัมพันธ์ภายในกลุ่มของวัยทำงานในเขต กรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิต สาขาสื่อสารมวลชน วารสารศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2559.117 หน้า.
11. ศศิธร กระจายกลาง. การพัฒนารูปแบบ การเรียนรู้ร่วมกันโดยใช้สตอรี่ไลน์ แอปพลิเคชัน เพื่อการเรียนรู้เรื่องการดูแล ตนเองของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์บุรีรัมย์ 2563; 35(2): 269-280.
12. รสวันต์ อาริมิตร และคณะ. แอปพลิเคชัน บนอุปกรณ์พกพาเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และพัฒนาการเด็กไทยปีที่ 2. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2560.
13. มาลินี นาคใหญ่. การพัฒนาแอปพลิเคชัน ส่งเสริมการดูแลหญิงตั้งครรภ์. งานประชุม วิชาการระดับชาติครั้งที่ 12 มหาวิทยาลัย ราชภัฏนครปฐม. นครปฐม: มหาวิทยาลัย ราชภัฏนครปฐม; 2563. หน้า1728-1735.
14. สุธิดา นครเรียบและคณะ. ประสิทธิผลของ โมบายแอปพลิเคชันต่อความร่วมมือในการ รับประทานยาในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. *Journal of Nursing Science* 2560; 35(3); 58-69.

การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1

อ้อยทิพย์ ประกอบชัย¹, พิชามณูชู่ คงเกษม², ณัฐพล พลเทพ³, เทพไทย โชติชัย⁴

(วันที่รับบทความ: 13 กันยายน 2565; วันที่แก้ไข: 3 พฤศจิกายน 2565; วันที่ตอบรับ: 9 พฤศจิกายน 2565)

บทคัดย่อ

วิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องมีความอดทน เสียสละและรับผิดชอบ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องปลูกฝัง ฝึกฝนให้เป็นผู้มีความรู้ ความเข้าใจ และมีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพจิตตนเองเพื่อคงไว้ซึ่งการเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดี การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะ สุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ที่กำลังศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 96 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เก็บข้อมูลระหว่างเดือนเมษายน ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ (TMHI-66) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย 1) ข้อมูลทั่วไป ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.5 อายุเฉลี่ย 19.3 ปี ร้อยละ 45.8 เคยมีเหตุการณ์วิกฤตในชีวิต 2) ระดับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลในภาพรวมพบว่า สุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป (Good) ร้อยละ 64.6 รองลงมามีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair) ร้อยละ 26.0 และมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (Poor) ร้อยละ 9.4 ตามลำดับ และแยกรายด้าน ความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่ “ส่วนใหญ่ระบุ มากที่สุด” คือท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น ร้อยละ 71.9

ผลการวิจัยครั้งนี้สามารถนำไปใช้ในการวางแผน พัฒนาระบบการดูแลและให้คำปรึกษาสำหรับนักศึกษา เพื่อเป็นการส่งเสริมสุขภาพจิต ลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิตในนักศึกษา และมีการส่งเสริมในการจัดทำโครงการส่งเสริมสุขภาพจิต สำหรับนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งจะเป็นพื้นฐานในการพัฒนาศักยภาพนักศึกษาในทุก ๆ ด้าน

คำสำคัญ : นักศึกษาพยาบาล , ภาวะสุขภาพจิต

^{1,2,3}อาจารย์ประจำคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ,

⁴อาจารย์ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ,

Corresponding author : อ้อยทิพย์ ประกอบชัย email : aoitipbuajun@gmail.com.com

A Study of Mental Health in First Year Undergraduate Nursing Students

Aoitip Prakobchai¹, Pichamon Kongkasem², Nuttaphon Phonthep³, Tepthai Chotchai⁴

(Receive 13th September 2022; Revised: 3rd November 2022; Accepted 9th November 2022)

Abstract

This study was a descriptive study research. The objectives of A study of Mental health in first year undergraduate Nursing students. The samples for consisted 96 first year undergraduate Nursing students studying Graduated Nurses in Bachelor of Nursing Science Program semester 2 Academic year, 2021 .Data were collected from April 2022 to May 2022. The questionnaires consisted of a personal data and Thai Mental Health Indicator (TMHI-66). Data were analyzed by using descriptive statistics

The result 1) Most of them were female, 86.5% ,Average age 19.3 years (SD.=1.7) ,45.8 % had a life-threatening event. 2) Mental health in first year undergraduate Nursing students is good 64.6 % ,Fair 26.0 % ,Poor 9.4% and The most Satisfied with other people's achievements 71.9 %.

The result of the study applied in the planning and development of a Support System of mental health promotion in Nursing students and Promotion in the preparation of mental health promotion projects for develop student potential

Keywords : Nursing students, Mental health

^{1,2,3}Faculty of Nursing Chaiphum Rajabhat University

⁴Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen

Corresponding author : Aoitip Prakobchai email : aoitipbuajun@gmail.com

บทนำ

การเข้าศึกษาในระดับอุดมศึกษาถือได้ว่าเป็นภาวะวิกฤตทางอารมณ์อย่างหนึ่ง เนื่องจากการต้องมีการปรับตัวต่อสถานการณ์ สภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไป มีการปรับตัวต่อช่วงวัยที่เปลี่ยนแปลงและการปรับตัวในการดำเนินชีวิตในมหาวิทยาลัย การศึกษาในระดับมหาวิทยาลัยเป็นการศึกษาในระดับสูง ซึ่งมีความแตกต่างจากการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา จากการศึกษาของ ฌ็องฌัก กูว์วินซ์⁽¹⁾ เรื่องนักเรียนนักศึกษาและความรอบรู้สุขภาพจิต พบว่า การเจ็บป่วยด้วยอาการสุขภาพจิตเป็นหนึ่งปัญหาสำคัญของการสาธารณสุข โดยเฉพาะในนักเรียนนักศึกษาที่มีการเปลี่ยนแปลงจากการเข้าสู่วัยหนุ่มสาว หลายประการทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม จึงมักมีความอ่อนไหวกับวิถีการดำเนินชีวิตที่พลิกผัน เปลี่ยนแปลง และมีความซับซ้อนและอาจพัฒนาให้เกิดการเจ็บป่วยด้วยอาการทางสุขภาพจิตมากขึ้น

รูปแบบการเรียนเน้นการเรียนรู้ด้วยตนเอง รับผิดชอบตนเอง โดยเฉพาะในยุคปัจจุบันที่เป็นสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 การเรียนการสอนมีการปรับรูปแบบใหม่เป็นการเรียนออนไลน์ เป็นการจัดการเรียนแบบผสมผสาน เวลาในห้องเรียนลดลง เป็นการเรียนที่บ้าน เน้นการทำงานที่บ้าน เวลาการเรียนรู้ด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น เป็นการผสมผสานกับเทคโนโลยีทางการสอนกับการสอนในชั้นเรียนปกติ และการใช้เทคโนโลยีทางการสอนกับการปฏิบัติงานจริง การเรียนการสอนเน้นให้มีการอภิปรายและการแสดงความคิดเห็นของนักศึกษา เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพ พัฒนาทักษะการคิด และการตัดสินใจ⁽²⁾ จากที่กล่าวมาข้างต้นทำให้

นักศึกษานั้นต้องมีความรับผิดชอบต่อตนเองเป็นอย่างมาก นอกจากนี้ นักศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในช่วงวัยของการเปลี่ยนจากวัยรุ่นสู่ผู้ใหญ่ ซึ่งเป็นช่วงของการปรับตัว ก้าวจากวัยรุ่นสู่ผู้ใหญ่ตอนต้น เป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ต้องปรับตัวในทุกด้าน ซึ่งการใช้ชีวิตในมหาวิทยาลัยจะแตกต่างจากการใช้ชีวิตในโรงเรียน นักศึกษาต้องเผชิญกับเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความยุ่งยากใจมากมาย เช่น รูปแบบการเรียนที่ยากขึ้น บรรยากาศที่แปลกใหม่ ในสถานที่เรียนใหม่ ความหลากหลายของวัฒนธรรม การมีสังคมเพื่อนใหม่ สัมพันธภาพกับเพื่อน กระบวนการทำงานและการใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่น และในลักษณะของสังคมสิ่งแวดล้อมที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา นับเป็นสถานการณ์ที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิต นอกจากนี้ยังพบว่านักศึกษาพยาบาลมีโอกาสเกิดปัญหาสุขภาพจิตได้ง่าย เนื่องจากต้องปรับตัวด้านพัฒนาการตามวัย การเรียน ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มเพื่อนและรุ่นพี่และสภาพแวดล้อม หากนักศึกษาไม่สามารถแก้ไขภาวะวิกฤติในชีวิตให้ผ่านได้ อาจส่งผลให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต เช่น เกิดความเครียด ความวิตกกังวล และอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า หรือเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเองได้ จากที่กล่าวมาข้างต้นนั้นล้วนส่งผลต่อปัญหาทางด้านสุขภาพจิตทั้งสิ้น⁽³⁾

หลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เป็นหลักสูตรที่ผลิตพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งวิชาชีพพยาบาลเป็นวิชาชีพที่ต้องมีความอดทน เสียสละ และมีความรับผิดชอบอย่างสูง ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนสำหรับนักศึกษาพยาบาลจึงต้องมีการปลูกฝังและหล่อหลอม เพื่อให้ได้บัณฑิตพยาบาลที่มีคุณภาพ จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่

จะต้องเรียนรู้และฝึกฝนให้เป็นผู้มีความรู้ความเข้าใจและมีศักยภาพในการสร้างเสริมสุขภาพจิตตนเองเพื่อดำรงไว้ซึ่งการเป็นผู้ที่มีสุขภาพจิตที่ดีเป็นแบบอย่างสร้างเสริมให้ผู้รับบริการ มีสุขภาพจิตที่ดี อย่างไรก็ตามนักศึกษาพยาบาลตามอายุเฉลี่ยพบว่ายังอยู่ในช่วงวัยของวัยรุ่นตอนปลายถึงวัยผู้ใหญ่ตอนต้นซึ่งถือว่าเป็นช่วงวัยเปลี่ยนผ่าน ที่สำคัญที่ต้องอาศัยการปรับตัวเพื่อให้ดำเนินชีวิตในช่วงวัยนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ วารินทร์ ถาน้อย และคณะ⁽⁴⁾ รวมทั้งในปัจจุบันนี้สถานการณ์ของประเทศและทั่วโลกที่เกิดภาวะการระบาดของโรคโควิด 19 อย่างรุนแรงในทุกพื้นที่จะเห็นได้ชัดว่าพยาบาลเป็นส่วนสำคัญในการที่จะเป็นกำลังหลัก ดังนั้นการจัดการเรียนการสอนนอกจากจะเน้นองค์ความรู้ทางวิชาชีพแล้ว ยังต้องเน้นในเรื่องของจิตใจด้วย ไม่ว่าจะเป็นความเข้มแข็งของจิตใจ (เก่ง ดี มีความสุข) กำลังใจ และความเมตตาต่อผู้อื่น สิ่งต่างๆ เหล่านี้ส่งผลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษา หากไม่ได้รับการช่วยเหลือและดูแลอย่างเหมาะสมก็จะส่งผลต่อปัญหาทางด้านสุขภาพจิตที่ผิดปกติเกิดขึ้น ไม่ว่าจะเป็นภาวะวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า ความเครียด การทำหน้าที่ทางสังคมที่บกพร่อง ความก้าวร้าว ความสิ้นหวัง ท้อแท้ใจตลอด เป็นต้น⁽⁵⁾

การเรียนการสอนในวิชาชีพพยาบาลมีลักษณะพิเศษที่สำคัญอย่างหนึ่งคือ นักศึกษาพยาบาลต้องศึกษาเกี่ยวกับชีวิตมนุษย์และการลงมือปฏิบัติจริงกับชีวิตมนุษย์ ซึ่งนักศึกษานั้นต้องมีความรอบคอบ ระมัดระวัง และรับผิดชอบอย่างสูง เพราะการผิดพลาดอาจก่อให้เกิดอันตรายต่อชีวิตของผู้ป่วยได้ จึงส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลนั้นมีแนวโน้มที่จะเกิดความเครียดสูงกว่านักศึกษาในวิชาชีพอื่นๆ⁽⁶⁾

และจากการศึกษางานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า นักศึกษาพยาบาลมีความเครียดและปัญหาสุขภาพจิตอยู่ในระดับสูง เช่น จากงานวิจัยของ Repich ที่ศึกษาความเครียดของนักศึกษาในมหาวิทยาลัยพลอริดา พบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่เครียดจากความคาดหวังของพ่อแม่ การแข่งขันด้านเกรด และสัมพันธภาพ จากการศึกษาพบว่า ความเครียดจากการศึกษาวิชาชีพพยาบาลเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อความสำเร็จ การเรียนซ้ำชั้น ความล้มเหลว หรือการลาออกจากการศึกษา (Division of Student) และผลของการเกิดความเครียดของนักศึกษาพยาบาลส่งผลให้นักศึกษาพยาบาลกำหนดตนเอง หรือโทษตนเอง ดำเนินผู้อื่นที่ทำให้เกิดปัญหา เทียบกลางคืนตามสถานบันเทิง ดื่มเหล้าเพื่อคลายเครียด เล่นการพนันเพื่อคลายเครียด ใช้นานอนหลับระงับประสาทโดยไม่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ และสูบบุหรี่เพื่อให้คลายเครียด⁽⁶⁾

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เป็นสถาบันการศึกษาในระดับอุดมศึกษามีหน้าที่หลักในการพัฒนานักศึกษาในสถาบันให้มีคุณภาพ เพื่อเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศในการผลิตบัณฑิตที่มีคุณภาพนั้น สิ่งสำคัญที่ควรคำนึงถึงคือ สถาบันอุดมศึกษาจะต้องรู้จักและเข้าใจนักศึกษาของสถาบัน ทั้งนี้เพราะนักศึกษาเปรียบเหมือนทรัพยากรที่เป็นปัจจัยสำคัญในกระบวนการผลิต และจากสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า นักศึกษาซึ่งเป็นทรัพยากรที่สำคัญนั้น เมื่อก้าวเข้าในระดับอุดมศึกษานั้น จะต้องเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้าน ต้องมีการปรับตัวต่อสิ่งต่างๆ ซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพจิตของนักศึกษา รวมไปถึงจนถึงส่งผลกระทบต่อการเรียนรู้ของนักศึกษาได้ จากผลการศึกษาของ

ศิริพร นันทเสนีย์ และคณะ⁽⁷⁾ เรื่องผลของโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตช่วยให้นักศึกษาพยาบาลมีการจัดการสุขภาพจิตสูงขึ้น ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ถึงความรู้สึก ตระหนักถึงความรู้สึกของตนเอง และผู้อื่นมากขึ้น ทำให้เกิดแนวทางในการสร้างแรงจูงใจ เข้าใจตนเอง รู้จักตัดสินใจด้วยตนเอง และทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านทัศนคติต่อตนเองและผู้อื่น ดังนั้นสถาบันการศึกษาควรมีระบบการเตรียมความพร้อมของนักศึกษาก่อนเข้าศึกษา และในการวางระบบนั้นควรมีการสำรวจข้อมูลด้านต่างๆ ของนักศึกษา เช่น ด้านสุขภาพร่างกาย ด้านสุขภาพจิต เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนและนำไปสู่การปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง การประเมินภาวะทางสุขภาพจิตของนักศึกษาที่ถือได้ว่าเป็นสิ่งที่สำคัญและสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานที่จะวางแผนการให้การดูแลนักศึกษา การพัฒนานักศึกษาทั้งในด้านการเรียน ด้านการใช้ชีวิตของนักศึกษา รวมไปถึงการจัดการและพัฒนาทางด้านสุขภาพจิตของนักศึกษา การศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาทางด้านสุขภาพจิต เพราะอยู่ในช่วงของการปรับตัวทั้งต่อการเรียน สัมพันธภาพกับเพื่อน การดำเนินชีวิตประจำวัน เพื่อใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษา ป้องกันการเจ็บป่วยในกลุ่มที่มีความเสี่ยง และวางแผนในการดูแลนักศึกษาต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) แบบภาคตัดขวาง การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ในปีการศึกษา 2564 โดยมีประชากรทั้งหมด 96 คน

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้เป็น การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา ภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ในปีการศึกษา 2564 โดยเก็บข้อมูล ในระหว่างเดือนเมษายน 2565 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2565 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือนักศึกษาพยาบาล ที่กำลังศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต ชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 96 คน (กองบริการการศึกษา)⁽⁸⁾ เป็นการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย อายุ เพศ ศาสนา ภูมิลำเนา รูปแบบการเรียน ที่พักอาศัย ผู้พักอาศัย สัมพันธภาพในครอบครัว โอกาสในการใช้เวลากับครอบครัว รายได้ของครอบครัว ค่าใช้จ่าย ความเพียงพอของค่าใช้จ่าย โรคประจำตัว ภาวะสุขภาพ เหตุการณ์วิกฤติในชีวิต บุคคลที่ปรึกษา การพักผ่อน การเข้าร่วมกิจกรรม และความต้องการให้คำปรึกษา

ส่วนที่ 2 แบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ Thai Mental Health Indicator (TMHI-66) พัฒนาโดย อภิชัย มงคลและคณะ⁽⁹⁾ เป็นแบบประเมินสุขภาพจิตประกอบด้วยองค์ประกอบหลักดังนี้ 1. สภาพจิตใจ 2. สมรรถภาพของจิตใจ 3. คุณภาพของจิตใจ และ 4. ปัจจัยสนับสนุน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือการวิจัย

แบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ สามารถประเมินได้โดยใช้ แบบประเมินดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทยฉบับสมบูรณ์ที่พัฒนาโดย อภิชัย มงคลและคณะ⁽⁹⁾ จากการออกแบบคิดของคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิตของ WHO, Jahoda, Sell และ Nagpal เป็นแบบประเมินที่ให้ตอบด้วยตนเองแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 66 ข้อ โดยมีข้อคำถามทั้งด้านบวกและด้านลบ การแปลผล แบ่งออกเป็น 3 ระดับดังนี้ 143 - 198 คะแนน หมายถึงสุขภาพจิตดีกว่าคนทั่วไป 122 - 142 คะแนน หมายถึงสุขภาพจิตเท่ากับคนทั่วไป และ 121 คะแนนหรือน้อยกว่า หมายถึงสุขภาพจิตต่ำกว่าคนทั่วไป การศึกษาความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง และประชุมร่วมกับกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิด้านสุขภาพจิตเพื่อพิจารณาความตรงตามเนื้อหาที่ต้องการการประเมิน จำนวน 10 ครั้ง การศึกษาความตรงตามโครงสร้าง (construct validity) ศึกษาความตรงตามโครงสร้างโดยการวิเคราะห์ปัจจัย (factor analysis) และพิจารณาผลข้อคำถามโดยคัดเลือกเฉพาะข้อคำถามที่มีค่า factor loading ตั้งแต่ 0.40) ขึ้นไป (ยกเว้นข้อคำถามที่ผู้ทรงคุณวุฒิลงความเห็นว่าเป็นต้องมีค่านี้

ค่า factor loading อาจต่ำกว่า 0.40) โดยทำการศึกษาความตรงเชิงโครงสร้าง 2 ครั้ง จนเหลือข้อคำถาม 66 ข้อ การศึกษาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยมีค่า Cronbach's alpha coefficient จำแนกตามองค์ประกอบหลัก ดังนี้ สภาพจิตใจ 0.86, สมรรถภาพของจิตใจ 0.83, คุณภาพของจิตใจ 0.77 และปัจจัยสนับสนุน 0.80 การนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try out) กับนักศึกษาชั้นปีที่ 1 ที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วนำมาหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) มีค่า Cronbach's alpha coefficient เท่ากับ 0.75

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยครั้งนี้ ก่อนการดำเนินวิจัย ผู้วิจัยได้ทำหนังสือเสนอโครงการวิจัย ผ่านคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ เลขที่ 64-1-018

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามถูกนำมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม SPSS ดังนี้ วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยการหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ภาวะสุขภาพจิต ด้วยการหาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย และร้อยละ

ผลการวิจัย (Result)

การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 ในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลศาสตร์ ชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2564 จำนวน 96 คน ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิจัยตามลำดับ ดังนี้ 1) ข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 2) ภาวะสุขภาพ

จิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 3) ระดับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 โดยรวม และ 4) ภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 รายข้อ

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษา พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 86.5 อายุเฉลี่ย 19.3 ปี (SD.=1.7) ต่ำสุด 18 ปี และสูงสุด 31 ปี ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ภูมิถิ่นกำเนิดต่างออกเฉียงเหนือ ร้อยละ 93.7 รูปแบบการเรียนที่เรียนในปัจจุบันเป็นออนไลน์ ร้อยละ 97.9 ที่พักอาศัยในปัจจุบันส่วนมากพักอาศัยอยู่ที่บ้านและหอพักในมหาวิทยาลัย ร้อยละ 68.7 และ 31.3 ตามลำดับ โดยพักอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง/ญาติ ร้อยละ 69.8 และพักกับเพื่อน ร้อยละ 29.2 สัมพันธภาพในครอบครัวดีมาก และดี ร้อยละ 74.0 และ 26.0 ตามลำดับ ซึ่งส่วนมากมีโอกาสในการใช้เวลากับครอบครัวบ่อยครั้ง (ทุกเดือน) ร้อยละ 64.6 สำหรับรายได้

ของครอบครัว พบว่าเพียงพอ ร้อยละ 64.6 และไม่เพียงพอ ร้อยละ 35.4 โดยที่นักศึกษาได้รับค่าใช้จ่ายต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 67.8 ซึ่งพบว่าพอเพียง ร้อยละ 79.2 และไม่พอเพียง ร้อยละ 20.8 ผู้ปกครองมีโรคประจำตัวหรือปัญหาด้านสุขภาพ ร้อยละ 40.6 สำหรับตัวนักศึกษาเองมีสุขภาพที่ปกติ ร้อยละ 82.3

2. ภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1

ระดับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 โดยรวม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่มีระดับภาวะสุขภาพจิต มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good) ร้อยละ 64.6 รองลงมา มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair) ร้อยละ 26.0 และมีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (Poor) ร้อยละ 9.4 ตามลำดับ โดยมีคะแนนภาวะสุขภาพจิตเฉลี่ย 146.8 คะแนน (SD.=19.7) ต่ำสุด 76 คะแนนและสูงสุด 185 คะแนนดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 (N=96)

ภาวะสุขภาพจิต	จำนวน	ร้อยละ
มีความสุขน้อยกว่าคนทั่วไป (Poor : ไม่เกิน 121 คะแนน)	9	9.4
มีความสุขเท่ากับคนทั่วไป (Fair : 122-142 คะแนน)	25	26.0
มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good : 143-198 คะแนน)	62	64.6
ค่าเฉลี่ย (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	146.8 (19.7)	
ค่ามัธยฐาน (พิสัยควอไทล์), ค่าต่ำสุด:ค่าสูงสุด	147.0 (23.5), 76:185	

ระดับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 รายข้อ ผลการศึกษาดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 รายข้อ (N=96)

ข้อที่	คำถาม	ระดับความคิดเห็น/ความรู้สึก ต่อเหตุการณ์ (จำนวน/ร้อยละ)			
		ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
1	ท่านรู้สึกพึงพอใจในชีวิต	4(4.2)	11 (11.5)	54(56.2)	27(28.1)
2	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีความสุข	3(3.1)	10 (10.4)	54 (61.5)	25(25.0)
3	ถ้าให้เปรียบเทียบกับในอดีตท่านรู้สึกว่าชีวิตในปัจจุบันของท่านมีความสุข	5(5.2)	28 (29.2)	40 (41.7)	23(24.0)
4	ท่านมีโรคประจำตัวที่ต้องรักษาอย่างต่อเนื่อง	84(87.5)	8 (8.3)	2 (2.1)	2(2.1)
5	ท่านต้องไปรับการรักษาพยาบาลเสมอๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้	90(93.8)	3 (3.1)	0(0.0)	3(3.1)
6	ท่านต้องใช้ยา (กิน ฉีด พ่น ทา) อยู่เสมอ จึงจะสามารถทำงานได้	87(90.6)	7 (7.3)	0(0.0)	2(2.1)
7	ท่านเป็นโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิต หัวใจ อัมพาต ลมชัก ฯลฯ กรณีถ้ามีให้ใส่เล็กน้อยหรือมากตามอาการที่มี	94(97.9)	0(0.0)	0(0.0)	2(2.1)
8	ท่านรู้สึกกังวลและทุกข์ทรมานใจเกี่ยวกับการเจ็บป่วยของท่าน	72(75.0)	17 (17.7)	4 (4.2)	3(3.1)
9	ท่านรู้สึกว่าชีวิตท่านไร้ค่า ไม่มีประโยชน์	74(77.1)	19(19.8)	1 (1.0)	2(2.1)
10	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านมีแต่ความทุกข์	64(66.7)	29 (30.2)	2 (2.1)	1(1.0)
11	ท่านยอมรับรูปร่างหน้าตาของตนเองได้	5(5.2)	11 (11.5)	51 (53.1)	29(30.2)
12	ท่านพึงพอใจในรูปร่างหน้าตาของท่าน	4(4.2)	12 (12.5)	55 (57.3)	25(26.0)
13	ท่านรู้สึกพอใจที่สามารถทำอะไรๆ ผ่านไปได้ในแต่ละวัน	2(2.1)	14 (14.6)	50 (52.1)	30(31.3)
14	ท่านสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ด้วยตนเอง	0(0.0)	1 (1.0)	36 (37.5)	59(61.5)
15	ท่านพอใจต่อการผูกมิตรหรือเข้ากับบุคคลอื่น	2(2.1)	4 (4.2)	42 (43.7)	48(50.0)
16	ท่านมีสัมพันธภาพที่ดีกับเพื่อนบ้าน	0(0.0)	12 (12.5)	46 (47.9)	38(39.6)

ตารางที่ 2 ภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 รายข้อ (N=96) (ต่อ)

ข้อที่	คำถาม	ระดับความคิดเห็น/ความรู้สึก ต่อเหตุการณ์ (จำนวน/ร้อยละ)			
		ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
17	ท่านคิดว่าท่านมีความเป็นอยู่และฐานะทางสังคมตามที่ท่านได้คาดหวังไว้	6(6.3)	13 (13.5)	52 (54.2)	25(26.0)
18	ท่านรู้สึกประสบความสำเร็จและความก้าวหน้าในชีวิต	3(3.1)	21 (21.9)	56 (58.3)	16(16.7)
19	ท่านประสบความสำเร็จอย่างที่ท่านต้องการเสมอ	3(3.1)	33 (34.4)	54 (56.2)	6(6.3)
20	ท่านรู้สึกพึงพอใจในฐานะความเป็นอยู่ของท่าน	3(3.1)	12 (12.6)	54 (56.2)	27(28.1)
21	ท่านมองปัญหาทุกปัญหาเป็นสิ่งที่แก้ไขได้	2(2.1)	10 (10.4)	50 (52.1)	34(35.4)
22	ท่านสามารถควบคุมอารมณ์ได้ เมื่อมีเหตุการณ์คับขันหรือร้ายแรงเกิดขึ้น	0(0.0)	16 (16.7)	57 (59.4)	23(24.0)
23	ท่านมั่นใจที่จะเผชิญเหตุการณ์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นในชีวิต	0(0.0)	15 (15.6)	62 (64.6)	19(19.8)
24	ท่านพร้อมที่จะเผชิญกับปัญหาและไม่กลัวปัญหาที่เกิดขึ้น	0(0.0)	16 (16.7)	55 (57.3)	25(26.0)
25	ท่านแก้ปัญหาที่ขัดแย้งได้ดีเสมอ	2(2.1)	26 (27.1)	57 (59.4)	11(11.5)
26	บางครั้งท่านรู้สึกเศร้าโดยไม่ทราบสาเหตุ	23(24.0)	44 (45.8)	13 (13.5)	16(16.7)
27	ท่านรู้สึกขี้โมโห ฉุนเฉียวหรือห้วนใจง่ายอย่างไม่มีเหตุผล	33(34.4)	45(46.9)	15 (15.6)	3(3.1)
28	ท่านหงุดหงิดโมโหง่ายถ้าท่านถูกวิพากษ์วิจารณ์	32(33.3)	50(52.1)	12 (12.5)	2(2.1)
29	ท่านรู้สึกกังวลใจกับเรื่องทุกอย่างที่มากกระทบตัวท่าน	13(13.5)	58(60.5)	17 (17.7)	8(8.3)
30	ถ้าสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวังท่านจะรู้สึกหงุดหงิด	9(9.4)	60 (62.5)	17 (17.7)	10(10.4)
31	ท่านรู้สึกหงุดหงิดกังวลใจกับเรื่องเล็กๆ น้อยๆ ที่เกิดขึ้นเสมอ	25(26.0)	55(57.3)	12 (12.5)	4(4.2)

ตารางที่ 2 ภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 รายข้อ (N=96) (ต่อ)

ข้อที่	คำถาม	ระดับความคิดเห็น/ความรู้สึก ต่อเหตุการณ์ (จำนวน/ร้อยละ)			
		ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
32	ท่านให้ความช่วยเหลือแก่ผู้อื่นตามโอกาสอันควร	2(2.1)	3(3.1)	51 (53.1)	40(41.7)
33	ท่านเสียสละแรงกายหรือทรัพย์สินเพื่อประโยชน์ส่วนรวม	0(0.0)	13 (13.5)	56 (58.3)	27(28.2)
34	หากมีสถานการณ์ที่คับขันเสี่ยงภัย ท่านพร้อมจะให้ความช่วยเหลือร่วมกับผู้อื่น	0(0.0)	3 (3.1)	44 (45.8)	49(51.0)
35	ท่านต้องการที่จะทำบางสิ่งแปลกใหม่ และแตกต่างกว่าที่เป็นอยู่	0(0.0)	20 (20.8)	51 (53.1)	25(26.0)
36	ท่านมีความสุขกับการริเริ่มงานใหม่ๆ และมุ่งมั่นที่จะทำให้สำเร็จ	0(0.0)	12 (12.5)	43(44.8)	41(42.7)
37	ท่านรู้สึกผิดหวังในตัวเอง	56(58.3)	33 (34.4)	7 (7.3)	0(0.0)
38	ท่านรู้สึกว่าชีวิตของท่านน่าเบื่อ	51(53.1)	34 (35.4)	7 (7.3)	4(4.2)
39	ท่านรู้สึกเบื่อหน่ายต่อเหตุการณ์ประจำวัน	51(53.1)	35 (36.4)	6 (6.3)	4(4.2)
40	ท่านรู้สึกคล้ายคนล้มเหลวหรือประสบกับความผิดหวัง	79(82.3)	12 (12.5)	3 (3.1)	2(2.1)
41	เมื่อท่านจะเริ่มทำงานที่มีความยุ่งยาก ท่านจะขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วยเสมอ	19(19.8)	48 (50.0)	14 (14.6)	15(15.6)
42	ความเชื่อหรือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ท่านยึดถือทำให้ท่านมีความเข้มแข็งและสามารถเผชิญกับความยุ่งยากได้	17(17.7)	47 (49.0)	24 (25.0)	8(8.3)
43	เมื่อท่านพบกับความผิดหวังหรือทุกข์ใจ ท่านจะขอให้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ช่วย	22(22.9)	151(53.1)	15 (15.6)	8(8.3)
44	ท่านพึงพอใจกับความสามารถของตนเอง	0(0.0)	21 (21.9)	37 (38.5)	38(39.6)

ตารางที่ 2 ภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 รายข้อ (N=96) (ต่อ)

ข้อที่	คำถาม	ระดับความคิดเห็น/ความรู้สึก ต่อเหตุการณ์ (จำนวน/ร้อยละ)			
		ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
45	ท่านรู้สึกภูมิใจในตนเอง	0(0.0)	11 (11.5)	40 (41.7)	45(46.8)
46	ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น	0(0.0)	2 (2.1)	25 (26.0)	69(71.9)
47	ท่านรู้สึกเห็นอกเห็นใจเมื่อผู้อื่นมีทุกข์	0(0.0)	3 (3.1)	30 (31.3)	63(65.6)
48	ท่านรู้สึกเป็นสุขในการช่วยเหลือผู้อื่นมีปัญหา	0(0.0)	0(0.0)	36 (37.5)	60(62.5)
49	ท่านมีความมั่นใจว่าญาติหรือเพื่อนจะช่วยเหลือ ท่านถ้ามีเหตุการณ์ ร้ายแรงหรือฉุกเฉินเกิดขึ้น กับท่าน	1(1.0)	15 (15.6)	42 (43.8)	38(39.6)
50	ท่านมีเพื่อนหรือญาติพี่น้องคอยช่วยเหลือท่าน ในยามที่ท่านต้องการ	1(1.0)	12 (12.5)	48 (50.0)	35(36.5)
51	ท่านได้รับความช่วยเหลือตามที่ท่านต้องการ จากคนอื่น	1(1.0)	18 (18.8)	55 (57.3)	22(22.9)
52	ท่านเห็นด้วยว่าครอบครัวของท่านเป็นแหล่งที่จะ ช่วยหาทางออกให้กับปัญหาส่วนใหญ่ที่ท่านมี	0(0.0)	10 (10.4)	38 (39.6)	48(50.0)
53	ท่านเห็นด้วยว่าสมาชิกในครอบครัวส่วนใหญ่ มีความรู้สึกผูกพันอย่างใกล้ชิด	1(1.0)	9 (9.4)	28 (29.2)	58(60.4)
54	ท่านเห็นด้วยว่าครอบครัวของท่านสามารถ แก้ปัญหาได้ทุกเรื่อง	2(2.1)	7 (7.3)	50 (52.1)	37(38.5)
55	ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยเมื่ออยู่ในครอบครัว	2(2.1)	4 (4.2)	26 (27.1)	64(66.7)
56	เมื่อท่านป่วยหนักท่านเห็นด้วยว่าครอบครัว และญาติจะดูแลท่านเป็นอย่างดี	0(0.0)	3 (3.1)	30 (31.3)	63(65.6)
57	ท่านปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือจากครอบครัว เสมอเมื่อท่านมีปัญหา	1(1.0)	13 (13.5)	31 (32.4)	51(53.1)
58	สมาชิกในครอบครัวมีความรักความผูกพันต่อกัน	0(0.0)	5 (5.2)	27 (28.1)	64(66.7)

ตารางที่ 2 ภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล ชั้นปีที่ 1 รายข้อ (N=96) (ต่อ)

ข้อที่	คำถาม	ระดับความคิดเห็น/ความรู้สึก ต่อเหตุการณ์ (จำนวน/ร้อยละ)			
		ไม่เลย	เล็กน้อย	มาก	มากที่สุด
59	ท่านมั่นใจว่าชุมชนที่ท่านอาศัยมีความปลอดภัยต่อท่าน	3(3.1)	15 (15.6)	57 (59.4)	21(21.9)
60	ท่านรู้สึกมั่นคงปลอดภัยในทรัพย์สินเมื่ออาศัยอยู่ในชุมชนนี้	2(2.1)	20 (20.8)	52 (54.2)	22(22.9)
61	เมื่อท่านเจ็บป่วย ท่านไปใช้บริการจากหน่วยงานสาธารณสุขใกล้บ้าน	4(4.2)	21 (21.9)	37 (38.5)	34(35.4)
62	เมื่อญาติของท่านเจ็บป่วยก็นำไปรับบริการจากบริการสาธารณสุขใกล้บ้านเช่นกัน	5(5.2)	17 (17.7)	40 (41.7)	34(35.4)
63	ท่านมีโอกาสดำรงชีพผ่อนคลายเครียด	2(2.1)	26 (27.1)	52 (54.1)	16(16.7)
64	ท่านมีความสุขทุกครั้งที่มีเวลาว่างเพื่อผ่อนคลาย	0(0.0)	2 (2.1)	27 (28.1)	67(69.8)
65	ในชุมชนมีเสียงดังรบกวนการดำเนินชีวิตของท่าน	13(13.5)	68 (70.9)	10 (10.4)	5(5.2)
66	ในชุมชนมีกลิ่นเหม็นรบกวนการดำเนินชีวิตของท่าน	65(67.7)	17 (17.7)	7 (7.3)	7(7.3)

ผลการศึกษา พบว่า ความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่ “ส่วนใหญ่ระบุ ไม่เคย” คือ ท่านเป็นโรคเรื้อรัง (เบาหวาน ความดันโลหิต หัวใจ อัมพาต ลมชัก ฯลฯ) ร้อยละ 97.9 รองลงมาคือ ท่านต้องไปรับการรักษาพยาบาลเสมอๆ เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตและทำงานได้ ร้อยละ 93.8 และ ท่านต้องไ้ยา (กิน ฉีด พ่น ทา) อยู่เสมอ จึงจะสามารถทำงานได้ ร้อยละ 90.6 ตามลำดับ ความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่ “ส่วนใหญ่ระบุ เล็กน้อย” คือ ในชุมชนมีเสียงดังรบกวนการดำเนินชีวิตของท่าน ร้อยละ 70.9 รองลงมาคือ ถ้าสิ่งต่างๆ ไม่เป็น

ไปตามที่คาดหวังท่านจะรู้สึกหงุดหงิด ร้อยละ 62.5 และ ท่านรู้สึกกังวลใจกับเรื่องทุกเรื่องที่มากระทบตัวท่าน ร้อยละ 60.5 ตามลำดับ ความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่ “ส่วนใหญ่ระบุ มาก” คือ ท่านมั่นใจที่จะเผชิญเหตุการณ์ร้ายแรง ที่เกิดขึ้นในชีวิต ร้อยละ 64.6 และ ท่านรู้สึกว่าคุณค่าของชีวิตมีความสุข ร้อยละ 61.5 ตามลำดับ ความคิดเห็นหรือความรู้สึกต่อเหตุการณ์ที่ “ส่วนใหญ่ระบุ มากที่สุด” คือ ท่านรู้สึกยินดีกับความสำเร็จของคนอื่น ร้อยละ 71.9 และท่านมีความสุขทุกครั้งที่มีเวลาว่างเพื่อผ่อนคลาย ร้อยละ 69.8 ตามลำดับ

อภิปราย (Discussion)

จากผลการวิจัยเรื่อง การศึกษาภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 ผู้วิจัยอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การศึกษาได้ ดังต่อไปนี้

ภาวะสุขภาพจิตโดยรวมของนักศึกษาพยาบาลชั้นปีที่ 1 พบว่าส่วนใหญ่มีระดับภาวะสุขภาพจิตมีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good) เมื่อวิเคราะห์จากข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาพบว่า นักศึกษาส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวพักอาศัยอยู่ที่บ้านกับผู้ปกครอง การเรียนเป็นออนไลน์เนื่องจากช่วงสถานการณ์โควิดสัมพันธ์ภาพในครอบครัวดี มีโอกาสในการใช้เวลากับครอบครัวทุกเดือน รายได้ครอบครัวและค่าใช้จ่ายของนักศึกษาเพียงพอ ภาวะสุขภาพปกติมีบุคคลให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาโดยเมื่อมีปัญหานักศึกษาก็มีที่ปรึกษาโดยส่วนมากขอคำปรึกษากับคนในครอบครัว (บิดา มารดา ผู้ปกครอง) สอดคล้องกับการศึกษาของ จงลักษณ์ ทวีแก้วและคณะ⁽¹⁰⁾ เรื่องการศึกษาภาวะสุขภาพจิตและระดับความแข็งแกร่งในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล: กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความสุขทางจิตอยู่ในเกณฑ์ปกติในทุกด้าน ซึ่งภาวะสุขภาพจิตที่มีแนวโน้มก่อให้เกิดปัญหาเรียงจากมากไปหาน้อยคือด้านอาการทางกายที่มีผลจากจิตใจ (Somatization) ร้อยละ 31.50 รองลงมาคือภาวะวิตกกังวล (Anxiety) ร้อยละ 16.66 และภาวะซึมเศร้า (Depression) ร้อยละ 11.83 ตามลำดับ ดังนั้นจึงพบว่าสุขภาพกายที่แข็งแรงส่งผลต่อสุขภาพใจที่ดี จากข้อมูลทั่วไปของนักศึกษาจะเห็นได้ว่าเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้นักศึกษามีระดับภาวะสุขภาพจิต มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good) สอดคล้องกับ

การศึกษาของอรุณี มิ่งประเสริฐ⁽¹¹⁾ ที่ทำการสุขภาพจิตและความเครียดของนักศึกษา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต โดยผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีสุขภาพจิตอยู่ในระดับปกติ จากการที่นักศึกษามีร่างกายที่สมบูรณ์แข็งแรง เจริญเติบโตสมกับวัย ไม่พิการ ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ จึงทำให้มีจิตใจเป็นปกติอารมณ์มั่นคง สอดคล้องกับการศึกษาของ พรธนา เรืองกิจ⁽¹²⁾ ทำการศึกษาเรื่องการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม จังหวัดนครพนม ผลการศึกษาพบว่าภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลอยู่ในระดับปกติ โดยพบว่าอาการผิดปกติทางร่างกายมีผลต่อสุขภาพจิต ดังนั้นจะเห็นได้ว่าหากสุขภาพร่างกายแข็งแรงก็จะส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดีด้วย และจากผลการศึกษาของ ชัชชฎาภรณ์ พิศมร⁽¹³⁾ เรื่องปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาปริญญาตรี มหาวิทยาลัยเอกชน ในกรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษาปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 ส่วนใหญ่มีความสุขทางจิตอยู่ในระดับเท่ากับคนทั่วไป รองลงมามีความสุขทางจิตมากกว่าคนทั่วไป โดยพบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะ สุขภาพจิตของนักศึกษา ได้แก่ การพักอาศัย รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว สัมพันธภาพภายในครอบครัว ดังนั้นการที่นักศึกษามีระดับภาวะสุขภาพจิต มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good) อาจเนื่องมาจากนักศึกษานั้นมีภาวะสุขภาพแข็งแรง ไม่มีโรคประจำตัว จึงส่งผลต่อสุขภาพจิตที่ดี มีจิตใจเป็นปกติ อารมณ์มั่นคง ทำให้สามารถปรับตัวได้ อีกทั้งในการเรียนการสอนของนักศึกษาชั้นปีที่ 1 เป็นการเรียนการสอนออนไลน์ซึ่งนักศึกษายังได้ใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัว ยังไม่ต้องมีการ

ปรับตัวเข้ากับสภาพแวดล้อมใหม่ และมีโอกาสในการพักผ่อนเป็นประจำ ปัจจัยต่างๆ เหล่านี้มีผลต่อภาวะสุขภาพจิตที่อยู่ในระดับ มีความสุขมากกว่าคนทั่วไป (Good) จากการศึกษาในครั้งนี้ยังมีประเด็นรายชื่อที่นักศึกษาส่วนใหญ่ระบุว่าไม่เล็กน้อย คือรู้สึกหงุดหงิดถ้าสิ่งต่างๆ ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง และกังวลใจกับทุกเรื่องที่มากระทบตัวเอง ซึ่งควรนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนการให้คำปรึกษาสำหรับนักศึกษา หรือการพัฒนาทักษะในการจัดการแก้ไขปัญหา เพื่อให้ให้นักศึกษาสามารถจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นได้ ซึ่งจากผลการวิจัยในครั้งนี้ สามารถนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลและพัฒนาสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาต่อไปได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. มหาวิทยาลัยควรนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการปฐมนิเทศสำหรับนักศึกษาใหม่ เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมในการเป็นนักศึกษาส่งเสริมให้สามารถปรับตัวได้ดี

2. คณะและมหาวิทยาลัยควรมีการวางแผนและการพัฒนาระบบการดูแลและให้คำปรึกษาสำหรับนักศึกษาทุกคณะ โดยมีระบบในการดูแลและติดตามอย่างต่อเนื่อง

3. คณะและมหาวิทยาลัยควรมีการวางแผนและส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรม ในการส่งเสริมและพัฒนาสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาในทุกๆ ระดับชั้นอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี ซึ่งจะ เป็นพื้นฐานในการพัฒนาศักยภาพนักศึกษาในทุกๆ ด้าน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาอย่างต่อเนื่อง

เป็นประจำทุกปี เพื่อสำรวจภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาว่ามีการเปลี่ยนแปลงไปหรือไม่ และเป็นไปในทิศทางใด เนื่องจากในแต่ละปี อาจมีสถานการณ์ที่แตกต่างกันออกไป

2. ควรมีการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมภาวะสุขภาพจิตสำหรับนักศึกษาในแต่ละชั้นปี เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดูแลส่งเสริมสุขภาพจิตของนักศึกษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี เนื่องจากการได้รับการสนับสนุนจากคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏชัยภูมิ ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารที่สนับสนุนทุนในการวิจัย นักศึกษาที่สละเวลา ขอขอบพระคุณครอบครัวที่เป็นกำลังใจและสนับสนุนในทุกๆ ด้านเสมอมา ผู้วิจัยหวัง เป็นอย่างยิ่งว่า งานวิจัยฉบับนี้จะมีประโยชน์ อยู่ไม่น้อย จึงขอมอบส่วนดีทั้งหมดนี้ให้แก่ เหล่าคณาจารย์ที่ได้ประสิทธิประสาทวิชาจนทำให้ผลงานวิจัยเป็นประโยชน์ต่อผู้ที่เกี่ยวข้องและขอมอบความกตัญญูทวดเวทิตาคุณ แต่บิดามารดา และผู้มีพระคุณทุกท่าน สำหรับข้อบกพร่อง ต่าง ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นนั้น ผู้วิจัยขอน้อมรับผิดเพียงผู้เดียว และยินดีที่จะรับฟังคำแนะนำจากทุกท่านที่ได้เข้ามาศึกษา เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนางานวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. ญัฐภรณ์ ศรัวิชัย, มัจฉริย์ คุ้มวัฒน์ชัย. นักเรียนนักศึกษาและความรอบรู้สุขภาพจิต. วารสารสังคมสงเคราะห์ 2564; 29:37-65.
2. เทื่อน ทองแก้ว. การออกแบบการศึกษาในชีวิตวิถีใหม่: ผลกระทบจากการแพร่ระบาด COVID-19. ครูสภาวิทยากร 2563; 2:1-10.

3. กาญจนา คงมั่น และชุติมา ฮากิม. ปัจจัยที่ส่งผลต่อปัญหาสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาล. วารสารพยาบาลทหารบก 2563; 3: 331-339.
4. วารินทร์ ถาน้อย, อติตยา พรชัยเกตุ, โอว ยอง, ภาติษฐา อ่อนดี. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสารสมาการพยาบาล 2555; 7: 60-76.
5. จิรภัค สุวรรณเจริญ, อติญาณ์ ศรเกษตริณ และชุติมา มาลัย. รูปแบบการจัดการเรียนการสอนที่ส่งเสริมทักษะในศตวรรษที่ 21 สำหรับนักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. พยาบาลสาร 2560; 4: 177-188.
6. สืบตระกูล ตันตลานุกุล, ปราโมทย์ วงศ์สวัสดิ์. ความเครียดและการจัดการความเครียดของนักศึกษาพยาบาล. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรดิตถ์ 2560; 9: 81-92.
7. ศิรพร นันทเสนีย์, จิราพร เกสรสุวรรณ, ขวัญธิดา พิมพ์การ. ผลของโปรแกรมการจัดการสุขภาพจิตต่อสุขภาพจิตของนักศึกษาพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสวนดุสิต. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2564; 35: 63-76.
8. กองบริการการศึกษามหาวิทยาลัย ราชภัฏชัยภูมิ. รายชื่อนักศึกษา [อินเทอร์เน็ต]. ชัยภูมิ: มหาวิทยาลัย ราชภัฏชัยภูมิ; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 10 กรกฎาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://regis.cpru.ac.th>
9. อภิชัย มงคล, วัชนี หัตถพนม, ภัสรา เชษฐโชติศักดิ์, วรณประภา ชะลอกุล, ละเอียด ปัญโญใหญ่, สุจรีต สุวรรณชีพ. การศึกษาดัชนีชี้วัดสุขภาพจิตคนไทย. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2544; 46: 209-225.
10. จงลักษณ์ ทวีแก้ว, วิจิตรา จิตรักษ์, ชนกร แก้วมณี, น้ำฝน ศรีเสน. การศึกษาภาวะสุขภาพจิตและระดับความแข็งแรงในร่างกายในชีวิตของนักศึกษาพยาบาล: กรณีศึกษาวิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา 2562; 20: 60-68.
11. อรุณี มิ่งประเสริฐ. การศึกษาสุขภาพจิตและความเครียดของนักศึกษา คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยรังสิต. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ 2557; 4: 211-227.
12. พรธนา เรืองกิจ, สนธยา มณีรัตน์, เยาวลักษณ์ มีบุญมาก. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างภาวะสุขภาพจิตและความเครียดของนักศึกษาพยาบาลวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนพรัตน์วชิระ. วารสาร Veridian E Journal Silpakorn University สาขามนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์และศิลปะ 2562; 12: 1208-1224.
13. ชัชฎาภร พิศมร. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพจิตของนักศึกษาปริญญาตรีมหาวิทยาลัยเอกชนในกรุงเทพมหานคร. ใน: ชัยยงค์ พรหมวงศ์, สถิต นิยมญาติ, สุวิมล จอดพิมาย, บรรณาธิการ. การประชุมวิชาการเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 8 และระดับนานาชาติ ครั้งที่ 4 มหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี งานวิจัยและนวัตกรรมเพื่อการพัฒนาสังคมให้ยั่งยืน. กรุงเทพฯ: สำนักวิจัยมหาวิทยาลัยกรุงเทพธนบุรี; 2562. หน้า 79-88.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 5

เบญจพรรณ จิตเลิศเดชา¹, จรรยา สีนุช²

(วันที่รับบทความ: 19 ตุลาคม 2565, วันที่แก้ไข: 22 พฤศจิกายน 2565, วันที่ตอบรับ 23 พฤศจิกายน 2565)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 5 โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากการศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเจริญเติบโต และรูปแบบการส่งเสริมการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพของเด็กปฐมวัยไทย สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กลุ่มตัวอย่าง คือ เด็กปฐมวัยจำนวน 532 คน เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ แบบสัมภาษณ์พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็ก สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก เครื่องชั่งน้ำหนัก เครื่องวัดความยาว/ส่วนสูง และวัดค่าฮีโมโกลบินด้วยเครื่อง HemoCue® วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Binary Logistic Regression ผลการศึกษาพบภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ร้อยละ 25.0 แบ่งเป็นเด็กอายุ 6 เดือน-2 ปี มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 35.5 และเด็กอายุ 2-5 ปี มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 20.7 พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ เขตที่อยู่อาศัย (OR = 1.57, 95%CI: 1.00-2.46, $p < 0.05$) และช่วงอายุเด็ก (OR = 1.72, 95%CI: 1.01- 2.94, $p < 0.05$) จากการศึกษาสถานบริการสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจัดทำระบบเฝ้าระวังเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางและภาวะทุพโภชนาการ ตลอดจนจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ให้กับพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กในช่วงเด็กอายุ 6 เดือน-2 ปี

คำสำคัญ: ภาวะโลหิตจาง, เด็กปฐมวัย, ธาตุเหล็ก

¹นักโภชนาการชำนาญการ, ²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี

Corresponding author : เบญจพรรณ จิตเลิศเดชา email : benjapun.t@gmail.com

Factors Associate with Anemia in Early Childhood, Health Region 5**Benjapun Thitilerdecha¹, Junya Seubnuch²**(Receive 19th October 2022; Revised: 22th November 2022; Accepted 23rd November 2022)**Abstract**

This study is a descriptive research aimed to the factors associated with anemia in early childhood, Health region 5. The methodology was secondary data from the study of important factors affecting growth and the model of promoting the full potential growth of Thai early childhood, Bureau of Nutrition, Department of Health. The sample consisted of 532 early childhood. The tools used in the research was parents interview form, maternal and child health notebook and hemoglobin was measured with a HemoCue®. The data were analyzed using Binary Logistic Regression statistics. Results: 25.0% of anemia in early childhood were aged 6 months-5 years, divide by 6 months-2 years had anemia 35.5% and 2-5 years had anemia 20.7%. Factors associated with anemia in early childhood were statistically significant with residential area (OR = 1.57, 95%CI: 1.00-2.46, $p < 0.05$) and child age range (OR = 1.72, 95%CI: 1.01- 2.94, $p < 0.05$). Recommendation from the study, public health services and local government organizations should be a surveillance system to prevent anemia and malnutrition as well as organizing health literacy activities for parents or caregivers in early childhood were aged 6 months-2 years.

Keywords : anemia, early childhood, iron

¹Nutritionist (Professional Level), ²Public Health Technical Officer (Senior Professional Level), Health Promotion Center Region 5

Corresponding author : Benjapun Thitilertdecha email : benjapun.t@gmail.com

บทนำ

ภาวะโลหิตจาง (Anemia) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย ซึ่งพบมากในทุกกลุ่มวัย ได้แก่ เด็กปฐมวัย เด็กวัยเรียน หญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ และผู้สูงอายุ จากการสำรวจขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 1993-2005 พบความชุกโลหิตจางสูงสุดในกลุ่มเด็กอายุ 0-4.99 ปี ร้อยละ 47.4 จากประชากรทั่วโลก 293 ล้านคน⁽¹⁾ และจากรายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2546 กองโภชนาการ กรมอนามัย พบความชุกโลหิตจางกลุ่มเด็กปฐมวัย อายุ 6 เดือน-5 ปี ร้อยละ 25.9 กลุ่มเด็กวัยเรียน อายุ 6-8 ปี ร้อยละ 46.7 อายุ 9-11 ปี ร้อยละ 25.4 อายุ 12-14 ปี ร้อยละ 15.7⁽²⁾ และจากการสำรวจภาวะโภชนาการเด็กของเด็กรไทย อายุ 6 เดือน-12 ปี พ.ศ. 2553-2555 ภายใต้โครงการ South East Asia Nutrition Survey (SEANUTS) พบความชุกโลหิตจางสูงในเด็กอายุ 6 เดือน-3 ปี ในเขตชนบท ร้อยละ 41.7 ในเขตเมือง ร้อยละ 26⁽³⁾ และจากข้อมูลคลังสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (HDC) พบเด็กอายุ 6-12 เดือน ที่ตรวจคัดกรองและพบโลหิตจาง เขตสุขภาพที่ 5 ปี พ.ศ.2563 ร้อยละ 20.95 ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดไว้คือ ไม่เกิน ร้อยละ 20⁽⁴⁾

สถานการณ์ภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย ทั้งในระดับประเทศและเขตสุขภาพที่ 5 ยังคงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไข เนื่องจากเด็กปฐมวัยที่มีภาวะโลหิตจางจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยในเด็กทารกแรกเกิดจนครบอายุ 2 ปี พบว่า ธาตุเหล็กมีความสำคัญต่อการพัฒนาการและการเรียนรู้ การขาดธาตุเหล็กในช่วงวัยนี้

ส่งผลเสียต่อศักยภาพการเรียนรู้อย่างถาวร ทำให้เด็กไม่สามารถเรียนรู้และมีพัฒนาการได้เท่ากับเด็กปกติ ซึ่งสาเหตุการขาดธาตุเหล็กที่พบบ่อย ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กไม่เพียงพอ การดูดซึมธาตุเหล็กผิดปกติ ร่างกายมีความต้องการธาตุเหล็กเพิ่มมากขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร เด็กเล็กที่กำลังเจริญเติบโต ตลอดจนมีการสูญเสียธาตุเหล็กมากกว่าปกติในหญิงวัยเจริญพันธุ์⁽⁵⁾

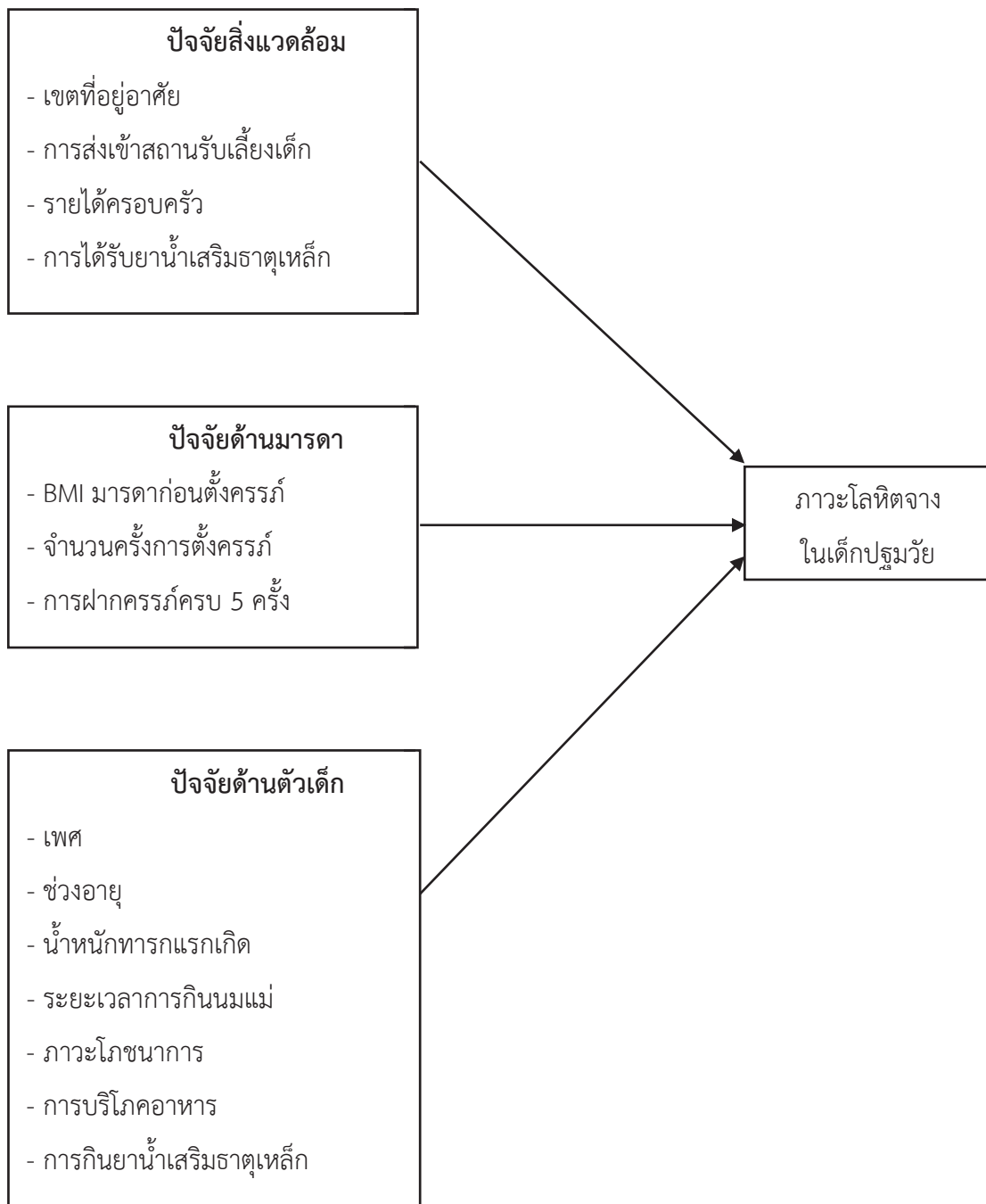
ถึงแม้ว่ากรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีการดำเนินการควบคุมและป้องกันโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในกลุ่มเด็กปฐมวัยที่กำหนดให้เด็กอายุ 6 เดือน-5 ปี ทุกคนที่มาใช้บริการที่คลินิกสุขภาพเด็กดีในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งจะได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก เด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก 12.5 มิลลิกรัม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง และเด็กอายุ 2-5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก 25 มิลลิกรัม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง โดยได้กำหนดไว้ภายใต้ชุดสิทธิประโยชน์ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ⁽⁵⁾ แต่ปัญหาการเกิดภาวะโลหิตจางในเขตสุขภาพที่ 5 ยังคงมีความชุกสูงอยู่

จากข้อมูลดังกล่าว และในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 5 ยังไม่มีการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย ทำให้ผู้วิจัยสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 5 เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 5

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเจริญเติบโตและรูปแบบการส่งเสริมการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพของเด็กปฐมวัยไทย สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ใช้ในการศึกษาเป็นเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ 8 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 5 ทำการสุ่มตัวอย่างแบบ Three-stage Cluster Sampling โดยมีจังหวัดในเขตสุขภาพ เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง ทำการเลือกจังหวัดตัวอย่าง 2 จังหวัด ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย 2 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสุพรรณบุรี และจังหวัดกาญจนบุรี ตำบลเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง ทำการเลือกตำบลในแต่ละจังหวัดตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยเลือกตำบลตัวอย่างที่อยู่ในเขตเทศบาลนคร/เมือง จำนวน 1 ตำบล เทศบาลตำบล จำนวน 3 ตำบล และนอกเขตเทศบาล จำนวน 6

ตำบล รวม 10 ตำบลต่อจังหวัด รวมจำนวนตำบลตัวอย่างทั้งสิ้น 20 ตำบล และเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม ทำการสุ่มตัวอย่างเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่อาศัยอยู่ในตำบลตัวอย่าง ตำบลละ 34 คน โดยแยกเป็นเพศและช่วงอายุเท่าๆ กัน โดยมีเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria) ได้แก่ เด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่อาศัยอยู่ในตำบลเป้าหมายอย่างน้อย 1 ปี และพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กสมัครใจเข้าร่วมโครงการโดยลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ สำหรับเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) ได้แก่ เด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ที่เป็นคนต่างด้าว ป่วยเป็นโรคธาลัสซีเมีย ภาวะพร่องเอนไซม์ G6PD และไม่อยู่ในพื้นที่ศึกษาในช่วงเวลาที่เก็บข้อมูล และได้คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของ Krejcie & Morgan⁽⁶⁾ พบว่าขนาดกลุ่มตัวอย่างมีเพียงพอที่ตอบสนองมาตรฐานงานวิจัย รวมกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การศึกษานี้ทั้งหมด 532 คน

สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Krejcie & Morgan⁽⁶⁾

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

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

N = ขนาดของประชากร (ข้อมูลจาก HDC ปี 2563 จำนวนเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งหมด เขตสุขภาพที่ 5 จำนวน 202,301 คน)

e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมรับได้ ($e^2 = 0.0025$)

χ^2 = ค่าไคสแควร์ที่ df เท่ากับ 1 และระดับความเชื่อมั่น 95% ($\chi^2 = 3.841$)

p = สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร (ข้อมูลจาก HDC ปี 2563 ร้อยละเด็กไทยอายุ 6-12 เดือน ที่ตรวจคัดกรองและพบภาวะโลหิตจาง เขตสุขภาพที่ 5 $p = 0.2095$)

วิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง

$$n = \frac{3.841 \times 202,301 \times 0.2095(0.7905)}{0.0025(202,300) + 3.841(0.2095)(0.7905)}$$

$$n = \frac{128,685.092}{505.75 + 0.636}$$

$$n = 255 \text{ คน}$$

เครื่องมือในการศึกษา ประกอบด้วย

1. แบบสัมภาษณ์พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็ก
2. สมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก
3. เครื่องชั่งน้ำหนักดิจิตอลมีความละเอียด

0.1 กิโลกรัม

4. เครื่องวัดความยาวและเครื่องวัดส่วนสูงที่มีความละเอียด 0.1 เซนติเมตร

5. เครื่องเจาะเลือดวัดค่าฮีโมโกลบินที่ปลายนิ้วแบบอัตโนมัติ HemoCue Hb 301 Analyzer

กระบวนการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาโดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากโครงการศึกษาปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเจริญเติบโต และรูปแบบการส่งเสริมการเจริญเติบโตเต็มศักยภาพของเด็กปฐมวัยไทย สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข โดยข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่

1. ข้อมูลทั่วไปของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กจากการสัมภาษณ์ ได้แก่ รายได้ครอบครัวต่อเดือน เขตที่อยู่อาศัย การส่งเข้าสถานรับเลี้ยงเด็ก และการได้รับยารักษาโรค

2. ข้อมูลสุขภาพของมารดาจากสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็กและการสัมภาษณ์ ได้แก่ ดัชนีมวลกาย (BMI) ของมารดาก่อนตั้งครรภ์ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ และการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้ง

3. ข้อมูลของเด็กจากการสัมภาษณ์พ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กและสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ได้แก่ เพศ ช่วงอายุ น้ำหนักทารกแรกเกิด ระยะเวลากินนมแม่ การบริโภคไข่ (สุก) การบริโภคมะเขือเทศ (สุก) และการกินยารักษาโรค

4. ข้อมูลภาวะโภชนาการของเด็กจากการชั่งน้ำหนัก วัดความยาว/ส่วนสูง ได้แก่ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ และส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ โดยใช้เกณฑ์ในการแปลผลการเจริญเติบโตของกรมอนามัย⁽⁷⁾ ดังนี้

4.1 น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ น้ำหนักเป็นผลรวมของกล้ามเนื้อ ไขมัน น้ำ และกระดูก น้ำหนักตามเกณฑ์อายุเป็นดัชนีบ่งชี้ถึงความสัมพันธ์ของการเจริญเติบโตของน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นตามอายุของเด็ก เป็นดัชนีที่นิยมใช้แพร่หลายในการประเมินภาวะการขาดโปรตีนและพลังงาน แบ่งเป็นระดับการเจริญเติบโต 5 ระดับ คือ

1) น้ำหนักมาก หมายถึง มีค่ามากกว่า $> +2 \text{ SD}$

2) น้ำหนักค่อนข้างมาก มีค่าระหว่าง $> +1.5 \text{ SD}$ ถึง $+2 \text{ SD}$

3) น้ำหนักตามเกณฑ์ มีค่าระหว่าง $+1.5 \text{ SD}$ ถึง -1.5 SD

4) น้ำหนักค่อนข้างน้อย มีค่าระหว่าง <-1.5 SD ถึง -2 SD

5) น้ำหนักน้อยมีค่าน้อยกว่า <-2 SD

4.2 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ เป็นดัชนีบ่งชี้ภาวะการเจริญเติบโตที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องยาวนานในอดีต ถ้าเด็กได้รับอาหารไม่เพียงพอเป็นเวลานาน หรือมีการเจ็บป่วยบ่อยๆ มีผลให้อัตราการเจริญเติบโตของโครงสร้างกระดูกเป็นไปอย่างเชื่องช้าหรือชะงักงัน ทำให้เป็นเด็กตัวเตี้ย (Stunting) หรือมีส่วนสูงต่ำกว่ามาตรฐานที่อายุเดียวกัน ดังนั้น ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุจึงเป็นดัชนีบ่งชี้ภาวะการขาดโปรตีนและพลังงานแบบเรื้อรังมาเป็นระยะเวลานาน ทำให้มีความบกพร่องของการเจริญเติบโตด้านโครงสร้างส่วนสูงที่เล็กละน้อย ถ้าไม่ได้รับการแก้ไขก็จะสะสมความพร่องจนตกเกณฑ์ ดังนั้น อัตราของเด็กตัวเตี้ยจะเริ่มปรากฏชัดและมากขึ้นในช่วงอายุ 2-3 ปีขึ้นไป แบ่งเป็นระดับการเจริญเติบโต 5 ระดับ คือ

- 1) สูง มีค่ามากกว่า $>+2$ SD
- 2) ค่อนข้างสูง มีค่าระหว่าง $>+1.5$ SD ถึง $+2$ SD
- 3) สูงตามเกณฑ์ มีค่าระหว่าง $+1.5$ SD ถึง -1.5 SD
- 4) ค่อนข้างเตี้ย มีค่าระหว่าง <-1.5 SD ถึง -2 SD
- 5) เตี้ย มีค่าน้อยกว่า <-2 SD

5. ข้อมูลภาวะโลหิตจางของเด็กจากการตรวจวัดค่าฮีโมโกลบินใช้เกณฑ์การวินิจฉัยภาวะโลหิตจางของกรมอนามัย⁽⁵⁾ ดังนี้

5.1 ภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 6 เดือน – 5 ปี ตรวจวัดค่าฮีโมโกลบิน ≤ 11 กรัม/เดซิลิตร

5.2 ภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 5 ปี – 11 ปี ตรวจวัดค่าฮีโมโกลบิน ≤ 11.5 กรัม/เดซิลิตร

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS version 21.0 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็ก สุขภาพของมารดาและเด็ก โดยแสดงผลเป็นจำนวนและร้อยละ วิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยที่ละตัวแปร ด้วยสถิติ Chi-Square และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยครั้งละหลายตัวแปรด้วยสถิติ Binary logistic regression ระบุนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี ตามเอกสารรับรองเลขที่ 15/2565 วันที่ 25 กรกฎาคม 2565

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไปของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็ก

จากการศึกษาพบพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กส่วนใหญ่มีรายได้ครอบครัวอยู่ในช่วง 5,001-10,000 บาท และ 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 31.6 อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล ร้อยละ 64.3 ไม่ส่งเด็กเข้าสถานรับเลี้ยงเด็ก ร้อยละ 52.4 และไม่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ร้อยละ 50.6

ข้อมูลสุขภาพของมารดา

จากการศึกษาพบมารดาส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกาย (BMI) ของมารดาก่อนตั้งครรภ์ 18.5-22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร ร้อยละ 46.4 ตั้งครรภ์มากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป ร้อยละ 56.2 และมารับบริการฝากครรภ์ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ร้อยละ 92.9

ข้อมูลเด็ก

จากการศึกษาพบเด็กส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.7 มีช่วงอายุ 2 ปี – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน ร้อยละ 70.9 มีน้ำหนักเมื่อแรกเกิด

มากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัมขึ้นไป ร้อยละ 90.2 ได้รับนมแม่อย่างเดียววันน้อยกว่า 6 เดือน ร้อยละ 72.7 บริโภคไข่ (สุก) 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 32.5 ไม่บริโภคตับ เลือด (สุก) ร้อยละ 40.8 กินยาน้ำเสริมธาตุเหล็กทุกสัปดาห์ ร้อยละ 35.9 น้ำหนักตามเกณฑ์ ร้อยละ 76.9 ส่วนสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 81.8 และไม่มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 75.0

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยทดสอบทีละตัวแปร

ผลการศึกษา พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การส่งเข้าสถานรับเลี้ยงเด็ก ($p<0.01$) และช่วงอายุเด็ก ($p<0.01$) ส่วนปัจจัยอื่นๆ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย รายละเอียด ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย

ปัจจัยศึกษา	จำนวนคน (ร้อยละ)		χ^2	df	p-value
	ไม่มีภาวะโลหิตจาง	มีภาวะโลหิตจาง			
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม					
รายได้ครอบครัวต่อเดือน					
10,000 บาทขึ้นไป	203 (77.8)	58 (22.2)	2.109	1	0.146
ไม่เกิน 10,000 บาท	196 (72.3)	75 (27.7)			
เขตที่อยู่อาศัย					
ในเขตเทศบาล	151 (79.5)	39 (20.5)	3.155	1	0.076
นอกเขตเทศบาล	248 (72.5)	94 (27.5)			
การส่งเข้าสถานรับเลี้ยงเด็ก					
ส่ง	204 (80.6)	49 (19.4)	8.162	1	0.004**
ไม่ส่ง	195 (69.9)	84 (30.1)			
การได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก					
ได้รับ	198 (75.3)	65 (24.7)	0.023	1	0.881
ไม่ได้รับ	201 (74.7)	68 (25.3)			
ปัจจัยด้านมารดา					
ดัชนีมวลกาย (BMI) ของมารดาก่อนตั้งครรภ์					

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย (ต่อ)

ปัจจัยศึกษา	จำนวนคน (ร้อยละ)		χ^2	df	p-value
	ไม่มีภาวะโลหิตจาง	มีภาวะโลหิตจาง			
< 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร	70 (70.7)	29 (29.3)	4.421	3	0.219
18.5-22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร	181 (73.3)	66 (26.7)			
23.0-24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร	45 (75.0)	15 (25.0)			
≥25.0 กิโลกรัม/ตารางเมตร	103 (81.7)	23 (18.3)			
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์					
1 ครั้ง	167 (71.7)	66 (28.3)	2.446	1	0.118
มากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป	232 (77.6)	67 (22.4)			
จำนวนครั้งที่มารับบริการฝากครรภ์					
ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	372 (75.3)	122 (24.7)	0.340	1	0.560
ไม่ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	27 (71.1)	11 (28.9)			
ปัจจัยด้านเด็ก					
เพศ					
ชาย	189 (73.5)	68 (26.5)	0.565	1	0.452
หญิง	210 (76.4)	65 (23.6)			
ช่วงอายุเด็ก					
6 เดือน – 1 ปี 11 เดือน 29 วัน	100 (64.5)	55 (35.5)	12.822	1	0.000**
2 ปี – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน	299 (79.3)	78 (20.7)			
น้ำหนักทารกแรกเกิด					
น้อยกว่า 2,500 กรัม	35 (67.3)	17 (32.7)	1.819	1	0.177
มากกว่าหรือเท่ากับ 2,500 กรัม	364 (75.8)	116 (24.2)			
ขึ้นปี					
ระยะเวลาการได้รับนมแม่					
น้อยกว่า 6 เดือน	296 (76.5)	91 (23.5)	1.672	1	0.196
6 เดือนขึ้นไป	103 (71.0)	42 (29.0)			

ตารางที่ 1 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย (ต่อ)

ปัจจัยศึกษา	จำนวนคน (ร้อยละ)		χ^2	df	p-value
	ไม่มีภาวะโลหิตจาง	มีภาวะโลหิตจาง			
การบริโภคไข่ (สุก)					
ครบทุกวัน	33 (71.7)	13 (28.3)	0.286	1	0.593
ไม่ครบทุกวัน	366 (75.3)	120 (24.7)			
การบริโภคตับ เลือด (สุก)					
อย่างน้อย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	241 (76.5)	74 (23.5)	0.937	1	0.333
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	158 (72.8)	59 (27.2)			
การกินยาน้ำเสริมธาตุเหล็กทุกสัปดาห์					
ใช่	165 (77.1)	49 (22.9)	0.844	1	0.358
ไม่ใช่	234 (73.6)	84 (26.4)			
ภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (W/A)					
น้ำหนักน้อยและค่อนข้างน้อย	37 (63.8)	21 (36.2)	5.433	2	0.066
น้ำหนักตามเกณฑ์	309 (75.6)	100 (24.4)			
น้ำหนักมากและค่อนข้างมาก	53 (81.5)	12 (18.5)			
ภาวะโภชนาการส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (H/A)					
เตี้ยและค่อนข้างเตี้ย	54 (70.1)	23 (29.9)	2.446	2	0.294
ส่วนสูงตามเกณฑ์	332 (76.3)	103 (23.7)			
สูงและค่อนข้างสูง	13 (65.0)	7 (35.0)			

ใช้สถิติ Chi-square ระดับนัยสำคัญ *p<0.05; **p<0.01

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยทดสอบหลายตัวแปร

ผลการศึกษา พบว่า เด็กที่อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางสูงกว่าเด็กที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาลเป็น 1.57 เท่า (95%CI = 1.00-2.46) และเด็กที่มีอายุในช่วง 6 เดือน - 1

ปี 11 เดือน 29 วันมีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางสูงกว่าเด็กที่มีอายุในช่วง 2 ปี - 5 ปี 11 เดือน 29 วันเป็น 1.72 เท่า (95%CI = 1.01- 2.94) ส่วนปัจจัยอื่นๆ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย

ปัจจัยศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)		OR	95%CI	p-value
	ไม่มีภาวะโลหิตจาง	มีภาวะโลหิตจาง			
ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม					
รายได้ครอบครัวต่อเดือน					
10,000 บาทขึ้นไป	203 (77.8)	58 (22.2)		1	
ไม่เกิน 10,000 บาท	196 (72.3)	75 (27.7)	1.24	(0.82-1.86)	0.314
เขตที่อยู่อาศัย					
ในเขตเทศบาล	151 (79.5)	39 (20.5)		1	
นอกเขตเทศบาล	248 (72.5)	94 (27.5)	1.57	(1.00-2.46)	0.049*
การส่งเข้าสถานรับเลี้ยงเด็ก					
ส่ง	204 (80.6)	49 (19.4)		1	
ไม่ส่ง	195 (69.9)	84 (30.1)	1.33	(0.79-2.24)	0.279
ปัจจัยด้านมารดา					
ดัชนีมวลกาย (BMI) ของมารดา					
ก่อนตั้งครรภ์					
< 18.5 กิโลกรัม/ตารางเมตร	70 (70.7)	29 (29.3)	1.15	(0.66-1.98)	0.624
18.5-22.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร	181 (73.3)	66 (26.7)		1	
23.0-24.9 กิโลกรัม/ตารางเมตร	45 (75.0)	15 (25.0)	0.90	(0.46-1.78)	0.771
≥25.0 กิโลกรัม/ตารางเมตร	103 (81.7)	23 (18.3)	0.63	(0.36-1.10)	0.104
จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์					
1 ครั้ง	167 (71.7)	66 (28.3)		1	
มากกว่า 1 ครั้งขึ้นไป	232 (77.6)	67 (22.4)	0.75	(0.49-1.14)	0.173
จำนวนครั้งที่มารับบริการฝากครรภ์					
ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	372 (75.3)	122 (24.7)		1	
ไม่ครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์	27 (71.1)	11 (28.9)	1.40	(0.64-3.05)	0.397

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย (ต่อ)

ปัจจัยศึกษา	จำนวน (ร้อยละ)		OR	95%CI	p-value
	ไม่มีภาวะโลหิตจาง	มีภาวะโลหิตจาง			
ปัจจัยด้านเด็ก					
ช่วงอายุเด็ก					
2 ปี – 5 ปี 11 เดือน 29 วัน	299 (79.3)	78 (20.7)		1	
6 เดือน – 1 ปี 11 เดือน 29 วัน	100 (64.5)	55 (35.5)	1.72	(1.01- 2.94)	0.046*
การบริโภคไข่ (สุก)					
ครบทุกวัน	33 (71.7)	13 (28.3)		1	
ไม่ครบทุกวัน	366 (75.3)	120 (24.7)	0.78	(0.38-1.57)	0.478
การบริโภคตับ เลือด (สุก)					
อย่างน้อย 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	241 (76.5)	74 (23.5)		1	
น้อยกว่า 1 ครั้งต่อสัปดาห์	158 (72.8)	59 (27.2)	1.13	(0.75-1.72)	0.564
การกินยาน้ำเสริมธาตุเหล็กทุกสัปดาห์					
ใช่	165 (77.1)	49 (22.9)		1	
ไม่ใช่	234 (73.6)	84 (26.4)	1.16	(0.76-1.77)	0.501
ภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (W/A)					
น้ำหนักน้อยและค่อนข้างน้อย	37 (63.8)	21 (36.2)	1.91	(0.91-3.99)	0.087
น้ำหนักตามเกณฑ์	309 (75.6)	100 (24.4)		1	
น้ำหนักมากและค่อนข้างมาก	53 (81.5)	12 (18.5)	0.71	(0.35-1.47)	0.362
ภาวะโภชนาการส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (H/A)					
เตี้ยและค่อนข้างเตี้ย	54 (70.1)	23 (29.9)	0.86	(0.43-1.71)	0.660
ส่วนสูงตามเกณฑ์	332 (76.3)	103 (23.7)		1	
สูงและค่อนข้างสูง	13 (65.0)	7 (35.0)	1.46	(0.51-4.18)	0.476

ใช้สถิติ binary logistic regression ระดับนัยสำคัญ *p<0.05

การอภิปรายผล

จากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 5 พบว่า เด็กที่อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาลมีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางสูงกว่าเด็กที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาล 1.57 เท่า (95%CI = 1.00-2.46) โดยเด็กที่อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาลพบภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 27.5 เด็กที่อยู่อาศัยในเขตเทศบาลพบภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 20.5 ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจภาวะโภชนาการเด็กของเด็ไทย อายุ 6 เดือน-12 ปี พ.ศ. 2553-2555 ภายใต้โครงการ South East Asia Nutrition Survey (SEANUTS) พบความชุกโลหิตจางในเด็กเขตชนบทมากกว่าเด็กในเขตเมือง โดยในเด็กอายุ 6 เดือน-3 ปี ในเขตชนบท ร้อยละ 41.7 ในเขตเมือง ร้อยละ 26⁽³⁾ อาจเนื่องจากเด็กอายุ 6 เดือน-3 ปี ในเขตชนบทมีการบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กน้อยกว่าเด็กในเขตเมือง โดยเด็กในเขตชนบทมีการบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็ก 7.3 มิลลิกรัมต่อวัน ในเขตเมืองมีการบริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็ก 8.4 มิลลิกรัมต่อวัน⁽³⁾ ตามข้อมูลที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า เขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก และการกินยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ทุกสัปดาห์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยเด็กที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางมากกว่าเด็กที่อาศัยอยู่ในเขตเทศบาล เนื่องจากเด็กที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลกินยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเป็นประจำทุกสัปดาห์น้อยกว่าเด็กที่อยู่ในเขตเทศบาล พบเด็กที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลกินยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเป็นประจำทุกสัปดาห์ ร้อยละ 36.0 สาเหตุจากพ่อแม่ผู้ดูแลเด็กที่อยู่อาศัยนอกเขตเทศบาลร้อยละ 55.3 ไม่ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก

จึงทำให้เด็กไม่ได้กินยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเป็นประจำทุกสัปดาห์ นอกจากนี้ยังพบว่า เขตที่อยู่อาศัยมีความสัมพันธ์กับการบริโภคตับ เลือด (สุก) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบเด็กที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลไม่บริโภคตับ เลือด (สุก) ร้อยละ 44.2 จึงส่งผลทำให้เกิดภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัยได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุษบา อรรถาวิโร และคณะ⁽⁸⁾ ที่ศึกษาการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6-12 เดือน พบว่า เด็กอายุ 6 เดือนมีภาวะซีดร้อยละ 16.3 เมื่อได้รับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็กพบซีดลดลงเหลือร้อยละ 13.0 และ 6.9 ที่อายุ 9 เดือน และ 12 เดือน ตามลำดับ ขณะที่เด็กอายุ 9 เดือนมีภาวะซีดร้อยละ 23.1 เมื่อได้รับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็กพบซีดลดลงเหลือร้อยละ 18.5 และการศึกษาของของพิศตรามรณ์ แก้วพะวงศ์ และคณะ⁽⁹⁾ ที่ทำการศึกษายปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอบ้านดง จังหวัดนครราชสีมาพบว่าเด็กปฐมวัยที่บริโภคเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากสัตว์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์มีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กเป็น 2.2 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กที่บริโภคอาหารที่มีธาตุเหล็กเป็นประจำ ดังนั้นควรมีการส่งเสริมให้เด็กได้รับบริโภคอาหารที่เป็นแหล่งธาตุเหล็กในปริมาณที่เพียงพอควบคู่กับการกินยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก สัปดาห์ละครั้ง เพื่อเป็นการป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางตามนโยบายกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾

นอกจากนี้ การศึกษาในครั้งนี้ยังพบว่าเด็กที่มีอายุในช่วง 6 เดือน - 1 ปี 11 เดือน 29 วัน มีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจางสูงกว่าเด็กที่มีอายุ

ในช่วง 2 ปี - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน 1.72 เท่า (95%CI = 1.01- 2.94) โดยเด็กอายุ 6 เดือน - 1 ปี 11 เดือน 29 วัน พบภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 35.5 เด็กอายุ 2 ปี - 5 ปี 11 เดือน 29 วัน พบภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 20.7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปิยะ บุรีโส และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่ทำการศึกษาคความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย เขตสุขภาพที่ 7 พบว่า เด็กอายุ 6-12 เดือน มีความชุกภาวะโลหิตจางสูงสุด ร้อยละ 51.2 และเด็กที่มีอายุ 6-24 เดือน มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะโลหิตจางมากกว่าเด็กที่มีอายุ 25-72 เดือน เป็น 1.94 เท่า จากข้อมูลการศึกษาคครั้งนี้พบว่า ช่วงอายุเด็กมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ (W/A) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยพบเด็กอายุ 6 เดือน - 1 ปี 11 เดือน 29 วัน มีภาวะน้ำหนักน้อยและค่อนข้างน้อย ร้อยละ 13.5 และยังพบว่าช่วงอายุเด็กมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ (H/A) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) โดยพบเด็กอายุ 6 เดือน - 1 ปี 11 เดือน 29 วัน มีภาวะเตี้ยและค่อนข้างเตี้ย ร้อยละ 20.0 การที่เด็กมีภาวะทุพโภชนาการด้านน้ำหนักน้อยและค่อนข้างน้อย และภาวะเตี้ยและค่อนข้างเตี้ย เป็นการแสดงให้เห็นถึงเด็กขาดอาหารเรื้อรัง ได้รับอาหารไม่เพียงพอเป็นเวลานานจึงส่งผลต่อการเจริญเติบโตของเด็ก และธาตุเหล็กมีความสำคัญต่อการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย การขาดธาตุเหล็กส่งผลให้การสร้างเม็ดเลือดแดงลดน้อยลง ทำให้เกิดภาวะโลหิตจางได้⁽⁵⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัสดราภรณ์ แก้วพะวงค์ และคณะที่ทำการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดจากการขาด

ธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอนาคู จัหวัดนครราชสีมา⁽⁹⁾ พบว่าเด็กวัยก่อนเรียนที่มีส่วนสูงต่ำกว่าเกณฑ์มีภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กเป็น 3.4 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์ และเด็กที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์มีโอกาสเกิดภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กเป็น 1.6 เท่า เมื่อเทียบกับเด็กที่มีน้ำหนักตามเกณฑ์ ดังนั้นควรมีการส่งเสริมป้องกันและแก้ไขปัญหภาวะทุพโภชนาการตั้งแต่เด็กอายุ 6 เดือน เป็นต้นไป เพื่อป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย

ข้อเสนอแนะ

1. สถานบริการสาธารณสุข

1.1 โรงพยาบาลแม่ข่ายที่ดูแลพื้นที่ควรมีระบบสนับสนุนยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างเพียงพอเพื่อให้ รพ.สต. สามารถบริการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กให้กับเด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี ได้ครอบคลุมทุกคน

1.2 จัดทำระบบเฝ้าระวังและติดตามการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัยพร้อมทั้งมีการดำเนินงานแก้ไขปัญหทุพโภชนาการในเด็กปฐมวัย

1.3 มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ให้กับพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กในการป้องกันภาวะโลหิตจางเด็กอายุ 6 เดือน เป็นต้นไป ตั้งแต่หลังคลอดจนถึงคลินิกสุขภาพเด็กดีและต่อเนื่องไปจนถึงชุมชน

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

2.1 ให้การสนับสนุนทรัพยากรในการเฝ้าระวังและป้องกันการเกิดภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย และประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันภาวะโลหิตจางอย่างต่อเนื่อง

2.2 จัดทำระบบเฝ้าระวังและติดตามการเจริญเติบโตของเด็กปฐมวัย พร้อมทั้งมีการดำเนินงานแก้ไขปัญหาโภชนาการในเด็กปฐมวัยในชุมชน

2.3 มีการจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ให้กับพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กในการป้องกันภาวะโลหิตจางเด็กอายุ 6 เดือน เป็นต้นไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี โดยความอนุเคราะห์อย่างดียิ่งจากแพทย์หญิงชนากาญจน์ ออบมาลี นายแพทย์ชำนาญการผู้ให้คำปรึกษางานวิจัยและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ตลอดจนได้เสียสละเวลาอันมีค่าในการตรวจสอบความถูกต้องทางวิชาการ ขอขอบคุณทันตแพทย์หญิงดลฤดี แก้วสวาท ผู้ให้คำปรึกษาสถิติที่ใช้ในการวิจัย และขอบคุณบุคลากรของศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี และภาคีเครือข่ายทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน และให้ความอนุเคราะห์ร่วมมือเป็นอย่างดี ตลอดจนอำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาดำเนินการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Benoist BD, McLean E, Egli I, Cogswell M, editors. Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005 WHO Global Database on Anaemia. [Internet]. [Cited 2022 August 15]. Available from: <https://shorturl.asia/ohy0X>
2. กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2546. กรุงเทพฯ: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2459.
3. Rojroongwasinkul N, Kitboonchoo K, Wimonpeerapattana W, Puttiponthanee S, Yamborisut U, Boonpraderm A, et al. SEANUTS: the nutritional status and dietary intakes of 0.5 - 12 - year - old Thai children. British Journal of Nutrition 2013; 110(3); 36-44.
4. ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2563 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 21 พฤศจิกายน 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://dashboard.anamai.moph.go.th/dashboard/anemia6m12m?year=2020>
5. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแนวทางควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก. นนทบุรี; 2557.
6. Krejcie RV and Morgan DW. Determining sample size for research activities. Educational and psychological measurement 1970;30(3): 607-610.
7. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการใช้มาตรฐานการเจริญเติบโตขององค์การอนามัยโลก ปี ค.ศ. 2006 ในเด็กแรกเกิด-5 ปี. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
8. บุขบา อรรธาวีร์, บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ. การควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6-12 เดือน.

วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข
2020; (1) : 82-93.

9. พัสตราภรณ์ แก้วพะวงค์, เกียรติกำจร กุศล, จิราภรณ์ สรรพวีรวงศ์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะซีดจากการขาดธาตุเหล็กของเด็กวัยก่อนเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอนาคู จังหวัดนครราชสีมา. วารสารกรมการแพทย์ 2561; (5) :75-80.
10. ปิยะ ปุริโส, ลัดดา ดีอันกอง, กัญญาภัทร คำโสม, ธิโสภิญ ท่องไทย, ทศนีย์ รอดชมภู, พรพิมล ชูพานิช. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย (อายุ 6-72 เดือน) เขตสุขภาพที่ 7. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม [บทวิทยากร] 2564; (2): 39-53.

การศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลของการได้รับฉีดวัคซีนโควิด-19 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับภูมิคุ้มกันของบุคลากรโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู

วิศรุต เจริญพันธ์

(วันที่รับบทความ: 19 กันยายน 2565, วันที่แก้ไข: 26 ธันวาคม 2565, วันที่ตอบรับ 26 ธันวาคม 2565)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้า (Prospective cohort study) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบระดับภูมิคุ้มกันของบุคลากรโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ที่ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 เข็มกระตุ้นที่ 3 ขึ้นไปและติดตามผล และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับภูมิคุ้มกันหลังได้รับวัคซีน รวบรวมข้อมูลจากข้อมูลประวัติการฉีดวัคซีนของระบบเวชระเบียน จำนวน 89 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลและสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 7 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ด้วยค่าความถี่ ร้อยละ ค่า Max-min และค่าเฉลี่ย (S.D.) หาความสัมพันธ์ใช้สถิติ Spearman Rank (r_s) และสถิติ Linear Regression และเปรียบเทียบระดับภูมิคุ้มกันในระยะติดตามด้วย Repeated One Way ANOVA

ผลการศึกษาพบว่า บุคลากรที่ได้รับวัคซีนชนิด Viral Vector กระตุ้นเข็ม 3 หลังจาก 30 วัน จะมีภูมิคุ้มกันน้อยกว่า วัคซีนชนิด mRNA กระตุ้น เข็ม 3 ($p = 0.005$) การเปรียบเทียบระยะเวลา ระดับภูมิคุ้มกันหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 เข็มกระตุ้นที่ 3 ผ่านไป 30 วัน ระดับภูมิคุ้มกันหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ผ่านไป 30 วันสูงขึ้น โดยมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนฉีดเข็มกระตุ้น ($x=22,284.93$ Au/ML) และเมื่อผ่านไป 90 วันระดับภูมิคุ้มกันเข็มที่ 3 จะลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน ($x=3,945.07$ Au/ML) แต่ยังมีค่าที่สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับเข็มกระตุ้นที่ 3 ($x=370.56$ Au/ML) และการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นเข็มที่ 4 และ 5 มีโอกาสเกิดการติดเชื้อโควิด-19 น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นเข็มที่ 3 และการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับภูมิคุ้มกันพบว่าเพศ ($r_s = 0.292$, $p = 0.006$) และอายุ ($r_s = 0.234$, $p = 0.027$) มีความสัมพันธ์กับระดับภูมิคุ้มกันจากการฉีดวัคซีนชนิด Inactivated vaccine ในระดับต่ำทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 การเพิ่มขึ้นของระดับภูมิคุ้มกันหลังฉีดวัคซีนชนิด Inactivated vaccine พบว่า เพศ ($r_s = 0.280$, $p = 0.008$) และไตรกลีเซอไรด์ ($r_s = 0.262$, $p = 0.013$) และชนิดวัคซีน ($r_s = 0.391$, $p < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของระดับภูมิคุ้มกันจากการฉีดวัคซีนชนิด Inactivated vaccine ระดับต่ำทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่า BMI (OR_{adj}=0.350; 95% CI=0.12-0.99) และระดับ Cholesterol ปกติ (OR_{adj}=0.174; 95% CI=0.03-0.90) และการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นเข็มที่ 5 (OR_{adj}=0.158; 95% CI=0.02-0.88) มีโอกาสเกิดการติดเชื้อไวรัสน้อยกว่ากลุ่มที่ฉีดปกติ และได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นเข็มที่ 3 ซึ่งการกระตุ้นเข็มที่ 5 ทำให้มีระดับภูมิคุ้มกันสูงขึ้นสามารถป้องกันการเข้ารับการรักษานในโรงพยาบาลและลดการเสียชีวิต ควรส่งเสริมให้บุคลากรและกลุ่มเสี่ยงได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นอย่างครอบคลุม

คำสำคัญ: ประสิทธิภาพของการได้รับวัคซีนโควิด-19, การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, บุคลากรทางการแพทย์

นายแพทย์ชำนาญการ, โรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู,

Corresponding author : วิศรุต เจริญพันธ์ email : vjarem086@gmail.com

Comparison Effectiveness of SAR-CoV-2 vaccine in Healthcare Worker at Nonsang Hospital Nong Bua Lumphu Province.

Visarut Jarernpan

(Receive 19th June 2022; Revised: 26th December 2022; Accepted 26th December 2022)

Abstract

This research was a study on the effectiveness comparison of the SAR-CoV-2 vaccine in healthcare workers at Nonsang hospital, Nong Bua Lamphu province. This research was a prospective observational study to monitor the level of immunity in healthcare workers following the 4th booster dose and above. The data was secondary data. The sample group was specifically selected as 89 healthcare workers, and only 7 healthcare workers were selected to collect both quantitative and qualitative data from in-depth interviews. We presented the data with descriptive statistics such as frequency, percentage, maximum, minimum, mean, and univariate analysis. The adjusted odds ratio with Spearman Rank (r_s) was added in this research. The information was brought modeled by linear regression and comparatively analyzed of immune levels with repeated one-way ANOVA.

The finding revealed that gender ($r_s = 0.292$, $p = 0.006$) and age ($r_s = 0.234$, $p = 0.027$) were related to the immune level from 2 doses of inactivated vaccine in a low positive direction with statistically significant at the 0.05 level. Sex ($r_s = 0.280$, $p = 0.008$), triglycerides (TG) ($r_s = 0.262$, $p = 0.013$), and vaccine type ($r_s = 0.391$, $p < 0.001$) were related to an increase in immunity from three doses of inactivated vaccine in a low positive direction with statistically significant at the 0.05 level. The samples who had normal BMI (OR_{adj}=0.174; 95%CI=0.03-0.90), normal cholesterol levels (OR_{adj}=0.174; 95%CI=0.03-0.90) and received booster (5th dose) vaccination (OR_{adj} = 0.158; 95%CI = 0.02-0.88) were likely to be infected COVID-19 less than an abnormal group of samples and samples who received booster (3rd dose) vaccination. Receiving a booster (5th dose) vaccination would increase higher immunity level, which could decrease the hospitalization rate and mortality rate from COVID-19. Recommendations were that healthcare workers should receive vaccination with a booster dose (5th dose), and awareness and understanding of the benefits of each vaccine should be created, to see the importance of vaccination to prevent and reduce the severity of COVID-19.

Keywords : Immune Effectiveness, COVID-19 Infection, Healthcare Workers

โรคโควิด-19 (Corona virus disease 2019, COVID-19) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา ซาร์ส-โควี-2 (SARS-CoV-2) มีระยะฟักตัวตั้งแต่ 2 - 14 วัน สามารถแพร่กระจายจากคนสู่คนผ่านฝอยละอองจากการไอ จาม น้ำมูก น้ำลาย เสมหะของผู้ป่วยรวมทั้งการสัมผัสพื้นผิวหรืออุปกรณ์ที่ปนเปื้อนเชื้อ อัตราการแพร่กระจายเชื้อเฉลี่ย 2 - 4 คน ขึ้นอยู่กับความหนาแน่นของประชากร สภาพสิ่งแวดล้อมที่มีการระบายอากาศไม่ดี หรือมีกิจกรรมที่ก่อให้เกิดการฟุ้งกระจายของละอองฝอย รวมถึงการใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกัน⁽¹⁾ พบครั้งแรกในสาธารณรัฐประชาชนจีนในปี พ.ศ. 2562 พบการระบาดแพร่กระจายไปอย่างรวดเร็ว มีผู้ป่วยหนักและผู้เสียชีวิตจำนวนมาก องค์การอนามัยได้ประกาศให้การระบาดนี้เป็นภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (PHEIC) ต่อมาได้พบผู้ป่วยยืนยันในหลายประเทศทั่วโลก⁽²⁾ การระบาดสร้างความเสียหายอย่างเป็นวงกว้างทั้งต่อชีวิตความเป็นอยู่ของผู้คน และส่งผลกระทบต่อความมั่นคงด้านสุขภาพระดับโลก (Global Health Security) เนื่องจากพบการระบาดของโรคเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และยังไม่สามารถควบคุมการระบาดของโรคได้ในหลายประเทศทั่วทุกภูมิภาคของโลก⁽³⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบุคลากรทางการแพทย์ก็ได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคโควิด-19 เช่น ทำให้ภาระงานเพิ่มขึ้นอย่างมาก ทั้งในด้านการป้องกันโรคและการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย ภายใต้การทำงานที่มีข้อจำกัดในด้านเวชภัณฑ์และอุปกรณ์ป้องกันโรคที่มีไม่เพียงพอเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือเกิดการติดเชื้อและส่งผลกระทบต่อการทำงานเพื่อกักตัวและขาดอัตรากำลัง⁽⁴⁾

ผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 จะมีอาการระบบทางเดินหายใจ ได้แก่ มีไข้ ไอ มีน้ำมูก หายใจถี่ และหายใจลำบาก นอกจากนี้ อาจมีอาการทางระบบอื่นร่วมด้วย เช่น จมูกไม่ได้กลิ่น ลิ้นไม่รับรส ผื่น ตาแดง และท้องเสีย เป็นต้น และในกรณีที่อาการรุนแรงมากอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิตซึ่งผู้ติดเชื้อโควิด-19 ประมาณร้อยละ 20 เท่านั้นที่มีอาการป่วย และอัตราการเสียชีวิตต่ำกว่าร้อยละ 1⁽⁵⁾ ซึ่งเนื่องจากเป็นโรคใหม่จึงไม่มีภูมิคุ้มกันในคนทั่วไป ทำให้จำนวนผู้ที่ติดเชื้อมีมาก จึงส่งผลให้เกิดการเสียชีวิตจำนวนมาก หลายประเทศทั่วโลกได้มีการพัฒนาวัคซีนโควิด-19 ซึ่งเป็นความหวังใหม่ในการป้องกันการติดเชื้อ การแพร่ระบาดของโรค และการลดความรุนแรงจากการติดเชื้อ⁽¹⁾

ในประเทศไทยมีวัคซีน 2 รูปแบบ คือ Inactivated virus (Sinovac, Sinopharm) และ Viral vector (AstraZeneca) ผล Sinovac ในซึ่ลิพบค่าประสิทธิภาพของวัคซีน คือ 65.9% ป้องกันอาการของโรค 87.5% ป้องกันป่วยเข้าโรงพยาบาล 90.3% ป้องกันการเข้ารับการรักษานใน ICU และ 86.3% ป้องกันเสียชีวิต โดยเป็นสายพันธุ์แกมมา แอลฟา และแลมบ์ด้า มีข้อมูลบุคลากรทางการแพทย์ของประเทศอินโดนีเซียที่ได้รับวัคซีน Sinovac ครบ 2 เข็มแล้ว 350 รายติดเชื้อโควิดในวันที่ 17 มิถุนายน 2564 โดยส่วนใหญ่ติดเชื้อแต่ไม่มีอาการและอาการเล็กน้อย แต่จำเป็นต้องกักตัวเพื่อลดการแพร่ระบาดจึงมีผลต่อการให้บริการด้านสาธารณสุข จากข้อมูลการศึกษาของ ศ.นพ.ยง ภู่วรรณ ที่ศึกษาประสิทธิภาพของวัคซีน ข้อมูลการวัดผลปริมาณภูมิคุ้มกันของ พบว่า

“การให้วัคซีนเข็มแรกเชื้อตาย (Sinovac) และเข็มที่ 2 ในเวลา 3-4 สัปดาห์ต่อมาเป็นไวรัสเวกเตอร์ (AstraZeneca) พบว่าภูมิต้านทานหลังเข็ม 2 ที่ 1 เดือน จะสูงขึ้นมากกว่าการให้ Sinovac 2 เข็ม ประมาณ 8 เท่า และมีเปอร์เซ็นต์การขัดขวางไวรัสสูงถึง 95% inhibition มากกว่า 95% แต่ถ้าให้วัคซีน Sinovac 2 เข็ม และตามด้วยกระตุ้น AstraZeneca ผลภูมิต้านทานจะสูงขึ้นไปอีกมาก (มากกว่า 30 เท่า)” กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 แก่บุคลากรทางการแพทย์ เป็น AstraZeneca หรือ Pfizer เพื่อเป็นการป้องกันบุคลากรทางการแพทย์พบการศึกษาประสิทธิผลของวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 ในประเทศไทย วิเคราะห์ฐานข้อมูล บุคลากรทางการแพทย์ จำนวน 890 ราย พบว่าประสิทธิผลการป้องกันการติดเชื้อโรคโควิด 19 SV 2 เข็ม ในเดือนพฤษภาคม VE = 71% (95% CI = 47%–84%) ในเดือนมิถุนายน VE = 74% (95% CI 65%–81%) และในเดือนกรกฎาคม VE = 71% (95% CI = 63%–78%) และศึกษา 3 กลุ่มประชากร คือ ภูเก็ต ศึกษาในประชากรผู้สัมผัสเสี่ยง พบจำนวนผู้ติดเชื้อ 124 ราย ประสิทธิผลการป้องกันการติดเชื้อต่อสายพันธุ์อัลฟา SV 2 เข็ม (VE = 90.7%, 95% CI = 32.3%–98.7%) และ SV 1 เข็ม (VE = 61.9%, 95% CI = 29.8%–79.3%) สมุทรสาคร ศึกษาในประชากรผู้สัมผัสเสี่ยง พบจำนวนผู้ติดเชื้อ 116 ราย ประสิทธิผลการป้องกันการติดเชื้อต่อสายพันธุ์อัลฟา SV 2 เข็ม (VE = 90.5%, 95% CI = 41.8–99.8%) และเชียงใหม่ ศึกษาในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ในพื้นที่ที่มีการระบาด พบจำนวนผู้ติดเชื้อร่วมกับมีอาการปอดอักเสบ 40 ราย ประสิทธิผล

การป้องกันการติดเชื้อต่อสายพันธุ์อัลฟา SV 2 เข็ม (OR ต่อการติดเชื้อ = 88.8%, 95% CI = 73.3–95.3%), (VE ต่อการมีปอดอักเสบ = 84.9%, 95% CI = 13.8%–97.4%) และ AstraZeneca 1 เข็ม ประสิทธิผลการป้องกันการติดเชื้อต่อสายพันธุ์ (VE ต่อการติดเชื้อ = 83.8%, 95% CI = 46.3%–95.2%) พบการฉีดวัคซีน CoronaVac ครบ 2 เข็ม มีประสิทธิผลสนามจริงในการป้องกันการติดเชื้อได้ร้อยละ 74–89 และมีประสิทธิผลในการป้องกันป่วยรุนแรง (ปอดอักเสบ) ได้ร้อยละ 85^(6,7) โรงพยาบาลโนนสัง เป็นหน่วยงานที่ให้บริการด้านหน้าในการป้องกันโรคโควิด-19 และปฏิบัติตามนโยบายการทำงานของกระทรวงสาธารณสุขเรื่อยมา ซึ่งมีทิศทางการทำงานเพื่อให้บริการวัคซีนให้กับประชาชนในพื้นที่รับผิดชอบ แต่สถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19⁽¹⁾ และพบการติดเชื้อในบุคลากรที่ให้บริการด้านหน้ามาตลอดทั้งที่ได้รับวัคซีนมากกว่า 2 เข็มขึ้นไปเพื่อป้องกันโรคแล้วก็ตาม

จะเห็นได้ว่าความสำคัญของการได้รับวัคซีนคือช่วยป้องกันการแพร่ระบาดของโรคและลดความรุนแรงของโรคได้⁽⁸⁾ โดยเฉพาะหากมีการกระตุ้น ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจการศึกษาประสิทธิผลวัคซีนโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู และปัจจัยทางด้านสุขภาพเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารในการส่งเสริมนโยบายการรับวัคซีนและบุคลากรหรือประชาชนในการตัดสินใจรับวัคซีนเข็มกระตุ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับประสิทธิผลวัคซีนโควิด-19 หลังจากการได้รับวัคซีนเข็มที่ 3

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หลังได้รับการฉีดกระตุ้นเข็มที่ 3 เป็นเวลา 30 วัน 90 วัน และภูมิคุ้มกันเข็มกระตุ้นเข็มที่ 4 ขึ้นไป

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษาวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้า (prospective study) ครั้งนี้แบ่งเป็น 2 ระยะ โดยระยะแรกเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) สำหรับข้อมูลพื้นฐาน การได้รับวัคซีนระดับภูมิแอนติบอดี และเปรียบเทียบประสิทธิภาพวัคซีนโควิด 19 ของบุคลากรโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู

และระยะที่สอง เป็นการใช่วิธีวิจัยเชิงสังเกต (Observational research) แบบ Prospective study เพื่อติดตามระดับภูมิคุ้มกันในบุคลากรหลังจากได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นที่ 4 ขึ้นไป ด้วยแบบบันทึกข้อมูลและข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากร รพ.โนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 172 ราย กลุ่มตัวอย่างประสงค์ฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น และยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย⁽⁹⁾ จำนวน 89 ราย โดยการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

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

กำหนดให้

n = จำนวนของกลุ่มตัวอย่างจากการคำนวณ 55 คน

N = จำนวนประชากรคือบุคลากรทั้งหมดของโรงพยาบาลโนนสัง จำนวน 172 ราย (ข้อมูล ณ 31 กรกฎาคม 2564)

Z = ค่าเท่ากับ 1.96 นักวิจัยกำหนดความเชื่อมั่น 95% (1- α) เท่ากับ 0.95

e = ค่าความแม่นยำของการประมาณค่าสัดส่วน ซึ่งในครั้งนี ผู้วิจัยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนเท่ากับ 0.05

p = ค่าสัดส่วนของประสิทธิภาพการได้รับวัคซีนเท่ากับ 0.945 จากการศึกษาของ Linet.al.⁽¹⁰⁾

เครื่องมือในการศึกษาวิจัย

1) แบบบันทึกข้อมูลที่เป็นตัวแปรสำคัญที่ได้จากประวัติข้อมูลตรวจสอบสุขภาพของบุคลากรที่ได้รับ และข้อมูลการรับวัคซีน มี 2 ชุด ดังนี้

ตอนที่ 1 ชุดคำถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว

ตอนที่ 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประกอบด้วย การตรวจน้ำตาลและไขมัน ข้อมูลด้านวัคซีน ข้อมูลประวัติการติดเชื้อโควิด-19 และข้อมูลด้านระดับภูมิแอนติบอดี

2) แบบสัมภาษณ์เชิงลึก

การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ระบุบุคคลโดยผู้วิจัยเองซึ่งเป็นแพทย์โดยเลือกผู้ที่สามารถให้ข้อมูลได้ดีที่สุดจำนวน 7 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล

งานวิจัยนี้จะทำการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างด้านชนิดวัคซีน ข้อมูลประวัติการติดเชื้อโควิด-19 ข้อมูลด้านระดับภูมิแอนติบอดี และผลต่างของระดับค่าภูมิแอนติบอดีในช่วงสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด-19 ในช่วงระหว่างเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ถึงเดือนตุลาคม 2564 แล้วนำข้อมูลที่ได้นำมาตรวจสอบความเรียบร้อยและการวิเคราะห์ผลและสรุปรายงานผลการวิจัยต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

รวบรวมแบบสอบถามทั้งหมด ตรวจสอบความถูกต้องก่อนบันทึกลงระบบคอมพิวเตอร์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปโดยมีแนวทางการวิเคราะห์ ดังนี้

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลใช้สถิติพรรณนา โดยนำเสนอข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ด้วยความถี่ ร้อยละ ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติ ดังนี้

1) การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียว (Univariate analysis) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต้นและตัวแปรตาม เพื่อหาอัตราเสี่ยงอย่างหยาบ (Crude Odds Ratio, OR) และช่วงความเชื่อมั่น 95%CI

2) การวิเคราะห์ตัวแปรเชิงพหุ โดยใช้วิธีวิเคราะห์การถดถอยเชิงพหุแบบลอจิสติก (Multiple logistic regression analysis) นำเสนอข้อมูลด้วยค่า Adjusted odds ratio และช่วงเชื่อมั่น 95% โดยมีขั้นตอนดังนี้

2.1) การวิเคราะห์ข้อมูลหาความสัมพันธ์อย่างหยาบ (Crude analysis) ที่ละตัวแปรในทุกตัวแปรที่สนใจและ 2.2) การวิเคราะห์หาโมเดลเริ่มต้น (Initial model) ซึ่งจะยังคงตัวแปรอิสระที่ระบุว่าเป็นตัวแปรสำคัญไว้ในโมเดล และทุกตัวแปรอิสระที่มีผลจากการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างหยาบพบว่ามีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีค่า p-value น้อยกว่า 0.25 2.3) การวิเคราะห์หาโมเดลสุดท้าย (Final model) เลือกตัวแปรเข้าสู่โมเดลจากตัวแปรที่วิเคราะห์อย่างหยาบ โดยเลือกตัวแปรที่ให้ค่า P-value < 0.25 จากนั้นวิเคราะห์ครั้งละหลายปัจจัยจากตัวแปรที่เลือกมาเมื่อวิเคราะห์แล้วให้ตัดตัวแปรออกจากโมเดลด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบขจัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination) โดยพิจารณาจากตัวแปรนั้นไม่ได้มีความสำคัญที่ต้องคงไว้และพิจารณาตัวแปรที่ให้ค่า P-value > 0.05 ออกจากโมเดลทีละตัวแปร (ยกเว้นตัวแปรหุ่นจะตัดออกจากโมเดลเป็นชุด) แล้วพิจารณาตามความสามารถในการทำนายตัวแปรตาม

(Partial likelihood) ของตัวแปรอื่น ๆ ภายในโมเดลที่มีตัวแปรที่ที่ไม่มีตัวแปรนั้น หากพบว่าโมเดลมีความสามารถในการทำนายตัวแปรตามได้ไม่แตกต่างกัน ($P\text{-value} > 0.05$) ให้พิจารณาตัดตัวแปรนั้นออกจากโมเดล และหากพบว่าตัวแปรนั้นมีความสามารถในการทำนายตัวแปรตามที่แตกต่างกัน ($P\text{-value} < 0.05$) ก็คงตัวแปรดังกล่าวไว้ในโมเดลตามเดิม ทำเช่นนี้ไปจนไม่สามารถตัดตัวแปรใดออกจากโมเดลได้อีก

3) การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรต่อเนื่อง โดยใช้สถิติ Spearman Rank r สูงสุด ต้องไม่เกิน .75 และนำเข้าสู่โมเดลเพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยใช้สถิติ Linear Regression การวิเคราะห์เปรียบเทียบระดับภูมิคุ้มกัน โดยใช้สถิติ Repeated One Way ANOVA

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมวิจัยเป็นอย่างยิ่ง โดยประเมินผลระดับภูมิคุ้มกันของอาสาสมัครเบื้องต้น ซึ่งเป็นข้อมูล Secondary data ไม่มีข้อความในการวิจัยที่ล่วงล่วงล้ำความเป็นส่วนตัว จึงถือว่าการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไม่มีความเสี่ยงใดๆ ที่จะเกิดขึ้นกับอาสาสมัครโดยระบุข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับปกปิดแหล่งข้อมูลอย่างเคร่งครัด ไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆ ทั้งต่อบุคคลและองค์กรที่เกี่ยวข้อง และผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู เลขที่ 10/2564

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.0 ช่วงอายุ 30 - 39 ปี ร้อยละ 36.0 อายุเฉลี่ย 40.9 ปี ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 84.3 BMI อยู่ในระดับเกินเกณฑ์ (ตั้งแต่ 23 ขึ้นไป) ร้อยละ 50.6 BMI เฉลี่ย 24.04 ค่าน้ำตาลในเลือด (FBS) เป็นกลุ่มปกติ (น้อยกว่า 100 mg/dL) ร้อยละ 80.9 มีค่าเฉลี่ย FBS เท่ากับ 97.61 Cholesterol อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ต่ำกว่า 200 mg/dL) ร้อยละ 61.8 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 188.40 Triglyceride อยู่ในเกณฑ์ปกติ (ต่ำกว่า 150 mg/dL) ร้อยละ 79.8 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 119.15 High density lipoprotein-HDL อยู่ในเกณฑ์ปกติ (มากกว่า 40 mg/dL) ร้อยละ 93.3 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 55.97, Low density lipoprotein-LDL อยู่ในเกณฑ์ปกติ (น้อยกว่า 130 mg/dL) คิดเป็นร้อยละ 57.3 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 124.80 ร้อยละ 100

2. การได้รับวัคซีน และระดับภูมิคุ้มกัน หลังได้รับวัคซีนแต่ละเข็มพบว่า เมื่อฉีดวัคซีนเข็ม 2 ด้วยวัคซีนชนิด Inactivated vaccine ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 386.38 (Min.: 44.6, Max.: 2,264.5) ส่วนใหญ่ฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น (เข็ม 3) ชนิด mRNA จำนวน 79 คน ร้อยละ 88.8 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 23,553.35 (Min.: 3,524.8, Max.: 40,000) และฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น (เข็ม 3) ชนิด Viral Vector จำนวน 10 คน ร้อยละ 11.2 ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 10,951.12 (Min.: 4,658.3, Max.: 21,956.1) ร้อยละ 100 ฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น (เข็ม 4) ชนิด mRNA จำนวนบุคลากรส่วนใหญ่ติดเชื้อโควิด-19 จำนวน 56 คน ร้อยละ 62.9 โดยพบว่าบุคลากร

ส่วนใหญ่ติดเชื้อโควิดในช่วงการระบาดของสายพันธุ์ โอมิครอน

3. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภูมิคุ้มกันจากการฉีดวัคซีนชนิด Inactivated vaccine จำนวน 2 เข็ม พบว่า เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ เพศชายมีภูมิคุ้มกันน้อยกว่า เพศหญิง 247.21

BAU/ml กลุ่มอายุ 20-29 ปี จะมีภูมิคุ้มกันมากกว่า กลุ่มอายุ 50-59 ปี 399.72 BAU/ml และพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภูมิคุ้มกันเมื่อได้รับวัคซีน ชนิด Inactivated vaccine คือ ปัจจัยด้านอายุ ในช่วง 20-29 ปี

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันจากการฉีดวัคซีนชนิด Inactivated vaccine จำนวน 2 เข็ม

ปัจจัย	ภูมิคุ้มกันจากการฉีดวัคซีนชนิด Inactivated vaccine จำนวน 2 เข็ม		ระดับความสัมพันธ์
	ค่า r_s	p-value	
เพศ	0.292 ^{**}	0.006	ต่ำ
อายุ	0.234 [*]	0.027	ต่ำ
โรคร่วม	0.007	0.947	ไม่มีความสัมพันธ์
ค่าดัชนีมวลกาย (BMI)	0.051	0.637	ไม่มีความสัมพันธ์
ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS)	0.018	0.870	ไม่มีความสัมพันธ์
คลอเลสเตอรอล (Chol)	0.024	0.821	ไม่มีความสัมพันธ์
ไตรกลีเซอไรด์ (TG)	0.053	0.619	ไม่มีความสัมพันธ์
ไขมัน HDL	0.080	0.455	ไม่มีความสัมพันธ์
ไขมัน LDL	0.068	0.526	ไม่มีความสัมพันธ์

ผลการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลกับภูมิคุ้มกัน หลังการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น เข็ม 3 จำนวน 30 วัน พบว่า อายุ 30-39 ปี (P-Value = 0.003) ที่ฉีดวัคซีนกระตุ้น เข็ม 3 หลัง 30 วัน จะมีภูมิคุ้มกันมากกว่า กลุ่มอายุ 50-59 ปี จะเห็นได้ว่าภูมิคุ้มกันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ค่า LDL อยู่ในกลุ่มปกติ (P-Value = 0.038) จะมีภูมิคุ้มกันมากกว่า บุคลากรที่มี LDL เกินเกณฑ์ ค่า Triglyceride (TG) อยู่ในกลุ่ม

ปกติ (P-Value = 0.034) จะมีภูมิคุ้มกันมากกว่า บุคลากรที่มี Triglyceride (TG) เกินเกณฑ์ และ บุคลากรฉีดวัคซีนชนิด Viral Vector กระตุ้น เข็ม 3 หลังจาก 30 วัน จะมีภูมิคุ้มกันน้อยกว่า บุคลากรฉีดวัคซีนชนิด mRNA กระตุ้น เข็ม 3 (P-Value = 0.005) หลังจาก 30 จะเห็นได้ว่าภูมิคุ้มกันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับภูมิคุ้มกันหลังการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น เข็ม 3 หลัง 30 วัน

ปัจจัย	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
เพศ	-4789.804	2455.115	-.206	-1.951	.055
โรคร่วม	-1947.045	3301.972	-.069	-.590	.557
อายุ 20-29 ปี	2746.629	3969.790	.080	.692	.491
อายุ 30-39 ปี	8893.318	2896.175	.413	3.071	.003*
อายุ 40-49 ปี	8152.665	3006.854	.373	2.711	.008*
BMI	-3234.060	2228.015	-.157	-1.452	.151
HDL	-2559.446	4162.694	-.062	-.615	.541
LDL	6424.680	3037.045	.308	2.115	.038*
Triglyceride (TG)	6858.921	3172.557	.267	2.162	.034*
Cholesterol	-4807.424	2999.404	-.226	-1.603	.113
FBS <100	-7868.210	4109.720	-.300	-1.915	.059
FBS 100-125	-2913.447	4674.559	-.076	-.623	.535
Type of Vaccine	-9592.032	3319.201	-.293	-2.890	.005*
ค่าคงที่	22987.402	5677.244		4.049	.000

a. Dependent Variable: ภูมิคุ้มกันหลังการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น เข็ม 3 หลัง 30 วัน

N=89, Adjusted R Square = 0.266 * ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับภูมิคุ้มกันหลังการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น เข็ม 3 หลัง 90 วัน เมื่อควบคุมปัจจัยอื่น ๆ ให้คงที่ บุคลากรที่มีโรคประจำตัว ที่ฉีดวัคซีนกระตุ้น เข็ม 3 หลัง 90 วัน จะมีภูมิคุ้มกันน้อยกว่า บุคลากรที่ไม่มีโรคประจำตัว (P-Value = 0.026) ค่า HDL (P-Value = 0.004) ในระดับปกติ จะมีภูมิคุ้มกันน้อยกว่า บุคลากรที่มีค่า HDL ต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 mg/dL) ที่ฉีดวัคซีนกระตุ้น เข็ม 3 หลัง 90 วัน 7,013.77 BAU/ml จะเห็นได้ว่าภูมิคุ้มกันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ค่า

Triglyceride ในระดับปกติ (P-Value = 0.004) จะมีภูมิคุ้มกันมากกว่าบุคลากรมี Triglyceride เกินเกณฑ์ และบุคลากรที่ฉีดวัคซีนชนิด Viral Vector (Vector-ChAdOx1) กระตุ้นเข็ม 3 หลัง 90 วัน จะมีภูมิคุ้มกันมากกว่าบุคลากรที่ฉีดวัคซีนชนิด mRNA mRNA (BNT162b2) กระตุ้นเข็ม 3 หลัง 90 วัน (P-Value = 0.001) จะเห็นได้ว่าภูมิคุ้มกันแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงที่สุดกับภูมิคุ้มกันหลังการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นเข็ม 3 หลัง 90 วัน คือ ชนิดของวัคซีนที่ได้รับ

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับภูมิคุ้มกันหลังการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น เข็ม 3 หลัง 90 วัน

ปัจจัย	B	Std. Error	Beta	t	Sig.
เพศ	469.153	1323.446	.041	.354	.724
โรคร่วม	-3882.609	1703.578	-.289	-2.279	.026*
อายุ 20-29 ปี	-929.040	2131.666	-.055	-.436	.664
อายุ 30-39 ปี	87.178	1564.580	.008	.056	.956
อายุ 40-49 ปี	2341.055	1604.936	.216	1.459	.149
BMI	-965.679	1170.344	-.094	-.825	.412
HDL	-7013.766	2374.302	-.333	-2.954	.004*
LDL	2204.987	1823.366	.211	1.209	.231
Triglyceride (TG)	4966.645	1684.217	.389	2.949	.004*
Cholesterol	-2838.907	1747.811	-.267	-1.624	.109
FBS <100	-2391.959	2181.836	-.187	-1.096	.277
FBS 100-125	-242.398	2455.770	-.013	-.099	.922
Type of Vaccine	6633.631	1819.606	.411	3.646	.001*
ค่าคงที่	8497.377	3269.899		2.599	.012

a. Dependent Variable: ภูมิคุ้มกันหลังการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น เข็ม 3 หลัง 90 วัน

N=89, Adjusted R Square = 0.265 * ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

การเปรียบเทียบความต่างของระดับภูมิคุ้มกันหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู (ครั้งที่ 1) ขณะได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น (ครั้งที่ 2) และหลังได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น (ครั้งที่ 3) พบว่า การเปรียบเทียบความแตกต่างระดับ

ภูมิคุ้มกัน หลังได้รับวัคซีนโควิด 19 ของบุคลากรโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู (ครั้งที่ 1) ขณะได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น (ครั้งที่ 2) และหลังได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น (ครั้งที่ 3) ด้วยวิธีการตรวจ Enzyme-linked immune sorbent assay (ELISA) S1 RBD binding (Au/ML)

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความต่างของระดับภูมิคุ้มกันหลังได้รับวัคซีนโควิด19 ของบุคลากรโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู (ครั้งที่ 1) ขณะได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น (ครั้งที่ 2) และหลังได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น (ครั้งที่ 3) ด้วยการวิเคราะห์ความแปรปรวนแบบวัดซ้ำ (Repeated Measure ANOVA) (N=79)

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	P
ภายในกลุ่ม					
ครั้งที่	21840011558	1.37	15947816946	273.11	<.001
ความคลาดเคลื่อน	6237570002	106.82	58394132.11		

การวิเคราะห์เปรียบเทียบความต่างของระดับภูมิคุ้มกันหลังได้รับวัคซีนโควิด-19 ของบุคลากรโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ความต่างของระดับภูมิคุ้มกันหลังได้รับวัคซีนโควิด19 ของบุคลากรโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอย่างน้อย 1 คู่ (F=273.11, df= 1.37, p-value < 0.001) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบระดับภูมิคุ้มกันเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงมาตรฐาน ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับภูมิคุ้มกันหลังได้รับวัคซีนโควิด19 ของบุคลากรโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู (ครั้งที่ 1) ขณะได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น (ครั้งที่ 2) และหลังได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น (ครั้งที่ 3) ด้วยวิธีการตรวจ Enzyme-linked immune sorbent assay (ELISA) S1 RBD binding (Au/ML) (N=79)

ระดับภูมิคุ้มกันหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 ของบุคลากรโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู	ค่าเฉลี่ย	ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกับครั้งที่ 1	P-value (One-tailed)
ก่อนได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น 3			
ครั้งที่ 1	370.56		<0.001
หลังได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น 3 (30 วัน)			
ครั้งที่ 2	22,284.93	21,914.37	<0.001
หลังได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น 3 (90 วัน)			
ครั้งที่ 3	3,945.07	3,574.51	<0.001

ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของระดับภูมิคุ้มกันหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 ของบุคลากร (ครั้งที่ 1) ขณะได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น (ครั้งที่ 2) และหลังได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น (ครั้งที่ 3) เป็นดังนี้ คือ ครั้งที่ 1 (ก่อนได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น 3) ระดับภูมิคุ้มกันหลังได้รับวัคซีน ค่าเฉลี่ย 370.56 ครั้งที่ 2 (หลังได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น 3 (30 วัน)) ระดับภูมิคุ้มกันหลังได้รับวัคซีน ค่าเฉลี่ย เท่ากับ 22,284.93 โดยมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ย ครั้งที่ 1 เท่ากับ 21,914.37 มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 1 ครั้งที่ 3 (หลังได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้น 3 (90 วัน)) ระดับภูมิคุ้มกันหลังได้รับวัคซีน ค่าเฉลี่ย 3,945.07 โดยมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ย กับครั้งที่ 1 เท่ากับ 3,574.51 มีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับครั้งที่ 1 และลดลงอย่างเห็นได้ชัดเมื่อเทียบกับครั้งที่ 2 หลังกระตุ้นวัคซีน 30 วัน

ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ในประเด็นความเข้าใจในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ความสำคัญกับวัคซีน ความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของวัคซีน ผลข้างเคียงหลังจากฉีดวัคซีน 5 และข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาแนวทางการได้รับวัคซีน จากบุคลากรจำนวน 6 คน พบว่า ประเด็นความเข้าใจในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่ระบุมีความเข้าใจในสถานการณ์การแพร่ระบาด และการรับรู้ถึงการได้รับวัคซีนสามารถป้องกันโรคได้เพียงระดับหนึ่ง และช่วยลดความรุนแรงของอาการหลังการติดเชื้อได้ในระดับสูง

อภิปรายผล

การเปรียบเทียบระดับภูมิคุ้มกันหลังได้รับวัคซีนโควิด19 ผ่านไป 30 วัน ของบุคลากรโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู สูงขึ้นมากกว่าก่อนการฉีดกระตุ้นเข็ม 3 มีการ

เปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น จากระดับน้อยเป็นระดับมากที่สุด และเมื่อผ่านไป 90 วัน ของบุคลากรโรงพยาบาลโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ต่ำลงโดยน้อยกว่าหลังการฉีดกระตุ้นเข็ม 3 ผ่านไป 30 วัน จากระดับมากที่สุดเป็นระดับปานกลาง การเปรียบเทียบประสิทธิภาพวัคซีนพบว่าชนิด Viral Vector จะให้ภูมิคุ้มกันน้อยกว่า วัคซีนชนิด mRNA และปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงที่สุดกับภูมิคุ้มกันหลังการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นเข็ม 3 จำนวน 30 วัน คือ ปัจจัยด้านอายุ 30-39 ปี แม้จะยังไม่มีการวิจัยที่ชัดเจนบ่งชี้ว่าเพศ มีอิทธิพลต่อภูมิคุ้มกันจากการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น แต่ยังไม่พบรายงานการศึกษาของ การศึกษาของ Cristina Menni และคณะ⁽¹⁷⁾ ที่สอดคล้องกัน คือ การฉีดเข็มกระตุ้นที่ 3 เป็นเวลา 1 ถึง 3 เดือน พบว่าวัคซีน Pfizer-BioNTech สูงกว่า 92.5% และประสิทธิภาพแตกต่างจาก AstraZeneca ที่ 88.8% ซึ่งยังคงมีประสิทธิภาพวัคซีนป้องกันโควิด-19 ได้ในระดับสูง และการศึกษาของภาสกร ศรีทิพย์สุโข และคณะ⁽¹⁹⁾ การเพิ่มเข็มกระตุ้นด้วย BNT162b2 หรือ ChAd Ox1 n CoV-19 จะมีประสิทธิภาพสูงขึ้นในการป้องกัน COVID-19 ในช่วงการระบาดของสายพันธุ์เดลต้า และยังคงสอดคล้องกับการศึกษาของ ณศิกานุญ อังคเศกวินัย และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่า ผู้ที่ได้รับการกระตุ้นเข็ม 3 ด้วยวัคซีน Pfizer และ Astra Zeneca หลังจากฉีดเข็ม 1-2 ด้วยวัคซีน Sinovac จะมีระดับภูมิคุ้มกัน anti-RBD IgG สูงที่สุดเฉลี่ย 5,723 BAU/ml และ 1,599 BAU/ml ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับภูมิคุ้มกันหลังการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น เข็ม 3 ผ่านไป 90 วัน พบว่า ภูมิคุ้มกันภูมิคุ้มกันหลังการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น เข็ม 3 ผ่านไป 90 วัน บุคลากรส่วนใหญ่ มีภูมิคุ้มกันลดลงเฉลี่ยราว

18,000 BAU/ml โดยพบปัจจัยที่มีอิทธิพลกับภูมิคุ้มกัน จากการฉีดวัคซีนหลังกระตุ้นวัคซีนเข็ม 3 ผ่านไป 90 วัน ดังนี้

บุคลากรที่มีโรคประจำตัวจะมีภูมิคุ้มกันน้อยกว่า บุคลากรที่ไม่มีโรคประจำตัว 3,882.60 BAU/ml บุคลากรที่มี HDL ในระดับปกติ (มากกว่า 40 ml/DL) จะมีภูมิคุ้มกันน้อยกว่า บุคลากรที่มี HDL ต่ำกว่าเกณฑ์ (น้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ml/DL) 7,013.77 BAU/ml บุคลากรที่มี Triglyceride ในระดับปกติ (<150 ml/DL) จะมีภูมิคุ้มกันมากกว่า บุคลากรมี Triglyceride เกินเกณฑ์ (มากกว่าหรือเท่ากับ 150 ml/DL) 4,966.65 BAU/ml บุคลากรที่ฉีดวัคซีนชนิด Viral Vector จะมีภูมิคุ้มกันมากกว่า บุคลากรที่ฉีดวัคซีนชนิด mRNA 6,633.63 BAU/ml และปัจจัยที่มีอิทธิพลสูงที่สุดกับภูมิคุ้มกันหลังการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น เข็ม 3 ผ่านไป 90 วัน คือ ชนิดของวัคซีนที่ได้รับ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัย Eli Rosenberg และคณะ⁽¹³⁾ ได้เปรียบเทียบวัคซีน 3 ชนิด คือ BNT162b2, mRNA-1273 และ Ad26.COVS.2 โดยพบว่าวัคซีน Ad26.COVS.2 (Johnson & Johnson) มีประสิทธิภาพลดลงมากที่สุด ซึ่งเป็นวัคซีนชนิดเดียวกันกับ Oxford-AstraZeneca โดยเป็นเป็นวัคซีน Adenovirus-based หรือไวรัสเป็นพาหะ โดยใช้ไวรัสที่ถูกทำให้อ่อนฤทธิ์แต่ไม่ทำให้ป่วย ไม่สามารถแบ่งตัวได้อีก ตัดแต่งพันธุกรรมเพื่อใช้เป็นพาหะ โดยประสิทธิภาพในการป้องกันตัว BNT162b2 (Pfizer BioNTech) อย่างชัดเจน แต่อย่างไรก็ตามประสิทธิภาพของวัคซีนมีการตอบสนองของแอนติบอดีที่แตกต่างกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของ Qianying Lin และคณะ⁽¹⁸⁾ ศึกษาประสิทธิภาพของวัคซีนโควิด-19 พบว่า วัคซีน mRNA -

BNT162b2 (30 ไมโครกรัมต่อโดส) มีประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโควิด-19 ที่ 94.5% (ช่วงความเชื่อมั่น 95% [CI], 94.1 ถึง 94.9 และวัคซีน mRNA-1273 (100 ไมโครกรัมต่อโดส) มีประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโควิด-19 ที่ 95.9% (95% CI, 95.5 ถึง 96.2) จากนั้นเมื่อครบ 7 เดือน ประสิทธิภาพการป้องกันโรคลดลงประมาณ 15% และ 10% ตามลำดับต่อมาเมื่อมีการแพร่ระบาดของสายพันธุ์เดลต้า ประสิทธิภาพในการป้องกันโควิด-19 หลังจาก 1 เดือนอยู่ที่ 74.8% (95% CI, 72.5 ถึง 76.9) และหลังจาก 5 เดือน ลดลงเป็น 59.4% (95% CI, 57.2 ถึง 61.5) แต่อย่างไรก็ตามพบว่าวัคซีน mRNA ยังสามารถคงประสิทธิภาพในการป้องกันการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการเสียชีวิตได้

ปัจจัยที่มีอิทธิพลกับภูมิคุ้มกันจากการฉีดวัคซีนชนิด Inactivated vaccine เพศชาย มีภูมิคุ้มกันน้อยกว่าเพศหญิง และพบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภูมิคุ้มกันเมื่อได้รับวัคซีน ชนิด Inactivated vaccine คืออายุ ในช่วง 20-29 ปี โดยงานวิจัยในปัจจุบันยังไม่มีการศึกษาปัจจัยเกี่ยวกับเพศที่มีความสัมพันธ์ต่อผลภูมิคุ้มกัน อย่างชัดเจนหรือยังไม่เพียงพอ อย่างไรก็ตามการศึกษาของ Eileen P Scully และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่าเพศหญิงมีการตอบสนองตอบสนองของแอนติบอดีต่อไวรัสมากกว่าเพศชาย ซึ่งมีความเกี่ยวข้องการผลิตแอนติบอดีและปัจจัยการเพิ่มของระดับฮอโมนเอสโตรเจน และสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เพศหญิงมากกว่า เนื่องจากการศึกษาส่วนใหญ่ศึกษาในช่วงแรกของการเริ่มฉีดวัคซีนจากการจัดลำดับความสำคัญการฉีดวัคซีนตามความเสี่ยง โดยเป็นบุคลากรทางการแพทย์และโรงพยาบาล ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงเป็น

กลุ่มแรกๆ ที่ได้รับการฉีดวัคซีน สำหรับชุดกรณี อาจสะท้อนถึงความแตกต่างทางเพศในงาน รายงาน รวมทั้งการรายงานผลข้างเคียง เล็กน้อยเช่น อาการปวดหัวและความเหนื่อยล้า พบได้บ่อยในเพศหญิงเป็นส่วนใหญ่โดยพบว่า เพศหญิงมีแนวโน้มว่าจะรายงานอาการของตนเองมากกว่าเพศชาย การค้นพบนี้ทำให้เกิดช่องว่างที่สำคัญเกี่ยวกับมิติของการสร้าง ภูมิคุ้มกันและความสัมพันธ์ปัจจัยทางเพศ จำเป็นต้องศึกษาตรวจสอบแนวโน้มและ กลยุทธ์เพิ่มเติม และการศึกษาของ แพรพรรณ ภูริบัญชา⁽¹⁵⁾ ศึกษาาระดับภูมิคุ้มกัน ในระดับ ที่สามารถยับยั้งไวรัสเข้าเซลล์ ภายหลังการ ฉีดวัคซีนโควิด-19 ครบ 2 เข็ม ที่ได้รับวัคซีน Sinovac เข็ม 1 และ 2 ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่าปัจจัยด้านอายุ ไม่มีความสัมพันธ์ต่อระดับภูมิคุ้มกันหลัง ฉีดวัคซีน และสอดคล้องกับการศึกษานี้ที่ พบว่า การมีโรคประจำตัว และค่าดัชนีมวลกาย ไม่มีความสัมพันธ์ภูมิคุ้มกันหลังการฉีดวัคซีน ชนิด Inactivated vaccine จำนวน 2 เข็ม

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อ โควิด-19 พบว่า BMI, Cholesterol และจำนวนวัคซีนที่ได้รับ มีความสัมพันธ์กับ การติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยยะ สำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังนี้ ดัชนีมวลกาย (BMI) พบว่า บุคลากรที่มี BMI ในระดับปกติ (น้อยกว่า 23.00) เป็นปัจจัยป้องกันการติดเชื้อ ไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีโอกาสเกิดการ ติดเชื้อฯ น้อยกว่า บุคลากรที่มี BMI เกินเกณฑ์ (มากกว่าหรือเท่ากับ 23.00) ร้อยละ 65 อีกทั้ง ยังพบว่าบุคลากรที่มี Cholesterol ระดับปกติ (น้อยกว่า 200 mV/DL) เป็นปัจจัยป้องกันการ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีโอกาสเกิดการ

ติดเชื้อฯ น้อยกว่า บุคลากรที่มี Cholesterol เกินเกณฑ์ (มากกว่าหรือเท่ากับ 200 mV/DL) ร้อยละ 82.6 และพบว่า บุคลากรที่ได้รับวัคซีน เข็มกระตุ้น (เข็ม 5) เป็นปัจจัยป้องกันการ ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยมีโอกาสเกิดการ ติดเชื้อฯ น้อยกว่า บุคลากรที่ได้รับวัคซีน เข็มกระตุ้น (เข็ม 3) ร้อยละ 84.2 ซึ่งพบว่า สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของวัคซีน โควิด-19 ในประเทศไทย: การศึกษาใน สถานการณ์จริง (ปีที่ 1) ของภาสกร ศรีทิพย์สุโข และคณะ⁽¹⁹⁾ พบว่าข้อมูลประสิทธิผลของวัคซีน ในสถานการณ์จริงในการป้องกันการติดเชื้อ โควิด-19 ช่วงการระบาดด้วยสายพันธุ์เดลต้า และโอไมครอนด้วยวัคซีนโควิด-19 โดยทำการ ศึกษาแบบ test-negative case-control study เพื่อประเมินประสิทธิผลของสูตรวัคซีนต่างๆ สำหรับป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ในช่วงเวลาที่มี การระบาดด้วยสายพันธุ์เดลต้าและโอไมครอน ในประเทศไทย ผู้เข้าเกณฑ์การสอบสวนการ ติดเชื้อ (PUI) ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ที่รับการตรวจ สวอปจมูกด้วย RT-PCR เพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อ ทุกรายได้รับการคัดเลือกเข้าร่วมติดตามใน โครงการวิจัย เพื่อประเมินประสิทธิผลของวัคซีน ด้วยควบคุมปัจจัยลักษณะทางประชากรศาสตร์ และทางคลินิกของแต่ละบุคคลในช่วงการระบาด ด้วยสายพันธุ์เดลตานั้น มีผู้ติดเชื้อจำนวน 1,871 ราย จากจำนวน PUI 4,589 ราย ประสิทธิภาพการป้องกันการติดเชื้อของการได้ รับวัคซีน CoronaVac สองเข็มและกระตุ้นด้วย BNT162b2 นั้นสูงที่สุด (98%; 95% ช่วงความ เชื่อมั่น [CI] 87 ถึง 100) ตามด้วยการได้รับวัคซีน CoronaVac สองเข็มและกระตุ้นด้วย ChAdOx1 nCoV-19 r (86%; 95% CI 74 ถึง 93), การได้รับวัคซีน ChAdOx1 nCoV-19 สองเข็ม

(83%; 95% CI 70 ถึง 90), การได้รับวัคซีน CoronaVac 1 เข็ม และ ChAdOx1 nCoV-19 1 เข็ม (74%; 95% CI 43 ถึง 88) และการได้รับวัคซีน CoronaVac 2 เข็ม (60%; 95 % CI 49 ถึง 69) ตามลำดับ ส่วนในช่วงระยะเวลาของการระบาดด้วยสายพันธุ์โอไมครอนนั้น มีผู้ติดเชื้อจำนวน 471 ราย จากจำนวน PUI 1,975 ราย ความรุนแรงของโรคลดลงอย่างมากในขณะที่ประสิทธิภาพการป้องกันโรคของวัคซีนลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงการระบาดด้วยสายพันธุ์เดลต้า การศึกษา พีรวณณ์ ตระกูลทวิสุข⁽⁸⁾ แสดงให้เห็น Vaccine Effectiveness (VE) ที่เพิ่มขึ้นด้วยการเพิ่มจำนวนโดสวัคซีน ที่ได้รับ CoronaVac สองขนาดบวกหนึ่งสูตรเสริม BNT162b2 หรือ ChAdOx1 nCoV-19 นั้นมีประสิทธิภาพสูงในการป้องกัน COVID-19 ในช่วงที่ตัวแปรเดลต้าเพิ่มขึ้น การศึกษานี้แสดงถึงประสิทธิภาพการป้องกันการติดเชื้อของวัคซีนที่เพิ่มขึ้นจากการได้รับเข็มกระตุ้นด้วย BNT162b2 หรือ ChAdOx1 nCoV-19 เพิ่มจากการได้รับวัคซีน CoronaVac 2 เข็มในช่วงการระบาดของสายพันธุ์เดลต้า จะเห็นได้ว่าการได้รับวัคซีนมีความสำคัญช่วยป้องกันการแพร่ระบาดของโรคและลดความรุนแรงของโรคได้อย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตามนอกจากประสิทธิภาพวัคซีนแล้วยังมีปัจจัยความเต็มใจยอมรับการฉีดวัคซีนกระตุ้นซ้ำ จากการศึกษาของ นกษา สิงห์วีรธรรม และคณะ⁽²⁰⁾ พบว่ามีปัจจัยที่สำคัญคือ ความตั้งใจฉีดวัคซีน ความมั่นใจในประสิทธิภาพของวัคซีน ทศนคิตต่อการฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 ดังนั้นควรริบดำเนินการสร้างความรอบรู้เรื่องประโยชน์ของวัคซีนแก่ประชาชนในการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นอย่างเร่งด่วน การศึกษา

และคณะ⁽²¹⁾ พบว่าเมื่อผู้ปฏิบัติงานมีความรู้เกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 อยู่ในระดับสูงขึ้น มีความสนใจที่จะฉีดวัคซีนป้องกันโควิด-19 มากขึ้น โดยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการจัดทำมาตรการ และกำหนดกลยุทธ์ต่อไปได้

สรุปผลการวิจัย

การเปรียบเทียบระยะเวลาระดับภูมิคุ้มกันหลังได้รับวัคซีนโควิด 19 เข็มกระตุ้นที่สามผ่านไป 30 วัน พบว่าระดับภูมิคุ้มกันหลังได้รับวัคซีนโควิด19 ผ่านไป 30 วัน สูงขึ้น โดยมีความแตกต่างของค่าเฉลี่ยเปลี่ยนแปลงที่ชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนฉีดเข็มกระตุ้น และเมื่อผ่านไป 90 วันระดับภูมิคุ้มกันเข็มที่สามจะลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจน แต่ยังมีค่าที่สูงกว่าผู้ที่ไม่ได้รับเข็มกระตุ้นที่สามอย่างมีนัยสำคัญ และการได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นเข็มที่ 4 และ 5 มีโอกาสเกิดการติดเชื้อโควิด-19 น้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับวัคซีนเข็มกระตุ้นเข็มที่สาม เนื่องจากระดับภูมิคุ้มกันสูงในระยะเวลาที่ต่อเนื่องและระดับภูมิคุ้มกันของวัคซีน Viral Vector กระตุ้นที่สามหลังจาก 30 วัน จะมีภูมิคุ้มกันน้อยกว่า วัคซีนชนิด mRNA หลังจาก 30 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยปัจจัยเพศ และไตรกลีเซอไรด์ และชนิดวัคซีนมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของระดับภูมิคุ้มกันจากการฉีดวัคซีนชนิด Inactivated vaccine ระดับต่ำทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจากการปฏิบัติงานงานของบุคลากรทางแพทย์ที่ต้องให้บริการผู้ป่วยตลอดเวลาทำให้มีความเสี่ยงมากกว่าบุคคลทั่วไป และมีการแพร่ระบาดของสายพันธุ์โอไมครอน ทำให้ประสิทธิภาพของวัคซีนลดลง แต่ยังสามารถคงประสิทธิภาพในการป้องกันการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและการเสียชีวิตได้ ประกอบกับความรุนแรงของโรคลดลงอย่างมากในขณะ

ที่ประสิทธิภาพการป้องกันโรคของวัคซีนลดลงอย่างเห็นได้ชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับช่วงการระบาดด้วยสายพันธุ์เดลต้า นอกจากนี้การเพิ่มเข็มกระตุ้นเป็น 5 เข็ม จะมีประสิทธิภาพสูงขึ้นในการป้องกัน COVID-19 ในช่วงการระบาดของสายพันธุ์โอมิครอน

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย การฉีดวัคซีนที่กระตุ้นภูมิคุ้มกัน เข็มที่ 3 ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข พบว่า ในผู้ที่มีผลต่างของภูมิคุ้มกัน ที่มากกว่า 20,000 BAU/ml จะมีโอกาสการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 น้อยกว่า 2.79 เท่า และการฉีดวัคซีนชนิด mRNA จะมีทำให้มีภูมิคุ้มกันโรคได้ดีกว่าวัคซีนชนิด Viral Vector และในผู้ที่มีอายุมากขึ้น การฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้นจะเพิ่มภูมิคุ้มกันได้ลดลงเมื่อเทียบกับผู้ที่มีอายุน้อยกว่า ประกอบกับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขมีความเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อสูงกว่าประชาชนทั่วไป จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ควรให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น เข็ม 3-4 เป็นวัคซีนชนิด mRNA โดยเฉพาะในเพศชาย

ข้อเสนอแนะเชิงบริหาร ควรประชาสัมพันธ์ให้บุคลากร โดยเฉพาะในเพศชาย และผู้ที่มีอายุมาก ให้ดำเนินการฉีดวัคซีนเข็มกระตุ้น 3 และเข็ม 4 ให้ครอบคลุม และรวดเร็ว

ข้อเสนอแนะสำหรับการปฏิบัติ ควรสร้างการรับรู้ และสร้างความเข้าใจ ให้บุคลากรทุกระดับในการรับรู้ถึงประโยชน์ของวัคซีนแต่ละชนิด ความสำคัญของการฉีดวัคซีนเพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาเปรียบเทียบความรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มที่ได้รับวัคซีน mRNA และ Viral Vector เข็ม 3 และเข็ม 4 ในบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มประชากรที่กว้างขึ้น

2) ควรศึกษาเปรียบเทียบการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในกลุ่มที่ได้รับวัคซีน mRNA และ Viral Vector เข็ม 3 และเข็ม 4 ในบุคลากรทางการแพทย์และกลุ่มประชากรที่กว้างขึ้น

3) ศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเพิ่มขึ้นของภูมิคุ้มกัน เช่น ระยะเวลาการนอนหลับที่เพียงพอ

เอกสารอ้างอิง

1. กองโรคติดต่อทั่วไป. แนวทางการให้วัคซีนโควิด 19 ในสถานการณ์การระบาดปี 2564 ของประเทศไทย ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ทีเอส อินเทอร์เน็ต; 2564.
2. งานโรคติดต่ออุบัติใหม่ กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค. สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) มาตรการสาธารณสุข และปัญหาอุปสรรคการป้องกันควบคุมโรคในผู้เดินทาง [อินเทอร์เน็ต]; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 16 มิถุนายน 2565] เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2017420210820025238.pdf>
3. วิเชียร หมั่นแหล่, บุญยิ่ง ประทุม, สุรศักดิ์ แก้วอ่อน, กรกฎ จำเนียร. ผลกระทบและการปรับตัวของประชาชนในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 จังหวัด

- นครศรีธรรมราช. วารสารมหาจุฬานาครทรรศ. 2564; 8(11). 327-340.
4. ชลอวัฒน์ อินปา, พิศิษฐ์ ศรีประเสริฐ. ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะเครียดและซึมเศร้าในบุคลากรทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสินมหาราช ในช่วงการแพร่ระบาดของโรค COVID-19. เชียงรายวารสาร. 2564; 13(2). 153-165.
 5. แพพรพรรณ ภูมิปัญญา, อนุวัฒน์ ศรสมฤทธิ์ และยุวดี ฉายวงศ์. ระดับภูมิคุ้มกันต่อเชื้อโควิด-19 หลังการฉีดวัคซีน ในบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุข พื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 และ 8. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565; 8(1). 179-190
 6. คณะทำงานติดตามประสิทธิผลวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19). ประสิทธิภาพของวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขไทย เดือนกรกฎาคม 2564. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. กองระบาดวิทยา. กระทรวงสาธารณสุข. 2564; 52(35). 509-11
 7. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานความก้าวหน้าการศึกษาประสิทธิผลของวัคซีนโควิด-19 จากการใช้จริงในพื้นที่ประเทศไทย 4 กลุ่มประชากร [อินเทอร์เน็ต]; 2564 [เข้าถึงเมื่อ 16 มิถุนายน 2565] เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/uploads/files/2103120211008071928.pdf>
 8. พีรวัฒน์ ตระกูลทวีสุข. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับวัคซีนโควิด-19 และข้อกังวลในบุคลากรทางการแพทย์. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565; 3(1). 47-57.
 9. โรงพยาบาลโนนสัง. ข้อมูลบุคลากร [เอกสารอัดสำเนา]. 2564
 10. Lin DY, Gu Y, Wheeler B, Young H, Holloway S, Sunny Sk et al. Effectiveness of Covid-19 Vaccines over a 9-Month Period in North Carolina. The New England journal of medicine 2022; 386(10). 933-941. DOI: 10.1056/NEJMoa2117128
 11. ณสิกาญจน์ อังศะกวีนิย, จตุรงค์ เสวตานนท์, ศันสนีย์ เสนะวงษ์, สุวิมล นิยมในธรรม, กุลกัญญา โชคไพบูลย์. การวิจัยเบื้องต้นในการศึกษาความปลอดภัยและการตอบสนองทางภูมิคุ้มกันจากการฉีดวัคซีนกระตุ้นเข็มที่ 3 ในผู้ได้รับวัคซีนซิโนแวคครบสองเข็ม [อินเทอร์เน็ต]. ศูนย์วิจัยคลินิก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล. [เข้าถึงเมื่อ 17 มิถุนายน 2565] เข้าถึงได้จาก <https://sicres.org/2021/09/13/covid19-vaccinebooster/>
 12. Qu P, Faraone J, Evans JP, Zou X, Zheng YM, Carkin C, et al. Neutralization of the SARS-CoV-2 Omicron BA.4/5 and BA.2.12.1 Subvariants. New England journal medicine 2022; 386. 2526-2528. DOI: 10.1056/NEJMc2206725

13. Rosenberg ES, Dorabawila V, Easton D, Bauer UE, Kumar J, Hoen R, Hoen R. Covid-19 Vaccine Effectiveness in New York State. The New England journal of medicine. 2022; 386:116-27.
14. Gayatri A, Bernal JL, Andrews NJ, Whitaker H, Gower C, Stowe J, et al. Serological responses and vaccine effectiveness for extended COVID-19 vaccine schedules in England. Nature Communications. 2021; 12: 7217, 1-19
15. Abu-Raddad LJ, Chemaitelly H, Butt AA. Effectiveness of the BNT162b2 Covid-19 vaccine against the B.1.1.7 and B.1.351 variants. The New England journal of medicine 2021; 385(2). 187-189.
16. Scully EP, Haverfield J, Ursin RL, Tannenbaum C, Klein SL. Considering how biological sex impacts immune responses and COVID-19 outcomes. Nature Reviews Immunology. 2020; 20: 442-447
17. Menni C, May A, Polidori L, Louca P, Wolf J, Capdevila J, et al. COVID-19 vaccine waning and effectiveness and side-effects of boosters: a prospective community study from the ZOE COVID study. The Lancet infectious Diseases 2022; 22.
18. Lin Q, Zhao S, Gao D, Lou Y, Yang S, Musa S, et al. A conceptual model for the outbreak of coronavirus disease 2019 (covid-19) in Wuhan, China with individual reaction and governmental action. International Journal of Infectious Diseases. 2020; 93: 211-216.
19. ภาสกร ศรีทิพย์สุโข, บุญย้ง ศิริบำรุงวงศ์, พิชญ์ ตันตยวงศ์, อารยา ศรีธำพร, พรรณศิริ ดำรงเลิศและพีร จารอำพรพรรณ. ประสิทธิภาพของวัคซีนโควิด-19ในประเทศไทย: การศึกษาในสถานการณ์จริง. ศูนย์แห่งความเป็นเลิศทางวิชาการด้านระบาดวิทยาประยุกต์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2565.
20. นกษา สิงห์วีรธรรม, เพ็ญภา ศรีหรั่ง, อรณัฐ ทองจันดี, วุฒิกุล ธนากาญจนภักดี, อัจฉรา คำมะทิพย์และกิตติพร เนาว์สุวรรณ. ความเต็มใจยอมรับและความเต็มใจที่จะจ่ายเงินการได้รับการฉีดวัคซีนกระตุ้นซ้ำ ป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019. สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข. 2565.
21. อธิวัฒน์ กุลบุตร, ณัฐพล ลาวจันทร์, สุกพล วังขุย และอนุพันธ์ สุวรรณพันธ์. ความรู้ ความคิดเห็นเกี่ยวกับวัคซีนโควิด-19 และการตัดสินใจรับวัคซีนของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในท่าอากาศยานนานาชาติอุตะเถาระยอง - พัทยา จังหวัดระยอง. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ. 2565; 2(1).31-42



ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

195 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทร. 043-235902-5 โทรสาร. 043-243416

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