



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น



Approved by TCI during 2022 - 2024

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

JOURNAL OF REGIONAL HEALTH PROMOTION
CENTRE 7 KHONKAEN

2023

ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 (มิถุนายน - กันยายน 66)

ISSN 2985-0134 (PRINT)
ISSN 2985-0142 (ONLINE)



ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 043-235-904 ต่อ 2109 / 2591 หรือ 098-586-2136
Email anamai.plan7@gmail.com

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำ

บรรณาธิการอำนวยการ

นายแพทย์ชาติ เมฆาราชธิป

บรรณาธิการ

ดร.อชิวัฒน์ บุตรดาบุตร

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.นิรุวรรณ เทิรินทร์

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ดร.ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

ผศ.ดร.สุณิรัตน์ ยิ่งยืน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ดร.ภญ.คันสนีย์ จันทสุข

จังหวัดขอนแก่น

ดร.ลักขณา สกุลทอง

ศูนย์สุขภาพจิตที่ 7 ขอนแก่น

ดร.ภญ.คันสนีย์ จันทสุข

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

ดร.สุภัทรา สามัง

สำนักงานสาธารณสุข

ดร.ภญ.คันสนีย์ จันทสุข

จังหวัดขอนแก่น

ดร.คงฤทธิ วันจรรยา

จังหวัดกาฬสินธุ์

ผศ.ดร.ศรีญา จรุงมาก

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ผศ.นพ.สิทธิชัย คำไสย

สำนักงานสาธารณสุข

ผศ.ดร.วรรณ ภาจำปา

มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี

ผศ.นพ.วิเชียร ศิริชนพล

จังหวัดกาฬสินธุ์

ผศ.ดร.สุณิรัตน์ ยิ่งยืน

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผศ.พญ.จาริณญา จินดาประเสริฐ

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ดร.พฤษชาดา จันทะคุณ

โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่น

ดร.จกมล พลตรี

ราชชนรินทร์

นายชายชัย ธรรมงาม

โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชชนรินทร์

ผศ.ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี

มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

ดร.กฤษณา มีศิลป์

โรงพยาบาลศรีสะเกษ

ดร.เทพไทย โชติชัย

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร

พญ.อานวยพร อภิรักษากร

โรงพยาบาลขอนแก่น

ดร.วรรณศรี แวงงาม

จังหวัดขอนแก่น

พญ.สุจิตรา ขวาแซ่น

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

พญ.สิริณัฐนิดา กิตติศิริวัฒนกุล

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

อำนวยการวิชาการ

ดร.จริยา อินทร์ศรี

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

พญ.มกรรัตน์ หวังเจริญ

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

นางจารินี ยศปัญญา

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

นางกรแก้ว ถิรพงษ์สวัสดิ์

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ทพญ.ปิยะนุช เอกก้านตรง

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ดร.สุพัตรา บุญเจียม

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ดร.ทพญ.ศรีวิทย์ ชาติเครือ

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

นายเมศศักดิ์ ภูริวัฒนภากร

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ดร.ธีโสภณ ทองไทย

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

นางสาวปัทมา เดชโยธิน

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

นางบังอร กล่ำสุวรรณ

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

นางกัญญา จันทร์พล

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

นางชัยณัฐนา ปานนิล

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

นางสาวประภัสสรา พิศวรปราการ

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

จัดพิมพ์และเผยแพร่

นางสาวประภัสสรา พิศวรปราการ

นางพรพรรณ นามตะ

นางสาวณัฐดา สว่างแผ้ว

ศิลปกรรมออกแบบ

นางพรพรรณ นามตะ

นางสาวณัฐดา สว่างแผ้ว

สำนักงาน

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ 043-235-904 ต่อ 2109 / 2591 หรือ 098-586-2136 <http://hpc7.anamai.moph.go.th>

กำหนดออก

ปีละ 3 เล่ม ตุลาคม – มกราคม, กุมภาพันธ์ – พฤษภาคม, มิถุนายน – กันยายน

จัดพิมพ์

หจก.ขอนแก่นการพิมพ์ เลขที่ 64-66 ถนนรื่นรมย์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000

โทรศัพท์ 043-221-938, 043-220-128 E-mail : kk_p902@hotmail.com

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
JOURNAL OF REGIONAL HEALTH PROMOTION
CENTRE 7 KHONKAEN

ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 มิถุนายน - กันยายน 2566
Vol.15 No.3 June - September 2023

ISSN 2985-0134 (Print)

ISSN 2985-0142 (Online)

วัตถุประสงค์

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

บทบรรณาธิการ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อเผยแพร่ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นแหล่งรวมผลงานทางวิชาการ และงานวิจัยของแพทย์ เภสัชกร ทันตแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และทีมสหสาขาวิชาชีพ ตลอดจนผู้สนใจทั่วไป ทั้งในและนอกเขตสุขภาพที่ 7 มาอย่างต่อเนื่องยาวนาน จนถึงฉบับนี้ นับเป็นปีที่ 15 เล่มที่ 3 (มิถุนายน - กันยายน) แล้ว

ฉบับที่ท่านอ่านอยู่นี้ มีบทความจำนวนมากถึง 16 เรื่อง ซึ่งถือเป็นเรื่องน่ายินดีที่ได้พัฒนาวารสารให้เป็นแหล่งองค์ความรู้ เป็นคลังข้อมูลในการสืบค้น อ้างอิง สามารถประยุกต์ใช้หรือต่อยอดงานวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาหน้างานของบุคลากรของกรมอนามัย ตลอดจนสนับสนุนให้หน่วยงานส่วนภูมิภาค องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการสร้างเสริมสุขภาพและจัดการอนามัยสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมให้คนไทยมีสุขภาพดีต่อไปในอนาคต

ดร.อิวัฒน์ บุตรดาบุตร

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) และฉบับที่ 3 (มิถุนายน - กันยายน)

1.2. วารสารพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เป็นบทความที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม เผยแพร่ผลงานทางวิชาการและงานวิจัยของแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และทีมสหสาขาวิชาชีพรวมทั้งงานวิจัยด้านการศึกษา และด้านการสอน ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งในศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น และเครือข่ายวิชาการด้านสาธารณสุข ทั้งในและนอกเขตสุขภาพที่ 7 และผู้สนใจ โดยต้องเป็นงานที่ไม่เคยถูกนำไปตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาในวารสารใดๆ สามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะ ดังนี้

- บทความวิจัย (Research Article) เป็นบทความทั้งวิจัยพื้นฐานและวิจัยประยุกต์
- บทความทั่วไป (General Article) เป็นบทความที่วิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการ โดยมีการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม

1.3. กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร บทความจะมีผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 ท่านเป็นผู้พิจารณา

1.4. ค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์ 3,500 บาท ต่อ 1 บทความ (สำหรับผู้พิมพ์คนที่ 1 ที่เป็นบุคคลภายนอกศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น) โดยการชำระค่าธรรมเนียมจะอยู่ในขั้นตอนหลังจากที่ผู้พิมพ์ submission ในระบบเรียบร้อยแล้ว และบรรณาธิการประเมินคุณภาพของบทความที่จะตีพิมพ์ และบทความเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของวารสาร สามารถส่งบทความเข้าสู่กระบวนการพิจารณาได้

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 และฉบับที่ 3 ควรส่งต้นฉบับในระหว่าง 1 มิถุนายน - 30 กันยายน

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) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความ ช่วยเหลือหรือสนับสนุนงานวิจัยนั้นๆ 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 ไม่ว่าบางส่วน หรือทั้งหมด มาอ้างอิงในผลงานวิชาการ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง หลังชื่อผู้นิพนธ์ หรือ หลังข้อความที่อ้างอิง และใช้เลขลำดับเดิมในกรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิง ท้ายเล่ม จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา โดยมีวิธีการอ้างอิง ดังนี้

1.1) การอ้างอิงที่เน้นผู้นิพนธ์ หรือผู้นิพนธ์เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับ การอ้างอิงตาม หลังชื่อผู้นิพนธ์

1.2) การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา หรือ ผู้นิพนธ์ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับ การอ้างอิง ตามหลังข้อความที่อ้างอิง

1.2.1) การอ้างอิงรายการเดียว ตัวอย่าง อาการไอเป็นเลือด (hemoptysis) คือ การที่มีอาการไอร่วมกับมีเลือดออกมาจากปอด หรือหลอดลม เป็นอาการที่พบได้บ่อยในทางคลินิก มีอัตราการเสียชีวิตตั้งแต่ร้อยละ 7 ถึง 30³

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

2) การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือ เอกสารอ้างอิง (Reference)

ในการอ้างอิงถึงเอกสารวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ ให้เรียงลำดับของเอกสาร ตามลำดับเลข ที่มีการอ้างอิงถึงในเนื้อหารายงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างอิงถึงในเนื้อเรื่องนั้น จะต้องตรงกับ หมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่ สุดท้าย (1, 2, 3,...) ให้เขียนหมายเลขอยู่ในวงเล็บ () ต่อท้ายข้อความที่นำมาอ้างอิงในรายงาน

2.1) ผู้นิพนธ์ 1 - 6 คน รายชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษ ให้เรียงตามลำดับ โดยเริ่มจาก นามสกุล 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 เลิศอรรถมณีนี, เอมอร รักษาณีนี, อนุพันธ์ ตันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒจิตพรณี วรกิจโกศาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545; 85: 1288-95.

2.3) ไม่ปรากฏชื่อผู้นิพนธ์ ให้เขียนชื่อบทความเป็นส่วนแรก

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

ตัวอย่าง

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

2.4) หนังสือผู้นิพนธ์คนเดียว

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

ตัวอย่าง

1. Murray PR. Medical microbiology. 4th ed. St. Louis: Mosby; 2002.

2. เกษม วัฒนชัย. การดูแลรักษาโรคความดันโลหิตสูง (Clinical management of essential hypertension). กรุงเทพฯ: พัฒนาศึกษา; 2532.

2.5) หนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบท และมีบรรณาธิการ

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

ตัวอย่าง

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

2.6) หน่วยงานเป็นผู้พิมพ์

1. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทย์สภาสาร 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. สมภพ 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. หน้า เลขหน้าแรก - 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 [เข้าถึง
เมื่อวันที่เดือน 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
อาคารอำนวยการ ชั้น 2 เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น
โทร. 043-235-905 ต่อ 2109-2110 โทรสาร 043-243-416 หมายเลขโทรศัพท์มือถือ 098-5862136
E-mail: anamai.plan7@gmail.com

จริยธรรมการตีพิมพ์

1. บทบาทหน้าที่ของผู้พิมพ์ (Duties of Authors)

1.1 ผู้พิมพ์เมื่อส่งบทความไปยังบรรณาธิการ บทความนี้ต้องไม่เคยเผยแพร่มาก่อนและยังไม่ได้รับการพิจารณาให้ตีพิมพ์ที่อื่นมาก่อน

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 การกล่าวขอบคุณผู้มีส่วนช่วยเหลือในกิจกรรมประภาศน์นั้น หากสามารถทำได้ผู้พิมพ์บทความควรขออนุญาตจากบุคคลที่ประสงค์จะขอบคุณเสียก่อน

1.9 ผู้พิมพ์จะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จ หรือการปลอมแปลง บิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือ เลือกแสดงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้องกับข้อสรุป

1.10 กรณีที่ผลงานเป็นการศึกษาวิจัยและทำการทดลองในคนหรือสัตว์ทดลอง โดยการทดลองในคนอาจส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรี สิทธิ ความปลอดภัยของอาสาสมัคร ควรแนบหนังสือรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง ทั้งนี้ การอนุมัติให้ลงตีพิมพ์ขึ้นอยู่กับพิจารณาจากกองบรรณาธิการวารสารฯ ถือเป็นขั้นสูงสุด

2. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของบรรณาธิการ (Duties of Editors)

2.1 บรรณาธิการวารสารมีหน้าที่พิจารณาคุณภาพของบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารโดยคัดกรองตรวจสอบ บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ด้วยหลักการทางวิชาการ

2.2 บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความในระหว่างการประเมินบทความ

2.3 บรรณาธิการควรดำเนินการทุกอย่างเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพของบทความที่ตีพิมพ์เพื่อรับรองคุณภาพของงานวิจัยที่ตีพิมพ์ และตระหนักว่าวารสาร และแต่ละส่วนของวารสารมีวัตถุประสงค์ และมาตรฐานที่ต่างกัน

2.4 การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการยอมรับหรือปฏิเสธบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์ควรขึ้นอยู่กับความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความสำคัญ ความใหม่ และความชัดเจนของบทความวิจัย ตลอดจนความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของวารสาร

2.5 บรรณาธิการควรมีการชี้แจงหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจสอบประเมินบทความ (peer review) นอกจากนี้ควรมีความพร้อมในการชี้แจงความเบี่ยงเบนต่าง ๆ จากกระบวนการตรวจสอบที่ได้ระบุไว้

2.6 บรรณาธิการควรจัดพิมพ์คำแนะนำแก่ผู้นิพนธ์ในทุกประเด็นที่บรรณาธิการคาดหวังในทุกเรื่องที่ผู้นิพนธ์ควรรับทราบ และควรมีการปรับปรุงคำแนะนำให้ทันสมัยอยู่เสมอ พร้อมทั้งควรมีการอ้างอิงหรือการเชื่อมโยงกับระเบียบดังกล่าวนี้ด้วย

2.7 บรรณาธิการไม่ควรเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในการตอบรับบทความที่ถูกปฏิเสธการตีพิมพ์ไปแล้ว ยกเว้นมีปัญหาร้ายแรงเกิดขึ้นในระหว่างการส่งบทความมารับการพิจารณา

2.8 บรรณาธิการพิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตรงตามสาขาของบทความและส่งบทความให้ผู้พิจารณาบทความโดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่ง และผู้นิพนธ์จะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาบทความ (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 คุณภาพการวิเคราะห์ และความเข้มข้นของผลงาน ไม่ควรใช้ความเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ

3.4 ผู้ประเมินบทความต้องระบุผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน แต่ผู้นิพนธ์ไม่ได้อ้างอิงถึงด้วยหากมีความซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่นต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย

3.5 ผู้ประเมินควรตรวจสอบและส่งบทวิจารณ์ภายในระยะเวลาที่คณะกรรมการบรรณาธิการเห็นชอบ หากไม่สามารถตรวจสอบต้นฉบับได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้ประเมินจะต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบทันที

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

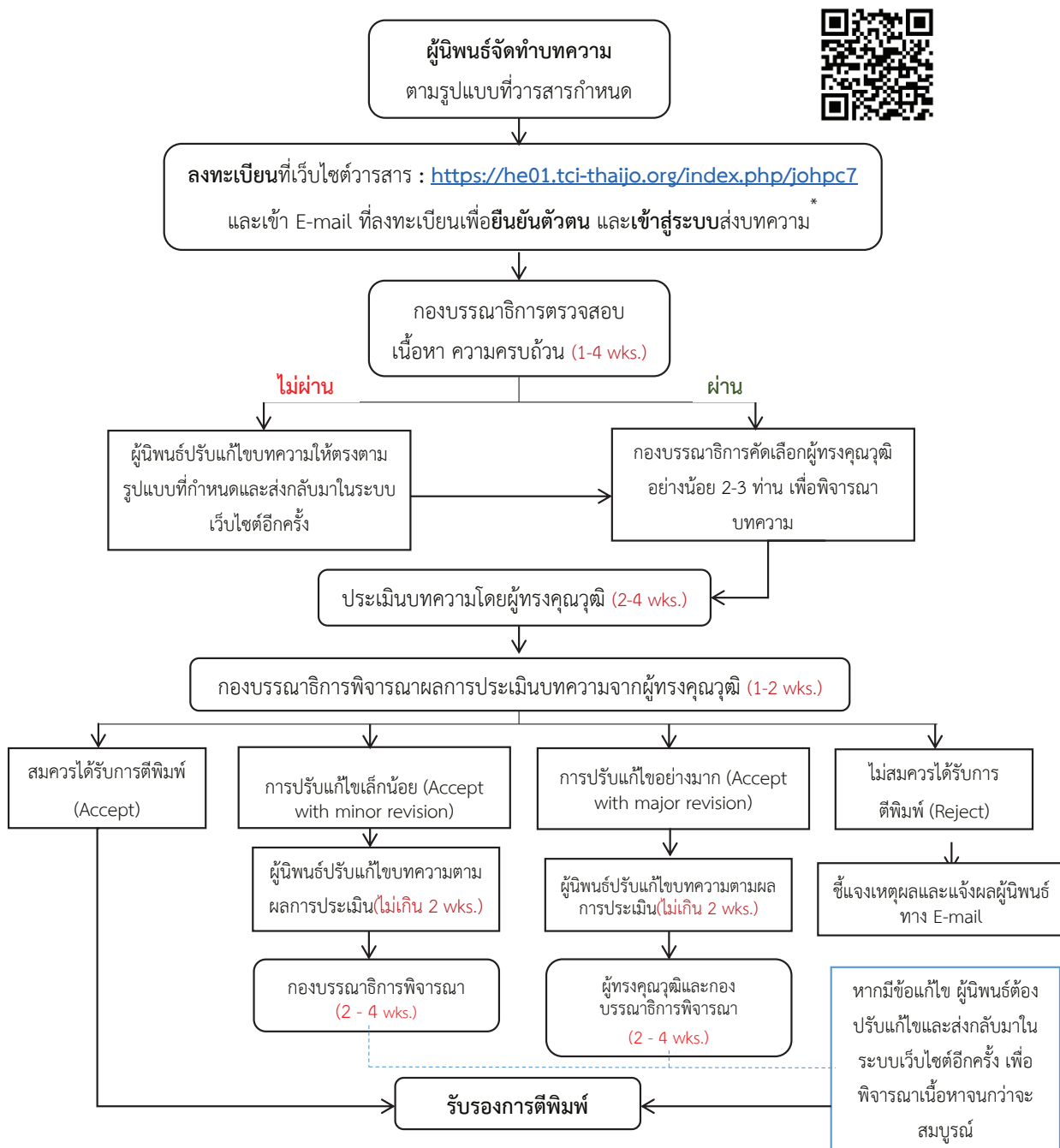
2. การประเมินบทความ พิจารณาความถูกต้อง-เหมาะสม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (2-4 สัปดาห์): บทความที่ผ่านการพิจารณาขั้นที่ 1 แล้ว กองบรรณาธิการจะพิจารณาคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2-3 ท่าน เพื่อพิจารณาบทความดังกล่าวในรูปแบบ Double-Blind ก่อนดำเนินการทบทวน และจัดส่งบทความแก่ผู้ทรงคุณวุฒิต่อไป โดยระดับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจะประกอบด้วย 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 จะดำเนินการพิจารณา และสรุปผลอีกครั้ง 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=mail#h.13ju08w3j55

สารบัญ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 มิถุนายน – กันยายน 2566

บทความวิจัย

หน้า

1. ประสิทธิภาพของสารสกัดหยาบจากกัญชงในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียก่อโรค
ปรียานุช ใจหาญ, กรกมล วงษ์ชู, พิมพ์นารา ตูลาธาร, ลักขณา มีแสง,
ธเนศ นนท์ศรีราช 1
2. ความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของคน
ในชุมชน
สายชล คล้อยเอี่ยม, กมลวรรณ สุขประเสริฐ, ภารุจิรี เจริญเผ่า, ฐานิดา คุณารักษ์,
ดวงพร ไชยวิญ, ว่าที่ร้อยตรีเมณฑล หวานวาจา 14
3. ประสิทธิภาพของการใช้ยาขับเหล็ก Deferasirox ในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียและไม่ใช่
ธาลัสซีเมียที่รับเลือดประจำในโรงพยาบาลขอนแก่น 26
มนธนา จันทรมนิยม
4. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการ
ปฐมภูมิและภาคีเครือข่ายอำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม 38
บัณฑิต พิทักษ์
5. ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต โดยครูดี เพื่อนซี้จอมพลังต่อภาวะโภชนาการ
ในเด็กวัยเรียน (6-12 ปี) บ้านเหล่าขาว ตำบลโพนเมืองน้อย อำเภอห้วยตะพาน
จังหวัดอำนาจเจริญ 53
มงคล สุขจิตร์, ศุภยางค์ เกิดสุข, สุพิชฌาย์ สายเย็น
6. การจัดการสิ่งปฏิกูลของผู้ประกอบการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูล และการปนเปื้อนของไขพยาธิ
จากตะกอนสิ่งปฏิกูล ในพื้นที่รอบอ่างเก็บน้ำ ลำปาว จังหวัดกาฬสินธุ์ 68
วาทีณี จันทร์เจริญ, ปิยะภรณ์ ดวงมนตรี
7. พฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย
ในโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ พื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 7 77
ชนิดาภา วงศ์รักษา, รัตติกานต์ รักษาภักดิ์, บังอร กล่ำสุวรรณ, สุวิชา สังข์ทอง
8. รูปแบบการดำเนินงานสุขภาพโภชนาการและพฤติกรรมบริโภคต่อภาวะ โภชนาการ
ของผู้นำศาสนาเดือนรอมฎอนในจังหวัดปัตตานี 94
มานะ หะสาเมาะ, สะหลัน สามะ, มารีนี โด

สารบัญ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ปีที่ 15 ฉบับที่ 3 มิถุนายน – กันยายน 2566

หน้า

9. ทักษะและความรู้เกี่ยวกับกัญชาในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง 110
ธเนศวร์ แทนคำ และคณะ
10. ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพ 124
ที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น
พรพรรณ ชัยมงคล
11. การประเมินผลของโปรแกรมการพัฒนาแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 138
SMARTบนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น กรณีศึกษาตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก
จังหวัดสุรินทร์
วิทยา จันตุ, จีระเดช อินทเจริญศานต์, จุฑามาส ชุมทอง, สุธีรา อินทเจริญศานต์,
สุจิตรา ทรงยินดี, ไพสิน อำไพ
12. ผลของรูปแบบการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยในผู้สูงอายุที่มารับบริการใน 151
คลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา
กิตติมา เศรษฐ์บุญสร้าง, ประเสริฐ ประสมรักษ์
13. ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานทันตกรรม 166
ป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น
ชวานนท์ น้อยโพน, สุวิทย์ อุดมพาณิชย์, ประจักษ์ บัวผัน
14. อุบัติเหตุในเด็กและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุของเด็ก 181
ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น
อภิวรรณ ศิริคะเมรัตน์
15. รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุ 198
อย่างเพียงพอเขตชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น
บุศรา อนุพันธ์, อรวรรณ ศรีเกิน, ศิราณี ศรีหาภาค
16. ผลการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวประเภท HFrEF (HF with 212
reduced EF) ในคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลอำนาจเจริญ
วีระชัย ขาติขัณฑวาล

ประสิทธิภาพของสารสกัดหยาบจากกัญชงในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียก่อโรค

ปริยานุช ใจหาญ¹, กรกมล วงษ์ชู², พิมพ์นารา ตูลาธาร³, ลักขณา มีแสง⁴, ธเนศ นนทศรียา⁵

(วันที่รับบทความ 27 มิถุนายน 2566, วันที่แก้ไข 25 กรกฎาคม 2566, วันที่ตอบรับ 25 กรกฎาคม 2566)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของสารสกัดหยาบจาก ดอก ใบ และ ลำต้นของกัญชง ในการยับยั้งการเจริญเติบโตของแบคทีเรีย ได้แก่ *Bacillus cereus*, *Bacillus subtilis*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella* sp., *Acinetobacter* spp. และ *Vibrio cholerae* โดยเก็บตัวอย่างกัญชง ได้แก่ ดอก ใบ และลำต้น นำมาสกัดด้วยเอทานอลความเข้มข้นร้อยละ 95 จากนั้นระเหยด้วยเครื่องกลั่นระเหยแบบหมุน แล้วนำสารสกัดหยาบที่ได้ทดสอบกับเชื้อแบคทีเรีย 6 สายพันธุ์ โดยใช้วิธี Agar well diffusion จากนั้นนำไปหาความเข้มข้นของสารต่ำสุดที่สามารถยับยั้งเชื้อได้ (MIC) และความเข้มข้นของสารต่ำสุดที่สามารถฆ่าเชื้อได้ (MBC) โดยวิธี Broth Macro dilution ผลการศึกษาพบว่า เชื้อแบคทีเรียทั้ง 6 ชนิด มีการตอบสนองของสารสกัดหยาบของ ดอก ใบ และลำต้นของกัญชงที่แตกต่างกัน โดยเฉพาะสารสกัดหยาบของดอกกัญชง สามารถยับยั้งทั้งเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบได้ดีที่สุดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ *S. aureus* รองลงมา คือ *B. cereus*, *B. subtilis*, *Acinetobacter* spp., *V. cholerae* และ *Klebsiella* sp. ตามลำดับ ทั้งนี้สารสกัดหยาบของดอกกัญชง มีค่า MIC ของแบคทีเรียแกรมบวกเท่ากับ 0.0244 มก./มล. และ ค่า MBC เท่ากับ 0.0244 มก./มล. และค่า MIC ของแบคทีเรียแกรมลบเท่ากับ 50 - 12.5 มก./มล. และ MBC เท่ากับ 50 มก./มล. ดังนั้นสารสกัดหยาบจากส่วนต่างๆ ของกัญชงมีคุณสมบัติในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียก่อโรคได้ และกัญชงสามารถใช้เป็นสารสกัดทางเลือกจากธรรมชาติในการนำไปพัฒนาต่อเป็นยาปฏิชีวนะได้

คำสำคัญ: กัญชง, การยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย, แบคทีเรียก่อโรค

¹โครงการ วมว. คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, (², ³, ⁴)โรงเรียนสาธิต “พิบูลบำเพ็ญ” มหาวิทยาลัยบูรพา,

⁵สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น Corresponding author: ปริยานุช ใจหาญ, e-mail: piyanoot.jaihan05@gmail.com

Efficiency of Cannabis sativa subsp.sativa Crude Extract On Inhibition Of Pathogenic Bacteria

Piyanoot Jaihan¹, Kornkamon Wongchu², Pimnara Thulathan², Lakkana Meesang², Thanade Nonsrirach³

(Received 27th June 2023, Revised 25th July 2023, Accepted 25th July 2023)

Abstract

The purpose of this study was to investigate the potential use of crude extract of flowers, leaves and stems from hemp (*Cannabis sativa* subsp. *sativa*) to inhibit the growth of *Bacillus cereus*, *Bacillus subtilis*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella* sp., *Acinetobacter* spp. and *Vibrio cholerae*. The samples of hemp; flowers, leaves and stems were extracted using 95% ethanol and then processed using a rotary evaporator to obtain the crude extract. The crude extracts tested against six bacteria using the Agar well diffusion method, Minimum Inhibitory Concentration (MIC) and Minimum Bactericidal Concentration (MBC) by Broth Macro dilution. The results showed that the six types of tested bacteria exhibited varying responses to crude extracts from the flowers, leaves, and stems of hemp. Of these extracts, the crude extract from the flowers of hemp was found to be the most effective for inhibiting both gram-positive and gram-negative bacteria, with *S.aureus* which is gram-positive bacteria being the statistically significant level of 0.05, followed by *B. cereus*, *B. subtilis*, *Acinetobacter* spp., *V. cholerae* and *Klebsiella* sp., respectively. The crude extract from the flowers of hemp had a MIC value of 0.0244 mg/ml and a MBC value of 0.0244 mg/ml against gram-positive bacteria, and a MIC value of 50-12.5 mg/ml and a MBC value of 50 mg/ml against gram-negative bacteria. Therefore, crude extract obtained from different parts of hemp possesses properties for inhibiting pathogenic bacteria. Hemp can be used as a natural alternative extract for the development of antibiotics.

Keywords: Hemp, Antibacterial activity, Pathogenic bacteria

¹ Science Classroom in University-Affiliated School Project, Science Burapha University

²Piboonbumpen Demonstration School, Burapha University, ³The Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen. Corresponding author: Piyanoot Jaihan, e-mail: piyanoot.jaihan05@gmail.com

บทนำ

กัญชง (*Cannabis sativa* L. subsp. *sativa*) เป็นพืชสมุนไพรในวงศ์ *cannabaceae* ที่มีประโยชน์ถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายตั้งแต่สมัยโบราณ ในเอกสารการแพทย์ของอินเดียกล่าวว่าในอินเดียมีการใช้ใบแห้งและดอกของกัญชงในการรักษาโรคหวัด ลดไข้ และรักษาอาการติดเชื้อมาลาเรีย ส่วนในยุโรปนั้นจะคัดเลือกเมล็ดของกัญชงไปใช้เป็นอาหารและน้ำมันที่เรียกกันว่าน้ำมันกัญชง⁽¹⁾ นอกจากนี้ในปัจจุบันมีรายงานว่า ยาปฏิชีวนะมักจะเป็นพิษ และมีผลข้างเคียงต่อการยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย ทำให้เกิดการเพิ่มขึ้นของแบคทีเรียที่ดื้อต่อยาปฏิชีวนะ ส่งผลเสียต่อความเป็นอยู่และสร้างความลำบากในด้านการรักษา จากปัญหาดังกล่าว การศึกษาค้นคว้าสารสกัดจากธรรมชาติชนิดใหม่จึงมีความสำคัญ สารสกัดจากพืชสมุนไพรจึงได้รับความสนใจนำมาปรับใช้เป็นยาในการต้านทานต่อแบคทีเรีย ทดแทนการใช้สารเคมีและยาปฏิชีวนะ เนื่องจากสมุนไพรส่วนมากมีต้นทุนต่ำ มีความเป็นพิษและมีผลข้างเคียงน้อยกว่าสารเคมี ในส่วนของกัญชงนั้นคาดว่ากรยับยั้งต่อจุลินทรีย์น่าจะมีผลมาจากสารสำคัญที่มีในกัญชงที่มีมากกว่า 450 ชนิด โดยมากกว่า 60 ชนิด เป็นสารกลุ่มแคนนาบินอยด์ (cannabinoids) มีองค์ประกอบหลักคือ Tetrahydrocannabinol (THC) และสารชนิดอื่นในกลุ่มเดียวกัน เช่น Cannabinol (CBN), Cannabidiol (CBD), Cannabichromene (CBC), Cannabigerol (CBG)⁽²⁾ เป็นต้น ทั้งนี้ยังมีรายงานว่ามีการนำส่วนต่างๆ ของกัญชงมาศึกษาประสิทธิภาพในการยับยั้งจุลินทรีย์⁽³⁾ และมีรายงานประสิทธิภาพสารสกัด

จากเมล็ดกัญชงในการยับยั้ง *Staphylococcus aureus* และ *Escherichia coli* รวมถึงสารสกัดจากใบกัญชงสามารถยับยั้งการเจริญของ *S. aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *E. coli* และ *Enterococcus faecalis* ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁴⁾

จากงานวิจัยข้างต้นยังไม่มีรายงานประสิทธิภาพการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียก่อโรคจากการสกัดหยาบส่วนของต้นกัญชงที่แตกต่างกัน เช่น ดอก ใบ และลำต้น เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพการยับยั้งแบคทีเรียก่อโรคในมนุษย์ อาทิเช่น *Acinetobacter* spp., *Klebsiella* sp. และ *Vibrio cholerae* เป็นต้น ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการนำสารสกัดหยาบจาก ดอก ใบ และลำต้นของกัญชงมาใช้ในการยับยั้งการเจริญของแบคทีเรียก่อโรคในมนุษย์ ทางผู้วิจัยคาดหวังว่าข้อมูลที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้จะสามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในด้านจุลชีววิทยา เป็นทางเลือกในการเลือกใช้พืชสมุนไพรในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย และเป็นสิ่งที่สามารถศึกษาค้นคว้าเพื่อให้เป็นประโยชน์สำหรับผู้สนใจและต้องการค้นคว้าหาข้อมูลต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาประสิทธิภาพของสารสกัดหยาบจากกัญชงในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียก่อโรคในมนุษย์
2. เพื่อเปรียบเทียบประสิทธิภาพความเข้มข้นของสารสกัดหยาบ ดอก ใบ และลำต้นของกัญชง ในการยับยั้งแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบ

สมมติฐานการวิจัย

1. สารกลุ่มแคนนาบินอยด์ที่พบในสารสกัดกัญชงมีความสามารถยับยั้งเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกได้ดีกว่าแบคทีเรียแกรมลบ

2. ความเข้มข้นของสารสกัดหยาดดอก ใบ และลำต้นของกัญชงที่ต่างกัน ส่งผลต่อประสิทธิภาพการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียที่แตกต่างกัน

วิธีการศึกษา

การสกัดสารแบบหยาดที่ใช้ในการทดสอบ นำดอก ใบ และลำต้นของกัญชงโดยได้รับความอนุเคราะห์ตัวอย่างจากกองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพร กรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ไปอบแห้งและบดให้ละเอียดแล้วไปสกัดด้วยเอทานอลความเข้มข้นร้อยละ 95 ด้วยอัตราส่วนของกัญชงต่อตัวทำละลาย 1 กรัม ต่อ 100 มิลลิลิตร ใช้หมักที่อุณหภูมิ 25 -28 °C เป็นเวลา 3 วัน จากนั้นกรองด้วยผ้าขาวบาง แล้วกรองด้วยกระดาษกรอง Whatman No.1 จากนั้นนำส่วนของน้ำของดอก ใบ และลำต้นของกัญชงที่กรองไว้ มาทำการระเหยเอาส่วนที่เป็นสารละลายออก โดยใช้เครื่อง rotary evaporator (BUCHI, Switzerland Ltd.) ระเหยที่อุณหภูมิ 40 องศาเซลเซียส จนกระทั่งได้สารที่มีลักษณะเหนียวเหนียวเก็บใส่ขวดสีชานำไปแช่ที่อุณหภูมิ -20 องศาเซลเซียส เมื่อต้องการจะใช้สารสกัดหยาดในการทดสอบเชื้อแบคทีเรียนำสารสกัดหยาดนั้นไปละลายใน 10% DMSO โดยใช้ในอัตราส่วน 500 มก./มล. แล้วจึงเตรียมสารสกัดส่วนต่างๆ ของกัญชงเป็น stock solution ความเข้มข้น 500 มก./มล. กรองด้วยหัวกรองฆ่าเชื้อขนาด 0.45 ไมโครเมตร เพื่อให้ stock solution ปราศจากเชื้อและนำไปทดสอบในขั้นตอนถัดไป⁽⁵⁾

การเตรียมเชื้อแบคทีเรียที่ใช้ในการทดสอบ

เตรียมเชื้อแบคทีเรียแกรมบวก ได้แก่ *Bacillus cereus*, *Bacillus subtilis* และ *Staphylococcus aureus* และแบคทีเรียแกรมลบ ได้แก่ *Klebsiella* sp., *Acinetobacter* spp. และ *Vibrio cholerae* โดยเฉพาะเลี้ยงเชื้อบนอาหาร Nutrient agar (NA) นำไปบ่มที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 18-24 ชั่วโมง จากนั้นนำเชื้อแบคทีเรียมาทำการละลายเซลล์ด้วย 1XPBS แล้ววัดความขุ่นให้ได้เท่ากับ McFarland standard No. 0.5 โดยวัดค่า OD ที่ 600 นาโนเมตร ให้ได้ 0.1 จะมีความเข้มข้นของเซลล์เท่ากับ 1.5×10^8 เซลล์ต่อมิลลิลิตร (CFU/ml)⁽⁵⁾

การศึกษาผลของสารสกัดหยาดของดอก ลำต้นและใบกัญชงต่อการยับยั้งการเจริญของแบคทีเรียด้วยวิธี Agar well diffusion

นำเชื้อแบคทีเรียที่ผ่านการละลายเซลล์ใน 1XPBS มาศึกษาผลของสารสกัดต่อการเจริญของเชื้อแบคทีเรียด้วยวิธี Agar well diffusion โดยใช้ไม้ปั่นสำลีปลอดเชื้อชุบสารละลายเซลล์ของแบคทีเรียที่เตรียมไว้แล้วเกลี่ยให้ทั่วบนอาหาร Muller Hinton agar (MHA) หลังจากนั้นเจาะหลุมขนาดเส้นผ่านศูนย์กลาง 7 มม. ด้วย Cork borer No.7 แล้วเติมสารสกัดสกัดหยาดของดอก ใบ และลำต้นของกัญชง ความเข้มข้นต่างๆ ปริมาตรหลุมละ 100 ไมโครลิตร และในแต่ละจานทดลองจะมี Tetracycline ความเข้มข้น 0.015 มก./มล. เป็น positive control และ 10% DMSO และเอทานอลความเข้มข้นร้อยละ 95 เป็น negative control แล้วนำไปบ่มที่อุณหภูมิ 37 องศาเซลเซียส เป็นเวลา

24 ชั่วโมง ทำการตรวจวัดผลโดยวัดขนาดเส้นผ่านศูนย์กลางของบริเวณใส (Inhibition zone) มิลลิเมตร โดยวัดคร่อมหลุมในแนว 3 ระนาบ ในแต่ละตัวอย่างทำการทดลอง 3 ซ้ำ⁽⁵⁾

การทดสอบหาค่าเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งเชื้อได้ Minimal Inhibitor Concentration (MIC) และการทดสอบหาความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรีย Minimum Bactericidal Concentration (MBC) ของสารสกัดโดยวิธี Broth Macro dilution test⁽⁶⁾

เตรียมสารสกัดหยาบของดอก ลำต้น และใบกัญชงความเข้มข้นต่างๆ โดยเตรียมหลอด micro-centrifuge tube ปลอดเชื้อจำนวน 11 หลอด ใส่อาหารเหลว MHB ทุกหลอดหลอดละ 0.7 มิลลิลิตร ใช้ automatic pipettes ดูดสารสกัดหยาบของกัญชงส่วนต่างๆ ปริมาตร 0.7 มิลลิลิตร ลงไปในหลอดที่ 1 ผสมสารสกัดหยาบของดอก ใบ และลำต้นของกัญชงกับอาหารให้เข้ากันดีแล้วดูออกมา 0.7 มิลลิลิตร ลงไปในหลอดที่ 2 ทำ two-fold dilution ให้มีความเข้มข้น 500, 250, 125, 62.5, 31.25, 15.625, 7.8, 3.9, 1.95, 0.975, 0.488 และ 0.244 มก./มล. จากนั้นปรับความขุ่นของเชื้อแบคทีเรียให้เท่ากับ McFarland standard no. 0.5 (1.5×10^8 CFU/ml) แล้ว dilute 1:2000 ด้วย MHB แล้วใส่สารสกัดหยาบของดอก ใบ และลำต้นของกัญชงความเข้มข้นต่างๆ ปริมาตร 0.1 มิลลิลิตร ลงในหลอดแก้วปราศจากเชื้อขนาด 12x75 มิลลิเมตร จากนั้นใส่เชื้อที่เจือจางแล้วปริมาตร 0.9 มิลลิลิตร ลงไปผสมเชื้อกับสารสกัดสมุนไพรให้เข้ากัน สารสกัดหยาบของดอก ลำต้นและใบกัญชงก็จะมี

เข้มข้น 50, 25, 12.5, 6.25, 3.12, 1.56, 0.78, 0.39, 0.195, 0.098, 0.0488 และ 0.0244 มก./มล. โดยมี negative control เป็นอาหารเหลวกับเชื้อแบคทีเรีย และ positive control เป็นยา Tetracycline ความเข้มข้น 0.015 มก./มล. กับเชื้อแบคทีเรีย จากนั้นนำไปบ่มที่ 37 องศาเซลเซียส เป็นเวลา 18 ชั่วโมง และอ่านผลโดยสังเกตความขุ่นของอาหารที่เกิดจากเชื้อเจริญ ค่า MIC คือความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อได้ (อ่านผลหลอดสุดท้ายที่ใส คือไม่มีเชื้อเจริญให้เห็นด้วยตาเปล่า) จากนั้นนำหลอดที่ใสมา spread ลงบน MHA plate เพื่อดูว่า plate ไດไม่มีเชื้อขึ้นให้อ่านค่า MBC (Minimal Bactericidal Concentration) เป็นความเข้มข้นต่ำสุดของยาที่สามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรียได้

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์สถิติจากผลการสกัดหยาบของสารกลุ่มแคนนาบินอยด์จาก ดอก ใบ และลำต้นของกัญชงความเข้มข้นที่ความความแตกต่างกัน โดยแต่ละสิ่งทดลอง (Treatment) ทำการทดลอง 3 ซ้ำ นำมาหาค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของทรีทเมนต์ ใช้วิธีของดันแคน (Duncan's multiple range test: DMRT) โดยทดสอบค่าเฉลี่ยของกลุ่มต่างๆที่มีความแตกต่างทางสถิติในระดับความเชื่อมั่น 95% ($p=0.05$) จากการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมทางสถิติสำเร็จรูป

ผลการวิจัย

ผลสกัดสารสกัดหยาบจากกัญชง

จากการสกัดสารสกัดกัญชง ลักษณะของสารสกัดหยาบของดอก และใบของกัญชงพบว่า

สารสกัดมีสีเขียวเข้มปนน้ำตาล มีความข้น และจับตัวกันเป็นก้อนเล็กน้อย ขณะที่ลักษณะของสารสกัดหยาบของลำต้นกัญชง ที่มีลักษณะเป็นสารหนืดสีเขียวอ่อน ดังแสดงในตารางที่ 1

ผลการศึกษาสารสกัดจากกัญชงต่อการยับยั้งการเจริญของเชื้อแบคทีเรีย ด้วยวิธี Agar well diffusion

จากการทดสอบประสิทธิภาพของสารสกัดหยาบจากดอก ใบ และลำต้นกัญชงในการยับยั้งแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบ พบว่า สารสกัดหยาบจากดอก ใบ และลำต้นกัญชงมีประสิทธิภาพในการยับยั้งการเจริญของแบคทีเรียแกรมบวก ได้แก่ *S. aureus*, *B. cereus* และ *B. subtilis* ได้ดีกว่าแบคทีเรียแกรมลบ ได้แก่ *V. Cholerae* และ *Acinetobacter* spp. แต่ไม่มีประสิทธิภาพในการยับยั้งการเจริญของ *Klebsiella* sp. โดยสังเกตได้จากค่าบริเวณใสในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย ดังแสดงในตารางที่ 2 นอกจากนี้จะเห็นได้ว่า สารสกัดหยาบจากดอกกัญชงมีประสิทธิภาพสูงสุดในการยับยั้งการเจริญของแบคทีเรียทั้ง 5 ชนิด โดยมีบริเวณใสเฉลี่ยเท่ากับ 8.00 (S.D.=0.00) มิลลิเมตร ถึง 33.00 (S.D.=5.00) มิลลิเมตร ขณะที่ไม่พบบริเวณใสในการยับยั้งเชื้อ *Klebsiella* sp. เท่ากับ 0.00 (S.D.=0.00) มิลลิเมตร

ผลการทดสอบหาค่า Minimal Inhibitory Concentration (MIC) และ Minimum Bactericidal Concentration (MBC) ของสารสกัดโดยวิธี Broth Macro dilution test

จากการวิเคราะห์หาค่า MIC ของสารสกัดหยาบจากดอก ใบ และลำต้นของกัญชง

ต่อแบคทีเรียก่อโรค พบว่า ค่า MIC ของสารสกัดหยาบจากดอกของกัญชงในการยับยั้งเชื้อ *S. aureus*, *B. cereus* และ *B. subtilis* เท่ากับ 0.0244 มก./มล. ขณะที่ค่า MIC ของเชื้อ *V. cholerae* และ *Acinetobacter* spp. เท่ากับ 12.5 มก./มล. และ 50 มก./มล. ตามลำดับ สำหรับค่า MIC ของสารสกัดหยาบจากใบของกัญชง ในการยับยั้งเชื้อ *S. aureus*, *B. cereus*, *B. subtilis*, *V. cholerae* และ *Acinetobacter* spp. เท่ากับ 0.0244, 6.25, 3.12, 12.5 และ 12.5 มก./มล. ตามลำดับ และ ค่า MIC ของสารสกัดหยาบจากลำต้นของกัญชงในการยับยั้งเชื้อ *S. aureus*, *B. cereus*, *B. subtilis*, และ *Acinetobacter* spp. เท่ากับ 50 มก./มล. ในขณะที่ค่า MIC ของ *B. subtilis* เท่ากับ 12.5 มก./มล. และ *V. cholerae* เท่ากับ 25 มก./มล. จะเห็นได้ว่า สารสกัดหยาบจากดอกของกัญชงมีประสิทธิภาพในการยับยั้งการเจริญของแบคทีเรียได้ดีที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 3

จากการวิเคราะห์หาค่า MBC ของสารสกัดหยาบจากดอก ใบ และลำต้นของกัญชงต่อแบคทีเรียก่อโรค พบว่า ค่า MBC ของสารสกัดหยาบจากดอกของกัญชงในการฆ่าเชื้อ *S. aureus* เชื้อ *B. cereus* และเชื้อ *B. subtilis* เท่ากับ 0.0244 มก./มล. ในขณะที่เชื้อ *V. cholerae* และ *Acinetobacter* spp. เท่ากับ 50 มก./มล. สำหรับค่า MBC ของสารสกัดหยาบจากใบของกัญชงในการฆ่าเชื้อ *S. aureus* เท่ากับ 0.0244 มก./มล. ส่วนเชื้อ *B. cereus* และเชื้อ *B. subtilis* เท่ากับ 6.25 มก./มล. ในขณะที่เชื้อ *V. cholerae* และ *Acinetobacter* spp. เท่ากับ 50 มก./มล. และ ค่า MBC

ของสารสกัดหยาบจากลำต้นของกัญชงในการฆ่าแบคทีเรียทั้ง 6 ชนิด เท่ากับ 50 มก./มล. ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า สารสกัดหยาบจากดอกของกัญชงมีประสิทธิภาพในการฆ่าเชื้อแบคทีเรียก่อโรคได้ดีที่สุด ดังแสดงในตารางที่ 3

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาสารสกัดหยาบจากกัญชงต่อการยับยั้งการเจริญของแบคทีเรียด้วยวิธี Agar well diffusion การหาค่าความเข้มข้นของสารในระดับต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของจุลินทรีย์ และความเข้มข้นของสารในระดับต่ำสุดที่สามารถฆ่าจุลินทรีย์ พบว่า ดอกกัญชงและใบกัญชงที่สกัดด้วยเอทานอลที่ความเข้มข้น 95% สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อ *Staphylococcus aureus* ได้ดีที่สุด โดยจากการทดลองแสดงให้เห็นว่าดอกกัญชงและใบกัญชงมีโซนยับยั้งเฉลี่ยเท่ากับ 33.00 (S.D.=5.00) และ 18.00 (S.D.=0.00) มิลลิเมตร ตามลำดับ และมีค่า MIC คือ 0.0244 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร และค่า MBC คือ 0.0244 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยการสกัดจากใบกัญชงสามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อ *S. aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *E. coli* และ *Enterococcus faecalis* ได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽⁴⁾ เนื่องจากสาร Cannabinoid ที่มีอยู่ในสารสกัดของใบกัญชง สามารถผ่านของเยื่อหุ้มเซลล์ของแบคทีเรียได้ และยังสามารถทำลายโครงสร้างผนังเซลล์ของแบคทีเรียซึ่งอาจส่งผลให้เซลล์ตายได้ในที่สุด โดยสารออกฤทธิ์ที่สำคัญที่สกัดจากกัญชง ได้แก่ cannabidiolic acid (CBDA) และ cannabidiol (CBD) มีคุณสมบัติสามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อแบคทีเรียแกรมบวกและแกรมลบได้⁽⁷⁾ จากผลการทดลองในตาราง 2 ผลการทดสอบ

สารสกัดหยาบจากดอก ใบ และลำต้นของกัญชงต่อการยับยั้งการเจริญของเชื้อแบคทีเรียด้วยวิธี Agar well diffusion พบว่า สารสกัดหยาบจากกัญชงมีบริเวณใสในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียมากกว่าเอทานอลมีค่าเฉลี่ยอยู่ระหว่าง 5.00 ถึง 33.00 มิลลิเมตรขณะที่เอทานอลมีการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.00 มิลลิเมตร แสดงถึงการใช้อเอทานอลในการสกัดสารกลุ่มแคนนาบินอยด์ไม่มีผลต่อการทดลองเนื่องจากกระบวนการสกัดสารผ่านเครื่องระเหยสุญญากาศแบบหมุนเหวี่ยง ซึ่งมีคุณสมบัติในการระเหยสารละลายเอทานอลความเข้มข้นร้อยละ 95 ออกจากสารสกัดได้มากที่สุด และคงเหลือแค่สารสกัดหยาบเท่านั้น⁽⁸⁾ นอกจากนี้การทดสอบสารสกัดหยาบของดอกกัญชงมีคุณสมบัติยับยั้งเชื้อแบคทีเรียแกรมบวก ได้แก่ *B. cereus* และ *B. subtilis* ได้ดีโดยมีโซนยับยั้งเท่ากับ 18.00 ± 0.00 มิลลิเมตร มีค่า MIC คือ 0.0244 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร และค่า MBC คือ 0.0244 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร สอดคล้องกับผลงานวิจัยพบน้ำมันหอมระเหยจากช่อดอกกัญชง สามารถยับยั้งการเจริญของ *B. cereus* และ *B. subtilis*⁽⁹⁾ นอกจากนี้มีผลรายงานสารสกัดจากเส้นใยกัญชงสามารถฆ่าเชื้อ *S. aureus* (MRSA) และ *S. epidermidis* ที่เป็นแบคทีเรียแกรมบวกได้ และยังพบว่าบริเวณ trichome ของดอกกัญชงสามารถพบสาร cannabidiol (CBD) ได้ในปริมาณมาก ซึ่งสาร cannabidiol (CBD) มีบทบาทสำคัญในการต้านเชื้อแบคทีเรียก่อโรคแกรมบวกได้อย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁰⁾ อย่างไรก็ตาม ผลการทดสอบสารสกัดหยาบทั้ง 3 ส่วนของกัญชง มีประสิทธิภาพไม่แตกต่างกันในการยับยั้งแบคทีเรียแกรมลบโดยเชื้อ *V. cholerae* และ *Acinetobacter* spp. โดยมีโซนยับยั้งอยู่

ระหว่างเฉลี่ยเท่ากับ 5.00 (S.D.=0.00) ถึง 12.33 (S.D.=1.15) มิลลิเมตร มีค่า MIC อยู่ระหว่าง คือ 50 ถึง 12.5 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร ขณะที่ไม่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อ *Klebsiella* sp. โดยมีโซนยับยั้งเฉลี่ยเท่ากับ 0.00 (S.D.=0.00) และมีค่า MIC และ MBC เท่ากับ 50 มิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร สอดคล้องกับผลการรายงานการสกัดน้ำมันหอมระเหยจากกัญชงไม่สามารถยับยั้งเชื้อ *Klebsiella pneumoniae* แต่สามารถยับยั้งเชื้อ *Acinetobacter calcoaceticus* ได้เล็กน้อย⁽¹⁰⁾ และสารสกัดจากกัญชงสามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อ *V. cholerae* ได้⁽¹¹⁾ ดังนั้นจะเห็นได้ว่า สารสกัดหยาบจากกัญชงแต่ละส่วนมีฤทธิ์ในการยับยั้งการเจริญของแบคทีเรียแต่ละชนิดแตกต่างกัน โดยสารสกัดจากกัญชงสามารถยับยั้งแบคทีเรียแกรมบวกได้ดีกว่าแบคทีเรียแกรมลบ เนื่องจากโครงสร้างผนังเซลล์ของแบคทีเรียแกรมบวกมีความซับซ้อนน้อยกว่าแบคทีเรียแกรมลบ⁽¹²⁾ จากผลการทดลองเห็นได้ว่า สารสกัดหยาบจากกัญชงแต่ละส่วนมีฤทธิ์ในการยับยั้งการเจริญของแบคทีเรียแต่ละชนิดแตกต่างกัน โดยสารสกัดหยาบจากดอกกัญชง มีประสิทธิภาพมากที่สุดในการยับยั้งแบคทีเรียก่อโรคแกรมบวกและแกรมลบบางชนิด ในขณะที่ใบกัญชง และลำต้นกัญชง มีประสิทธิภาพในการยับยั้งแบคทีเรียก่อโรครองลงมาตามลำดับ โดยปริมาณสารสำคัญกลุ่ม cannabinoid ซึ่งพบในพืชตระกูล *Cannabis* นั้นขึ้นอยู่กับส่วนต่างๆ ของพืช โดยส่วนดอกจะเป็นบริเวณที่พบสารสำคัญได้มากที่สุด ในส่วนของ ใบ และลำต้น มีปริมาณสารสำคัญรองลงมาตามลำดับ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการสืบพันธุ์และกระบวนการทางสรีรวิทยาในส่วนต่างๆ ของพืชกัญชง⁽¹³⁾

ยาต้านเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการฆ่าหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งช่วยให้ระบบป้องกันของเราสามารถต่อสู้กับการติดเชื้อได้ หรือสามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรียโดยตรง ยาต้านเชื้อแบคทีเรียที่มีประสิทธิภาพกว้าง มีความสามารถในการทำลายเชื้อแบคทีเรียหลายชนิด โดยความทนต่อยาต้านเชื้อแบคทีเรียเกิดขึ้นเมื่อเชื้อแบคทีเรียมีพัฒนาการต้านการฆ่าโดยยาต้านเชื้อแบคทีเรียที่เคยใช้ได้ผลกับเชื่อนั้น ซึ่งในปัจจุบันพบรายงานการดื้อยาต้านเชื้อแบคทีเรีย ตัวอย่างเช่น เชื้อ *Staphylococcus aureus* ที่ดื้อยาเมทิซิลลิน (MRSA)⁽¹⁴⁾ จึงทำให้มีความจำเป็นที่จะต้องค้นหาสารใหม่ที่สามารถใช้เป็นยาต้านเชื้อแบคทีเรียได้ ซึ่งสารสกัดหยาบจากกัญชง มีประโยชน์ในการต้านกับเชื้อแบคทีเรียที่ดื้อยาต้านเชื้อแบคทีเรียทั่วไป และช่วยลดภาวะการดื้อยาในเชื้อแบคทีเรียที่สามารถก่อให้เกิดโรคในมนุษย์ได้โดยเฉพาะเชื้อแบคทีเรียแกรมบวก⁽⁹⁾ จึงทำให้สารสกัดหยาบจากกัญชงที่สามารถยับยั้งเชื้อแบคทีเรียได้หลากหลายชนิดมีความสำคัญต่อมนุษย์ อย่างไรก็ตามการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับสารสกัดหยาบจากกัญชงในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียที่ก่อโรค รวมถึงศึกษาผลข้างเคียง ความปลอดภัย และวิธีการใช้ที่เหมาะสม ยังคงเป็นสิ่งที่จำเป็น

สรุปผลการวิจัย

การวิจัยเกี่ยวกับสารสกัดหยาบจากกัญชงแสดงให้เห็นฤทธิ์ต้านเชื้อแบคทีเรียในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียแกรมบวก โดยส่วนต่างๆ ของกัญชงประกอบไปด้วย ดอก ใบ และลำต้นของกัญชงมีประสิทธิภาพในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียก่อโรคที่แตกต่างกัน โดยพบว่าสารสกัดหยาบจากดอกของกัญชงสามารถยับยั้งการเจริญของแบคทีเรียก่อโรคแกรมบวกมาก

ที่สุด และแบคทีเรียก่อโรคแกรมลบบางชนิด ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้น ดอกกัญชงซึ่งเป็นพืชสมุนไพรจากธรรมชาติมีประโยชน์ในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรียก่อโรค และช่วยลดภาวะการดื้อยาในเชื้อแบคทีเรีย ทดแทนการใช้สารเคมี และยาปฏิชีวนะ อันจะมีประโยชน์ในด้านจุลชีววิทยาและการแพทย์ต่อไป

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. ควรศึกษาสารสกัดจากส่วนอื่นๆ ของและกัญชงเพิ่มเติม เช่น ราก เป็นต้น เพื่อเก็บเป็นข้อมูลในการศึกษาและพัฒนาต่อยอดในอนาคต
2. ควรทดสอบฤทธิ์ของสารสกัดในด้านอื่นๆ ด้วย เช่น ฤทธิ์การต้านการอักเสบ หรือฤทธิ์การฆ่าและไล่แมลง เป็นต้น
3. องค์ความรู้ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ยังไม่สามารถนำไปใช้ในการรักษาหรือด้านจุลินทรีย์ได้โดยตรง จะต้องมีการทดสอบความเป็นพิษของสารสกัดจากกัญชง และทดสอบด้านอื่นๆ เพื่อความปลอดภัยในการนำไปใช้ประโยชน์ในผู้บริโภค

กิตติกรรมประกาศ

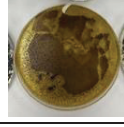
งานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนการวิจัยจากโครงการสนับสนุนการจัดตั้งห้องเรียนวิทยาศาสตร์ในโรงเรียนโดยการกำกับดูแลของมหาวิทยาลัย (โครงการ วมว.) สนับสนุนโดยกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ขอขอบคุณกองพัฒนายาแผนไทยและสมุนไพรกรมการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก กระทรวงสาธารณสุข ที่ให้คำปรึกษาและสนับสนุนตัวอย่างกัญชง และขอขอบคุณคณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ที่ให้อุปกรณ์และเครื่องมือ สถานที่ และอุปกรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. ชมลวรรณ เนื่องกันทา. ศักยภาพการผลิตพืชกัญชงบนพื้นที่สูงในเขตภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยแม่โจ้; 2555.
2. ผกาทิพย์ รื่นระเรึงศักดิ์. กัญชากับการรักษาโรค. มหาวิทยาลัยมหิดล; 2562.
3. Tayyab M, Shahwar D. GCMS analysis of Cannabis sativa L. from four different areas of Pakistan. Egyptian J Forensic Sci. 2015; 5(3): 114–25.
4. Naveed M, Khan TA, Ali I, Hassan A, Ali H, Din ZU, et al. In vitro antibacterial activity of Cannabis sativa leaf extracts to some selective pathogenic bacterial strains. Int J Biosci. 2014; 4: 65–70.
5. Federica P, Vittoria B, Virginia B, Marco B, Stefania B, Lorenzo C. Cannabis sativa L. and Nonpsychoactive Cannabinoids: Their Chemistry and Role against Oxidative Stress, Inflammation, and Cancer. Biomed Pharmacother. 2018.
6. National Committee for Clinical Laboratory Standards. Reference Method for Broth Dilution Antifungal Susceptibility Testing of Yeasts; Approved Standard-Second Edition: proposed standard NCCLS document M38-A2 (ISBN 1-56238-469-4); Clinical and Laboratory

- Standards Institute. Wayne, Pennsylvania 19087, USA; 2008.
5. Martinenghi LD, Jönsson R, Lund T, Jenssen H. Isolation, purification, and antimicrobial Characterization of cannabidiolic acid and cannabidiol from *Cannabis sativa* L. *Biomolecules*. 2020; 10(6): 900.
 6. กาญจนา ศรีประเสริฐ. การควบคุมเชื้อโรคในเมล็ดพันธุ์ข้าวโดยการเคลือบด้วยสารอินทรีย์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.
 7. Iseppi R, Brighenti V, Licata M, et al. Chemical characterization and evaluation of the antibacterial activity of essential oils from fibre-type *Cannabis sativa* L. (Hemp). *Molecules*. 2019; 24(12): 2302.
 8. Schofs L, Mónica S, Sergio B. The antimicrobial effect behind *Cannabis sativa*. *Pharmacology Res Perspect*. 2021; 9(2).
 9. Lone TA, Lone RA. Extraction of cannabinoids from *Cannabis sativa* L. plant and its potential antimicrobial activity. *Univ J Med Dent*. 2012; 1(4): 51-55.
 10. วชิรินทร์ รังสีภาณุรัตน์, พชร กัมมารเจษฎากุล, อธิยา จันทรวิทยานุชิต.ฤทธิ์ของสารสกัดสมุนไพรไทย 10 ชนิด ต่อการยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย *Staphylococcus aureus* ATCC 25923, *Bacillus cereus* และ *Escherichia coli* ATCC 25922. *วารสาร มฉก.วิชาการ*. 2559; 38(19): 35-48.
 11. Hemphill JK, Turner JC, Mahlberg PG. Cannabinoid content of individual plant organs from different geographical strains of *Cannabis sativa* L. *J Nat Prod*. 1980; 43(1): 112-22.
 12. Farha MA, El-Halfawy OM, Gale RT, Macnair CR, Carfrae LA, Zhang X, et al. Uncovering the hidden antibiotic potential of cannabis. *ACS Infect Dis*. 2020; 6(3): 338-46.

ตารางที่ 1 พืชที่ใช้ในการศึกษาและลักษณะของสารสกัดหยาบ

ชื่อพืช	ส่วนที่ใช้ศึกษา	ลักษณะ crude ของสารสกัด	รูปลักษณะ crude ของสารสกัด
กัญชง	ดอก	สารหนืดสีเขียวเข้มปนน้ำตาล	
	ใบ	สารหนืดสีเขียวเข้มปนน้ำตาล	
	ลำต้น	สารหนืดสีเขียวอ่อน	

ตารางที่ 2 ผลการศึกษาสารสกัดของกัญชง ต่อการยับยั้งการเจริญของเชื้อแบคทีเรีย ด้วยวิธี Agar well diffusion

สารสกัดพยับ	บริเวณใสในการยับยั้งเชื้อแบคทีเรีย (มม.)					
	<i>Staphylococcus aureus</i> (Mean±S.D.)	<i>Bacillus cereus</i> (Mean±S.D.)	<i>Bacillus subtilis</i> (Mean±S.D.)	<i>Klebsiella</i> sp. (Mean±S.D.)	<i>Vibrio cholerae</i> (Mean±S.D.)	<i>Acinetobacter</i> spp. (Mean±S.D.)
ดอกกัญชง	33.00±5.00 ^a	18.00±0.00 ^b	18.00±0.00 ^b	0.00±0.00 ^c	8.00±0.00 ^b	12.33±1.15 ^b
ใบกัญชง	18.00±0.00 ^c	15.33±2.51 ^{cd}	8.00±0.00 ^{de}	0.00±0.00 ^c	5.33±0.57 ^b	7.33±0.57 ^c
ลำต้นกัญชง	11.00±0.00 ^d	8.33±1.52 ^e	8.00±0.00 ^{de}	0.00±0.00 ^c	5.00±0.00 ^b	11.66±1.15 ^b
Ethanol	1.00±0.00 ^s	1.00±0.00 ^f	1.00±0.00 ^s	1.00±0.00 ^c	1.00±0.00 ^c	1.00±0.00 ^e
DMSO	0.00±0.00 ^s	0.00±0.00 ^f	0.00±0.00 ^s	0.00±0.00 ^c	8.00±5.00 ^b	0.00±0.00 ^e
ยา	26.00±0.00 ^b	21.00±0.00 ^a	20.00±0.00 ^a	23.00±0.00 ^a	26.66±1.15 ^a	28.66±0.57 ^a

หมายเหตุ : positive control คือ tetracycline ความเข้มข้น 0.015 มก./มล. negative control คือ Ethanol 95% และ DMSO
: ^{a-s} คือ สัญลักษณ์แสดงความแตกต่าง โดยอักษรเหมือนกันจะไม่มี ความแตกต่างกันที่สำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น 95 เปอร์เซนต์

ตารางที่ 3 ค่าความเข้มข้นต่ำสุดของสารสกัดจากกัญชงที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อแบคทีเรีย (MIC) และค่าความเข้มข้นต่ำสุดของสารสกัดจากกัญชงที่สามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรียได้ (MBC) ของสารสกัดโดยวิธี Broth Macro dilution test (หน่วยเป็นมิลลิกรัมต่อมิลลิลิตร)

สารสกัดหยาบ	เชื้อแบคทีเรีย											
	Staphylococcus aureus			Bacillus cereus			Bacillus subtilis			Klebsiella sp.		
	MIC	MBC		MIC	MBC		MIC	MBC		MIC	MBC	
ดอกกัญชง	0.0244	0.0244	0.0244	0.0244	0.0244	0.0244	0.0244	0.0244	0.0244	50	12.5	50
ใบกัญชง	0.0244	0.0244	6.25	6.25	3.12	6.25	6.25	50	50	12.5	50	50
ลำต้นกัญชง	50	50	50	50	12.5	50	50	50	50	25	50	50

หมายเหตุ : MIC คือ ค่าความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถยับยั้งการเจริญของเชื้อแบคทีเรียได้
MBC คือ ค่าความเข้มข้นต่ำสุดที่สามารถฆ่าเชื้อแบคทีเรียได้

ความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนในชุมชน

สายชล คล้อยเอี่ยม¹, กมลวรรณ สุขประเสริฐ², ภารุจิรี เจริญเผ่า³, ฐานิตา คุณารักษ์⁴
ดวงพร ไช้ขวัญ⁵, ว่าที่ร้อยตรีมณฑล หวานาวาจา⁶

(วันที่รับบทความ 12 เมษายน 2566, วันที่แก้ไข 29 เมษายน 2566, วันที่ตอบรับ 2 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลสามารถพยากรณ์สถานะสุขภาพของบุคคลได้ ทั้งนี้ความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Community Health Literacy: CHL) และความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล (Individual Health Literacy: IHL) ยังไม่มีการศึกษาอย่างชัดเจน การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความสัมพันธ์ระหว่าง CHL และ IHL โดยใช้ข้อมูลการขึ้นทะเบียนองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจากเว็บไซต์ สาสุข อุ๋นใจ คนไทยรอบรู้ กรมอนามัย ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 - 31 มีนาคม 2566 นำมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติโคสแคร์และระดับการพยากรณ์ด้วย binary logistic regression ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ผลการศึกษาพบว่า จากจำนวนผู้ตอบแบบสำรวจ 20,959 คน จาก 1,371 ชุมชน ใน 12 เขตสุขภาพ และกรุงเทพมหานคร CHL สามารถพยากรณ์ IHL ของคนในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่คาดการณ์ไว้โดยไม่เกี่ยวข้องกับประเภทชุมชน ทั้งนี้ CHL สามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของ IHL ของบุคคลในชุมชนได้ ร้อยละ 36.5 อีกทั้งยังพบด้วยว่าโอกาสที่จะพบประชากรที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำในชุมชนที่มีระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีมากถึง 16.075 เท่า เมื่อเทียบกับชุมชนที่มีระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพสูง (OR = 16.075, 95 C.I.: 11.874 - 21.761) จากผลการศึกษาจึงสรุปได้ว่า ระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถพยากรณ์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลในชุมชนได้ หน่วยงานที่ดูแลเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคควรคำนึงถึงสถานการณ์ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพและการจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชน

คำสำคัญ : ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ, ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ความสัมพันธ์, การเสริมพลังอำนาจ, สถานะสุขภาพ

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ²นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ³นักวิชาการอิสระ
⁴นักวิชาการพัสดุ ⁵นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ⁶นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ
กองส่งเสริมความรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย

Corresponding author: สายชล คล้อยเอี่ยม, e-mail: saichon.k@anamai.mail.go.th

The Association between Community Health Literacy and Individual Health Literacy

Saichon Kloyiam¹, Kamonwan Sukprasert², Parujee Charoenpao³, Thanita Kunarak⁴
Duangporn Khaikhan⁵, Montol Wanwaja⁶

(Received 12th April 2023, Revised 29th April 2023, Accepted 2nd May 2023)

Abstract

Community health literacy and individual health literacy have been shown to significantly predict individual health status. However, the relationship between community health literacy and individual health literacy is not clear yet. This study aimed to explore the association between community health literacy and individual health literacy. We pulled out the data from website “Sasuk Oonchai” between October 1st, 2022 - March 31st, 2023. The Chi-square test was used to explore the relationship and a binary logistic regression was run to study how well community health literacy could predict individual health literacy. The significance level was at .05. Based on 20,959 responses from 1371 communities in 12 health regions and Bangkok, a statistically significant association was found between community health literacy and individual health literacy regardless of community types. This complied with the study hypothesis. Furthermore, community health literacy could explain 36.5 percent of variances of individual health literacy. It was also found that it was 16.075 times more likely to find individuals with limited health literacy in low community health literacy areas compared with high community health literacy areas (OR = 16.075, 95 C.I.: 11.874 - 21.761). To conclude, community health literacy could predict individual health literacy. Relevant service providing organizations should consider community health literacy levels for more efficient resource allocation and effective health promoting programs.

Keywords: community health literacy, individual health literacy, association, empowerment, health status

¹Public Health Technical Officer, at Professional level ²Public Health Technical Officer, at Practitioner level, ³independent Scholar, ⁴Supply Analyst, ⁵Public Health Technical Officer, at Practitioner level ⁶Public Health Technical Officer, at Senior Professional level Corresponding author: Saichon Kloyiam, e-mail: saichon.k@anamai.mail.go.th

บทนำ

องค์การอนามัยโลกให้คำนิยาม “ความรู้ด้านสุขภาพ” ว่าเป็น “ความรู้และความสามารถของบุคคล ที่สั่งสมจากประสบการณ์ ในวิถีชีวิตประจำวัน การมีปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง และเกิดขึ้นตลอดช่วงชีวิต เพื่อเอื้อให้บุคคลนั้นเข้าถึง เข้าใจ ประเมินความเหมาะสม และประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และการบริการต่าง ๆ ที่มีอยู่เพื่อส่งเสริมและคงรักษาการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีให้กับตนเองและคนรอบข้างได้อย่างเหมาะสม” ซึ่งได้รับอิทธิพลโดยตรงจากปัจจัยแวดล้อมในช่วงเวลานั้น ๆ ด้วย เช่น ขั้นตอนการเข้ารับบริการสุขภาพ การมีอยู่ของแหล่งข้อมูลข่าวสารและการบริการ⁽¹⁾ ดังนั้น ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงมีความสำคัญต่อการใช้ชีวิตประจำวันอย่างมีสุขภาพะ มีส่วนช่วยในกระบวนการตัดสินใจจากข้อมูลที่เหมาะสม Don Nutbeam กล่าวว่า หากบุคคลมีข้อมูลและความรู้ที่เพียงพอเพียงอย่างเดียว อาจไม่สามารถนำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ถ้าขาดความเข้าใจ และทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและการบริการสุขภาพอย่างเหมาะสม⁽²⁾

การศึกษาของ Sentell และคณะ⁽³⁾ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคล (individual health literacy) และชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (community health literacy) สัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับสถานะสุขภาพของบุคคล⁽³⁾ การศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคลกับผลลัพธ์สุขภาพยืนยันว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคลสามารถพยากรณ์การมีสุขภาพที่ดีของบุคคลได้^(3, 4, 5) ในส่วนของชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น การศึกษาที่ผ่านมาให้ความเห็นว่า

อาจมีความสำคัญต่อชุมชน สามารถชี้เป้าพื้นที่เสี่ยง (hot spots)^(6, 7) ที่อาจเป็นพื้นที่สำหรับการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคโดยใช้ชุมชนเป็นฐานได้ และด้วยข้อจำกัดด้านทรัพยากร สถานการณ์ของชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพอาจช่วยทำให้การจัดสรรทรัพยากรเกิดขึ้นได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

การศึกษาล่าสุดเดียวกันยังพบว่า ระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถพยากรณ์สถานะสุขภาพของบุคคลได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังจากควบคุมอิทธิพลของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคลและปัจจัยเชิงประชากรตัวอื่น ๆ แล้ว⁽³⁾ ซึ่งหมายความว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคลและระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต่างก็สัมพันธ์กับสถานะสุขภาพของบุคคล บุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่า มักจะมีสถานะสุขภาพที่ดีกว่า ถึงแม้ว่าจะอยู่ในชุมชนที่มีสภาวะแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการมีสุขภาพะมากนัก แต่ก็ยังสามารถใช้ทักษะด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากแหล่งข้อมูลและการบริการที่หลากหลายได้ เช่นเดียวกันกับบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัดแต่อาศัยอยู่ในชุมชนที่เอื้อต่อการมีสุขภาพะ ก็อาจไม่สามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากแหล่งข้อมูลและการบริการต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชนได้ด้วยตนเอง

นอกจากนี้ หากบุคคลอยู่ในชุมชนที่ไม่เอื้อต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (ระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ) ก็อาจได้รับผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพได้มากกว่าบุคคลที่อยู่ในชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากในชุมชนมีระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ มีช่องทาง

หรือทางเลือกในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากแหล่งทรัพยากรต่าง ๆ ได้น้อยกว่าชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ⁽³⁾

อย่างไรก็ตาม จากการสืบค้นในฐานข้อมูลวิจัยของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กรมอนามัย และ ThaiJo2.0 ของคณะผู้วิจัย พบว่า ในบริบทของสังคมไทย ได้มีการดำเนินกิจกรรมพัฒนาชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดการกับปัญหาสุขภาพของคนในชุมชนแล้ว⁽⁸⁾ อย่างไรก็ตาม ความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคลยังมีการศึกษาที่จำกัด ซึ่งชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพอาจสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนในชุมชนด้วยเช่นกัน

การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ และความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคล โดยมีสมมติฐานว่า ระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถพยากรณ์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้ ผลการศึกษานี้จะช่วยให้หน่วยงานด้านสุขภาพทั้งในระดับปฏิบัติการและนโยบายสามารถเลือกพื้นที่เสี่ยง (hot spots) ที่อาจเป็นพื้นที่สำหรับการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยใช้ชุมชนเป็นฐานได้เหมาะสมขึ้น และจัดสรรทรัพยากรได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ผลการประมวลผล (combined results) ของชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพและระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับ

บุคคลถูกดึงมาจากฐานข้อมูลการขึ้นทะเบียนและประเมินผลของระบบการขึ้นทะเบียนองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ (สาสุข อุ๋นใจ คนไทยรอบรู้) ของกรมอนามัย ซึ่งเป็นข้อมูลเปิด (Open data) ผ่านรหัสเข้าสู่ระบบหลังจากลงทะเบียนแล้ว ทุกหน่วยงานที่ลงทะเบียนสามารถดึงข้อมูลในรูปแบบไฟล์ Excel ได้ ชุดข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์ถูกบันทึกไว้ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2565 – 31 มีนาคม 2566 จากจำนวนผู้ตอบแบบสำรวจ 20,959 คน จาก 1,371 ชุมชน ใน 12 เขตสุขภาพ และกรุงเทพมหานคร ช่วงเวลาดังกล่าวเป็นช่วงการดำเนินงานครึ่งปีแรกของปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ผลการวิจัยนี้จึงมีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนงานการส่งเสริมชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพในครึ่งปีหลัง

ระบบสาสุข อุ๋นใจ คนไทยรอบรู้ เป็นระบบขึ้นทะเบียนองค์กรและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่ให้หน่วยบริการสุขภาพและองค์กรอื่น ๆ ขึ้นทะเบียนและประเมินสถานะองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ขึ้นทะเบียนชุมชนนำร่องที่ตนเองลงไปทำกิจกรรมและประเมินระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคล ซึ่งการประเมินชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้นเกิดจากการที่ผู้ประสานงานของหน่วยงานนำลิงค์การประเมินที่ได้จากระบบสาสุข อุ๋นใจ คนไทยรอบรู้ (แต่ละชุมชนจะมีลิงค์ประเมินของใครของมัน) นำไปส่งต่อให้กับคนในชุมชนที่เกี่ยวข้องตอบแบบประเมิน ซึ่งสามารถทำผ่านระบบออนไลน์หรือนำไปพิมพ์เป็นแบบสอบถาม แล้วให้เจ้าหน้าที่เข้าระบบ

เพื่อบันทึกข้อมูล คำตอบของผู้ให้ข้อมูลในแต่ละชุมชนจะถูกประมวลผลอัตโนมัติและนำเสนอในรูปแบบกระดานข้อมูล (dashboard) บนเว็บไซต์สาสุข อุ่นใจ คนไทยรอบรู้ทันทีเมื่อพ้นระยะเวลาการประเมิน

วัตถุประสงค์การวิจัย

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคล

สมมติฐานการวิจัย

ระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถพยากรณ์ระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ตัวแปรที่ศึกษา

ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง ชุมชนที่มีกิจกรรมส่งเสริมการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสาร องค์ความรู้ และการบริการที่มีอยู่ในชุมชน จนคนในชุมชนสามารถเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากแหล่งข้อมูลข่าวสาร องค์ความรู้ และการบริการนั้น ๆ ได้โดยง่ายและสะดวก โดยประเมินจากประสบการณ์และมุมมองของคนในชุมชนที่หน่วยบริการสุขภาพขึ้นทะเบียนชุมชนในเว็บไซต์สาสุข อุ่นใจ คนไทยรอบรู้ ของกรมอนามัย

สัดส่วนประชากรที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ หมายถึง จำนวนบุคคลในชุมชนที่มีทักษะ และความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และการบริการสุขภาพในชุมชนได้อย่างง่ายและสะดวก โดยประเมินจากประสบการณ์และมุมมองของคนในชุมชนที่หน่วยบริการสุขภาพขึ้นทะเบียนชุมชนในเว็บไซต์สาสุข อุ่นใจ คนไทยรอบรู้ ของกรมอนามัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูล

ระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพถูกประเมินด้วยแบบสอบถามความคิดเห็นของสมาชิกในชุมชนที่ลงทะเบียนในระบบสาสุข อุ่นใจ คนไทยรอบรู้ แบบสอบถามความคิดเห็นเป็นการสำรวจกิจกรรมที่เกิดขึ้นในชุมชน มีจำนวน 5 ข้อ 5 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมสร้างการรับรู้ปัญหาสุขภาพในชุมชน กิจกรรมกระตุ้นการมีส่วนร่วมในการออกแบบวิธีส่งเสริมสุขภาพ กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ การแสดงป้ายและจุดแสดงข้อมูลความรู้สุขภาพ และกิจกรรมตรวจสุขภาพในชุมชน ตัวเลือกคำตอบคือ “เห็นด้วย” กับ “ไม่เห็นด้วย” โดยเห็นด้วย = ร้อยละ 20 ไม่เห็นด้วย = ร้อยละ 0 การเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพใช้เกณฑ์การประเมินของกรมอนามัย โดยชุมชนที่มีผลการประเมินตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป จะถือว่าเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ⁽⁹⁾ ซึ่งหมายถึง ชุมชนมีการจัดกิจกรรม 4 ใน 5 กิจกรรม และคนในชุมชนเข้าถึงและได้รับประโยชน์จริง ทั้งนี้ สำหรับการศึกษานี้ ระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นตัวแปรเชิงลำดับ เนื่องจากการกระจายตัวของชุดข้อมูลไม่ปกติ และยังไม่มีมาตรฐานการจัดแบ่งระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพที่เป็นที่ยอมรับระดับสากล

สัดส่วนประชากรที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ถูกประเมินจากแบบสอบถามความคิดเห็นโดยคนในชุมชนที่ลงทะเบียนเช่นกัน จำนวน 4 ข้อ โดยถามว่า “ท่านค้นหาข้อมูลที่ท่านต้องการในสถานการณ์ต่อไปนี้ได้ง่าย ใชหรือไม่” ที่สะท้อนถึงทักษะและความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และการบริการสุขภาพใน 4 สถานการณ์ ได้แก่ เมื่อประสบหรือพบเห็นผู้ประสบกับเหตุการณ์

หรืออุบัติเหตุฉุกเฉิน เมื่อเกิดการระบาดของโรคไม่ติดต่อ เมื่อต้องการดูแลสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง และเมื่อต้องการซื้อยา เครื่องสำอาง สมุนไพร อาหารเสริม โดยมีความเที่ยงตรงภายในของเครื่องมือ (ตัวเลือก 4 ตัวเลือก) อยู่ในระดับที่น่าพอใจ (Cronbach's alpha = 0.82) จากการทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 180 คน อย่างไรก็ดีตาม ในระบบสาสุข อุ่นใจได้ปรับลดตัวเลือกให้เหลือเพียง “ใช่” กับ “ไม่ใช่” เพื่อให้ง่ายต่อการเลือกตอบของผู้ตอบในชุมชนมากขึ้น ผู้ตอบแบบสอบถามที่เลือก “ใช่” ในจำนวน 3 ใน 4 ข้อคำถาม จะถือว่าเป็นผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ

การวิเคราะห์ทางสถิติ

สถิติไคสแควร์ (Chi-square) ถูกนำมาใช้ค้นหาความสัมพันธ์ระหว่างระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพกับระดับความรู้ด้านสุขภาพของบุคคลในชุมชน ทั้งนี้ เพื่อค้นหาความสัมพันธ์

ที่แท้จริงระหว่างระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพกับระดับความรู้ด้านสุขภาพของบุคคล คณะผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพกับประเภทชุมชนด้วย คณะผู้วิจัยใช้สถิติ binary logistic regression เพื่อศึกษาว่าระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถพยากรณ์ระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนในชุมชนได้เพียงใด โดยอ้างอิงระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์มาจากการสุ่มตัวอย่างแบบสำรวจ 20,959 คน จาก 1,371 ชุมชน ใน 12 เขตสุขภาพ และกรุงเทพมหานคร (ตาราง 1) ในจำนวนนี้ เป็นหมู่บ้านมากที่สุดจำนวน 734 แห่ง รองลงมา ชุมชน/สมาคมจำนวน 185 แห่ง และโรงพยาบาล/สถานพยาบาล จำนวน 132 แห่ง

ตารางที่ 1 จำนวนชุมชนที่นำมาศึกษา จำแนกตามประเภทชุมชนและเขตสุขภาพ (N=1371)

เขตสุขภาพ	ประเภทชุมชน							รวม (แห่ง)
	หมู่บ้าน	ชมรม/สมาคม	โรงพยาบาล/สถานพยาบาล	โรงเรียน	โรงงาน/สถานประกอบการ	สถานศึกษา	อื่นๆ	
1	55	8	10	1	2	-	5	81
2	77	57	16	8	-	-	9	167
3	14	6	4	2	-	-	95	121
4	67	33	16	9	5	-	18	148
5	9	5	3	-	1	-	9	27
6	63	12	14	6	-	-	14	109
7	233	18	26	25	-	1	45	348
8	43	8	13	6	-	1	13	84
9	81	6	8	4	-	1	3	103
10	42	8	5	1	-	-	6	62
11	30	20	11	2	-	-	20	83
12	20	3	6	3	-	-	5	37
กรุงเทพ	-	1	-	-	-	-	0	1
รวม							24	
(แห่ง)	734	185	132	67	8	3	2	1,371

ผลการวิเคราะห์การกระจายตัวของข้อมูลพบว่า ระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ และระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลกระจายตัวไม่ปกติ (Shapiro-Wilk normality test, W=.490, p=.000 และ W=.161, p=.000 ตามลำดับ)

คณะผู้วิจัยได้จัดกลุ่มระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 2 กลุ่ม คือ สูงกับต่ำ โดยใช้ค่าควอไทล์ที่ร้อยละ 50 เป็นจุดตัด ซึ่งอยู่ที่ค่าร้อยละ 100 เช่นเดียวกันกับระดับความรอบรู้

ด้านสุขภาพของบุคคล ใช้ค่าควอไทล์ที่ร้อยละ 50 เป็นจุดตัด ซึ่งอยู่ที่ค่าคะแนนร้อยละ 100

ความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล

ระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าไคสแควร์ = 413.5, p=.000) (ตาราง 2) ชุมชนที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีโอกาสที่จะพบประชากรในชุมชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำตามไปด้วย

โดยในชุมชนที่มีระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ พบประชากรที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ

ถึงร้อยละ 84.1 ขณะที่ในชุมชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูง พบเพียงร้อยละ 24.7

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพกับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล

		ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ						Chi - square	P - value
		ของบุคคล				รวม			
		สูง		ต่ำ					
		จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ		
ระดับชุมชนรอบรู้ ด้านสุขภาพ	สูง	725	75.3	238	24.7	963	100.0	413.5	0.000
	ต่ำ	65	15.9	343	84.1	408	100.0		
	รวม	790	57.5	581	42.4	1,371	100.0		

ความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพกับประเภทชุมชน

ทั้งนี้ เมื่อเลือกเฉพาะชุมชนประเภทชมรม/สมาคม และโรงพยาบาล/สถานพยาบาลที่มีจำนวนชุมชนไม่แตกต่างกัน พบว่า ประเภท

ชุมชนไม่สัมพันธ์กับระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ค่าไคสแควร์ = 1.171, $p=.279$) แสดงให้เห็นว่า ชุมชนประเภทต่าง ๆ สามารถเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพสูงหรือต่ำได้เท่าเทียมกัน (ตาราง 3)

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพกับประเภทชุมชน

		ประเภทชุมชน						Chi-square	p-value
		โรงพยาบาล/				รวม			
		ชมรม/สมาคม		สถานพยาบาล					
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ				
		(คน)	ละ	(คน)	ละ	(คน)	ละ		
ระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ	สูง	108	56.0	85	44.0	193	100.0	1.171	0.279
	ต่ำ	77	62.1	47	37.9	124	100.0		
	รวม	185	58.4	132	41.6	317	100.0		

ความสามารถในการพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคล การวิเคราะห์ความสามารถในการพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลด้วย Binary logistic regression

พบว่า ระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลในชุมชนได้ร้อยละ 36.5 (Nagelkerke R-Square = .365)

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ความสามารถในการพยากรณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลของชุมชน รอบรู้ด้านสุขภาพ

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95% C.I.*for EXP(B)	
							Lower	Upper
ระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ (ref.= สูง)	2.777	0.155	322.979	1	0.000	16.075	11.874	21.761
Constant	-1.114	0.075	222.322	1	0.000	0.328		

CI* =Confidence Interval

จากตาราง 4 พบว่า โอกาสที่จะพบประชากรที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำในชุมชนที่มีระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมีมากถึง 16.075 เท่า เมื่อเทียบกับชุมชนที่มีระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพสูง (OR = 16.075, 95 C.I.: 11.874 – 21.761)

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ผลการศึกษาพบว่า ระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถพยากรณ์ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลในชุมชนได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานที่คาดการณ์ไว้ โดยไม่เกี่ยวข้องกับประเภทชุมชน ทั้งนี้ ระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถอธิบายการเปลี่ยนแปลงของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลในชุมชนได้ร้อยละ 36.5

เมื่อพิจารณาจากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถพยากรณ์สถานะสุขภาพของบุคคลในชุมชนได้⁽³⁾ การประเมินสถานะชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อคัดเลือกชุมชนที่มีระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด จึงมีความสำคัญต่อการบริหารจัดการทรัพยากร ข้อมูลสถานะชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถชี้เป้าพื้นที่เสี่ยง (hot spots) ที่อาจเป็นพื้นที่ที่ต้องการการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโดยใช้ชุมชนเป็นฐานโดยเฉพาะเจาะจง อีกทั้ง ยังช่วยให้ผู้จัดบริการสามารถออกแบบ วางแผน และดำเนินการกิจกรรมที่ตอบสนองต่อปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้ของบุคคลในชุมชนได้อย่างตรงจุดมากขึ้น^(6, 7)

ระดับความรู้ด้านสุขภาพของคนในชุมชนที่แตกต่างกันอาจต้องการลักษณะของข้อมูลข่าวสารและการบริการที่แตกต่างกันด้วย เช่น บางชุมชนต้องพึ่งพาอาศัยเครือข่ายบุคคลในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและการบริการต่าง ๆ⁽⁴⁾ ดังนั้น การส่งเสริมสุขภาพในชุมชนผ่านตัวกลางอย่างเช่นเอกสารสื่อสุขภาพหรือเทคโนโลยีดิจิทัลอาจได้ผลน้อยในชุมชนที่มีคนรอบรู้ด้านสุขภาพน้อยจำนวนมาก

การศึกษาวิจัยจึงเป็นตัวช่วยให้ได้มาซึ่งข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนามาตรการนโยบาย และต่อยอดการวิจัยในอนาคต ผู้จัดบริการและระบบสุขภาพจึงควรคำนึงถึงความรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคลและชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อเข้าใจบริบทและยกระดับสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนในชุมชน การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับมาตรการการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในระบบบริการปฐมภูมิ พบว่า ร้อยละ 73 ของมาตรการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในระบบบริการปฐมภูมิสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของความรู้ด้านสุขภาพ⁽¹⁰⁾ หน่วยบริการระดับปฐมภูมิอาจจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้และกิจกรรมกระตุ้นพฤติกรรมสุขภาพ เช่น งานสุขภาพแฟร์ เพื่อเข้าถึงกลุ่มประชากรอื่น ๆ ในชุมชนมากขึ้น และเป็นการเสริมพลังอำนาจให้กับคนในชุมชนเพื่อรู้เท่าทันปัญหาสุขภาพและปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง⁽⁸⁾

ผลการศึกษานี้มีประโยชน์ในแง่ของนโยบายเช่นกัน หน่วยบริการสุขภาพในพื้นที่อย่างเช่นโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสามารถเป็นตัวประสานกลางเพื่อเชื่อมโยงและระดมทรัพยากรจากหน่วยงานต่าง ๆ

เพื่อให้ชุมชนได้เข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารและการบริการด้านต่าง ๆ ที่มีอยู่ได้อย่างตรงจุด โดยเฉพาะชุมชนที่มีระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัดหรือมีประชาชนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัดมาก ผู้กำหนดนโยบายสามารถใช้ข้อมูลสถานการณ์ชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อจัดสรรทรัพยากรในพื้นที่รับผิดชอบของตนเองให้เหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหาโดยอาจมุ่งเน้นที่ชุมชนที่มีระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด มาก ๆ เป็นตัวเลือกแรก

นอกจากนั้น ข้อค้นพบของการศึกษานี้สามารถนำไปใช้ต่อยอดในงานวิจัยด้านความรู้ด้านสุขภาพด้วย การทำความเข้าใจถึงชุมชนของชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีผลต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพของบุคคลและผลลัพธ์สุขภาพอาจช่วยให้การพัฒนาสะพานเชื่อมระหว่างกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในชุมชนมีความชัดเจนขึ้นและส่งผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนได้อย่างรวดเร็ว เช่น ด้วยลักษณะความสัมพันธ์ทางสังคมของคนในชุมชนที่เกิดขึ้นในชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพถึงแม้ว่าบุคคลจำนวนหนึ่งจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัด แต่ด้วยความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลกับคนที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงที่มาร่วมกิจกรรม ประชาชนกลุ่มเสี่ยงก็อาจได้รับรู้และเรียนรู้สิ่งใหม่ ๆ ได้มากกว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจำกัดที่อยู่ในชุมชนที่มีระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพที่ต่ำกว่าได้⁽⁸⁾ ดังนั้น การส่งเสริมให้ชุมชนเป็นชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพอาจส่งผลกระทบโดยตรงต่อระดับความรู้ด้านสุขภาพของบุคคลและส่งผลโดยอ้อมต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนในภาพรวม

ทั้งนี้ การศึกษาวิจัยวิถีของชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพอาจช่วยให้การใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนเกิดประสิทธิภาพและยั่งยืนมากขึ้น ลดการพึ่งพาแหล่งทรัพยากรจากภายนอก

ข้อจำกัดของการศึกษามีดังนี้ ข้อมูลที่นำมาใช้วิเคราะห์เป็นข้อมูลที่ถูกประมวลมาจากข้อมูลระดับบุคคลจากชุมชนที่ลงทะเบียนและประเมินชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพในระบบสาสุข อุ๋นใจ คนไทย รอบรู้ ของกรมอนามัย ข้อมูลประชากรของผู้ตอบแบบประเมิน เช่น เพศ อายุ ปัญหาสุขภาพ สถานะสุขภาพ ไม่ได้ถูกเก็บรวบรวมไว้ เนื่องจากระบบการประเมินต้องการลดภาระและปัจจัยกวนที่อาจทำให้ผู้ตอบแบบประเมินให้ข้อมูลที่ไม่ตรงกับความเป็นจริง การที่พบว่าระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับบุคคลอาจมีปัจจัยอื่น ๆ ที่ไม่ได้นำมาวิเคราะห์ร่วมก็ได้ เช่น บางชุมชนอาจมีประชากรผู้สูงอายุจำนวนมากน้อยแตกต่างกัน อีกทั้งข้อมูลนี้ถูกบันทึกไว้ในช่วงเวลาระหว่างตุลาคม 2565 - 31 มีนาคม 2566 ซึ่งเป็นช่วงการประเมินก่อนการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน

ต่อมาระดับการนำเสนอข้อมูลอยู่ในระดับภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างที่ลงทะเบียนในระบบสาสุข อุ๋นใจ การวิเคราะห์ข้อมูลไม่ได้นำจังหวัด หรือเขตสุขภาพมาวิเคราะห์ร่วมซึ่งปัจจัยเหล่านี้อาจสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลและระดับชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้น การศึกษาในอนาคตอาจทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างชุมชนรอบรู้ด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลจำแนกตามจังหวัด หรือเขตสุขภาพ

การประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคคลในระบบสาสุข อุ๋นใจ คนไทยรอบรู้เน้นเพียงมิติทักษะด้านการเข้าถึงเท่านั้น การศึกษาในอนาคตอาจพิจารณาเพิ่มทักษะอื่น ๆ ของความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากชุมชนแต่ละแห่งอาจมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละมิติไม่เหมือนกัน

เอกสารอ้างอิง

1. Organization WH. Health promotion glossary of terms 2021. 2021.
2. Peerson A, Saunders M. Health literacy revisited: what do we mean and why does it matter? Health Promotion International. 2009; 24(3): 285-96.
3. Sentell T, Zhang W, Davis J, Baker KK, Braun KL. The influence of community and individual health literacy on self-reported health status. J Gen Intern Med. 2014; 29(2): 298-304.
4. Paasche-Orlow MK, Wolf MS. The causal pathways linking health literacy to health outcomes. American journal of health behavior. 2007; 31(1): S19-S26.
5. Martin LT, Ruder T, Escarce JJ, Ghosh-Dastidar B, Sherman D, Elliott M, et al. Developing Predictive Models of Health Literacy. Journal of General Internal Medicine. 2009; 24(11): 1211-6.

6. Lurie N, Martin LT, Ruder T, Escarce JJ, Ghosh-Dastidar B, Sherman D, et al. Estimating and mapping health literacy in the state of Missouri. RAND Health. 2010:5.
7. Gottlieb L, Sandel M, Adler NE. Collecting and applying data on social determinants of health in health care settings. JAMA internal medicine. 2013; 173(11): 1 017-20.
8. Kloyiam S. Community Health Literacy as an empowerment tool for preventing non-communicable and emerging infectious diseases: What, How, and Why? THAILAND JOURNAL OF HEALTH PROMOTION AND ENVIRONMENTAL HEALTH. 2022; 45(4): 11-23.
9. Department of Health. Sasuk Oonchai: Status of Community Health Literacy 2023 [Available from: <https://sasukoonchai.anamai.moph.go.th/networking.php>.]
10. Taggart J, Williams A, Dennis S, Newall A, Shortus T, Zwar N, et al. A systematic review of interventions in primary care to improve health literacy for chronic disease behavioral risk factors. BMC family practice. 2012; 13: 1-12.

ประสิทธิผลของการใช้ยาขับเหล็ก Deferasirox ในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมีย และไม่ใช้ธาลัสซีเมีย ที่รับเลือดประจำในโรงพยาบาลขอนแก่น

มนธนา จันทรมิณ

(วันที่รับบทความ 25 พฤษภาคม 2566, วันที่แก้ไข 7 กรกฎาคม 2566, วันที่ตอบรับ 11 กรกฎาคม 2566)

บทคัดย่อ

โรคธาลัสซีเมีย (Thalassemia) คือ โรคโลหิตจางพันธุกรรม เกิดจากความผิดปกติของการสร้างฮีโมโกลบิน ผู้ป่วยที่มีความรุนแรงต้องรับเลือดประจำสม่ำเสมอร่วมกับการให้ยาขับเหล็ก การศึกษานี้เป็นการศึกษาย้อนหลังเชิงพรรณนา (Retrospective cohort study) เพื่อติดตามผลการใช้ยาในแง่ขนาดของยา การเปลี่ยนแปลง serum ferritin และอาการข้างเคียงหลังจากการให้ยา เก็บข้อมูลจากแฟ้มผู้ป่วยเด็ก จำนวน 25 ราย ที่รับเลือดสม่ำเสมอ และรับยาขับเหล็ก Deferasirox ต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ที่คลินิกธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2552 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ paired t-test และ Wilcoxon signed rank test

การศึกษาพบว่าผู้ป่วยธาลัสซีเมียที่มีความรุนแรงสามารถให้ยา Deferasirox เป็นยาขับเหล็กเพียงตัวเดียว ในขณะที่ผู้ป่วยรับเลือดสม่ำเสมอทุก 3-4 สัปดาห์ สามารถรักษาระดับค่าเฉลี่ย serum ferritin เริ่มต้น และสิ้นสุดการรักษา 1 ปี เท่ากับ 1,359 ng/mL และ 1,593 ng/mL สำหรับผู้ป่วยโรคเลือดจางเรื้อรังอื่นๆ เท่ากับ 1,092 ng/mL และ 1,309 ng/mL ตามลำดับ เมื่อติดตามอาการข้างเคียงของยาที่อาจส่งผลกระทบต่อตับและไต พบว่าค่าเฉลี่ย serum AST, ALT และ creatinine ก่อนกินยาของผู้ป่วย เท่ากับ 46.77 (U/L), 30.72 (U/L) และ 0.31 (mg/dL) และหลังจากกินยา 12 เดือน เท่ากับ 48.0 (U/L), 39.5 (U/L) และ 0.35 (mg/dL) ตามลำดับ และพบว่าขนาดยา 20-40 mg/kg/day สามารถขับเหล็กได้ดีกว่าขนาดต่ำกว่า 20 mg/kg/day โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เมื่อติดตามผู้ป่วยครบ 10 ปี สรุปคือ ยา Deferasirox สามารถใช้เป็นยาขับเหล็กในผู้ป่วยเด็กธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงและโรคเลือดจางเรื้อรังอื่นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในขนาดยาที่เหมาะสมคือ 20-40 mg/kg/day ซึ่งขนาดของยามีความสัมพันธ์กับระดับ serum ferritin และผลการศึกษานี้สามารถใช้เป็นแนวทางประกอบการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มที่มีภาวะเหล็กเกินเรื้อรังต่อไป

คำสำคัญ: โรคธาลัสซีเมีย, ภาวะเหล็กเกิน, ยาขับเหล็ก, Deferasirox

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ กุมารแพทย์เฉพาะทางสาขาโรคเลือดและมะเร็งเด็ก
กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น Corresponding author: มนธนา จันทรมิณ,
e-mail: dr_jane_kkh@hotmail.com

Results of Deferasirox for Regular Transfusion in Thalassemia and Non-thalassemia Pediatric Patients

Monthana Juntharaniyom

(Received 25th May 2023, Revised 7th July 2023, Accepted 11th July 2023)

Abstract

Thalassemia is the most common genetic blood disease in Thailand. Currently based on their clinical severity and transfusion requirement lead to complication of iron overload. Iron chelation need to effectively manage, closed monitoring serum ferritin levels and adverse effects of drug. Objective study design for Deferasirox (DFX) used in transfusion dependent thalassemia (TDT) and non thalassemia anemia with iron overload in children. Retrospective review data in thalassemia clinic of Khon Kaen hospital since Sep. 2009 – Dec. 2019, ten years in 25 patients. Analytical serum ferritin levels by Wilcoxon signed rank test and serum aspartate transaminase (AST), serum alanine transaminase (ALT), serum creatinine by paired t-test.

Monotherapy iron chelation by Deferasirox in TDT these on regular transfusion every 3-4 week, ferritin at start was 1,359 ng/ml and 1,593 ng/ml in the end. Another group, non thalassemia anemia ferritin at start was 1,092 ng/ml and end at 1,309 ng/ml in one year. DFX can treat iron overload in both groups, serum ferritin were not increased significantly. In addition to appropriate dose adjustment for chelation 20-40 mg/kg/day more effective dose than lower 20 mg/kg/day in both groups. No severe adverse effects over 10 years of study. Finally, DFX can used for monotherapy iron chelation in both groups were effectively and safely in pediatrics.

Keywords: thalassemia, iron overload, iron chelation, Deferasirox , regular transfusion

Medical Doctor, Senior Professional Level Pediatric Hematologist Department
Khonkaen Hospital Corresponding author: Monthana Juntharaniyom,
e-mail: dr_jane_kkh@hotmail.com

บทนำ (Introduction)

โรคธาลัสซีเมียเป็นโรคโลหิตจางที่ถ่ายทอดทางพันธุกรรม พบได้บ่อยในประเทศไทย เกิดจากความผิดปกติของการสร้างฮีโมโกลบิน โดยมีการสร้างฮีโมโกลบินน้อยลง และ/หรือสร้างฮีโมโกลบินผิดปกติ ส่งผลให้เม็ดเลือดแดงมีลักษณะผิดปกติและแตกง่าย ผู้ที่มีธาลัสซีเมียมีทั้งผู้ที่ป่วยโรคและไม่ป่วยโรค (พาหะ) ผู้ที่เป็นโรคมีอาการแตกต่างกัน ตั้งแต่โลหิตจางเล็กน้อย โลหิตจางมาก ไปจนถึงอาการรุนแรงมากถึงขั้นเสียชีวิตตั้งแต่อยู่ในครรภ์มารดา ในปัจจุบันได้แบ่งผู้ป่วยธาลัสซีเมียตามความรุนแรงเพื่อการรักษาเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่ม Non transfusion dependent thalassemia (NTDT) กลุ่มนี้ไม่จำเป็นต้องได้รับเลือดประจำก็สามารถมีชีวิตอยู่ได้ อีกกลุ่มคือ Transfusion dependent thalassemia (TDT) กลุ่มนี้เป็นผู้ป่วยที่ต้องการรับเลือดเป็นประจำเพื่อการมีชีวิต และสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ ซึ่งผู้ป่วยที่ได้รับเลือดประจำจะส่งผลให้มีภาวะเหล็กเกิน จึงจำเป็นต้องได้รับยาขับเหล็กร่วมด้วย⁽¹⁾ เพื่อลดภาวะเหล็กเกินที่อาจจะเกิดขึ้นได้ ภาวะเหล็กเกินเป็นปัญหาสำคัญในผู้ป่วยธาลัสซีเมียหรือผู้ป่วยกลุ่มที่มีความผิดปกติของเม็ดเลือดแดง (Red cell defect) ภาวะเหล็กเกินนี้อาจเกิดจากการดูดซึมธาตุเหล็กเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยซึ่งมีภาวะซีดเรื้อรัง และเกิดจากธาตุเหล็กที่ได้รับจากการรับเลือด โดยปริมาณของธาตุเหล็กในร่างกายสามารถตรวจสอบได้จากการตรวจเลือดหาระดับซีรัมเฟอไรติน (Serum ferritin) เมื่อระดับเฟอไรตินสูงกว่า 1,000 นาโนกรัม/มิลลิลิตรจะถือว่ามีความเสี่ยง^(1,2) ทั้งนี้ภาวะเหล็กเกินจะมี

ผลเสียต่ออวัยวะภายในต่างๆ เช่น ตับ หัวใจ ตับอ่อน และต่อมไร้ท่อ ดังนั้นการกำจัดเหล็กที่เกินในร่างกายของผู้ป่วยจึงเป็นสิ่งที่จำเป็นอย่างยิ่ง เพื่อลดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวที่อาจจะเกิดขึ้นต่อผู้ป่วย

ยาขับเหล็ก Deferasirox เป็นยาขับเหล็กที่ผ่านการอนุมัติใช้ครั้งแรกโดย FDA เมื่อ พ.ศ. 2548 เป็นยาในรูปแบบยาเม็ดที่ต้องละลายในน้ำเปล่าหรือน้ำผลไม้ก่อนรับประทาน รับประทานง่ายเพียงวันละ 1 ครั้ง เป็นยาที่มีวิธีการใช้สะดวก มีรายงานการศึกษาถึงอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา เช่น อาจเกิดท้องเสีย คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ผื่นบริเวณผิวหนัง ระดับเอนไซม์การทำงานของตับในเลือดเพิ่มขึ้น อาการอื่นๆ ได้แก่ แผลในทางเดินอาหาร รบกวนการมองเห็นและการได้ยิน อาจมีอาการไม่พึงประสงค์ที่รุนแรงแต่พบได้น้อยมาก ได้แก่ เลือดออกในทางเดินอาหาร ตับ และ/หรือไต ทำงานผิดปกติ ตับวาย ไตวาย ผื่นแพ้ยาชนิดรุนแรง⁽³⁾ เป็นต้น

การศึกษาของ Hoffbrand และคณะ⁽⁴⁾ ได้ทำการศึกษาในกลุ่มคนไข้ Nontransfusion-dependent thalassemia (NTDT) จำนวน 166 ตัวอย่าง โดยเปรียบเทียบกลุ่มที่ได้รับยาขับเหล็ก Deferasirox และกลุ่มที่ได้รับยาหลอก (placebo) ที่มีอายุมากกว่า 10 ปี พบว่าหลังจาก 1 ปี กลุ่มที่ได้รับยา Deferasirox มีค่า liver iron concentration (LIC) และค่า serum ferritin ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับยาหลอก และพบมีอาการข้างเคียง อาการคลื่นไส้ (nausea) ร้อยละ 6.6, ผื่น (rash) ร้อยละ

4.8 และท้องร่วง (diarrhea) ร้อยละ 3.6 และจากการศึกษาของ Nolte และคณะ⁽⁵⁾ ได้ทำการศึกษาผลของการใช้ยา Deferasirox เป็นเวลา 1 ปี ในคนไข้ myelodysplastic syndrome ที่มีอาการซีดเรื้อรัง และจำเป็นต้องได้รับเลือดประจำ โดยใช้ยาปริมาณเฉลี่ย 19 mg/kg/day พบว่าค่า serum ferritin ลดลงถึงร้อยละ 31 และค่า LIC ลดลงถึงร้อยละ 35.7 และพบอาการข้างเคียงร้อยละ 10 ของกลุ่มตัวอย่าง คือ มีอาการท้องเสีย (diarrhea) ปวดท้อง (upper abdominal pain) คลื่นไส้ และมีค่า serum creatinine increase สูงขึ้นเล็กน้อย

คลินิกธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลขอนแก่น ได้เริ่มมีการจ่ายยาขับเหล็ก Deferasirox (Exjade®) ตั้งแต่ปี 2552 รวมระยะเวลากว่า 10 ปี ผู้วิจัยจึงมีวัตถุประสงค์ที่จะศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับยาขับเหล็กชนิดนี้ย้อนหลังเพื่อติดตามผลการใช้ยาในแง่ของขนาด (Dose) ของยา, การเปลี่ยนแปลงของซีรั่มเฟอไรตินและอาการข้างเคียงหลังจากการใช้ยา เนื่องจากยาขับเหล็ก Deferasirox (Exjade®) เป็นยาขับเหล็กตัวใหม่ล่าสุดที่ใช้ในการรักษาในผู้ป่วย และได้เริ่มมีการใช้ยาในประเทศไทยหลังจาก FDA รับรองได้ไม่นาน โดยที่ยังไม่มีแนวทางในการใช้ยาที่ชัดเจนในช่วงแรก รวมถึงแนวทางการรักษาตามมาตรฐานของผู้ป่วยธาลัสซีเมียยังไม่เป็นมาตรฐานเดียวกัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงทำการศึกษาประสิทธิผลของการใช้ยาขับเหล็กดังกล่าว เพื่อใช้เป็นแนวทางในการประกอบการรักษาผู้ป่วยในกลุ่มที่มีภาวะเหล็กเกินเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ยาขับเหล็ก Deferasirox (Exjade®) ในผู้ป่วยธาลัสซีเมียและผู้ป่วยโรคเลือดจางเรื้อรังอื่นๆ ที่ได้รับยาขับเหล็กชนิดนี้ย้อนหลัง 10 ปี เพื่อติดตามผลการใช้ยาในแง่ของขนาด (Dose) ของยา, การเปลี่ยนแปลงของซีรั่มเฟอไรติน และอาการข้างเคียงหลังจากการใช้ยา

สมมุติฐานงานวิจัย

ยาขับเหล็ก Deferasirox (Exjade®) สามารถใช้เป็นยาขับเหล็กเพียงตัวเดียวล้าพัง ในขณะที่ผู้ป่วยได้รับเลือดสม่ำเสมอทุก 3-4 สัปดาห์ โดยไม่ทำให้ระดับ serum ferritin สูงขึ้น และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน หลังจากติดตามผู้ป่วยครบ 10 ปี

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาย้อนหลัง (Retrospective cohort study) โดยเก็บข้อมูลจากแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่คลินิกธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2552 จนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ทำการศึกษาเพื่อติดตามประสิทธิภาพและผลข้างเคียงของยา โดยแบ่งเป็น 4 การศึกษาได้แก่

1. ศึกษาผลของการขับเหล็กโดยตรวจติดตามค่าซีรั่มเฟอไรตินก่อนและหลังกินยา 12 เดือน
2. ประเมินผลข้างเคียงต่อดัชนีและไต โดยตรวจติดตามค่า Alanine aminotransferase (ALT) Aspartate transaminase (AST) และ Creatinine (Cr) ก่อน และหลังกินยา 12 เดือน

3. ติดตามประสิทธิภาพของการขับเหล็กแยกกลุ่มตัวอย่างตามการวินิจฉัยโรค โดยประเมินจากค่าซีรั่มเฟอไรติน โดยติดตามค่าซีรั่มเฟอไรตินก่อนรับยาและทุก 3 เดือนจนครบ 1 ปี

4. ประเมินผลของปริมาณยา (dose) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่ม Low dose และ High dose และตรวจติดตามเปรียบเทียบค่าซีรั่มเฟอไรติน โดยติดตามค่าซีรั่มเฟอไรตินก่อนรับยาและทุก 3 เดือนจนครบ 1 ปี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลจากแฟ้มข้อมูลผู้ป่วยเด็กที่มารับการรักษาที่คลินิกธาลัสซีเมียโรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่เดือนกันยายน พ.ศ. 2552 จนถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2562 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 187 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา ได้แก่ ผู้ป่วยเด็กจำนวน 25 ราย ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) ดังนี้

1. ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคธาลัสซีเมียชนิดเบต้าธาลัสซีเมีย (β -thalassemia) หรือเบต้าธาลัสซีเมียฮีโมโกลบินอี (β -thalassemia/Hb E) หรือโรคเลือดจางเรื้อรังอื่นๆ จากความผิดปกติของเม็ดเลือดแดง (red blood cell defect) โดยได้รับการยืนยันวินิจฉัยด้วยวิธีวิเคราะห์ดีเอ็นเอและเข้ารับการรักษาที่คลินิกธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลขอนแก่น

2. ผู้ป่วยมารับเลือดประจำสม่ำเสมอทุก 3-6 สัปดาห์

3. ผู้ป่วยได้รับยาขับเหล็ก Deferasirox (Exjade®) ต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี โดยในระหว่างนั้นไม่มีการเปลี่ยนชนิดของยาขับเหล็ก

4. ผู้ป่วยมีค่าซีรั่มเฟอไรตินก่อนรับยามากกว่า 1,000 ng/mL และมีเกณฑ์การคัดออก (Inclusion criteria) ดังนี้

1. เปลี่ยนการวินิจฉัยของโรค
2. ผู้ป่วยมีการเปลี่ยนไปใช้ยาชนิดอื่นก่อนการได้รับยา Deferasirox (Exjade®) ครบ 1 ปี เนื่องจากผู้ป่วยมีอายุเกิน 5 ปี ในกรณีที่ใช้ (Exjade®) เป็น First line drug

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มผู้ป่วยโดยใช้แบบฟอร์มการเก็บข้อมูล (care record form) ซึ่งประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐาน การวินิจฉัยโรค ผลตรวจการมองเห็น และการได้ยิน อาการข้างเคียง ปริมาณเลือดที่ได้รับแต่ละครั้ง ขนาดยา (Dose) ที่ได้รับ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่า serum ferritin, ASL, ALT และ Creatinine

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิจัย

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป และสถิติที่ใช้ในการวิจัยมีดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุเฉลี่ย เพศ การวินิจฉัยโรค ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนกินยาใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics analysis) ใช้ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าความถี่ (Frequency) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. ค่าซีรั่มเฟอร์ริตินตามระยะเวลาในกลุ่มตัวอย่างแสดงเป็นค่ามัธยฐาน (median) และใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test เพื่อวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลง ค่า serum ferritin ก่อนกินยาและหลังกินยา 12 เดือน

3. ติดตามผลการเปลี่ยนแปลงค่า serum AST, ALT และ Creatinine ก่อนและหลังกินยา 12 เดือนในกลุ่มตัวอย่าง โดยแสดงเป็นค่าเฉลี่ยและวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างโดยใช้ paired t-test

4. เปรียบเทียบค่าซีรั่มเฟอร์ริตินระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นธาลัสซีเมียและกลุ่มที่ไม่ใช่ธาลัสซีเมีย โดยใช้สถิติ Wilcoxon signed rank test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ในขั้นตอนการดำเนินการวิจัยและการนำเสนอจะไม่มีเปิดเผยชื่อผู้ป่วย โดยมีการใช้รหัสที่กำหนดขึ้นใหม่แทนข้อมูลที่ระบุตัวบุคคลของผู้ป่วย และจำกัดการเข้าถึงข้อมูลของผู้ป่วย ส่วนการนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นการนำเสนอในภาพรวมซึ่งไม่สามารถสืบถึงตัวผู้ป่วยได้ ผู้วิจัยขอยืนยันว่างานวิจัยนี้ไม่มีผลประโยชน์และส่วนได้ส่วนเสียใดแอบแฝงในเชิงธุรกิจกับบริษัทฯ เป็นเพียงการศึกษาเพื่อพัฒนาความรู้ทางวิชาการเท่านั้น

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม

งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลขอนแก่น รหัสเลขที่ KEXP63041 เมื่อวันที่ 30 กันยายน 2565

ผลการศึกษา (Result)

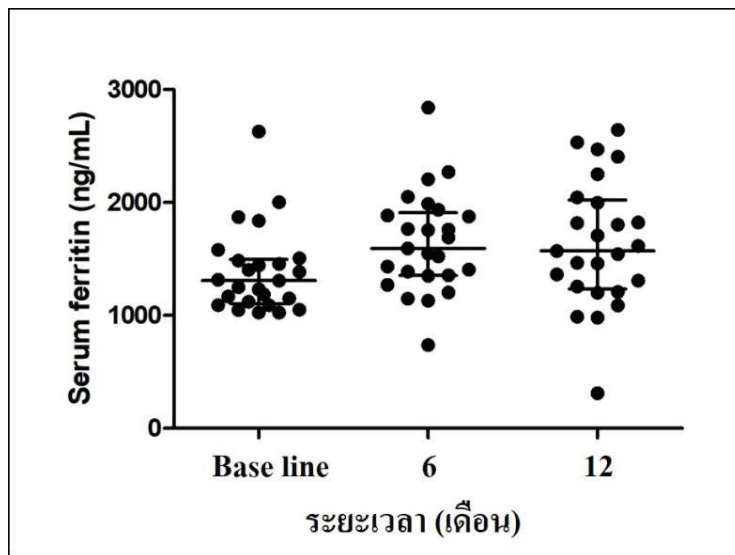
กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยเด็กที่เข้าเกณฑ์การศึกษามีทั้งหมด 25 ราย (ดังแสดงในตารางที่ 1) ชาย 11 ราย หญิง 14 ราย (ช่วงอายุระหว่าง 1.0 - 12.10 ปี) แยกตามการวินิจฉัยโรคเป็นสองกลุ่ม คือกลุ่มที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคธาลัสซีเมีย จำนวน 20 ราย ชนิดเบต้าธาลัสซีเมีย ฮีโมโกลบินอี 19 ราย พบเพียง 1 รายเป็นโฮโมไซกัสเบต้าธาลัสซีเมีย อีกกลุ่มเป็นผู้ป่วยโรคเลือดจางเรื้อรังอื่นๆ 5 ราย ผู้ป่วยมีอายุเฉลี่ยที่เริ่มรับยา Deferasirox ครั้งแรก 2.68 ปี (SD = 1.12) ก่อนเริ่มรับยาครั้งแรกผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานซีรั่มเฟอร์ริติน 1,308 ng/mL (SD = 274.8) และค่าเฉลี่ยซีรั่มครีเอตินิน (serum creatinine) 0.31 mg/dL (SD = 0.1), AST 46.7 (U/L), ALT 30.72 (U/L) ปริมาณเลือดที่ได้รับเฉลี่ยต่อน้ำหนักตัวต่อปี 186.4 mL/kg/year (SD = 45.8) และขนาดยาที่ได้รับ 20.8 mg/kg/day (SD = 7.2)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานทั่วไปจำนวน 25 ราย

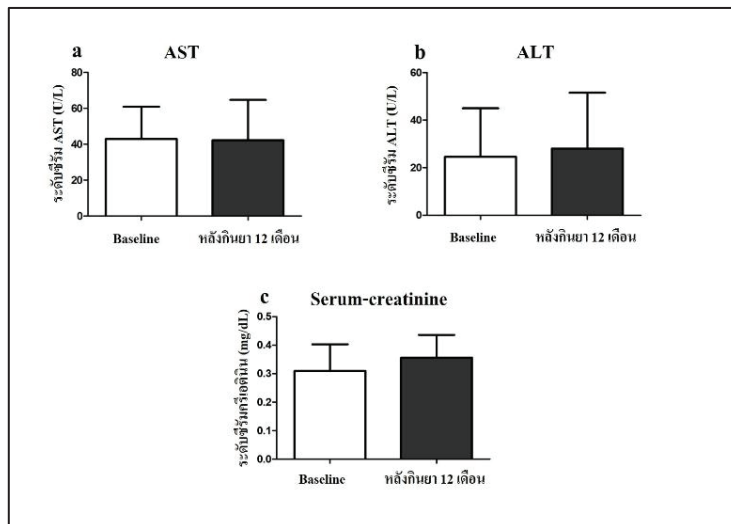
ข้อมูลพื้นฐาน	N=25 (ร้อยละ)	S.D.
อายุเฉลี่ยที่เริ่มรับยา (ปี)	2.68	1.12
เพศ		
ชาย (ราย)	11 (44)	
หญิง (ราย)	14 (56)	
การวินิจฉัยโรค		
โรคธาลัสซีเมีย (ราย)	20 (80)	
โรคซีดเรื้อรังอื่นๆ (ราย)	5 (20)	
ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ก่อนกินยา		
ค่ามัธยฐานซีรั่มเฟอไรติน (ng/mL)	1,308	274.8
* ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ (IQR) = 349.5 (1121.5, 1471)		
ค่าเฉลี่ย serum creatinine (mg/dL)	0.31	0.1
ค่าเฉลี่ย serum AST (U/L)	46.77	19.3
ค่าเฉลี่ย serum ALT (U/L)	30.72	24.5
ค่าเฉลี่ยปริมาณเลือดที่ได้รับต่อน้ำหนักตัวต่อปี (mL/kg/year)	186.4	45.8
ค่าเฉลี่ยปริมาณยาที่ได้รับ (mg/kg/day)	20.8	7.2

การศึกษาติดตามค่าซีรั่มเฟอไรตินในผู้ป่วยจำนวน 25 ราย ก่อนและหลังได้รับยาระยะเวลา 6 เดือน และ 12 เดือน (ดังแสดงในรูปที่ 1) พบว่าผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานซีรั่มเฟอไรติน ก่อนได้รับยาที่ระดับ 1,308 ng/mL และหลังจากได้รับยา 6 เดือนและ 12 เดือน มีค่า 1,594 ng/mL และ 1,571 ng/mL ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบค่าซีรั่มเฟอไรติน ก่อนและหลังได้รับยาจะพบว่ามีแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายาขับเหล็กมีประสิทธิผลสามารถรักษาระดับธาตุเหล็กไม่ให้สูงขึ้น ถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับเลือดอย่างต่อเนื่อง

เพื่อเป็นการตรวจติดตามอาการข้างเคียงของยาที่อาจจะส่งผลต่อดับและไต ค่าระดับ serum AST, ALT และ creatinine ของผู้ป่วยจะถูกตรวจวัดก่อนและหลังกินยาครบ 12 เดือน (รูปที่ 2) จากการศึกษาพบว่าก่อนกินยาผู้ป่วยมีค่าเฉลี่ย serum AST, ALT และ creatinine เท่ากับ46.77(U/L),30.72(U/L) และ0.31(mg/dL) ตามลำดับ และหลังจากกินยา 12 เดือน พบว่ามีค่าเฉลี่ย serum AST, ALT และcreatinine เท่ากับ48.0(U/L),39.5(U/L) และ0.35(mg/dL) ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าระดับ AST, ALT และ creatinine ก่อนและหลังกินยามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value > 0.05)



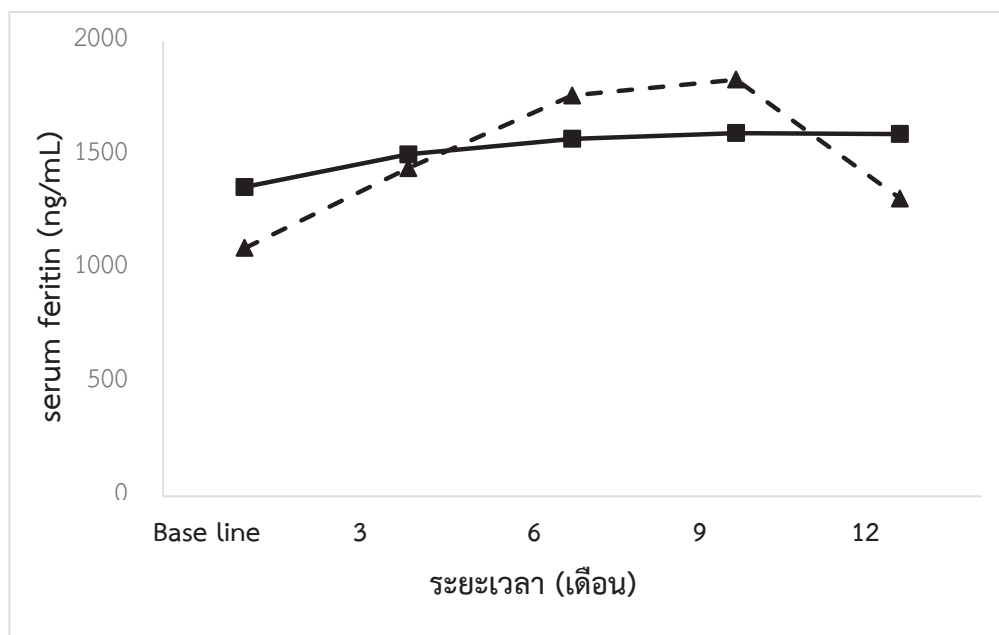
รูปที่ 1 แสดงค่าซีรั่มเฟอไรตินของผู้ป่วยจำนวน 25 ราย ก่อนและหลังกินยา 6 เดือนและ 12 เดือน



รูปที่ 2 แสดงค่าระดับ Serum AST (a), serum ALT (b) และ serum creatinine (c) ของผู้ป่วยก่อนและหลังกินยา

ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มผู้ป่วยตามการวินิจฉัยโรคเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่มที่เป็นโรคธาลัสซีเมียและกลุ่มโรคเลือดจางเรื้อรังอื่นๆ เพื่อดูผลการตอบสนองต่อยา โดยติดตามค่าซีรั่มเฟอไรตินก่อนรับยาและทุก 3 เดือนจนครบ 1 ปี (ดังแสดงในรูปที่ 3) ผลการศึกษาพบว่าก่อนการรับยาผู้ป่วยกลุ่มธาลัสซีเมียและกลุ่มโรคอื่นๆ มีค่าเฉลี่ยซีรั่มเฟอไรตินเท่ากับ 1,359 ng/mL และ 1,092

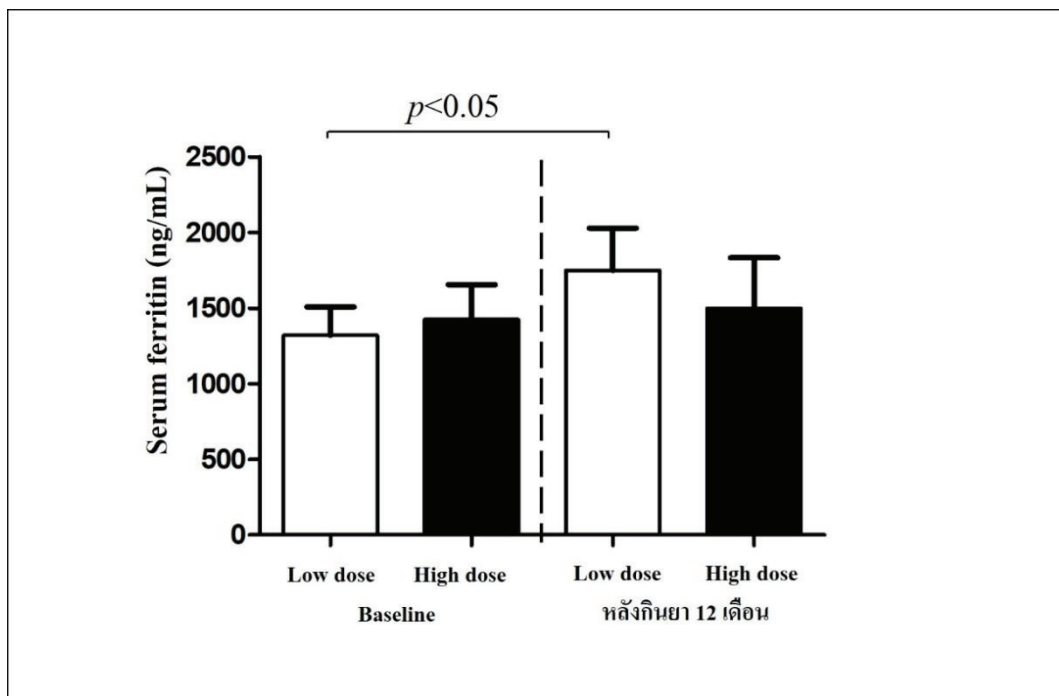
ng/mL ตามลำดับ หลังจากรับยาไปแล้ว 12 เดือน พบว่าผู้ป่วยกลุ่มธาลัสซีเมียมีค่าเฉลี่ยซีรั่มเฟอไรตินเท่ากับ 1,593 ng/mL และกลุ่มโรคเลือดจางอื่นๆ มีค่าเฉลี่ยซีรั่มเฟอไรตินเท่ากับ 1,309 ng/mL เมื่อเปรียบเทียบก่อนได้รับยาและหลังได้รับยาของคนไข้ทั้งสองกลุ่มจะพบว่าค่าซีรั่มเฟอไรตินไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$)



รูปที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ยซีรั่มเฟอไรตินในกลุ่มผู้ป่วยธาลัสซีเมีย (เส้นทึบ) และกลุ่มผู้ป่วยโรคชนิดอื่นๆ (เส้นประ) ก่อนกินยา และหลังกิน 3, 6, 9 และ 12 เดือน

ผลการศึกษาเปรียบเทียบขนาดยาที่ผู้ป่วยได้รับ โดยแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเป็นเป็นสองกลุ่มคือ กลุ่ม low dose ได้รับน้อยกว่า 20 mg/kg/day (จำนวน 9 ราย) และกลุ่ม high dose ได้รับยามากกว่าหรือเท่ากับ 20 mg/kg/day (จำนวน 16 ราย) ค่าเฉลี่ยซีรั่มเฟอไรตินก่อนกินยาของผู้ป่วยกลุ่ม low dose มีค่า 1,308 ng/mL ขณะที่กลุ่ม high dose มีค่าเฉลี่ยซีรั่มเฟอไรติน 1,318 ng/mL และหลังจากกินยาไปแล้ว 12 เดือน

พบว่ากลุ่ม low dose มีค่าเฉลี่ยซีรั่มเฟอไรตินเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) แต่ในกลุ่ม high dose พบว่าค่าเฉลี่ยซีรั่มเฟอไรตินก่อนและหลังกินยา 12 เดือนไม่มีความแตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยซีรั่มเฟอไรตินหลังกินยา 12 เดือนระหว่างกลุ่ม low dose และ high dose ไม่พบความแตกต่างกัน ($p\text{-value} > 0.05$) ดังแสดงในรูปที่ 4



รูปที่ 4 แสดงค่าเฉลี่ยซีรัมเฟอไรตินก่อน (baseline) และหลังกินยา 12 เดือนของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับยา low dose (น้อยกว่า 20 mg/kg/day) และกลุ่ม high dose (มากกว่าหรือเท่ากับ 20 mg/kg/day)

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

เป้าหมายหลักในการศึกษาครั้งนี้เพื่อยืนยันการใช้ยาขับเหล็ก คือ Desferaxirox ว่ามีความสามารถในการขับเหล็กในผู้ป่วยที่มีภาวะธาตุเหล็กเกินจากการรับเลือดทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นธาลัสซีเมียและกลุ่มผู้ป่วยโรคเลือดจางเรื้อรังอื่นๆ ได้เป็นอย่างดี โดยดูจากค่าเฉลี่ยซีรัมเฟอไรตินตั้งต้น และหลังจากการใช้ยาไปเป็นระยะเวลา 1 ปี พบว่าสามารถรักษาค่าเฉลี่ยซีรัมเฟอไรตินไม่ให้สูงขึ้น แม้ว่าผู้ป่วยจะได้รับการให้เลือดสม่ำเสมอตลอดเวลา ซึ่งผู้ป่วยทั้ง 25 รายเป็นผู้ป่วยที่มีความรุนแรงของโรคแบบรุนแรง โดยมีการรับเลือดทุก 3-4

สัปดาห์เป็นส่วนใหญ่ โดยค่าเฉลี่ยซีรัมเฟอไรตินเริ่มต้นเท่ากับ 1,359 ng/mL และสิ้นสุดเท่ากับ 1,593 ng/mL และการตอบสนองของยาดีมากยิ่งขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยโรคเลือดจางเรื้อรังอื่นๆ ทำให้แนวโน้มของค่าเฉลี่ยซีรัมเฟอไรตินลดลงได้มากเมื่อได้ยาเกิน 9 เดือน โดยค่าเฉลี่ยซีรัมเฟอไรตินเริ่มต้นเท่ากับ 1,092 ng/mL และสิ้นสุดเท่ากับ 1,309 ng/mL และเมื่อทำ subgroup วิเคราะห์ดูปริมาณยาที่ใช้พบว่า ผู้ป่วยที่ใช้ยาขนาดที่ต่ำกว่า 20 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน จะมีความสามารถควบคุมค่าเฉลี่ยซีรัมเฟอไรตินได้ไม่ดีเท่ากลุ่มที่ใช้ยา Desferaxirox ที่ 20 - 40 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน ตามการศึกษาของ Cappellini และคณะ^(1,6) แม้เมื่อคำนวณ

พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งอาจเกิดจากปริมาณผู้ป่วยที่น้อย เนื่องจากข้อมูลการใช้ยาเป็นการศึกษาในระยะเวลารวดๆ ที่เริ่มมีการใช้ยาขับเหล็กชนิดนี้ และเป็นยาที่มีราคาสูง ซึ่งมีการศึกษาก่อนหน้านี้พบว่า การใช้ขนาดยา Desferaxirox มากกว่า 30 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน มีประสิทธิภาพในการลดค่าเฉลี่ยซีรั่มเฟอไรตินได้เป็นอย่างดี⁽⁷⁻⁸⁾ และได้รับอนุญาตโดยสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา (FDA) ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ.2552 ให้เพิ่มขนาดยาถึง 40 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน

การติดตามผลข้างเคียงของยาพบว่า ระดับ Creatinine, AST, ALT อยู่ในเกณฑ์ปกติ แม้ภายหลังได้รับยาครบ 1 ปี และเนื่องจากการศึกษานี้ทำการศึกษาย้อนหลัง 10 ปี ทำให้สามารถศึกษาผลข้างเคียงระยะยาวในผู้ป่วยซึ่งไม่พบผลข้างเคียงในระยะยาวในผู้ป่วยกลุ่มนี้ แต่พบผลข้างเคียงบางอย่างที่ไม่ได้เป็นอันตรายรุนแรง ได้แก่ พบภาวะปัสสาวะมีเลือดปน (microscopic urine) จำนวน 8 ราย มี blood 1⁺- 2⁺ โดยอาการเหล่านี้สามารถหายเป็นปกติได้หลังหยุดยา⁽²⁻⁴⁾

ข้อเสนอแนะ

1. การใช้ยาขับเหล็ก Desferaxirox แบบ monotherapy สามารถขับธาตุเหล็กออกจากร่างกายในผู้ป่วยธาลัสซีเมียชนิดรุนแรงได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยต้องติดตามค่าซีรั่มเฟอไรติน และปรับขนาดยาให้เหมาะสม และสามารถให้ยาชนิดนี้ได้อย่างปลอดภัยในเด็ก

2. เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากการใช้ยาขับเหล็ก Desferaxirox เป็นการเก็บย้อนหลังโดยที่เริ่มตั้งแต่มีการใช้ยาช่วงแรกในประเทศไทย โดยที่ยามีราคาสูง การเข้าถึงยามีความจำกัด ทำให้มีกลุ่มตัวอย่างน้อยแต่จากการศึกษาพบว่า ทั้งประสิทธิภาพและความปลอดภัยของยามีผลที่ดี ทำให้น่าสนับสนุนให้มีการเข้าถึงยาได้ดีขึ้น เป็นประโยชน์กับผู้ป่วยทั้งในกลุ่มธาลัสซีเมียชนิดรุนแรง และกลุ่มโรคเลือดจางเรื้อรังอื่นๆ

3. พบว่าการติดตามผลข้างเคียงของยาที่อาจส่งผลต่อไต ไม่ควรติดตามเฉพาะค่า creatinine แต่ควรติดตามปัสสาวะของผู้ป่วย ซึ่งพบว่าผู้ป่วยมีภาวะปัสสาวะมีเลือดปน (microscopic urine) จึงเป็นข้อควรระวังในการนำยาไปใช้ในเด็ก ซึ่งควรมีการติดตามผลปัสสาวะหลังการใช้ยาอย่างต่อเนื่อง

4. ขนาดของยาที่ใช้ควรเริ่มต้นตั้งแต่ 20 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน และสามารถเพิ่มขนาดยาได้ถึง 40 มิลลิกรัม/กิโลกรัม/วัน เพื่อให้ได้ประสิทธิภาพในการขับธาตุเหล็กในกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะเหล็กเกินเรื้อรัง ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นธาลัสซีเมีย และไม่ใช่อัลธัสซีเมีย

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ผู้นิพนธ์ขอขอบพระคุณ พญ.สุรชัยนันท์สมิตย์ กุมารแพทย์สาขาโรคเลือดและมะเร็งในเด็ก กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น, ทนพ.ดร.นพพร สวัสดิ์จัญ นักเทคนิคการแพทย์ โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ทนพญ.มลธิชา สุญกลาง นักเทคนิคการแพทย์ ประจำห้องปฏิบัติการศูนย์ ธาลัสซีเมีย โรงพยาบาลขอนแก่น และพว.นวัณตร ดั่งตระกูล

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ประจำคลินิก ธาลัสซีเมีย หอผู้ป่วยเด็กโต กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น ที่มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย การเก็บรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น และให้ความร่วมมือทุกขั้นตอน ทำให้การดำเนินงานวิจัยนี้ประสบผลสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. Cappellini MD, Farmakis D, Porter J, Taher A. Guidelines for the management of transfusion dependent thalassemia (TDT) 4th Publishers Thalassaemia International Federation; 2021.
2. Cappellini MD, Porter J, El-Beshlawy A, Li C-K, Seymour JF, Elalfy M, et al. Tailoring iron chelation by iron intake and serum ferritin: The prospective EPIC study of Deferasirox in 1744 patients with transfusion-dependent anemias. [Internet]. Haematologica. 2010; 95(4) : 557-566. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://doi.org/10.3324/haematol.2009.014696>
3. Ejaz Ms, Baloch S, Arif F. Efficacy and adverse effects of oral chelating therapy (deferiasirox) in multi-transfused Pakistani children with β -thalassemia major. Pak J Med Sci. 2015; 31(3) : 621-625.
4. Hoffbrand AV, Taher A, Cappellini MD. How I treat transfusional iron overload. [Internet]. Blood. 2012; 120(8) : 3657-3669. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 ธันวาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://doi.org/10.1182/blood-2012-05-370098>
5. Nolte F, Höchsmann B, Giagonnidis A, Lübbert M. Result from a 1-year, open-level, single arm, multi-center trial evaluation the efficacy and safety of oral deferiasirox in patients diagnosed with low and int-1 risk. Annals of Hematology. 2013; 92 : 191-198.
6. Cappellini MD, Cohem A, Eleftheriou A, Piga A, Porter J, Taher A. Guidelines for the clinical management of thalassemia. 2nd Nicosia; 2007.
7. Karimi M, Azarkeivan A, Zareifar S, Cohan N, Bordbar MR, Haghpanah S. Iranian experience of deferiasirox (Exjade®) in transfusion-dependent patients with iron overload : what is the most effective dose based on serum ferritin level? [Internet]. Hematology. 2012; 17 (6) : 367-371. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://doi.org/10.1179/10245332127.000000000143>
8. Taher A, Coppellini MD, Vichinsky E, Galanello R, Piga A, Lawniczek T, et al. Efficacy and safty of deferiasirox dose of > 30 mg/kg/day in patients with transfusion-dependent anemia and iron overload. Br J Haematol. 2009; 147 : 752-759.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิ และภาคีเครือข่ายอำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

บัณฑิต พิทักษ์

(วันที่รับบทความ 5 พฤษภาคม 2566, วันที่แก้ไข 20 กรกฎาคม 2566, วันที่ตอบรับ 20 กรกฎาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิและภาคีเครือข่ายในอำเภอชื่นชม ดำเนินการระหว่างสิงหาคม 2564 - กันยายน 2565 กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรทีมสหวิชาชีพ และกลุ่มผู้ป่วยจิตเภท/ผู้ดูแลรวม 234 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1) สทนากลุ่ม 2) แบบประเมินความรู้ ทักษะคติ 3) แบบประเมินทักษะการดูแล 4) แบบสอบถามการมีส่วนร่วม และ 5) แบบติดตามผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 9 ด้าน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วย Paired Sample T-Test และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่าระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย 2) ระบบการดูแลเฝ้าระวังในชุมชน “โครงการชื่นชมคุ้มโสม หมู่เฮาเข้าถึงจิตอยู่อย่างสุขใจ” 3) พัฒนาศักยภาพบุคลากร ผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่าย 4) จัดทำมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ คู่มือ แนวทางติดตามดูแลที่ใช้ร่วมกันทั้งเครือข่าย 5) พัฒนาระบบสารสนเทศเชื่อมโยงจาก รพ. จนถึงชุมชน 6) ถอดบทเรียน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสะท้อนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน ภายหลังนาระบบไปใช้ พบว่า การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.44 คะแนน (SD=0.54) ผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายมีความรู้เพิ่มขึ้นและทัศนคติเพิ่มขึ้นทุกด้าน ค่าเฉลี่ย 4.36 คะแนน (SD=0.40) ภายหลังดำเนินการผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายมีทักษะการดูแลมากกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลลัพธ์การดูแลมีแนวโน้มดีขึ้นโดยพบว่าการขาดนัดลดลงเป็นร้อยละ 17.99 การกำเริบลดลงเป็นร้อยละ 15.83 การส่งต่อเพื่อรักษาโรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ลดลงเป็น 12.95 และหลังดำเนินการไม่มีผู้ป่วยถูกกลั่นแกล้งในพื้นที่

คำสำคัญ: ดูแล จิตเภท ชุมชน

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

Corresponding author: บัณฑิต พิทักษ์, e-mail: Kanyang@hotmail.com

The Development of Community Care System for Schizophrenic Patients with the Participation of Primary Care Units and Community Network Partners Chuen Chom District, Mahasarakham Province

Bundit Pituk, MD.

(Received 5th May 2023, Revised 20th July 2023, Accepted 20th July 2023)

Abstract

This action research aimed to develop a community care system for schizophrenic patients by participation of primary care units and affiliate networks in Chuen Chom District. Carried out between August 2021 - September 2022. The sample group consisted of 1) the group that developed the service system were multidisciplinary team in the hospital and 2) Schizophrenic patients/caregivers, total of 234 people. The research tools were: 1) in-depth interview questions, focus group discussion; 2) knowledge assessment form. 3) Patient Care Skills Assessment Form 4) Network Partner Participation Questionnaire 5) Follow-up form for schizophrenic patients in the community 9 aspects. Analyzed data by descriptive statistics with paired t-test and content analysis.

The research results showed that the developed community care system for schizophrenic patients consisted of 1) participatory management of the network 2) care system, surveillance in the community. “Project Appreciation of Tum Home Village, reaching the mind, living happily” 3) Developing the potential of personnel 4) Develop standards, guidelines, manuals, and guidelines for monitoring shared throughout the network 5) Develop an information system linking from the hospital to the community 6) Take lessons from, organize a forum to exchange and learn to reflect problems. After implementing the system, it was found that the participation of network partners was at a high level with an average of 4.44 points (SD = 0.54). Caregivers and network partners had increased knowledge and attitudes in all aspects, with an average of 4.36 points (SD = 0.40). After the operation, caregivers and network partners had significantly more caring skills than previously. Outcomes tended to improve as absenteeism decreased to 17.99%, recurrence decreased to 15.83%, referrals to higher capacity hospitals decreased to 12.95, and there were no patients were locked up again.

Keywords : care, schizophrenic patients , community

Medical Doctor, Senior Professional Level Chuen Chom Hospital, Mahasarakham Province Corresponding author: Bundit Pituk, e-mail : Kanyang@hotmail.com

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย พบ 1 ใน 4 ในประชากรทั่วโลก หรือจำนวน 450 ล้านคน ปัญหาสุขภาพจิตมีใช้ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วยเท่านั้นแต่ยังมีผลไปยังญาติ ผู้ดูแล และบุคคลอื่นในสังคมได้ ประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคจิตเวชจำนวนมากคือ 1,314,451 คน เป็นผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 402,488 คน คิดเป็นร้อยละ 30.59 ของผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด⁽¹⁾ โรคจิตเภทเป็นโรคทางจิตเวชที่มีความผิดปกติของสมอง แสดงออกทางความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมที่มีระดับความรุนแรงที่หลากหลายและมีแนวโน้มที่จะมีอาการต่อเนื่องระยะยาว จากรายงานของกรมสุขภาพจิต⁽²⁾ พบว่า ประเทศไทย มีผู้ป่วยจิตเวชที่มีอาการเริ่มต้นถึงรุนแรง ร้อยละ 14.3 ซึ่งปัจจัยที่ทำให้เกิดความรุนแรงสูงกว่าปกติ ได้แก่ การขาดยา การไม่ยอมรับการเจ็บป่วย ปัญหาการใช้สารเสพติด ขาดผู้ดูแล รวมถึงขาดการดูแลติดตามอย่างต่อเนื่องและเป็นระบบ⁽³⁾

โรงพยาบาลชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม เป็นโรงพยาบาลขนาด 30 เตียง มีหน่วยบริการปฐมภูมิหรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่ง มีผู้ป่วยจิตเภทมารับบริการที่โรงพยาบาล ในปี 2563-2564 จำนวน 117 ราย มีอัตราการขาดนัด จากร้อยละ 58.97 เป็น 59.83 อัตราการกำเริบ จากร้อยละ 49.57 เป็น 51.28⁽⁴⁾ แสดงให้เห็นว่าปัญหาภาวะสุขภาพจิตของประชาชนในอำเภอชื่นชมที่มีแนวโน้มสูงขึ้น โรงพยาบาลชื่นชมได้กำหนดแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทตามแนวทางของกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข แต่ในปัจจุบัน

แนวทางการรักษาสำหรับผู้ป่วยโรคนี้ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม เป็นการมุ่งเน้นส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้ได้รับการดูแลจากครอบครัวและชุมชนมากขึ้น ทำให้โรงพยาบาลจิตเวชหรือโรงพยาบาลต่างๆ เร่งจำหน่ายผู้ป่วยจิตเภทออกจากโรงพยาบาล เน้นให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการรักษาและรับผิดชอบผู้ป่วย แต่ในการปฏิบัติงานจริงยังประสบกับปัญหาและข้อจำกัดหลายประการ เช่น ปัญหาการไม่พบแพทย์เนื่องจากไม่สะดวกในการเดินทาง และมีค่าใช้จ่ายสูง ผู้ดูแลผู้ป่วยบางรายเป็นผู้สูงอายุที่ไม่มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลต่อเนื่อง หรือบางรายขาดผู้ดูแล แม้แต่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนยังขาดศักยภาพในการดูแลให้ความช่วยเหลือ ในระดับรพ.สต. ไม่มีพยาบาลเฉพาะทางด้านสุขภาพจิต อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลที่ถูกต้องตามแนวทางหรือรูปแบบการดูแลเหมาะสมก็สามารถจะทุเลาและหายเป็นปกติได้

จากปัญหาข้างต้น ผู้วิจัยจึงทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model : CCM) ของวากเนอร์ (Wagner) ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การสนับสนุนการดูแลตนเอง (self-management support) 2) การออกแบบบริการ (delivery system design) 3) การสนับสนุนการตัดสินใจ (decision support) 4) ระบบข้อมูลทางคลินิก (clinical information system) 5) การจัดหน่วยงานบริการสุขภาพ (health system organization) 6) ทรัพยากรและนโยบายชุมชน (community resource linkages)⁽⁵⁾ พบว่า สามารถก่อให้เกิดการ

ประสานความร่วมมือสร้างเครือข่ายจากเครือข่ายของภาคประชาชนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและทีมสหสาขาวิชาชีพของหน่วยบริการสุขภาพและยังพบว่าแนวคิดในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเป็นการดูแลรักษาเชิงรับไปสู่ระบบเชิงรุก และเน้นให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีและช่วยให้ผู้ให้บริการสามารถดูแลผู้ป่วยจิตเภทได้ครบในทุกมิติ⁽⁶⁾ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดการดูแลโรคเรื้อรังมาใช้ เพื่อพัฒนาระบบการดูแลเพื่อเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยจิตเภทผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลต่อเนื่องจากโรงพยาบาลสู่ชุมชน อันจะทำให้ระบบการดูแลผู้ป่วยมีคุณภาพมากขึ้น⁽⁷⁾ มีความเหมาะสมระหว่างผู้ป่วยครอบครัว ชุมชน ภาคีเครือข่าย และทีมสหวิชาชีพ ลดปัญหาผู้ป่วยจิตเภท ทำให้อาศัยในสังคมอย่างปกติ สุขมีคุณภาพชีวิตที่ดีสอดคล้องกับบริบทสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยจิตเภทได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ปัญหาของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอขึ้นชม จังหวัดมหาสารคาม
- 2) เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอขึ้นชม จังหวัดมหาสารคาม
- 3) เพื่อประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอขึ้นชม จังหวัดมหาสารคาม

วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ ประเมินผล ร่วมกับแนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model : CCM) ของวากเนอร์⁽⁵⁾ ศึกษาในพื้นที่อำเภอขึ้นชม จังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาดำเนินการวิจัย สิงหาคม 2564 - กันยายน 2565

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัยที่ใช้ในการศึกษาค้างนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่มคือ

1. กลุ่มผู้ร่วมวิจัยที่ร่วมพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ผู้วิจัยเลือกแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วย 1.1) บุคลากรทีมสหวิชาชีพ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยจิตเภทในโรงพยาบาล (1) แพทย์ประธานทีมนำดูแลผู้ป่วยและแพทย์ประจำการ รวม 3 คน (2) หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล, พยาบาลวิชาชีพที่ดำรงตำแหน่งหัวหน้างานและตัวแทนผู้ปฏิบัติงานในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหน่วยงานละ 2-3 คน ที่มีประสบการณ์ทำงานอย่างน้อย 2 ปี ได้แก่ OPD ER IPD จิตเวช ศูนย์คุณภาพ และงานปฐมภูมิ รวม 23 คน 1.2) บุคลากรในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้แก่ สาธารณสุขอำเภอ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอ 2 คน รวม 3 คน 1.3) บุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 แห่ง ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและพยาบาลวิชาชีพที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท อย่างน้อย 2 ปี รวม 12 คน ตัวแทน อสม.จำนวน 12 คน ตัวแทนผู้ป่วยจิตเภท จำนวน 5 คน ผู้ดูแลและครอบครัว จำนวน 20 คน บุคลากรองค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 6 คน รวม 53 คน รวมทั้งสิ้น 72 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ มีเวลาเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ อาศัยอยู่ในพื้นที่จริงตลอดการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถเข้าร่วมจนสิ้นสุดโครงการ

2. ผู้ป่วยจิตเภทเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคจิตเภทที่ขึ้นทะเบียนรักษาที่โรงพยาบาลขึ้นชมตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป สามารถสื่อสารเข้าใจและยินดีเข้าร่วมการวิจัย จำนวน 139 คน

ขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ

ดังนี้ **ระยะที่ 1 ระยะวางแผน** (เดือนกุมภาพันธ์ 2564 - มีนาคม 2564) ได้ดำเนินการดังนี้ 1) ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสาร วารณกรรมที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ แนวคิดการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Chronic care model : CCM) ของวากเนอร์ (Wagner) และแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) ของ Kemmis & Mc Taggart รวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสู่การออกแบบวิจัยที่เหมาะสม 2) ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ได้แก่ อาการกำเริบ การกลับมารักษาซ้ำและการขาดนัดจากรายงานของระบบสนับสนุนต่างๆ เช่น ด้านงบประมาณ กิจกรรมโครงการ การสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ จากการรายงานข้อร้องเรียนการประชุมทบทวนของทีมสหวิชาชีพ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยจิตเภท 3) เก็บรวบรวมข้อมูลจากการประเมินความรู้ ทักษะ การดูแลผู้ป่วยจิตเภท จากผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย 4) ประชุมระดมสมองร่วมกับหัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิและทีมสหวิชาชีพ เพื่อทราบความต้องการ

ในการจัดบริการและปัญหาอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท เช่น การดูแลต่อเนื่องที่บ้าน ระบบการให้คำปรึกษา การออกแบบบริการ ระบบการให้คำปรึกษา การจัดการด้านสารสนเทศเพื่อเชื่อมโยงข้อมูล การสนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ 5) สัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยจิตเภท และสนทนากลุ่มตัวแทนผู้ดูแลและครอบครัวผู้ป่วยจิตเภทเพื่อทราบปัญหาอุปสรรคในการดูแลและความต้องการการดูแลในชุมชน การติดตามดูแลต่อเนื่องบ้าน 6) สัมภาษณ์และสนทนากลุ่ม อสม. ผู้นำชุมชนตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อทราบการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบการดูแล เช่น ด้านการสนับสนุนงบประมาณ ด้านการสนับสนุนกิจกรรมโครงการในชุมชน หลังจากนั้นนำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำสู่การพัฒนาในระยะที่ 2 ต่อไป **ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบ** มีขั้นตอน ดังนี้ **ขั้นตอนที่ 1** ผู้วิจัยนำข้อมูลที่สรุปได้จากขั้นตอนที่ 1 คั้นข้อมูลผ่านการประชุมคณะกรรมการประชุมคณะกรรมการดำเนินงาน Service Plan สาขาสุขาภจิตและจิตเวช ร่วมคิด ร่วมวางแผน หาข้อยุติในแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติจากความคิดเห็นส่วนใหญ่ เกณฑ์การตัดสินใจอาศัยข้อมูลจากการปฏิบัติโดยขั้นตอนนี้ได้นำแนวคิด Chronic care model ของวากเนอร์มาเป็นแนวทางการพัฒนา ซึ่งในขั้นตอนนี้ทำให้เกิดแนวทางดำเนินงาน ได้แก่ เกิดหลักสูตรการอบรมพัฒนาการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย คู่มือการดูแลสำหรับบุคลากรสาธารณสุข ผู้ดูแลและภาคีเครือข่าย ชุมชน แนวทางการติดตามดูแลในชุมชน การกำหนดบทบาททีมผู้ดูแล จัดทำโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในพื้นที่อำเภอชนคม จัดทำแผนพัฒนาบุคลากร

ได้แก่ หลักสูตรระยะสั้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทสำหรับทีมสหวิชาชีพ ในโรงพยาบาล และหน่วยบริการปฐมภูมิ มอบหมายแพทย์ผู้รับผิดชอบและทีมสหวิชาชีพในแต่ละหน่วยบริการปฐมภูมิ โดยทำหน้าที่ในการให้บริการที่หน่วยบริการปฐมภูมิและเป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษา จัดทำแนวทางปฏิบัติใช้ร่วมกัน ทั้งเครือข่าย กำหนดการนิเทศงานติดตามประเมินผลของเครือข่าย **ขั้นตอนที่ 2** นำระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนที่ร่วมกันพัฒนาใน **ขั้นตอนที่ 1** ไปทดลองใช้เป็นระยะเวลา 3 เดือน (เดือนธันวาคม 2564 - เดือนกุมภาพันธ์ 2565) ผลการประเมินหลังการนำระบบไปทดลองใช้พบว่าผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้ระบบ เกิดการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน **ขั้นตอนที่ 3** นำระบบไปใช้จริงในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ 6 แห่ง เป็นระยะเวลา 6 เดือน ตั้งแต่เดือนมีนาคม 2565-กันยายน 2565 **ระยะที่ 3** ระยะติดตามสังเกตขณะนำระบบไปใช้จริง **ระยะที่ 4** ระยะประเมินผลจากการประเมินกระบวนการและผลการดำเนินงาน

เครื่องมือการวิจัย 1) แนวคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึก สนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิดเกี่ยวกับการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน การสนับสนุนด้านต่างๆ และปัญหาอุปสรรคในการดูแล จำนวน 5 ข้อคำถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ดัชนีความตรงตามเนื้อหาของแบบสำรวจทั้งฉบับเท่ากับ 0.80 2) แบบประเมินความรู้และทัศนคติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนของ

ผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย 2.1) การประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ลักษณะแบบเลือกตอบ “ใช่” “ไม่ใช่” มี 20 ข้อคำถาม 2.2) การประเมินทัศนคติที่มีต่อจิตเภท เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 5 ระดับ “มากที่สุด” “มาก” “ปานกลาง” “น้อย” “น้อยที่สุด” มี 10 ข้อคำถาม 3) แบบประเมินทักษะการดูแลของผู้ดูแล ประกอบด้วย 5 ประเด็น 20 ข้อคำถาม 3 เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) เป็นลักษณะการประเมินความถี่ของการปฏิบัติ กำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 5 ระดับ “ปฏิบัติมากที่สุด” “ปฏิบัติมาก” “ปฏิบัติปานกลาง” “ปฏิบัติน้อย” “ปฏิบัติน้อยที่สุด” มี 10 ข้อคำถาม ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC=0.6-1 ค่าความเชื่อมั่น Alpha Conefficient ของ Cronbach เท่ากับ 0.86 4) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประกอบด้วย 4 ด้าน จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ ด้านการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ ด้านการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการตอบแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) กำหนดค่าน้ำหนักคะแนน 5 ระดับ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่า IOC=0.6-1 ค่าความเชื่อมั่น Alpha Conefficient ของ Cronbach เท่ากับ 0.77 5) แบบติดตามผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน 9 ด้าน ของกรมสุขภาพจิต แต่ละด้านมีการให้คะแนน 3 ระดับ คือ 1-3 โดยเดือนที่ 6 ประเมินด้านที่ 1-9 เดือนที่ 2,3,4,5 ประเมิน 1-4 ด้าน เพื่อวางแผนการดูแลที่เหมาะสม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ สถิติเชิงอนุมาน ด้วย Paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้นั้นมีความมั่นใจในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมเกี่ยวกับการวิจัยในมนุษย์ของเครือข่ายบริการสุขภาพชั้นชม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ 10/2564 ลง 12 กันยายน 2564

ผลการศึกษา มุ่งตอบวัตถุประสงค์ 3 ข้อ ดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์ปัญหาของระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม จากผลการวิเคราะห์ฐานข้อมูลเวชระเบียนพบผู้ป่วยโรคจิตเภทที่ถูกวินิจฉัยโดยแพทย์ปีงบประมาณ 2562-2564 จำนวน 120,117,117 ราย ตามลำดับ ในจำนวนดังกล่าวมีผู้ป่วยที่ต้องส่งตัวไปเพื่อรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า คิดเป็นร้อยละ 47.50 37.6,37.6 ตามลำดับ อัตราการขาดนัดร้อยละ 62.50,58.97,59.83 อัตราการกำเริบร้อยละ 56.67,49.57,51.28 จากสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มในทีมสหวิชาชีพ พบว่ายังไม่มี

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะยังเป็นการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป การดำเนินการยังขาดแนวทางการดูแลรักษา ขาดแนวปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยจิตเภทที่ชัดเจน การปฏิบัติงานจริงมีเพียงประเมินผลการรักษาผู้ป่วยด้วยอาการที่มีอยู่ดีขึ้นหรือลดลง ยังไม่มีระบบการติดตามผู้ป่วย หากมีผู้ป่วยขาดนัดจะประสานการติดตามผ่าน รพ.สต. ที่อยู่ในพื้นที่ การดูแลและเฝ้าระวัง เป็นบริการตั้งรับในโรงพยาบาล หากมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้นในพื้นที่ ยังไม่มีระบบเฝ้าระวัง บุคลากรที่ทำหน้าที่ในการดูแลไม่เพียงพอภาระงานมากขาดการติดตามนิเทศงานด้านจิตเวชและขาดขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน บุคลากรใน รพ.สต.ขาดทักษะในการให้บริการ ไม่มั่นใจเกี่ยวกับ ความรู้เรื่องโรคและการดูแลรักษา มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยและกังวลเรื่องอันตรายจากการถูกผู้ป่วยโรคจิตเภททำร้ายร่างกาย โดยจากการประเมินความรู้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและภาคีเครือข่ายชุมชน พบว่าความรู้ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีดังต่อไปนี้ 1) กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.50 (SD=2.10) คะแนนต่ำสุด 6 คะแนน และคะแนนสูงสุด 14 คะแนน 2) กลุ่มภาคีเครือข่ายชุมชน พบว่า มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.60 (SD=2.20) คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน และคะแนนสูงสุด 12 คะแนน การประเมินทัศนคติ ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภทและภาคีเครือข่ายชุมชน พบว่า ทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีดังต่อไปนี้ 1) กลุ่มญาติ/ผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 10.50 (SD=2.10) คะแนนต่ำสุด 6 คะแนน และคะแนนสูงสุด 12 คะแนน

2) กลุ่มภาคีเครือข่ายชุมชน พบว่า มีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 9.60 (SD=2.20) คะแนนต่ำสุด 5 คะแนน และคะแนนสูงสุด 12 คะแนน และด้านการดูแลของญาติผู้ดูแลผู้ป่วยจิตเภท และภาคีเครือข่ายชุมชน ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า

ด้านที่ปฏิบัติเป็นประจำ คือ ด้านความเป็นอยู่และด้านการรักษา

2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายอำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม สามารถวิเคราะห์เปรียบเทียบการพัฒนาที่เกิดขึ้นตามรายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 วิเคราะห์เปรียบเทียบสถานการณ์ปัญหาและการพัฒนาที่เกิดขึ้น

ประเด็น	สรุปสถานการณ์ปัญหา	การพัฒนา	ผลลัพธ์
1. การบริหารจัดการ	- การวางแผนการดำเนินงานขาดการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง	พัฒนาระบบบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมโดย - แต่งตั้งคณะกรรมการดำเนินงานสุขภาพจิตอำเภอประกอบด้วยภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีการร่วมประชุมทุก 1-2 เดือน - มีการจัดทำแผนปฏิบัติการระดับอำเภอรายปีที่เกิดจากการมีส่วนร่วมและผลักดันให้เกิดแผนงานโครงการสนับสนุนจาก อปท. จัดตั้งคณะกรรมการนิเทศงานและติดตามประเมินผลของเครือข่าย - มีการวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาสุขภาพพื้นที่ ในการวางแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ - มีการวิเคราะห์ข้อมูลและปัญหาสุขภาพพื้นที่ ในการวางแผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการ	- มีคณะกรรมการดำเนินงานพัฒนาที่ชัดเจน ผลักดันสู่ประเด็น พขอ. - มีคณะกรรมการ Service Plan สาขาสุขภาพจิต - ขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยคณะกรรมการ พขอ.: ประเด็นคนชื่นชม ไม่ทอดทิ้งกันประเด็นย่อย : (ดูแลกลุ่มเปราะบาง/ผู้ด้อยโอกาส/ผู้สูงอายุ) โดยประเด็นการดูแลผู้ป่วยจิตเภทอยู่ในกลุ่มเปราะบาง - มีการนิเทศงาน 2 ครั้ง/ปี - มีแผนปฏิบัติการของ พขอ./CUP/กองทุนสุขภาพตำบล - มีการนิเทศงาน 2 ครั้ง/ปี

ตารางที่ 1 วิเคราะห์เปรียบเทียบสถานการณ์ปัญหาและการพัฒนาที่เกิดขึ้น (ต่อ)

ประเด็น	สรุปสถานการณ์ ปัญหา	การพัฒนา	ผลลัพธ์
	- การจัดสรรงบประมาณไม่เพียงพอ - มีการนำมาตรฐานคุณภาพบริการจิต	- จัดสรรงบในอัตราที่เหมาะสมตามการให้บริการร่วมกันพัฒนาระบบบริการโดยการมีส่วนร่วม ดังนี้	- มีงบประมาณในการพัฒนาศักยภาพเพียงพอตามความจำเป็นและเหมาะสม - ผู้ป่วยเข้าถึงบริการมากขึ้น อัตราการขาดนัดลดลง
2. ด้านการ ออกแบบ บริการ	เวชชุมชนมาออกแบบ บริการแต่ยังไม่ ครอบคลุม	- ด้านบุคลากร : รพ.มี Case Manager, รพ.สต. มีพยาบาลผ่านอบรมหลักสูตรระยะสั้น, แพทย์สุขภาพจิตชุมชนเป็นพี่เลี้ยง “โครงการชื่นชมดุ่มโฮม หมู่เฮาเข้าถึงจิตอยู่อย่างสุขใจ” - ด้านระบบบริการการดูแลต่อเนื่อง ระบบการติดตามการรับประทานยาและการเฝ้าระวังอาการกำเริบร่วมกับชุมชน	- มีการปฏิบัติตามมาตรฐานเดียวกันทั้งเครือข่าย ผู้ป่วยได้รับการรักษาเท่าเทียมกัน - เกิดระบบส่งต่อ/การดูแลต่อเนื่องที่ชัดเจน ลดภาวะกำเริบของโรค
3. ด้านการ ประสานงาน ร่วมกับชุมชน	- สร้างเครือข่ายร่วมกับเจ้าหน้าที่ รพ.สต. เท่านั้น	- สร้างเครือข่าย อสม., ผู้นำชุมชน, อปท. ในการดูแลผู้ป่วย	- เกิดภาคีเครือข่าย อสม. และผู้นำชุมชนทุกหมู่บ้านเข้มแข็ง และมีการสนับสนุนงบประมาณจาก อปท.ทุกแห่ง
4. ด้านการ สนับสนุน การดูแล ตนเองและ สนับสนุน การตัดสินใจ	จัดทำ CPG เฉพาะ ในรพ.และมีการ พัฒนาองค์ความรู้ เฉพาะแพทย์ พยาบาล ที่รับผิดชอบงาน จิตเวช	- จัดทำคู่มือการดูแลผู้ป่วย, โครงการดูแล แนวทางการดูแลและเฝ้าระวังมาใช้ทุกพื้นที่ - จัดทำมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ (CPG) ที่ใช้ร่วมกันทั้งเครือข่าย ได้แก่ CPG การดูแลรักษาผู้ป่วย เกณฑ์การส่งกลับรพ. การติดตามดูแลต่อเนื่องที่บ้าน	- ผู้ป่วยและญาติสามารถเข้าถึงบริการที่รวดเร็วและมีแนวทางดูแลตนเองที่ชัดเจน - มีการปฏิบัติตามมาตรฐานเดียวกันทั้งเครือข่าย ผู้ป่วยได้รับการรักษาเท่าเทียมกัน - บุคลากรและภาคีเครือข่ายมีการพัฒนาครบ 100%

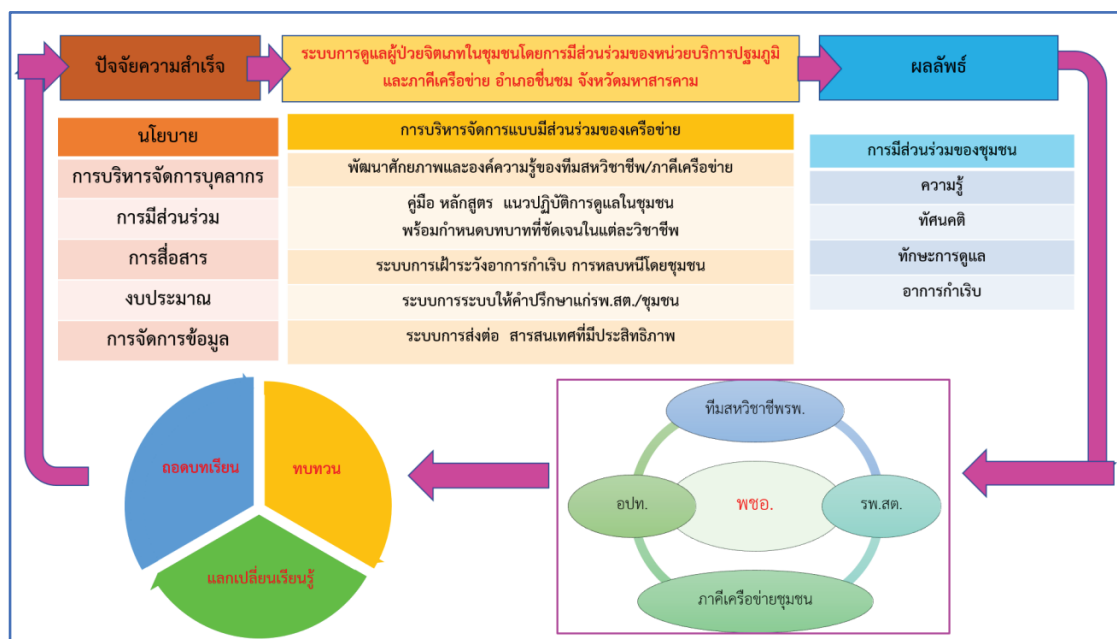
ตารางที่ 1 วิเคราะห์เปรียบเทียบสถานการณ์ปัญหาและการพัฒนาที่เกิดขึ้น (ต่อ)

ประเด็น	สรุปสถานการณ์ปัญหา	การพัฒนา	ผลลัพธ์
		- พัฒนานองค์ความรู้ทีมสหวิชาชีพ ในรพ., พยาบาลวิชาชีพใน รพ.สต. และภาคีเครือข่ายชุมชนในการดูแล ผู้ป่วยให้เป็นแนวทางเดียวกัน	- มีการปฏิบัติตามมาตรฐาน เดียวกันทั้งเครือข่าย ผู้ป่วยได้ รับการรักษาเท่าเทียมกัน - บุคลากรและภาคีเครือข่าย มีการพัฒนาครบ 100%
5. ระบบฐานข้อมูลและ เวชระเบียน	ขาดความเชื่อมโยง ข้อมูลผู้ป่วยระหว่าง หน่วยงาน	- ปรับปรุงระบบฐานข้อมูล, พัฒนา ระบบบันทึกข้อมูลราย รพ.สต. และเชื่อมโยงให้เป็นระบบเดียวกัน ทั้งเครือข่าย	- มีระบบข้อมูลที่เชื่อมโยงกัน ทั้งเครือข่ายสำหรับการบริหาร จัดการความต้องการใช้ข้อมูล

จากตารางพบว่า จากสถานการณ์ปัญหาที่พบก่อนการพัฒนาทีมได้มีการนำข้อมูลสู่การจัดการในแต่ละระบบจนเกิดการพัฒหน้าที่ชัดเจน นำสู่ผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนทุกๆ ด้าน

จากการดำเนินงานข้างต้นสามารถสรุประบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิและภาคีเครือข่าย อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม ที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการแบบมีส่วนร่วมของเครือข่าย 2) ระบบคุณภาพ

บริการการดูแลผู้ป่วยจิตเวชชุมชนรวมถึงระบบการดูแลและเฝ้าระวังในชุมชน “โครงการชื่นชมคุ้มโสมหมู่เฮาเข้าถึงจิตอยู่อย่างสุขใจ” 3) พัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านโรคจิตเภท ผู้ดูแลในครอบครัวและภาคีเครือข่าย 4) จัดทำมาตรฐานแนวทางปฏิบัติ คู่มือ แนวทางติดตามดูแล (CPG) ที่ใช้ร่วมกันทั้งเครือข่าย 5) พัฒนาระบบสารสนเทศทางคลินิกเชื่อมโยงจากรพ. จนถึงชุมชน 6) ถอดบทเรียน จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อสะท้อนปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานซึ่งสามารถอธิบายได้ดัง ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 ระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิและภาคีเครือข่าย อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม

3. ประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนโดยการมีส่วนร่วมของหน่วยบริการปฐมภูมิและภาคีเครือข่าย อำเภอชื่นชม จังหวัดมหาสารคาม สามารถสรุปได้ ดังนี้

3.1 การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ในภาพรวมระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.44 คะแนน (SD=0.54) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ระดับการมีส่วนร่วมมากที่สุด คือ ด้านการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.47 คะแนน (0.52) รองลงมาคือ ด้านการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.46 คะแนน (SD=0.51) และด้านการ

มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.44 คะแนน (SD=0.50) ตามลำดับ ส่วนระดับการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่มีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมน้อยที่สุด คือการมีส่วนร่วมในการประเมินผล อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.40 คะแนน (SD=0.49)

3.2 การประเมินทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ภายหลังจากดำเนินการดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชนมีค่าเฉลี่ยทัศนคติในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเพิ่มขึ้นก่อนดำเนินการในทุกๆ ด้าน โดยก่อนดำเนินการทัศนคติรวมทุกด้าน มีค่าเฉลี่ย 2.90 คะแนน (SD=0.49) หลังดำเนินการ ค่าเฉลี่ย 4.36 คะแนน (SD=0.40)

3.3 การประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท พบว่า ภายหลังดำเนินการผู้ดูแลและภาคีเครือข่ายชุมชนมีค่าเฉลี่ยทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภทเพิ่มขึ้นก่อนดำเนินการในทุกๆด้าน โดยก่อนดำเนินการทักษะการดูแล

มีค่าเฉลี่ย 2.80 คะแนน (SD=0.45) หลังดำเนินการ ค่าเฉลี่ย 4.26 คะแนน (SD=0.44) โดยภายหลังดำเนินการมีทักษะการดูแลมากกว่า ก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติตามรายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การประเมินทักษะการดูแลผู้ป่วยจิตเภท (N=189)

ทักษะการดูแลผู้ป่วย จิตเภท	ก่อนดำเนินการ		หลังดำเนินการ		95%CI		t	p value
	Mean	SD	Mean	SD	Lower	Upper		
ด้านความเป็นอยู่	3.40	0.40	4.40	0.45	0.52	0.96	8.42	< .0001
ด้านดูแลรักษา	3.10	0.45	4.35	0.40	0.50	0.94	6.89	< .0001
ด้านการปรับตัวและ ช่วยเหลือตนเอง	2.80	0.50	4.20	0.45	0.54	0.92	8.06	< .0001
ด้านการอารมณ์และ จิตใจ	2.60	0.45	4.10	0.42	0.59	0.88	10.37	< .0001
ด้านเศรษฐกิจ	2.10	0.45	4.25	0.50	0.60	0.91	10.16	< .0001
รวมทุกด้าน	2.80	0.45	4.26	0.44	2.97	4.64	9.60	< .0001

3.4 ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย มีการติดตามตัวชี้วัดด้านคุณภาพการรักษามีแนวโน้มดีขึ้นโดยพบว่า การขาดนัดจาก ร้อยละ 29.90 ลดลงเป็น 17.99 ร้อยละการกำเริบจาก ร้อยละ 27.40 ลดลงเป็น ร้อยละ 15.83 ผู้ป่วยที่ต้องส่งตัวไปเพื่อรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่าจากเดิมร้อยละ 25.20 ลดลงเป็น 12.95 และหลังดำเนินการไม่มีผู้ป่วย ถูกล่ามขังในพื้นที่

วิจารณ์

สถานการณ์ก่อนการพัฒนาจากสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มในทีมสหวิชาชีพ

ยังไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทโดยเฉพาะ ยังคงเป็นการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชทั่วไป การปฏิบัติงานจริงเป็นเพียงประเมินผลการรักษาผู้ป่วยด้วยอาการที่มีอยู่ดีขึ้นหรือลดลง การติดตามผู้ป่วยไม่มีความต่อเนื่อง หากมีผู้ป่วยขาดนัดจะประสานการติดตามผ่าน รพ.สต. ที่อยู่ในพื้นที่ การดูแลและเฝ้าระวังเป็นบริการตั้งรับในโรงพยาบาล หากมีภาวะฉุกเฉินเกิดขึ้นในพื้นที่ยังไม่มีระบบเฝ้าระวังมีการติดตามนิเทศงานด้านจิตเวชได้ดำเนินการตามวงรอบการนิเทศของเครือข่ายบริการ ปีละ 2 ครั้ง บุคลากร ใน รพ.สต. ขาดทักษะในการให้บริการ

ไม่มั่นใจเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคและการดูแลรักษา ภาควิชาเครือข่ายชุมชนมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยและกังวลเรื่องอันตรายจากการถูกผู้ป่วยโรคจิตเภททำร้ายร่างกาย สอดคล้องกับการศึกษาของ จักรพงษ์ พระสุรัตน์, วิรติ ปานศิลา, วรพจน์ พรหมสัตยพรต⁽¹¹⁾ ที่ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเภทในชุมชน บ้านหนองคู อำเภอนาคู จังหวัดนครราชสีมา พบว่า ปัจจัยที่สำคัญของการเกิดอาการกำเริบซ้ำในชุมชน ได้แก่ ด้านตัวผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการทานยา หรือการปฏิบัติตามแผนการรักษา ด้านผู้ดูแลมีข้อจำกัดในการดูแลที่ถูกต้องเหมาะสมและขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยจิตเภทคิดว่าผู้ป่วยจิตเภทไม่ควรอยู่ในชุมชนต้องรักษาในโรงพยาบาลเท่านั้น ถ้าผู้ป่วยมีอาการผิดปกติหรือมีอาการกำเริบค่อยประสานและขอการสั่งการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลต่อผู้ป่วยจิตเภทได้รับการดูแลไม่ต่อเนื่อง จนทำให้ผู้ป่วยจิตเภทในชุมชนมีโอกาสเกิดอาการกำเริบซ้ำขึ้น จนต้องส่งกลับไปรักษาเพิ่มขึ้น

จากสถานการณ์ปัญหา ดังกล่าว ผู้วิจัย ได้ดำเนินการพัฒนาผ่านวงจรการวิจัยเชิงปฏิบัติการ เริ่มตั้งแต่การนำประเด็นปัญหาที่ได้จากการวิเคราะห์สถานการณ์มาสะท้อนในเวทีการประชุมเชิงปฏิบัติการในกลุ่มบุคลากรผู้ให้บริการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาล พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ภาควิชาเครือข่ายชุมชน เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญห หลังจากนั้นดำเนินการวางแผน ลงมือปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนการปฏิบัติร่วมกันกับผู้วิจัย ผู้ร่วมวิจัยและ

ผู้ร่วมกิจกรรม มีการสรุปผลการดำเนินการและข้อเสนอแนะเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาคต่อไป จนเกิดระบบที่ชัดเจนนำสู่การปฏิบัติได้จริง ภายหลังนำระบบไปใช้ พบว่า การมีส่วนร่วมของภาควิชาเครือข่ายในภาพรวมระดับการมีส่วนร่วมของภาควิชาเครือข่ายอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.44 (SD=0.54) ผู้ดูแลและภาควิชาเครือข่ายมีความรู้เพิ่มขึ้นทุกด้าน มีทัศนคติเพิ่มขึ้นทุกด้าน ค่าเฉลี่ย 4.36 (SD=0.40) ผลลัพธ์ด้านคุณภาพการดูแลผู้ป่วย มีการติดตามตัวชี้วัดด้านคุณภาพการรักษา พบว่า การขาดนัดลดลงเป็น ร้อยละ 17.99 การกำเริบลดลงเป็น ร้อยละ 15.83 ผู้ป่วยที่ต้องส่งตัวไปเพื่อรับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่โรงพยาบาลที่มีศักยภาพสูงกว่า ลดลงเป็น 12.95 และหลังดำเนินการไม่มีผู้ป่วย ถูกล่อลวงชิงในพื้นที ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิเชษฐ พิเดชุนทด⁽¹²⁾ ที่ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภท ในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์ พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอละหานทรายที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน คือ 1) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรด้านโรคจิตเภท 2) หน่วยบริการทุกแห่งดำเนินงานตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเภท หากกลับบ้านต้องประสานงานการดูแลจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 3) การติดตามผู้ป่วยขาดนัดโดยมีระบบการติดตามร่วมกัน โดยโรงพยาบาลละหานทราย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่ง อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เน้นการเยี่ยมบ้านและ

ติดตามผู้ป่วยอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง 4) ระบบการดูแลและเฝ้าระวังในชุมชน ได้แก่ เฝ้าระวังการขาดยา เหตุการณ์ก้าวร้าวรุนแรง โดยญาติหรือผู้ดูแลและ อสม.ในพื้นที่ และ 5) การควบคุมและนิเทศติดตาม ซึ่งหลังการทดลองพบว่าผู้ป่วยจิตเภทสามารถควบคุมการเจ็บป่วยได้เพิ่มขึ้น มีอาการจิตเภทที่ยังควบคุมไม่ได้ลดลง และถูกวินิจฉัยว่ามีอาการกำเริบลดลง โดยทั้งสามลักษณะนี้มีจำนวนการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณบุคลากรโรงพยาบาลชื่นชม ทีมสหวิชาชีพและบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในเครือข่ายบริการสุขภาพชื่นชมทุกท่านที่ร่วมกันพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชให้สอดคล้องกับบริบทพื้นที่ส่งผลให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับบริการที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี กรมสุขภาพจิต ปีงบประมาณ 2560 (Annual Report 2017). กรุงเทพฯ: ละม่อม; 2560.
2. ศูนย์สารสนเทศ กองแผนงาน กรมสุขภาพจิต [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2564]; เข้าถึงได้จาก <http://www.dmh.go.th./report/poppulation/province.asp?Field24=2564>.
3. เกียรติภูมิ วงศ์รจิต. สุขภาพจิตชุมชน: บทเรียนและประสบการณ์ของประเทศไทย. นนทบุรี: ปิยอนด์ พับลิชชิง; 2555.
4. โรงพยาบาลชื่นชม. ระบบสารสนเทศรายงานผลการดำเนินการผู้ป่วยจิตเภท ปี 2562-2565. มหาสารคาม: โรงพยาบาลชื่นชม; 2562-2565.
5. ปัทมา โกมทุบุตร และ กฤษณ์ ทองบรรจบ. เอกสารประกอบการเรียนรู้ Chronic Care Model [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม 2564]; เข้าถึงได้จาก <http://www.med.cmu.ac.th/dept/commed>
6. ขวัญทิพย์ สุขมาก. การบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคจิต. นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
7. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังในชุมชนสำหรับบุคลากร ของหน่วยบริการระดับปฐมภูมิ. กรุงเทพมหานคร: แสงจันทร์การพิมพ์; 2559.
8. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพมหานคร : สุวีริยาสาส์น; 2553.
9. พันธุ์ทิพย์ รามสูต. การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. กรุงเทพมหานคร: พี เอ ลีฟวิ่ง; 2540.
10. ทวีศักดิ์ นพเกสร. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครราชสีมา: โชคเจริญมาร์เก็ตติ้ง; 2549.

11. จักรพงษ์ พระสุรัตน์, วิรัตน์ ปานศิลา, วรพจน์ พรหมสัตยพรต. การมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันอาการกำเริบซ้ำของผู้ป่วย จิตเภทในชุมชน บ้านหนองคู อำเภอสว่างคนคม จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2563; 4: 184-198.
12. พิเชษฐ พืดขุนทด. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยจิตเภทในเครือข่ายบริการสุขภาพ อำเภอละหานทราย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี. 2562;2:95-107.
13. อนุพงศ์ ชาวคอนไชย, กัลยา มาศแจ่มกลาง. การบริหารจัดการเชิงระบบสู่การพัฒนาบริการสุขภาพจิต แบบ “ใกล้บ้าน ใกล้ใจ ในชุมชน” อำเภอนोनสูง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9. 2565; 3 : 784-798

ผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต โดยครูดี เพื่อนซี้อยอมพลึงต่อภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน (6-12 ปี) บ้านเหล่าขาว ตำบลโพนเมืองน้อย อำเภอดงหลวง จังหวัดอำนาจเจริญ

มงคล สุขจิตต์¹, ศุภยางค์ เกิดสุข², สุพิชฌาย์ สายเย็น³

(วันที่รับบทความ 29 มิถุนายน 2566, วันที่แก้ไข 1 สิงหาคม 2566, วันที่ตอบรับ 1 สิงหาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต โดยครูดี เพื่อนซี้อยอมพลึงต่อภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียน (6-12 ปี) คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่อิสระต่อกัน ได้กลุ่มละ 27 คน สุ่มตัวอย่างแบบ Cluster โดยกลุ่มทดลองได้รับความรู้ คำแนะนำและกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาภาวะโภชนาการโดยครอบครัว เพื่อน และครู กลุ่มเปรียบเทียบได้รับการปกติ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบวัดทัศนคติสำหรับเด็ก ผู้ปกครอง และแบบบันทึก มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.72, 0.81 และ 0.90 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ด้วยสถิติ Independent-Samples T-Test ทดสอบการแจกแจงปกติโดยใช้ The Kolmogorov-Smirnov Test ได้ค่า การแจกแจงไม่ปกติ ใช้สถิติ Mann-Whitney U test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มมีอัตราการคงอยู่ ร้อยละ 100 มีคุณลักษณะส่วนบุคคลคล้ายกัน คือ มีอายุเฉลี่ย 9 ปี ค่าใช้จ่ายที่ได้รับจากผู้ปกครอง 30 - 60 บาทต่อวัน ส่วนใหญ่ผู้ปกครองประกอบอาชีพเกษตรกร มีรายได้เฉลี่ย 7,000 - 14,000 บาทต่อเดือน เด็กส่วนใหญ่เป็นกลุ่มโภชนาการต่ำกว่าเกณฑ์ ภายหลังการทดลอง ส่งผลให้ทัศนคติของเด็ก และผู้ปกครองต่อภาวะทุพโภชนาการ ในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$). คะแนนพฤติกรรมการบริโภค และกิจกรรมทางกายมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) สัดส่วนร่างกาย ได้แก่ น้ำหนัก เส้นรอบอก แขน และขาในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.040$, $p = 0.015$, $p < .001$ และ $p < .001$ ตามลำดับ) ดังนั้น การแก้ปัญหาภาวะโภชนาการในเด็กวัยเรียนด้วยกิจกรรมที่เน้นทักษะชีวิตภายใต้ทุนทางสังคมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ส่งผลให้ภาวะโภชนาการดีขึ้น จึงควรนำไปศึกษาในวงกว้าง

คำสำคัญ: ภาวะโภชนาการ, เด็กวัยเรียน 6-12 ปี, แรงสนับสนุนทางสังคม

¹⁻³หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต โครงการจัดตั้งวิทยาเขตอำนาจเจริญ มหาวิทยาลัยมหิดล

Corresponding author: มงคล สุขจิตต์, e-mail: prasert.pra@mahidol.edu

The Effects of Life Skills Development Program Using Peer Coaching on Nutritional Status Among School-age Children (6-12 years) in Phon Mueang Noi Subdistrict, Hua Taphan District, Amnat Charoen Province

Mongkon Sukjit¹, Suphayang Koedsuk², Suphicha Saiyen³

(Received 29th June 2023, Revised 1st August 2023, Accepted 1st August 2023)

Abstract

The two-group quasi-experimental research aimed to study the effect of a life skills development program using peer coaching on nutritional status among school-age children (6–12 years old) with nutritional problems. The sample size was calculated by the two-independent mean comparison formula as 27 people per group using cluster random sampling. The experimental group was provided with the programme of knowledge, advice, and activities to solve malnutrition problems with support from family, friends, and teachers. The comparison group received regular services. Data were collected using questionnaires for children, parents, and a checklist from the diary, with reliability values of 0.72, 0.81, and 0.90, respectively. The data were analysed by descriptive statistics and inferential statistics by an Independent-Samples T-Test. Test the normal distribution by using the Kolmogorov – Smirnov Test, Unnormal distribution, use statistics. Mann-Whitney U test.

The results showed that the sample groups had a 100 percent retention rate with an average age of 9 years, and the amount of money they received from parents ranged from 30 to 60 baht per day. Most of the parents were farmers, and they had an average income of 7,000–14,000 baht per month. Most children are undernourished. After the experiment, both children's and parents' attitudes towards malnutrition were significantly more positive in the experimental group than in the comparison group ($p=0.001$). Dietary intake and physical activity were the same ($p<0.001$). Meanwhile, body proportions including weight and waistline (chest, arm, and leg) were significantly lower in the experimental group than the comparison group ($p=0.040$, $p=0.015$, $p<0.001$, and $p<0.001$), respectively. Therefore, solving nutritional issues in school-aged children through life skills-based activities based on social capital and social support, resulting in an improved nutritional status, should be studied on a larger scale.

Keywords: Nutritional status, Children 6-12 years, Social support

¹⁻³ Public health program, Mahidol University Amnatchareon Campus

Corresponding author: Mongkon Sukjit, e-mail: prasert.pra@mahidol.edu

บทนำ

ตามรายงานกระทรวงสาธารณสุขเกี่ยวกับภาวะโภชนาการเด็กอายุ 0-19 ปีงบประมาณ 2566 พบว่า ช่วงอายุที่พบปัญหาเกี่ยวกับภาวะทุพโภชนาการสูงสุด คือ กลุ่มเด็กวัยเรียน 6-14 ปี โดยพบเด็กที่มีปัญหาทุพโภชนาการอยู่ที่ร้อยละ 43.78⁽¹⁾ โดยสถานการณ์ภาวะโภชนาการของเด็กไทยอายุ 6-14 ปี พ.ศ. 2560-2565 พบว่าแนวโน้มสถานการณ์รุนแรงมากขึ้น นอกจากนี้ จากผลการประเมินการเจริญเติบโตสูงสุดดีสมส่วนระหว่างเดือนธันวาคม 2565 - กุมภาพันธ์ 2566 พบว่า จากการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงเด็กอายุ 6 - 14 ปี ประมาณ 4.2 ล้านคน พบเด็กได้มาตรฐานสูงสุดดีสมส่วนร้อยละ 56.22⁽²⁾ สำหรับเขตสุขภาพที่ 10 มีรายงานข้อมูลตั้งแต่ปี 2556 - 2566 พบแนวโน้มเด็กอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วนลดลง โดยในปี 2566 อยู่ที่ร้อยละ 59.88 ซึ่งต่ำกว่าค่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ในระดับประเทศที่มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 66⁽²⁾ ทั้งนี้ จังหวัดอำนาจเจริญเป็นจังหวัดซึ่งมีเด็กที่ได้มาตรฐานสูงสุดดีสมส่วนต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานคือ ร้อยละ 53.90 ในขณะที่มาตรฐานระดับจังหวัดตั้งไว้อยู่ที่ร้อยละ 57 และในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนเมืองน้อย ยังพบปัญหาภาวะทุพโภชนาการในสัดส่วนที่สูง โดยมีสัดส่วนของเด็กสูงสุดดีสมส่วนร้อยละ 47.37 เท่านั้น⁽²⁾ อย่างไรก็ตามในกลุ่มอายุ 6-14 นั้น เด็กกลุ่มอายุ 6-12 ปี เป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการดูแลที่มากกว่า⁽³⁾ ซึ่งหากไม่ได้รับการส่งเสริมดูแลที่เหมาะสมจะนำไปสู่ปัญหาภาวะทุพโภชนาการ

ได้ในอนาคต⁽⁴⁾ ทั้งนี้ บ้านเหล่าขาว ตำบลโพนเมืองน้อย ซึ่งพบปัญหามากกว่าร้อยละ 50 โดยพบในกลุ่มเด็กอายุ 6-12 ปี คิดเป็นร้อยละ 50 ของผู้มีปัญหาทุพโภชนาการในพื้นที่⁽⁵⁾ โดยปัญหาโภชนาการส่งผลกระทบต่อบุคคลเจ็บป่วยง่าย บั่นทอนศักยภาพด้านสติปัญญาและการเรียนรู้ด้วย และพัฒนาไปเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽⁶⁾ นอกจากนี้ ยังส่งผลต่อการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ ย่อมส่งผลต่อการพัฒนาและขับเคลื่อนประเทศชาติ⁽⁶⁻⁸⁾ อย่างไรก็ตามปัญหาดังกล่าวก็สามารถป้องกันและแก้ไขได้หากแต่ต้องอาศัยความร่วมมือจากครอบครัวและชุมชน

ภาวะทุพโภชนาการ เป็นปัญหาซึ่งเกิดได้จากหลายปัจจัย โดยเฉพาะด้านกิจกรรมทางกาย พฤติกรรมการบริโภค ตลอดจนปัจจัยด้านความรู้ ทักษะคิด และอิทธิพลจากครอบครัว⁽⁹⁻¹⁰⁾ โดยจากการลงพื้นที่เพื่อศึกษาเบื้องต้น พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการ ได้แก่ ทักษะคิดด้านการบริโภค การใช้จ่ายด้านอาหาร การมีกิจกรรมทางกาย พฤติกรรมการบริโภค ทักษะคิดการเลี้ยงดูบุตรของผู้ปกครอง และพฤติกรรมการบริโภคของครัวเรือน โดยผลสำรวจในบ้านเหล่าขาวพบว่าครอบครัวเพื่อน และครู มีผลกว่าร้อยละ 65.79 จากปัจจัยดังกล่าว ได้มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องในการแก้ไข พบว่า การแก้ปัญหาโภชนาการในเด็ก ต้องเริ่มต้นที่ครอบครัวเป็นอันดับแรก⁽¹¹⁾ อีกทั้งในกลุ่มวัยเรียนครู หรือบุคคลซึ่งเป็นแบบอย่างที่ดีและความใกล้ชิดกับตัวเด็ก จะส่งผลให้เด็กมีพฤติกรรม ทักษะคิดและการแสดงออกที่เหมาะสม⁽¹²⁾ และกลุ่ม

เพื่อน เนื่องจากเป็นสิ่งแวดล้อมที่สำคัญที่เด็กมักใช้เวลาและต้องการเป็นที่ยอมรับ กลุ่มเพื่อนจึงมีผลต่อการตัดสินใจ การรับรู้ ทศนคติ และพฤติกรรมของเด็ก⁽¹³⁾

จากการที่ปัญหาทุพโภชนาการเป็นปัญหาที่มีแนวโน้มพุ่งสูงขึ้น และอาจส่งผลกระทบต่อตั้งแต่ระดับชุมชนจนถึงระดับประเทศชาติ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต โดยครูดี เพื่อนซี้จอมพลัง เพื่อเป็นกลไกในการลดปัญหาภาวะทุพโภชนาการในเด็ก โดยประยุกต์ใช้การเล่นพื้นบ้านต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายร่วมกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภค โดยอาศัยอิทธิพลจากเพื่อน ครู และครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนในการเกิดพฤติกรรมทางบวกเพื่อจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการในเด็ก ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีการศึกษาใดเคยพัฒนากิจกรรมลักษณะดังกล่าว ดังนั้น จึงมีความจำเป็นต้องศึกษาผลของโปรแกรดังกล่าว ซึ่งผลการวิจัยครั้งนี้ จะสามารถนำไปขยายผลในพื้นที่อื่นและปัญหาสุขภาพอื่นในกลุ่มเด็กต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต โดยครูดี เพื่อนซี้จอมพลังต่อภาวะโภชนาการ ในเด็กวัยเรียน (6-12 ปี) ที่มีปัญหาภาวะโภชนาการ พื้นที่บ้านเหล่าขาว ตำบลโพธิ์เมืองน้อย อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ

สมมติฐาน

1. ภายหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต โดยครูดี เพื่อนซี้จอมพลัง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีทัศนคติเกี่ยวกับภาวะทุพโภชนาการ มากกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

2. ภายหลังได้รับโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต โดยครูดี เพื่อนซี้จอมพลัง ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะทุพโภชนาการ ที่ดีกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่ม (Quasi-experimental two-group design) ระยะเวลา 6 สัปดาห์ (ระหว่างวันที่ 4 เมษายน พ.ศ. 2566 ถึง 16 พฤษภาคม พ.ศ. 2566)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา คือ กลุ่มเด็กอายุ 6 - 12 ปี ในพื้นที่ให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพธิ์เมืองน้อย อำเภอห้วยตะพาน จังหวัดอำนาจเจริญ จำนวน 252 คน⁽⁵⁾

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณขนาดตัวอย่างค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่ม (two independent means) โดยใช้ค่าเฉลี่ยและค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานจากงานวิจัยของ อัจฉรีย์ แม่นปิ่น และคณะ⁽¹⁴⁾ ได้ขนาดตัวอย่างไม่น้อยกว่า 27 คนต่อกลุ่ม โดยสุ่มตัวอย่างแบบ Cluster ในกลุ่มทดลองคัดเลือกหมู่บ้านที่มีปัญหาโภชนาการสูงสุด คือบ้านเหล่าขาว⁽⁵⁾ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ

โดยสั่มอย่างง่ายจากหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนเมื่อน้อยที่มีกลุ่มเด็ก 6-12 ปี จำนวนไม่น้อยกว่าขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่คำนวณได้

เกณฑ์คัดเข้า เป็นเด็กอายุ 6 - 12 ปี ที่มีผลการประเมินการเจริญเติบโตตามกราฟส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ คือ เตี้ย ค่อนข้างเตี้ย หรือมีผลการประเมินการเจริญเติบโตกราฟน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง คือ อ้วน เริ่มอ้วน ท้วม ค่อนข้างอ้วน อ้วน อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือทั้งสองอย่าง อาศัยอยู่ในชุมชน อย่างน้อย 3 ปี และมีความสนใจเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก เป็นผู้มีปัญหาในการสื่อสาร และหรือเป็นโรคซึ่งต้องได้รับการดูแลเรื่องอาหารเป็นพิเศษ

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่

โปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิต โดยครูดี เพื่อนซี้จอมพลัง ประกอบด้วย

กิจกรรมที่ 1 เปลี่ยนความคิด พัฒนาชีวิต ป้องกันทุพโภชนาการ ประกอบด้วยกิจกรรมย่อย ใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรมรวม 1 วัน ดังนี้

1.1 กิจกรรมเลือกข้าง (กิจกรรมปรับทัศนคติ) โดยใช้คำถามให้แสดงความคิดเห็นเพื่อการตัดสินใจเลือกข้าง ของเด็กและผู้ปกครอง และให้เหตุผลประกอบ พร้อมทั้งให้ความรู้ และปรับความเข้าใจให้ถูกต้องเกี่ยวกับสิ่งที่เลือก

1.2 กิจกรรมใช้ชีวิตอย่างไรให้ปลอดภัยจากทุพโภชนาการ (กิจกรรมเสริมความรู้) การให้ความรู้เกี่ยวกับวิธีการประเมินการเจริญเติบโต

ตามกราฟการเจริญเติบโต การจัดหาอาหารและการบริโภคที่เหมาะสม และการทำกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสม

1.3 กิจกรรมครูดี เยี่ยมบ้านเสริมพลังปรับพฤติกรรมด้านโภชนาการ (กิจกรรมเสริมพลังบวก) เป็นกิจกรรมชักชวนให้เด็กร่วมทำกิจกรรมปรับพฤติกรรมที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ เพื่อให้ได้สุขภาพที่ดี โดยครูซึ่งครู เป็นผู้ที่เด็กให้ความเคารพ นับถือเชื่อฟัง เกรงใจ หรือมีความน่ายำเกรง ซึ่งยังรวมไปถึงบุคคลทั่วไปซึ่งมีลักษณะดังกล่าวด้วย ตามการพิจารณาของผู้ปกครอง หรือผู้อยู่อาศัยในพื้นที่ และมอบสมุดบันทึกการบริโภค และการทำกิจกรรมทางกาย พร้อมชี้แจงการบันทึก กติกา สะสมคะแนนเพื่อแลกรับของรางวัล ให้เด็กและผู้ปกครองทราบ

1.4 กิจกรรมเพื่อนซี้จอมพลัง ขวนเพื่อน ทำกิจกรรมทางกาย (กิจกรรมเสริมพลังบวก) เป็นกิจกรรมที่จะให้เด็ก จับกลุ่มกัน 3 - 4 คน และชี้แจงการปฏิบัติกิจกรรม คือ ในทุกวันให้เด็ก ขวนเพื่อนออกไปเล่น หรือออกไปทำกิจกรรมทางกายร่วมกัน

กิจกรรมที่ 2 ปรับพฤติกรรมใหม่ ห่างไกลทุพโภชนาการ (กิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม) กิจกรรมการสอน และติดตามการบริโภคอาหารที่ถูกต้องของเด็กกลุ่มทดลองเชิงรุก ร่วมกับ อสม. และครู ซึ่งเป็นการออกเยี่ยมบ้านรายสัปดาห์ร่วมกับประเมินผลการปฏิบัติกิจกรรมตามโปรแกรมจากแบบบันทึกการบริโภค และการทำกิจกรรมทางกาย และประเมินการเจริญเติบโตตามกราฟการเจริญ

เติบโต และให้คำแนะนำเพิ่มเติมในการปรับ การบริโภคที่เหมาะสม โดยมีการลงประเมิน ทั้งสิ้น 6 ครั้ง (สัปดาห์ละ 1 ครั้ง)

กิจกรรมที่ 3 ประเมินผล แบ่งปันความสำเร็จ (กิจกรรมเสริมสรุป และประเมินผล) กิจกรรมการสรุปผลการดำเนินการการแก้ปัญหา ภาวะทุพโภชนาการในชุมชน โดยจะมีการ คืบข้อมูลความสำเร็จของชุมชนในการจัดการ ปัญหา การมอบรางวัลให้กับเด็ก และกลุ่มเพื่อนที่ ร่วมกันทำกิจกรรม และรักษาสุขภาพได้ดี ที่สุดและวางแผนการดำเนินโครงการต่อไปเพื่อ ให้เกิดความต่อเนื่องในการแก้ปัญหาเกี่ยวกับ ภาวะทุพโภชนาการในชุมชน และในตอนท้าย ของกิจกรรมจะมีการจัดกิจกรรมเลือกผิงข้าง ไหนดี เพื่อเป็นการทดสอบทัศนคติหลังจาก สิ้นสุดโครงการ ใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม รวม 1 วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. แบบประเมินทัศนคติต่อภาวะ ทุพโภชนาการของเด็ก และผู้ปกครองเด็ก กลุ่มทดลอง โดยอ้างอิงรูปแบบของแบบสอบถาม สำหรับวัดทัศนคติ จากเทคนิคการวัดทัศนคติ ของลิเกิร์ต โดยแบบวัดทัศนคติของเด็ก มีจำนวน 14 ข้อ และผู้ปกครอง จำนวน 16 ข้อ

2. แบบบันทึกการบริโภค และการ ทำกิจกรรมทางกายของเด็กกลุ่มทดลอง ที่สร้างขึ้นโดยผู้วิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน

ของแบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับภาวะทุพโภชนาการ ในเด็ก 6-12 ปี สำหรับเด็ก ผู้ปกครอง และ แบบตรวจสอบรายการจากสมุดบันทึกพฤติกรรม การบริโภค และการมีกิจกรรมทางกาย มีค่า IOC เท่ากับ 0.84, 0.82 และ 0.90 ตามลำดับ

2. ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับเด็กอายุ 6-12 ปี ที่มีปัญหาภาวะทุพโภชนาการ ในพื้นที่ ให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โพนเมืองน้อยจำนวน 30 คนได้ค่า Cronbach's Coefficient ของแบบวัดทัศนคติเกี่ยวกับ ภาวะทุพโภชนาการในเด็ก 6-12 ปี สำหรับเด็ก ผู้ปกครองมีค่าเท่ากับ 0.72 และ 0.81 ตามลำดับ และค่า KR20 ของแบบตรวจสอบรายการ จากสมุดบันทึกพฤติกรรมการบริโภค และ การมีกิจกรรมทางกายมีค่าเท่ากับ 0.90

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลจากฐานข้อมูลแบบสอบถาม ออนไลน์ (Google Form) จากการตอบของ ผู้เข้าร่วม เข้าโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ ข้อมูลด้วย สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Independent-Samples T-Test ทดสอบ การแจกแจงปกติโดยใช้ The Kolmogorov – Smirnov Test ได้ค่าการแจกแจงไม่ปกติ ใช้สถิติ Mann-Whitney U test

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยจะพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ ร่วมวิจัย โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความ เคารพในส่วนบุคคล (Respect For Person) 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย (Beneficence) 3) หลักยุติธรรม (Justice)

2. พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการ ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเล็กน้อย ทั้งพฤติกรรมการบริโภค และการมีกิจกรรมทางกาย โดยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$ และ $p\text{-value} = .020$ ตามลำดับ) หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมที่สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งพฤติกรรมการบริโภค และการมีกิจกรรมทางกาย โดยพฤติกรรมการบริโภค กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ พฤติกรรมการบริโภคมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 20.00 ($S.D. = 0.00$) คะแนน และ 11.41 ($S.D. = 2.94$) คะแนน ตามลำดับ และการมีกิจกรรมทางกาย กลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.00 ($S.D. = 0.00$) คะแนน และ 6.48 ($S.D. = 1.78$) คะแนน ตามลำดับ โดยทั้งพฤติกรรมการบริโภค และการมีกิจกรรมทางกายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .001$ และ $p < .001$ ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานระดับทัศนคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะทุพโภชนาการ ของเด็กอายุ 6-12 ปี และผู้ปกครอง หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n/gr=27)

ตัวแปร	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		u	p-value
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
ทัศนคติเกี่ยวกับภาวะทุพโภชนาการ						
ทัศนคติของเด็ก 6 - 12 ปี	69.22	1.19	48.85	3.15	0.00	<.001
ทัศนคติของผู้ปกครอง	78.89	1.34	55.26	4.67	0.00	<.001
พฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับภาวะทุพโภชนาการ						
การบริโภค	20.00	0.00	11.41	2.94	0.00	<.001
การมีกิจกรรมทางกาย	12.00	0.00	6.48	1.78	0.00	<.001

3. สัดส่วนร่างกาย เกณฑ์น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีภาวะโภชนาการที่ใกล้เคียงกัน หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีเด็กนักเรียนที่มีสัดส่วนสมส่วนเพิ่มจากร้อยละ 22.2 เป็นร้อยละ 37.0 ตามลำดับ เช่นเดียวกับเกณฑ์ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ ก่อนทดลองกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีลักษณะที่ใกล้เคียงกัน ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลอง เด็กที่มีส่วนสูงตามเกณฑ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 44.5 เป็นร้อยละ 55.6 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบที่ก่อนทดลองพบร้อยละ 55.6 แต่ลดลงเหลือร้อยละ 51.9

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของน้ำหนักส่วนสูง เส้นรอบอก เส้นรอบแขน เส้นรอบขา ก่อนทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยส่วนสูงน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งส่วนสูงในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนค่าเฉลี่ยน้ำหนัก เส้นรอบอก เส้นรอบแขน และเส้นรอบขาน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.049$, $p=0.028$, $p=<.001$ และ $p=<.001$ ตามลำดับ แต่หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนัก ส่วนสูงน้อย รอบอก แขน และขา น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p=0.040$, $p=0.015$, $p=<.001$ และ $p=<.001$ ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานน้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบอก เส้นรอบแขน เส้นรอบขา ของเด็กอายุ 6-12 ปี ที่มีภาวะทุพโภชนาการ หลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ (n/gr=27)

สัดส่วนร่างกาย	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		u	p-value
	(n=27)		(n=27)			
	Mean	S.D.	Mean	S.D.		
น้ำหนัก	27.93	9.97	34.75	12.58	246.00	0.040
ส่วนสูง	128.38	17.44	135.39	13.81	-1.64	0.102*
เส้นรอบอก	48.59	10.33	55.06	8.36	-2.53	0.015*
เส้นรอบแขน	17.93	1.80	20.51	2.56	-4.28	<.001*
เส้นรอบขา	28.81	5.34	33.51	3.12	-3.94	<.001*

* ทดสอบด้วยสถิติ Independent Samples Test

อภิปรายผล

1. ทักษะต่อภาวะทุพโภชนาการ
กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อแก้ปัญหาภาวะทุพโภชนาการ โดยมีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านทักษะของเด็ก 6-12 ปี คือ กิจกรรมเลือกข้าง ซึ่งเป็นกิจกรรมการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายใต้ข้อคำถามวัดทัศนคติทั้งเชิงบวก และเชิงลบ และให้ความรู้ปรับความเข้าใจให้ถูกต้องสู่การปฏิบัติจริงเพื่อให้เด็กเห็นความสามารถตนเอง และแนวทางการจัดการปัญหาทุพโภชนาการที่เด็กก็สามารถทำได้ง่าย ๆ โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบก่อนเข้าร่วมโปรแกรมนี้มีค่าเฉลี่ยทัศนคติสูงกว่ากลุ่มศึกษาเล็กน้อย คือ (Mean=47.56, S.D.=6.77) และ (Mean=48.85, S.D.=3.15) ตามลำดับ ซึ่งภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมแล้ว

ระดับทัศนคติของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างเห็นได้ชัด คือ (Mean=69.22, S.D.= 1.19) และ (Mean=48.85, S.D.=3.15) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของเฉลิมพร นามโยธา และคณะ⁽¹⁸⁾ และอรอนงค์ ชูแก้ว⁽¹⁹⁾

นอกจากนี้ ยังพบผลพลอยได้จากการทำกิจกรรม คือ การจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น เพื่อปรับมุมมอง และทัศนคติต่อภาวะโภชนาการ รวมไปถึงการจัดกิจกรรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายโดยยึดความคิดเห็นของเด็กเป็นที่ตั้ง เป็นจุดเริ่มต้นของการกล้าแสดงออก กล้าแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และกล้าทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่นอย่างสนุกสนาน สอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรีย์ รัตนพฤกษ์ และพรสุข พูนนิรันดร์⁽²²⁾

กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อแก้ปัญหาภาวะทุพโภชนาการ โดยมีสาเหตุมาจากปัจจัยด้านทัศนคติของผู้ปกครอง คือ การจัดกิจกรรมให้ความรู้ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อปรับทัศนคติของผู้ปกครอง ซึ่งเป็นการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะทุพโภชนาการ โดยเฉพาะอันตรายที่เกิดจากภาวะทุพโภชนาการ โดยเน้นย้ำให้เห็นถึงความร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้นต่อบุตรหลานของตน กิจกรรมดังกล่าวจึงเป็นกิจกรรมที่จัดขึ้นด้วยแรงผลักดันของความอยากให้อบุตรหลานมีสุขภาพดี ซึ่งค่าเฉลี่ยทัศนคติของผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบเล็กน้อย คือ (Mean=56.74, S.D.= 9.13) และ (Mean=58.59, S.D.=4.38) ตามลำดับ แต่หลังการทดลองค่าเฉลี่ยทัศนคติของผู้ปกครอง กลุ่มทดลองมีค่ามากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ คือ (Mean=78.89, S.D.= 1.34) และ (Mean=55.26, S.D.= 4.67) ตามลำดับ การที่ค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมนั้น เห็นได้ชัดว่าความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักมีผลต่อทัศนคติ สอดคล้องกับการศึกษาของทิพย์สุตา นกเส็ง และคณะ⁽¹⁵⁾

สรุป การที่กลุ่มทดลองมีทัศนคติที่สูงขึ้นกว่ากลุ่มเปรียบเทียบนั้น เนื่องจากรูปแบบกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้เด็กได้แสดงความคิดเห็นบนพื้นฐานความไม่มีถูกผิด ควบคู่ไปกับการให้ความรู้ ปรับความเข้าใจให้ถูกต้อง และทำกิจกรรมตามความชอบของตนเอง ร่วมกับการปรับทัศนคติของผู้ปกครอง

ครู และเพื่อน นำไปสู่การกลายเป็นแรงผลักดันให้เด็กใส่ใจการจัดการปัญหาทุพโภชนาการ

2. พฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการ กิจกรรมที่จัดขึ้นเพื่อแก้ปัญหาภาวะทุพโภชนาการ โดยมีสาเหตุมาจากพฤติกรรม ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภค และการมีกิจกรรมทางกาย คือ การให้ความรู้ กิจกรรมชวนน้องออกมาเล่น การเยี่ยมบ้าน และการประเมินสมุดบันทึกการบริโภคและการมีกิจกรรมทางกายให้คำแนะนำ กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมก่อนเริ่มการทดลองที่ต่างกันเล็กน้อย ทั้งพฤติกรรมการบริโภค (Mean=14.07, S.D.= 1.04) และ (Mean=11.41, S.D.= 2.94) ตามลำดับ และการมีกิจกรรมทางกาย (Mean=8.67, S.D.= 0.92) และ (Mean=7.67, S.D.= 1.62) ตามลำดับ ภายหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยที่สูงขึ้นกว่าก่อนเริ่มการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ทั้งพฤติกรรมการบริโภค (Mean= 20.00, S.D.= 0.00) และ (Mean=11.41, S.D.= 2.94) และการมีกิจกรรมทางกาย (Mean=12.00, S.D.= 0.00) และ (Mean=6.48, S.D.= 1.78) ตามลำดับ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ ชูแก้ว⁽¹⁹⁾ และติราพร ทองดี และคณะ⁽²⁰⁾

ข้อค้นพบที่สำคัญประการหนึ่งคือการจูงใจเด็กเพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้น เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก และพบปัญหามากที่สุด หนึ่งปัจจัยที่สำคัญในการโน้มน้าวใจเด็กเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนั้นต้องอาศัย

แรงสนับสนุนทางสังคมเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะแรงสนับสนุนจากบุคคลรอบตัวเด็กซึ่งมีอิทธิพลต่อตัวเด็ก ได้แก่ ครู ครอบครัว และเพื่อน เช่น ครอบครัวไม่ให้ความสำคัญ ไม่บอกให้เด็กออกมาวิ่งเด็กก็ไม่มา หรือเพื่อนไม่พามาไม่มีเพื่อนก็จะไม่มา สอดคล้องกับการศึกษาก่อนหน้า^(14-16,18)

นอกจากนี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจำเป็นต้องอาศัยแรงจูงใจภายในจากตัวเด็กเอง ซึ่งโดยนัย เด็กมักต้องการของรางวัล หรือการเป็นที่ยอมรับ การจัดกิจกรรมโดยมีของรางวัลเป็นสิ่งกระตุ้น จึงช่วยให้เด็กมีแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อีกทั้งการจัดให้มีการแข่งขัน และประกาศการแพ้หรือชนะจะทำให้เด็กมีความเต็มใจกับกิจกรรมเนื่องจากเด็กต้องการชัยชนะเพื่อการเป็นที่ยอมรับของคนอื่น ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อารยา จันทรธิการร์ และณัฐชา วัฒนประภา⁽¹⁷⁾

สรุป พฤติกรรมเป็นสิ่งที่แก้ได้ยาก ซึ่งในการแก้เรื่องพฤติกรรมนั้น จำเป็นต้องอาศัยอิทธิพลจากคนรอบข้าง ไม่ว่าจะเป็นครอบครัว ครู หรือเพื่อน รวมถึงต้องสร้างแรงกระตุ้นให้เด็กอยากทำกิจกรรมไม่ว่าจะเป็นการแจกของรางวัลหรือจัดให้มีกิจกรรมที่มีผลแพ้ชนะเพื่อให้เด็กมีเป้าหมาย และแรงจูงใจในการทำกิจกรรม

3. สัตว์ส่วนร่างกาย โดยรวมของการจัดกิจกรรมเพื่อปรับทัศนคติต่อภาวะทุพโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภค และการมีกิจกรรมทางกาย โดยยึดความเห็นของผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นสิ่งสำคัญ เช่น กิจกรรมส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกาย “ชวนน้องออกมาเล่น”

ที่让孩子ได้เลือกกิจกรรมที่อยากเล่น ผลลัพธ์ท้ายสุดที่คาดหวัง คือ การที่เด็กมีสัดส่วนร่างกายที่ดีขึ้น เช่น กลุ่มภาวะโภชนาการขาดมีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้นหรือส่วนสูงมากขึ้นกลุ่มภาวะโภชนาการเกินมีน้ำหนักลดลง โดยก่อนเริ่มการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนเด็กที่รูปร่างสมส่วนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ คือ ร้อยละ 22.2 และร้อยละ 7.4 ตามลำดับ ซึ่งหลังการทดลองพบว่า กลุ่มทดลองมีจำนวนเด็กที่รูปร่างสมส่วนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ คือ ร้อยละ 37.0 และ ร้อยละ 29.7 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเทียบในกลุ่มทดลองเอง พบว่า มีจำนวนเด็กสมส่วนเพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนทดลอง นอกจากนี้ ก่อนการทดลองกลุ่มทดลองมีจำนวนเด็กสูงตามเกณฑ์น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ คือ ร้อยละ 44.5 และร้อยละ 55.6 ตามลำดับ ซึ่งหลังเข้าร่วมกิจกรรมดังกล่าว ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีจำนวนเด็กสูงตามเกณฑ์มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ คือ ร้อยละ 55.6 และร้อยละ 51.9 ตามลำดับ ซึ่งเมื่อเทียบในกลุ่มทดลองเอง พบว่า มีจำนวนเด็กสูงตามเกณฑ์เพิ่มมากขึ้นกว่าก่อนทดลอง ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้ เป็นความเปลี่ยนแปลงซึ่งแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ ชูแก้ว⁽¹⁹⁾ และณภัทร สุวรรณอำภา และทองทิพย์ สละวรลักษณ์⁽²¹⁾

นอกจากนี้จากการศึกษาครั้งนี้ยังพบว่าในกลุ่มเดี่ยว ก่อนและหลังทดลองมีจำนวนที่เท่ากัน คือ ร้อยละ 40.7 เนื่องจากการเพิ่มส่วนสูงเป็นสิ่งที่ยาก กอปรกับลักษณะกิจกรรมการเล่นที่จัดขึ้น เป็นกิจกรรมที่ใช้การวิ่งเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งเป็นประโยชน์ต่อการสร้าง

ความแข็งแรงต่อร่างกาย กล้ามเนื้อ และเป็นการลดน้ำหนัก ซึ่งหากต้องการเพิ่มส่วนสูงควรเน้นไปที่กิจกรรมที่เกี่ยวกับการกระโดด โดยต้องจัดกิจกรรมเพิ่มส่วนสูงควบคู่ไปกับการจัดการเรื่องการบริโภค เนื่องจากการจัดการเรื่องการบริโภคอย่างเดียวยังไม่เพียงพอต่อการเพิ่มส่วนสูง แต่ต้องมีการจัดกิจกรรมที่ส่งผลต่อส่วนสูงด้วย สอดคล้องกับข้อมูลของรพีพรรณ ไชยอุดม⁽²³⁾

4. ความสำเร็จของการวิจัย ความสำเร็จในการจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการที่เป็นผลจากการประยุกต์ใช้ต้นทุนทางสังคมที่ชุมชนมี คือ กิจกรรมการละเล่นซึ่งเด็กในชุมชนเล่นอยู่ และการจัดการการบริโภคโดยอาศัยความร่วมมือจากครอบครัว เพื่อน และครูเข้ามาจัดการการบริโภคของเด็ก ซึ่งการจัดการทั้งพฤติกรรมทางกาย และพฤติกรรมการบริโภค ร่วมกับการให้ความรู้ที่ถูกต้องช่วยเปลี่ยนมุมมองความคิดทั้งของเด็ก และผู้ปกครองต่อการจัดการปัญหาภาวะทุพโภชนาการ ซึ่งก่อนหน้านี้ อาจมองเป็นเรื่องยาก แต่หลังจากเข้าร่วมกิจกรรมนั้นมีทัศนคติที่ดีขึ้น

5. ข้อท้าทายของการวิจัย

5.1 ด้านเครื่องมือ การใช้เครื่องมือในการเก็บข้อมูลหลายส่วน ส่งผลให้การเก็บข้อมูล และการแปลผลต่อบุคคลใช้เวลาานาน ส่งผลให้การวัดผลไม่สามารถทำได้แล้วเสร็จภายในวันเดียวกัน ซึ่งอาจมีผลต่อพฤติกรรมที่เปลี่ยนไปได้

5.2 ด้านเวลา ส่วนสูงร่างกาย เป็นปัจจัยที่ต้องใช้เวลาในการเพิ่ม ซึ่งระยะเวลา

6 สัปดาห์ ไม่มากพอให้เห็นความเปลี่ยนแปลง ส่วนสูงที่ชัดเจน ดังนั้นในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรใช้ระยะเวลาศึกษาที่มีระยะเวลายาวนานพอในการประเมินผลสัดส่วนร่างกาย

5.3 ด้านระเบียบวิธีวิจัย

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่าง ค่อนข้างน้อยเมื่อเปรียบเทียบกับขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ ส่งผลให้ผู้วิจัยต้องพยายามคงไว้ซึ่งจำนวนกลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีต่าง ๆ ซึ่งทำให้การวิจัยมีความยากลำบากมากขึ้น อีกทั้งการศึกษาในระดับหมู่บ้าน ที่ต้องการความร่วมมือในแต่ละชุมชน ทำให้เป็นข้อจำกัดในด้านขนาดตัวอย่าง ส่งผลให้ข้อมูลมีการกระจายไม่ปกติ ซึ่งต้องทดสอบด้วยสถิติ นอนพารามेटริก

เอกสารอ้างอิง

1. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของเด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 3 เมษายน 2566]. จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformatted/format1.php&cat_id=46522b5bd1e06d24a5bd81917257a93c&id=e28682b2718e6cc82b8dbb3e00f2e28e
2. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของเด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน และส่วนสูงเฉลี่ยที่อายุ 12 ปี 2566 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [อ้างอิงเมื่อ 1 เมษายน 2566]. จาก : <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report>.

- php? cat_id=46522b5bd1e06d24a5bd81917257a93c&id=e28682b2718e6cc82b8dbb3e00f2e28e
3. ฝ่ายโภชนาการ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล. โภชนาการในเด็กวัยเรียน [อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ป.) [อ้างอิงเมื่อ 3 เมษายน 2566]. จาก : https://www.si.mahidol.ac.th/sidoctor/sirirajonline2021/Article_files/1328_1.pdf
 4. เฉลิมพร นามโยธา, กษมา วงษ์ประชุม, นิจฉรา ทูลธรรม, ชัยวุฒิ บัวเนี้ยว. ผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเพื่อลดความชุกของภาวะน้ำหนักเกินและอ้วนในเด็กวัยเรียน. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2564; 41: 49-61.
 5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โพนเมืองน้อย องค์การบริหารส่วนจังหวัดอำนาจเจริญ. ผลการประเมินการเจริญเติบโต เด็ก 6-12 ปี ในพื้นที่ให้บริการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โพนเมืองน้อย.อำนาจเจริญ: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโพนเมืองน้อย; 2566. (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)
 6. สำนักโภชนาการ กระทรวงสาธารณสุข. โรคในเด็กวัยเรียนที่ส่งผลต่อการเจริญเติบโต [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [อ้างอิงเมื่อ 1 เมษายน 2566]. จาก : <http://apps.hpc.go.th/dl/web/upFile/2019/07-5037-20190708090109/a9aa5c370de2c187a8369aac77216ffd.pdf>
 7. จิตติมา ชูใหม่. การเจริญเติบโตและพัฒนาการของเด็กปฐมวัย. วารสารห้ว หินสุขใจ ไกลกังวล 2559; 2: 18-33.
 8. Europarl Europa. The social and economic consequences of malnutrition in ACP countries [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [อ้างอิงเมื่อ 1 เมษายน 2566]. จาก : https://www.europarl.europa.eu/meetdocs/2009_2014/documents/acp/dv/background_/background_en.pdf
 9. ณัฐธวัช เพ็งแจ่ม, ศุภรดา โมขุนทด, วันฉัตร โสฬส, วลัยดา ชันพลกรัง, ดิเรก กลุ่มคำงพลู, ชลนิชา หอมสุวรรณ, ศันสนีย์ อินทะเสน, สัมฤทธิ์ หรั่งมา, พิชญานนท์ เผือกมะหิงษ์, บัณฑิตา ขุนภักกนา และภารวี ตรีรัตนกุลพร. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงเรียนแห่งหนึ่ง ตำบลโชคชัย อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา. วารสารการประชุมวิชาการระดับชาติ วิทยาลัยนครราชสีมา ครั้งที่ 6 ประจำปี พ.ศ. 2562. 2562; 6: 941-949.
 10. จิราภรณ์ ปัญญารัตนโชติ, ชนัญชิตาคุชฎีทูลศิริ, สมสมัย รัตนกรिताกุล. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันภาวะโภชนาการเกินของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ในโรงเรียนสังกัดเทศบาลเมืองสมุทรสงคราม. 2560; 2: 43-56.
 11. มนต์ สูงประสิทธิ์. อิทธิพลครอบครัว ที่ส่งผลต่อตัวเด็กโดยตรง [อินเทอร์เน็ต]. 2560

- [อ้างอิงเมื่อ 4 เมษายน 2566]. จาก : <https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article/อิทธิพลครอบครัวที่ส่งผ/>
12. กระทรวงศึกษาธิการ. อิทธิพลของครูกับการเรียนรู้ของเด็ก[อินเทอร์เน็ต]. (ม.ป.ป.) [อ้างอิงเมื่อ 5 เมษายน 2566]. จาก: <https://www.moe.go.th/อิทธิพลของครูกับการเรียน>
 13. กนกวรรณ ตันตระเสนีย์รัตน์, เรวดี เพชรศิราสน์, นัยนา หนูนิล. ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการบริโภค ความรู้ เจตคติ อิทธิพลของเพื่อนกับภาวะโภชนาการของวัยรุ่นในพื้นที่ชนบท จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารพยาบาล สภาวิชาชีพไทย 2564; 2: 165-180.
 14. อัจฉรีย์ แม่นปิ่น, มณีนรัตน์ ชีระวิวัฒน์, สุปรียา ตันสกุล, นิรัตน์ อิมามี. ผลของโปรแกรมฉลาดบริโภคเพื่อส่งเสริมการบริโภคอาหารตามหลักโภชนาการ ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 จังหวัดนนทบุรี. วารสารสุขศึกษา 2562; 41: 126-137.
 15. ทิพย์สุดา นกแสง, ศุภลักษณ์ สุวรรณะขุ. แนวทางการพัฒนาเด็กที่มีภาวะทุพโภชนาการในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของ องค์การบริหารส่วนตำบลป่าไร่ อำเภอมะละนา จังหวัดปัตตานี. วารสารการประชุมวิชาการมหาวิทยาลัยหาดใหญ่ ปี 2557. 2557; 1444-1453.
 16. สกาวรัตน์ เทพรักษ, ภัสสร มุกดาเกษม, จรรยา สืบนุช, จารุณี จตุรพรเพิ่ม. การศึกษาปัจจัยด้านการเลี้ยงดูเด็กของผู้ปกครองและการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการส่งเสริมการเจริญเติบโตและพัฒนาการเด็กปฐมวัยในเขตสาธารณสุขที่ 4 และ 5. วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม 2560; 25: 21-42.
 17. อรยา จันทริกานนท์, ญัฐชา วัฒนประภา. การศึกษาการเกิดภาวะทุพโภชนาการในเด็ก. วารสารการประชุมวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติของนักศึกษา ด้านมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ ครั้งที่ 2 2562; 1922-1931.
 18. เฉลิมพร นามโยธา, กษมา วงษ์ประชุม, นิจฉรา ทูลธรรม, ชัยวุฒิ บัวเนียว. ผลของโปรแกรมส่งเสริมโภชนาการเพื่อลดความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน และอ้วนใน เด็กวัยเรียน. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม 2565; 1: 49-61.
 19. อรอนงค์ ชูแก้ว. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองด้านโภชนาการต่อพฤติกรรม การบริโภคอาหารและน้ำหนักของเด็กวัยเรียนตอนปลายที่มีภาวะอ้วน. [วิทยานิพนธ์]. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2558.
 20. ดิราพร ทองที, สุวัฒน์ ศรีสรณ์, ศักดิ์ รวิวรกุล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับแบบแผนการบริโภคอาหาร ของเด็กเตี้ยอายุระหว่าง 10-12 ปี. วารสารสุขศึกษา 2561; 1: 138-153.

21. ณภัทร สุวรรณอำภา, ทองทิพย์ สละวงษ์ลักษณ์.ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรค อ้วนสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษา ในสังกัดเทศบาลนครนครราชสีมา จังหวัด นครราชสีมา. วารสารราชพฤกษ์ 2562; 1: 111-120.
22. มยุรี รัตนพฤกษ์, พรสุข หุ่นิรันดร์. การพัฒนารูปแบบความรอบรู้สุขภาพ เกี่ยวกับภาวะน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ของ นักเรียนประถมศึกษาเขตพื้นที่การศึกษา 2 จังหวัดปทุมธานี. วารสารการพยาบาล จิตเวชและสุขภาพจิต 2564; 3: 58-81.
23. รพีพรรณ ไชยอุดม. 3 สิ่งต้องทำ ถ้าอยาก ให้ลูกตัวสูง [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [อ้างอิง เมื่อ 20 พฤษภาคม 2566]. จาก : <https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/increase-height-children>

การจัดการสิ่งปฏิกูลของผู้ประกอบการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูล และ การปนเปื้อนของไขพยาธิจาก ตะกอนสิ่งปฏิกูล ในพื้นที่รอบอ่างเก็บน้ำ ลำปาว จังหวัดกาฬสินธุ์

วาทีณี จันทร์เจริญ¹, ปิยะมาภรณ์ ดวงมนตรี²

(วันที่รับบทความ 30 สิงหาคม 2566, วันที่แก้ไข 5 กันยายน 2566, วันที่ตอบรับ 5 กันยายน 2566)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลของผู้ประกอบการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูล ศึกษาการปนเปื้อนของไขพยาธิ ตัวพยาธิ จากตะกอนสิ่งปฏิกูลที่รถสูบล้างสิ่งปฏิกูลนำไปทิ้งในที่ทางสาธารณะหรือเอกชน ในพื้นที่โครงการปรับปรุงประสิทธิภาพอ่างเก็บน้ำลำปาว ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเจาะจงจากผู้ประกอบกิจการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูล ในพื้นที่รอบอ่างเก็บน้ำลำปาว จำนวน 14 คน และตะกอนสิ่งปฏิกูลที่รถสูบล้างสิ่งปฏิกูลนำไปทิ้งคัดเลือกแบบเจาะจงในพื้นที่ที่ผู้ประกอบการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูลที่สัมภาษณ์นำไปทิ้ง จำนวน 328 ตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติ จำนวน ร้อยละและค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลและลักษณะสภาพพื้นที่ที่มีการนำตะกอนสิ่งปฏิกูลไป ผลการศึกษาพบว่า ผู้ประกอบการกิจการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูล ประกอบอาชีพสูบล้างสิ่งปฏิกูลมานานเฉลี่ย 5 ปี ให้บริการสูบล้างสิ่งปฏิกูลเฉลี่ย 4 เที่ยว/วัน มีรายได้เฉลี่ย 22,143 บาท/เดือน การประกอบอาชีพสูบล้างสิ่งปฏิกูลโดยการเรียนรู้จากญาติร้อยละ 64.3 รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูล ได้แก่ จัดเตรียมรถและอุปกรณ์ให้พร้อม ให้บริการตามที่ถูกค่าจ้าง เมื่อสูบล้างสิ่งปฏิกูลเต็มถัง ก็จะนำไปทิ้งในที่สาธารณะหรือที่เอกชน สำหรับการปนเปื้อนของไขพยาธิ ตัวพยาธิ จากตะกอนสิ่งปฏิกูลที่รถสูบล้างสิ่งปฏิกูลนำไปทิ้ง พบว่าไขพยาธิร้อยละ 10.4 โดยพบไขพยาธิตัวติด ร้อยละ 4.6 พบไขพยาธิไปไม้ดับ ร้อยละ 3.4 และพยาธิสตรองจิลอยด์ ร้อยละ 2.4 ลักษณะพื้นที่ที่ทิ้งสิ่งปฏิกูล จะเป็นบ่อน้ำ ไร่อ้อยและร่องสวน เทสิ่งปฏิกูลมาแล้ว 1-2 วัน มีสภาพขึ้นแฉะ และมีคราบตะกอนสิ่งปฏิกูลอยู่ทั่วไป

คำสำคัญ : สิ่งปฏิกูล, รถสูบล้างสิ่งปฏิกูล, พยาธิไปไม้ดับ

¹นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, ²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย Corresponding author: วาทีณี จันทร์เจริญ, e-mail: watinee.08@gmail.com

Sewage Management of Sewage Truck Operators and Helminth Egg Contamination due to Sewage Sludge nearby Lampao Reservoir, Kalasin Province

Watinee Chancharoen¹, Piyamaporn Dungmontri²

(Received 30th August 2023, Revised 5th September 2023, Accepted 5th September 2023)

Abstract

This study aims to determine sewage management of sewage truck operators and to determine contamination of parasitic eggs and worms from sewage sludge discharged nearby public or private areas in the area of the Efficiency Improvement of Lam Pao Reservoir Project. The population and samples were purposively selected from sewage pump truck operators nearby Lam Pao Reservoir. 14 sewage truck operators were selected along with 328 samples of sewage sludge of those selected operators discharged. Quantitative data were analyzed for amount, percentage and average. While, qualitative data analyzed for waste management model and details of the area where the sewage sludge was transported to. The results found that the sewage truck operators have been in the sewage pumping profession for an average of 5 years, providing sewage pumping services on average 4 trips/day, and having an average income of 22,143 baht/month. 64.3% of the samples pursued this profession by learning from their relatives, which included preparing sewage trucks and equipment. They provided services as requested by customers and discharged to the public and private areas when the tank of sewage was full. The survey of areas of sewage discharge showed 10.4% contamination of helminth eggs, which 4.6% of them were *Taenia saginata* and 3.4% of the samples were liver fluke. Also, 2.4% of the samples were threadworms. The sewage discharge area were a pond or the free space of sugarcane farm. After 1-2 days of discharge, the areas would be dry, but strain left behind.

Keywords : Sewage, Sewage pump truck, Liver fluke

¹Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, ²Public Health Technical Officer, Professional Level Regional Health Promotion Center 7 Khon Kaen, Department of Health Corresponding author: Watinee Chancharoen, e-mail: watinee.08@gmail.com

บทนำ

สถานการณ์การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประเทศไทยพบว่าคนไทย 10 % หรือ 6 ล้านคน ติดโรคพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดมะเร็งของท่อน้ำดีในตับ เนื่องจากประชาชนนิยมบริโภคปลาดิบที่ติดพยาธิใบไม้ตับ และการจัดการสิ่งปฏิกูลไม่เพียงพอ เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล การมีรถสูบล้างสิ่งปฏิกูลเถื่อน การลักลอบทิ้งสิ่งปฏิกูลในพื้นที่สาธารณะ เป็นต้น⁽¹⁾ จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์พบว่าอัตราการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชากรในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ มีอัตราการติดเชื้อตั้งแต่ ร้อยละ 3.4 ในพื้นที่อำเภอเมือง ไปจนถึงร้อยละ 83.3 ในอำเภอ กุฉินารายณ์⁽²⁾ ถึงแม้ว่าสถานการณ์ความชุกของการติดเชื้อโรคพยาธิใบไม้ตับจะลดลงจากปี พ.ศ. 2500 แต่สถานการณ์ยังคงน่าเป็นห่วง เนื่องจากพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุสำคัญของโรคมะเร็งท่อน้ำดีและเป็นโรคที่มีถูกละเลย⁽³⁾ จากศึกษาการคัดกรองมะเร็งท่อน้ำดีในประชากรไทย ในปี 2556 พบว่า ประชากรไทยโดยมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูง เมื่อเทียบกับ

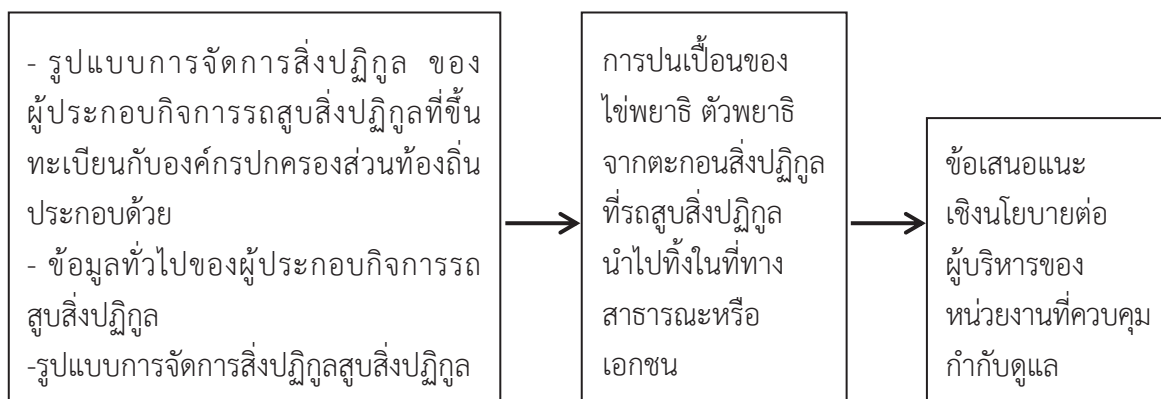
กับประเทศอื่น โดยเฉพาะในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ⁽⁴⁾

ทั้งนี้หากมีการร่วมมือกันจากทุกภาคส่วนอย่างจริงจังจะสามารถป้องกันการแพร่กระจายหนอนพยาธิใบไม้ตับได้ ดังนั้นเพื่อศึกษาการแพร่กระจายของพยาธิใบไม้ตับในสิ่งแวดล้อมจากการนำสิ่งปฏิกูลไปทิ้งในที่สาธารณะหรือที่เอกชน ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จึงได้จัดทำโครงการการศึกษารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลของผู้ประกอบการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูล และการปนเปื้อนของไข่พยาธิ ตัวพยาธิ จากตะกอนสิ่งปฏิกูลที่รถสูบล้างสิ่งปฏิกูลนำไปทิ้งในที่ทางสาธารณะหรือเอกชน ในพื้นที่รอบอ่างเก็บน้ำลำปาว จังหวัดกาฬสินธุ์ ขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูล ของผู้ประกอบการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูล ที่ขึ้นทะเบียนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่รอบอ่างเก็บน้ำลำปาว จังหวัดกาฬสินธุ์
2. เพื่อศึกษาการปนเปื้อนของไข่พยาธิ ตัวพยาธิ จากตะกอนสิ่งปฏิกูลที่รถสูบล้างสิ่งปฏิกูลนำไปทิ้งในที่ทางสาธารณะหรือเอกชน ในพื้นที่รอบอ่างเก็บน้ำลำปาว จังหวัดกาฬสินธุ์

กรอบแนวคิดในการศึกษา



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาแบบ Survey Research แบบเจาะจง จากผู้ประกอบการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูลที่ขึ้นทะเบียนกับเทศบาล และ สุ่มเก็บตะกอนสิ่งปฏิกูล ในพื้นที่ที่รถสูบล้างสิ่งปฏิกูล ที่ผู้ประกอบการนำไปทิ้งในที่ทางสาธารณะ หรือที่เอกชน ในพื้นที่รอบอ่างเก็บน้ำลำปาว

จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยดำเนินการศึกษาในระหว่าง เดือนมีนาคม - กันยายน 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้ประกอบการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูล ในพื้นที่อำเภอรอบอ่างเก็บน้ำลำปาว ทั้งหมด 14 คน ได้แก่

อำเภอ	ตำบล	จำนวนผู้ประกอบการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูล (คน)
อำเภอเมือง	ตำบลโพนทอง	3
อำเภอห้วยเม็ก	ตำบลหัวหิน	1
อำเภอท่าคันโท	ตำบลท่าคันโท	2
อำเภอหนองกุงศรี	ตำบลหนองกุงศรี	7
อำเภอสหัสขันธ์	ตำบลนิคม	1
รวมจำนวน		14

ตัวอย่างการเก็บตะกอนสิ่งปฏิกูล ในพื้นที่ที่ผู้ประกอบการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูล นำไปทิ้งในที่ทางสาธารณะหรือที่เอกชน สุ่มเก็บตัวอย่างในพื้นที่ที่ผู้วิจัยได้สัมภาษณ์ผู้ประกอบการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูล และพาไปชี้สถานที่ที่นำสิ่งปฏิกูลไปทิ้ง โดยสุ่มเก็บจุดละ 15-30 ตัวอย่าง แบบเจาะจงกระจายให้ครอบคลุมบริเวณที่ทิ้งสิ่งปฏิกูล จำนวน 328 ตัวอย่าง

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. การศึกษารูปแบบการรูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลของผู้ประกอบการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูล ที่ขึ้นทะเบียนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่รอบอ่างเก็บน้ำลำปาว จังหวัดกาฬสินธุ์ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้ประกอบการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูล โดยแบบ

สัมภาษณ์เป็นคำถามแบบเลือกตอบ (Checklist) และแบบเติมข้อความ (Open end) ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลของผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ ประกอบด้วยข้อความจำนวน 7 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ ระยะเวลาที่ประกอบกิจการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูล การประกอบอาชีพอื่นนอกจากให้บริการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูล การเคยได้รับการอบรม

ส่วนที่ 2 รูปแบบและกระบวนการจัดการสิ่งปฏิกูลของรถสูบล้างสิ่งปฏิกูล ประกอบด้วยข้อความเชิงปริมาณจำนวน 13 และแบบเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพอธิบายขั้นตอนและรูปแบบการดำเนินงานสูบล้างสิ่งปฏิกูล จำนวน 7 ข้อคำถาม

ซึ่งได้ผ่านการตรวจสอบค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ได้ค่าความเที่ยงเชิงเนื้อหา IOC : Index of item objective congruence) เท่ากับ 0.68 ซึ่งมีความเที่ยงเชิงเนื้อหาในระดับใช้ได้

2. การตรวจหาไข่พยาธิจากตะกอนสิ่งปฏิกูล ในพื้นที่ที่ผู้ประกอบกิจการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูล นำไปทิ้งในที่ทางสาธารณะ หรือที่เอกชน โดยเก็บตะกอนสิ่งปฏิกูล ปริมาณ ประมาณ 200 กรัม/ตัวอย่าง จากนั้นนำไปตรวจหาไข่พยาธิหรือตัวพยาธิโดยใช้ วิธี Kato's thick smear

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดำเนินการตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ศึกษารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลของผู้ประกอบกิจการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูลที่ขึ้นทะเบียนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่รอบอ่างเก็บน้ำลำปาว จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ประกอบการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูล

2. ศึกษาการปนเปื้อนของไข่พยาธิตัวพยาธิ จากตะกอนสิ่งปฏิกูลที่รถสูบล้างสิ่งปฏิกูลนำไปทิ้งในที่ทางสาธารณะหรือเอกชน ในพื้นที่รอบอ่างเก็บน้ำลำปาว จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการสุ่มเก็บตะกอนสิ่งปฏิกูลที่ผู้ประกอบการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูลนำไปทิ้งในที่ทางสาธารณะหรือเอกชน ซึ่งตะกอนสิ่งปฏิกูลจะถูกทิ้งในสิ่งแวดล้อมมาแล้วไม่น้อยกว่า 1 วัน ลักษณะพื้นที่ทิ้งตะกอนสิ่งปฏิกูลมีลักษณะเปียกแฉะ หรือค่อนข้างเหลว โดยสุ่มเก็บตัวอย่าง แห้งละ 15 -30 ตัวอย่างตามสภาพพื้นที่

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ศึกษารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลของผู้ประกอบกิจการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูลใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติ จำนวนร้อยละ และค่าเฉลี่ย เพื่อบอกลักษณะทั่วไปของผู้ประกอบการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูล และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่ออธิบายรูปแบบและขั้นตอนการจัดการสิ่งปฏิกูล

2. ศึกษาการปนเปื้อนของไข่พยาธิตัวพยาธิ จากตะกอนสิ่งปฏิกูลที่รถสูบล้างสิ่งปฏิกูลนำไปทิ้งในที่ทางสาธารณะหรือเอกชน ในพื้นที่รอบอ่างเก็บน้ำลำปาว จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยการสุ่มเก็บตะกอนสิ่งปฏิกูลที่ผู้ประกอบการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูลนำไปทิ้งในที่ทางสาธารณะหรือเอกชน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติ จำนวนและร้อยละ เพื่อบอกจำนวนตัวอย่างที่ตรวจทั้งหมด กับจำนวนตัวอย่างที่ตรวจพบไข่พยาธิหรือตัวพยาธิ และใช้การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่ออธิบายลักษณะสภาพพื้นที่ที่มีการนำตะกอนสิ่งปฏิกูลไปทิ้ง ลักษณะพยาธิที่ตรวจพบ

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลของผู้ประกอบกิจการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูลที่ขึ้นทะเบียนกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในพื้นที่รอบอ่างเก็บน้ำลำปาว จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าข้อมูลทั่วไป ผู้ประกอบกิจการรถสูบล้างสิ่งปฏิกูล เป็นเพศชาย ร้อยละ 85.7 มีอายุเฉลี่ย 43.7 ปี จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 42.9 ประกอบอาชีพสูบล้างสิ่งปฏิกูลมานานเฉลี่ย 5 ปี มีรายได้เฉลี่ย 22,143 บาท/เดือน

การประกอบอาชีพสุบสิ่งปฏิกูลโดยการเรียนรู้จากญาติร้อยละ 64.3

รูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูล ผู้ประกอบการจะมีการจัดเตรียมรถและอุปกรณ์ ได้แก่ สายยาง ถังน้ำ ปัมป์ลม อุปกรณ์ทำความสะอาด อุปกรณ์ในการซ่อมแซมบ่อเกรอะที่ไปสุบสิ่งปฏิกูลให้พร้อมสำหรับการดำเนินงานใน 1 วัน จากนั้นจะออกให้บริการตามที่ลูกค้าแจ้ง การหาลูกค้าจะมาจาก 3 ช่องทาง ได้แก่ 1) รับแจ้งจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 2) ลูกค้าโทรแจ้ง 3) การวิ่งรถเข้าไปในหมู่บ้าน จากนั้นจะให้บริการสุบสิ่งปฏิกูลในแต่ละบ้าน มีการทำความสะอาดและซ่อมแซมบ่อเกรอะที่สุบสิ่งปฏิกูลให้เรียบร้อยโดยคิดค่าบริการตามที่ได้กำหนดไว้ในแต่ละพื้นที่เทศบาลหรืออบต. โดยจะอยู่ระหว่าง 100-150 บาท เมื่อสุบสิ่งปฏิกูลเต็มถึงที่มีขนาดความจุ 3-5 ลูกบาศก์เมตร ก็จะนำไปทิ้ง โดยผู้ประกอบการรถสุบสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 100 ไม่มีที่ทิ้งที่ถูกสุขลักษณะที่จัดไว้โดยเทศบาลหรืออบต. ที่ไปขึ้นทะเบียนและเสียค่าธรรมเนียมด้วย หรือไม่มีที่ทิ้งที่ถูกสุขลักษณะของตนเอง แต่จะนำสิ่งปฏิกูลไปทิ้งใน 3 รูปแบบได้แก่ 1) การทิ้งในที่ทิ้งของตนเองซึ่งจะเป็นไร้เกษตรกรรมโดยปล่อยเทราดไปตามพื้นที่เพื่อให้เป็นปุ๋ย และจะมีการทิ้งในสถานที่เดิมซ้ำๆ เนื่องจากต้องออกให้บริการทุกวัน 2) การทิ้งในที่ของเอกชนอื่นที่ร้องขอโดยปล่อยเทราดไปตามพื้นที่เพื่อให้เป็นปุ๋ย ซึ่งจะได้รับค่าตอบแทน 50-100 บาทในการทิ้งแต่ละครั้ง 3) การทิ้งในที่ทางสาธารณะที่มีการทิ้งประจำโดยเทราดไปตามพื้นที่ ซึ่งจะมีการทิ้งที่เดิมซ้ำๆ

และ 4) การทิ้งในแหล่งน้ำหรือข้างทางสาธารณะอื่นๆ ตามสะดวกถ้ารถให้บริการมีสิ่งปฏิกูลเต็มถึงแล้วยังต้องไปให้บริการต่อ จากการศึกษาพบว่าผู้ประกอบการรถสุบสิ่งปฏิกูลจะให้บริการสุบสิ่งปฏิกูลเฉลี่ย 4 เที่ยว/วัน สำหรับค่าธรรมเนียมที่จ่ายให้เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบล ในกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 ที่ผู้ประกอบการรถสุบสิ่งปฏิกูลจ่ายให้เทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล เป็นเงิน 2,000-3,500 บาท/ปี

การปนเปื้อนของไขพยาธิ ตัวพยาธิจากตะกอนสิ่งปฏิกูลที่รถสุบสิ่งปฏิกูลนำไปทิ้งในที่ทางสาธารณะหรือเอกชนในพื้นที่รอบอ่างเก็บน้ำลำปาว จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าตรวจพบไขพยาธิ ร้อยละ 10.4 โดยพบไขพยาธิตัวติด ร้อยละ 4.6 พบไขพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 3.4 และพยาธิสตรองจิลอยด์ ร้อยละ 2.4 โดยลักษณะพื้นที่ที่ทิ้งสิ่งปฏิกูลจะเป็นบ่อน้ำ เทราดไปตามพื้นราบ ไร่อ้อยและร่องสวน ตามแนวยาวและมีคราบอยู่ทั่วไปบนพื้นราบ เเทสิ่งปฏิกูลมาแล้ว 1-2 วัน มีสภาพสดใหม่ และชื้นแฉะ มีบางบริเวณที่มีคราบแห้งที่บริเวณผิวหน้า และมีคราบตะกอนสิ่งปฏิกูลอยู่ทั่วไป ร่องสวนมีน้ำขังรอบข้างแฉะ บางพื้นที่มีลักษณะเป็นป่าหญ้าสลัป่าอ้อย อยู่ริมถนน ลูกวังทางสัญจรของประชาชนเข้าหมู่บ้าน

อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

ในพื้นที่รอบอ่างเก็บน้ำลำปาว จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ารูปแบบการจัดการสิ่งปฏิกูลของผู้ประกอบการรถสุบสิ่งปฏิกูลยังเป็นรูปแบบ

ดั้งเดิมที่มีการเรียนรู้กันมาจากกลุ่มเครือญาติ หรือเพื่อสนิท ที่มีแบบแผนการดำเนินงานใน รูปแบบเดียวกัน ซึ่งกระบวนการในการจัดการ สิ่งปฏิภูลยังไม่ถูกสุขลักษณะ แม้จะอยู่ภายใต้การ ควบคุมกำกับขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แต่ก็ยังพบการนำสิ่งปฏิภูลไปทิ้งตามที่ต่างๆ ในที่ทางสาธารณะหรือที่ของเอกชน ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาสถานการณ์การจัดการ สิ่งปฏิภูลของเทศบาลภาคกลางตะวันตกปี 2549 พบว่าผู้ประกอบการรถสูบล้างสิ่งปฏิภูลมีการนำ สิ่งปฏิภูลไปเทราดในที่สาธารณะ (ข้างทางแหล่งน้ำ ท่อระบายน้ำ) และพื้นที่ของประชาชนโดยไม่ได้ รับอนุญาต โดยมีสถานที่ทิ้งสิ่งปฏิภูลก่อปัญหา เตือร้อนรำคาญกลิ่นและสภาพรถสูบล้างสิ่งปฏิภูล ที่ไม่ถูกสุขลักษณะ⁽⁵⁾ และการศึกษาสถานการณ์ จัดการสิ่งปฏิภูลในพื้นที่จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ายังมีการลักลอบทิ้งสิ่งปฏิภูลในที่สาธารณะ ร้อยละ 28.72⁽⁶⁾ โดยในสิ่งปฏิภูลมีเชื้อโรค ปนเปื้อนอยู่มากมายซึ่งเป็นสาเหตุของการ เกิดโรคต่างๆ ที่เป็ความเสี่ยงต่อสุขภาพ และ ในศึกษารั้งนี้ที่ได้เก็บตะกอนสิ่งปฏิภูลที่รถ สูบล้างสิ่งปฏิภูลนำไปทิ้งในที่ทางสาธารณะหรือที่ ของเอกชนเพื่อตรวจหาพบการปนเปื้อนของไข่ พยาธิหรือตัวพยาธิ พบว่ายังพบไข่พยาธิหรือตัว พยาธิถึงร้อยละ 10.4 ทั้งนี้เป็นไข่พยาธิใบไม้ตับ ถึงร้อยละ 3.4 โดยลักษณะพื้นที่ที่ทิ้งสิ่งปฏิภูล จะเป็นบ่อน้ำ เทราดไปตามพื้นราบ ไร่อ้อยและ ร่องสวน ตามแนวยาวและมีคราบอยู่ทั่วไปบน พื้นราบ การที่รถสูบล้างสิ่งปฏิภูล นำสิ่งปฏิภูลไปทิ้ง ในที่ทางสาธารณะหรือที่เอกชนที่เป็นไร่ สวน หรือพื้นที่เกษตรกรรม เป็นอีกสาเหตุสำคัญที่ ทำให้เกิดการแพร่กระจายของพยาธิใบไม้ตับใน

สิ่งแวดล้อม ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์พบว่าอัตราการ ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชากรในพื้นที่ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีอัตราการติดเชื้อมาตั้งแต่ ร้อยละ 3.4 ในพื้นที่อำเภอเมือง ไปจนถึง ร้อยละ 83.3 ในอำเภอภูผินารายณ์⁽²⁾ ดังนั้นถ้าการควบคุมกำกับรถสูบล้างสิ่งปฏิภูล ตามอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติมถึง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560 หมวด3 การจัดการสิ่งปฏิภูลและ มูลฝอย ยังขาดประสิทธิภาพ และ มาตรา 20⁽¹⁾ ที่กำหนดให้ “ห้ามการถ่าย เท ทิ้ง หรือทำให้มีขึ้น ในที่หรือทางสาธารณะซึ่งสิ่งปฏิภูล หรือมูลฝอย นอกจากในที่ที่ราชการส่วนท้องถิ่นจัดไว้ให้”⁽⁷⁾ ถ้าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้จัดหาระบบ บำบัดสิ่งปฏิภูลรองรับ ทำให้ผู้ประกอบการรถ สูบล้างสิ่งปฏิภูลมีการนำไปทิ้งในที่ทางสาธารณะหรือ ที่ของเอกชน จึงเป็นสาเหตุสำคัญให้เชื้อพยาธิ ใบไม้ตับและโรคมะเร็งท่อน้ำดียังเป็นปัญหา สาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย โดยเฉพาะ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่อไป

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทุกแห่งต้องจัดทำระบบบำบัดสิ่งปฏิภูลถูก หลักสุขาภิบาล และมีการดูแลจัดการที่เหมาะสม ถูกสุขลักษณะ เพื่อควบคุมป้องกันการ แพร่กระจายของโรคพยาธิและโรคติดต่อของ ระบบทางเดินอาหาร

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้อง มีการควบคุมกำกับผู้ประกอบการรถสูบล้าง

สิ่งปฏิรูปในพื้นที่ให้ปฏิบัติตามกฎหมาย สาธารณสุขและกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้อง อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ผู้ประกอบกิจการสุบสิ่งปฏิรูป ทุกคนต้องได้รับการอบรมให้ความรู้ ในเรื่อง ผลกระทบต่อสุขภาพและสิ่งแวดล้อมจากการ จัดการสิ่งปฏิรูป แนวทางการจัดการสิ่งปฏิรูป ที่ถูกสุขลักษณะ โรคและพยาธิจากสิ่งปฏิรูป และการปฏิบัติงานที่ปลอดภัย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษาความรอบรู้ผลกระทบต่อ สุขภาพจากการจัดการสิ่งปฏิรูปที่ถูกหลัก สุขาภิบาลในครัวเรือนของประชาชนในพื้นที่ เขตสุขภาพที่ 7

2. พฤติกรรมสุขภาพของประชาชน ในการจัดการสิ่งปฏิรูปในครัวเรือน ในพื้นที่เขต สุขภาพที่ 7

3. ประสิทธิภาพการควบคุมกำกับ และบังคับใช้กฎหมายสาธารณสุขในการจัดการ สิ่งปฏิรูปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ มีขึ้นได้จากการได้ รับสนับสนุนงบประมาณดำเนินการจากสำนัก บริหารโครงการ กรมชลประทาน จากโครงการ ปรับปรุงประสิทธิภาพการเก็บกักน้ำอ่างเก็บน้ำ ลำปาว จังหวัดกาฬสินธุ์ ของกรมชลประทาน ผู้วิจัยขอขอบคุณเป็นอย่างสูงมา ณ ที่นี้ ขอขอบคุณผู้บริหารและทีมงานจากศูนย์อนามัย ที่ 7 ขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนการดำเนินงาน จนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย.กระทรวงสาธารณสุข. การศึกษาสถานการณ์ปัญหาและสุขภาพ จากการจัดการสิ่งปฏิรูป ขององค์กร ปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่จังหวัด กาฬสินธุ์. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2558
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์. เอกสารรายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการ เฝ้าระวังผลกระทบด้านสาธารณสุข และ ติดตามตรวจสอบด้านสาธารณสุขการ เก็บกักน้ำอ่างเก็บน้ำลำปาวจังหวัดกาฬสินธุ์; 2559
3. โครงการแก้ไขปัญหาโรคมะเร็งตับ และมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma Screening and Care Program; CASCAP) มหาวิทยาลัยขอนแก่น. โรคมะเร็งท่อน้ำดี ในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 9 สิงหาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก <https://cascap.kku.ac.th>
4. สุธาสนี คำหลวง ปฤษฎพร กิ่งแก้ว ยศ ธีระพัฒนานนท์. ศึกษาการคัดกรอง มะเร็งท่อน้ำดีในประชากรไทย. วารสารวิจัย ระบบสาธารณสุข 2556; 7(3).
5. สุภาภรณ์ หลักรอด, เมธิ ชุ่มศิริและธิดารัตน์ ดำรงสอน. สถานการณ์การจัดการสิ่งปฏิรูป ของเทศบาลภาคกลางตะวันตกปี 2549. ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2549
6. สุกานดา พัดพาดี, ปิยะภรณ์ ดวงมนต์ดี, วาสนา ลุนสำโรง, สุพัฒน์ เพ็งพันธ์,

ชนะจิตร์ ปานอุ. การศึกษา สถานการณ์ การจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครอง ส่วนท้องถิ่น ในจังหวัดกาฬสินธุ์. กองประเมินผลกระทบต่อสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2558

7. ศูนย์อนามัย กลุ่มชาติพันธุ์ชายขอบ และ

แรงงานข้ามชาติ. พระราชบัญญัติการ สาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม ถึง (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2560. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2566]; เข้าถึง ได้จาก: <https://hhdc.anamai.moph.go.th/th/public-health-act>

พฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลาย ในโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ พื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 7

ชนิดาภา วงศ์รักษา¹, รัตติกานต์ รักษาภักดี², บังอร กล่ำสุวรรณ³, สุวิชา สังข์ทอง⁴

(วันที่รับบทความ, 5 เมษายน 2566, วันที่แก้ไข 22 มิถุนายน 2566, วันที่ตอบรับ 22 มิถุนายน 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ 18 แห่ง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 952 คน สุ่มตัวอย่างโดยการจับสลากแบบง่าย เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามประเมินภาวะโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การใช้เวลาว่างและการพักผ่อน มีค่าความเชื่อมั่น (Cronbach's Alpha) 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่และร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า นักเรียนส่วนใหญ่ได้รับประทานอาหารมื้อหลักในสัดส่วนที่สูง ร้อยละ 97.9 รับประทานไม่มากที่สุด ร้อยละ 75.5 แต่ยัดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวานมากที่สุด ร้อยละ 64.7 พฤติกรรมการออกกำลังกาย ร้อยละ 97.6 มีพฤติกรรมเนือยนิ่งมากที่สุด ร้อยละ 97.6 นักเรียนนอนน้อย ร้อยละ 56.2 ด้านภาวะโภชนาการ พบว่านักเรียนมีภาวะสูงตีสมส่วน ร้อยละ 64.0 ภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 16.1 ภาวะผอม ร้อยละ 3.2

จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่า นักเรียนยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารส่งเสริมการเจริญเติบโตยังไม่ครอบคลุมและ 1 ใน 3 ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน มากกว่าครึ่งหนึ่ง มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง และนอนน้อย จึงควรสนับสนุนและผลักดันให้โรงเรียนทุกแห่งดำเนินงานตามแนวทางโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เน้นให้ความรู้ชนิดของอาหาร การออกกำลังกาย และการนอนพักผ่อนให้เหมาะสม จัดอาหารที่มีคุณภาพทางโภชนาการ กำหนดมาตรการโรงเรียนปลอดน้ำหวานและขนมกรุบกรอบอย่างจริงจัง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ครูและผู้ปกครอง ร่วมสนับสนุนคน เงิน ของ ฝั่าระวังการเจริญเติบโต รวมทั้งพัฒนาแนวทางแก้ไขปัญหาโภชนาการเกินในเด็กวัยเรียน

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพ, ภาวะโภชนาการ, เด็กวัยเรียน

¹⁻²อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม, ³นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ,

⁴นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Corresponding author: ชนิดาภา วงศ์รักษา, e-mail: wongruksa.w@gmail.com

Health Behaviors and Nutritional Situation of Elementary Students in Health Literacy Schools, Regional Health Promotion Center 7 Area

Chanidapa Wongraksa¹, Rattikan Raksapakdee², Bangon Klamsuwan³, Suwittha Sangthong⁴

(Received 5th April 2023, Revised 22nd June 2023, Accepted 22nd June 2023)

Abstract

This research is a cross-sectional descriptive study aimed at studying the health behaviours and nutritional situation of grade 4–6 students in 18 health literacy schools. The sample by random. The sample consisted of 952 students. The data were collected by using a questionnaire to assess nutritional situations and health behaviours such as food consumption behaviour, exercise, free time, and relaxation. The reliability (Cronbach's alpha) was 0.83. Data were analysed by frequency and percentage statistics.

The results showed that 97.9 percent of the students had a high proportion of the main meals. They had eggs the most at 75.5 percent but still consumed sugary drinks at 64.7 percent. There were similar results for exercise and sedentary behavior at 97.6 percent. It was a sleepless at 56.2 percent. In terms of nutritional situation, it was found that 64.0% of the students had a well-proportioned height. There are 16.1% of student were getting fat and overweight, and 3.2% were thin.

The results indicated that consuming's behavior to promote the growth of students were not covered. There was 1 in 3 of the sample consume the sugary drinks. More than half of them had a sedentary behavior and sleepless. Therefore, it should be support and encourage schools to follow the guidelines for health literacy schools. To emphasis on knowledge of food type's, exercise and proper sleep and provide nutritional quality food for their students.

Public health services and government organizations should be a surveillance system to prevent seriously measures to selling drink without sugary and no crunchy snacks. The local government organizations, teachers and parents must co-operate by co-sponsor people, money and keep an eye on student's growth and developing solutions to the problem of excess nutrition in school-aged children.

Keywords: Health Behaviors, Health Situation, Primary school children

¹⁻² Lecturer at Srimahasarakham Nursing College ³Public Health Technical Officer Senior Professional Level, ⁴Public Health Technical Officer Professional Level at Regional Health Promotion Center 7 Khon kaen. Corresponding author: Chanidapa Wongraksa, e-mail : wongruksa.w@gmail.com

บทนำ

ภาวะโภชนาการเกินหรืออ้วนเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญทั้งในประเทศที่พัฒนาและกำลังพัฒนามีแนวโน้มปัญหาเพิ่มมากขึ้น จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย ครั้งที่ 2-4 ในปี พ.ศ. 2551-2552 พบว่า จำนวนเด็กวัยก่อนเรียนมีความชุกของโรคอ้วน ร้อยละ 5.8, 7.8, 8.5 ตามลำดับ ส่วนเด็กวัยเรียนความชุกของโรคอ้วน ร้อยละ 5.8, 6.7, 8.7 ตามลำดับ⁽¹⁾ จะเห็นได้ว่าเด็กไทย มีแนวโน้มเข้าสู่ภาวะเป็นเด็กอ้วนในช่วง 10 ปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้น โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2558 เด็กก่อนวัยเรียน และวัยเรียนเป็นเด็กอ้วน คิดเป็น 1 ใน 5 และ 2 ใน 10 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเด็กทุกกลุ่มวัยมีความชุกของภาวะน้ำหนักเกิน (เริ่มอ้วน) และอ้วนสูงกว่าภาวะผอม โดยเด็กวัยก่อนเรียน เด็กวัยเรียน และวัยรุ่นมีความชุกภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน ร้อยละ 8.5, 8.7 และ 11.9 ตามลำดับ โดยเฉพาะเด็กในเมืองจะอ้วน ร้อยละ 20-25 ทั้งหมดนี้นับเป็นอุบัติการณ์โรคอ้วนในเด็กไทยที่เพิ่มขึ้น⁽²⁾ นอกจากนี้ยังพบว่า แนวโน้มที่เด็กก่อนวัยเรียน เด็กวัยเรียน และวัยรุ่นที่อ้วนจะพัฒนาไปเป็นผู้ใหญ่ที่อ้วน มากกว่าร้อยละ 20, 50 และ 80 ตามลำดับ⁽²⁾

จากรายงานกระทรวงสาธารณสุข พบว่า เด็กเริ่มอ้วนและอ้วนแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยพบว่า ในปี พ.ศ. 2557- 2561 มีเด็กเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 9.7, 10.2, 11.1, 11.1 และ 11.0 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเป้าหมายที่กำหนดคือ ร้อยละ 10 ส่วนเขตสุขภาพที่ 7 พบเด็กเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 8.1, 7.9, 8.8, 9.6 และ 8.2 ตาม

ลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มไม่ลดลงเช่นเดียวกัน และถ้าพิจารณารายจังหวัด พบว่าจังหวัดมหาสารคาม มีเด็กเริ่มอ้วนและอ้วนมากที่สุดคือ ร้อยละ 6.0, 11.5, 13.5, 10.0 และ 9.8 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดร้อยเอ็ด พบร้อยละ 8.4 จังหวัดขอนแก่น และจังหวัดกาฬสินธุ์เท่ากัน คือ ร้อยละ 8.4 ซึ่งปัจจัยที่ทำให้อ้วนส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรม การรับประทานอาหารที่ไม่ถูกต้องทั้งปริมาณ และสัดส่วนในแต่ละวัน มีการเคลื่อนไหว ออกแรงน้อย รวมทั้งค่านิยมรับประทานอาหารตามวัฒนธรรมตะวันตกคือ อาหารขยะ อาหารจานด่วน น้ำอัดลม ขนมกรุบกรอบ⁽¹¹⁾ ถึงแม้จะมีการเฝ้าระวัง หรือมีการติดตามอย่างต่อเนื่องก็ตาม จากข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยครั้งที่ 4 ในปี พ.ศ. 2551-2552 พบว่า เด็กอายุ 6-14 ปี ออกกำลังกายเพียงพอ (อย่างน้อยวันละ 60 นาที 5 วันต่อสัปดาห์) ร้อยละ 37.8 คูทิวี 3 ชั่วโมงต่อวันขึ้นไปในวันธรรมดา ร้อยละ 27.8 และในวันหยุดเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 58 โดยใช้เวลาเล่นเกมส้อมพิวเตอร์ (วันละ 1 ชั่วโมงขึ้นไป) ร้อยละ 9.2 และยังพบว่า กลุ่มที่คูทิวีและเล่นเกมส้อมพิวเตอร์มากมีความชุกของภาวะอ้วนมากกว่ากลุ่มที่คูทิวีและเล่นเกมส้อมพิวเตอร์น้อย พฤติกรรมการบริโภค พบว่า รับประทานอาหารไม่ครบ 3 มื้อ โดยไม่ได้รับ รับประทานอาหารเข้า ร้อยละ 60.0 ผักน้อยกว่า 1 ส่วนต่อวัน ร้อยละ 68 และผลไม้ ร้อยละ 55⁽¹²⁾ ยังพบว่า ในปี พ.ศ. 2559 เด็กวัยเรียนและวัยรุ่น มีกิจกรรมทางกายเพียง ร้อยละ 26.6 และในปี พ.ศ. 2560 เด็กวัยเรียนมีพฤติกรรมเนือยนิ่งสูงถึง 14 ชั่วโมงต่อวัน⁽¹³⁾

นอกจากนี้ กรมอนามัยได้สำรวจพฤติกรรมที่พึงประสงค์ของเด็กกลุ่มอายุ 12 ปี ในปี พ.ศ. 2560 พบว่านักเรียนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ทั้ง 3 ด้าน คือ ด้านการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกายและทันตสุขภาพ เพียง ร้อยละ 0.3 พฤติกรรมที่พึงประสงค์ด้านการบริโภคอาหาร กิจกรรมทางกายและทันตสุขภาพ ร้อยละ 3.3, 18.5 และ 21.2 ตามลำดับ และพบนักเรียนดื่มน้ำอัดลมทุกวัน ร้อยละ 13.4 ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมน้ำตาลทุกวัน ร้อยละ 14.6 รับประทานลูกอมทุกวัน ร้อยละ 5 และรับประทานขนมกรุบกรอบทุกวัน ร้อยละ 32.6 จากข้อมูลดังกล่าว พบว่า ภาวะโภชนาการเกินส่วนใหญ่เกิดจากพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ซึ่งการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินขึ้นอยู่กับปัจจัยด้านตัวเด็ก ครอบครัว สังคมและสิ่งแวดล้อม สำหรับปัจจัยด้านตัวเด็ก พบว่า เด็กวัยเรียนที่มีความรู้ และทักษะในการเลือกบริโภคอาหารและการออกกำลังกายมีแนวโน้มการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมมากขึ้น⁽³⁾ ครอบครัวมีอิทธิพลอย่างมากต่อการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่มีภาวะโภชนาการเกินโดยเฉพาะพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย⁽²⁾ อีกทั้งโรงเรียนต้องมีนโยบายที่เอื้อต่อการสร้างเสริมสุขภาพและมีการจัดการเพื่อการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและส่งเสริมการออกกำลังกาย/การทำกิจกรรมทางกายของนักเรียน มีการจัดโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนที่ได้มาตรฐานทางโภชนาการโดยเน้นการบริโภคผักและจัดให้มีผลไม้เป็นอาหารว่างอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์⁽¹²⁾

ทั้งนี้ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ได้เล็งเห็นความสำคัญของปัญหาพฤติกรรมด้านสุขภาพของเด็กวัยเรียนที่จะส่งผลต่อสุขภาพในอนาคต จึงได้มีการดำเนินการขับเคลื่อนโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อสร้างความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่ดีให้กับเด็กในพื้นที่ที่รับผิดชอบ แต่ยังไม่มีการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของนักเรียนในโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพว่าเป็นอย่างไร ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของเด็กในโรงเรียนดังกล่าว ข้อมูลที่ได้จะถูกนำมาวางแผนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาในพื้นที่ที่รับผิดชอบต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสำรวจพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 7
2. เพื่อสำรวจภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพพื้นที่รับผิดชอบศูนย์อนามัยที่ 7

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่รับผิดชอบของ ศูนย์อนามัยที่ 7 ได้แก่ จังหวัดกาฬสินธุ์ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดร้อยเอ็ด และจังหวัดมหาสารคาม ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในช่วง เดือนมิถุนายน-กรกฎาคม 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกพื้นที่ดำเนินการโดยใช้วิธีการคัดเลือกพื้นที่แบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากโรงเรียนที่ยินดีเข้าร่วมโครงการโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาละ 1 แห่ง จำนวน 18 แห่งรวมทั้งสิ้น 18 โรงเรียน

กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาในชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ในโรงเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง 18 โรงเรียน คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตรการประมาณค่าสัดส่วนของประชากร⁽¹⁴⁾ ในกรณีทราบค่าประชากร ดังนี้

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

โดย n = ขนาดตัวอย่าง

N = จำนวนประชากร มีจำนวน 1,178 คน

P = ค่าสัดส่วนของภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนของนักเรียนอายุ 6-14 ปี เขตสุขภาพที่ 7 ร้อยละ 11.2 จากรายงานของสำนักส่งเสริม กรมอนามัย⁽²⁾

d = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ ผู้วิจัยกำหนดไว้ที่ประมาณร้อยละ 10

$Z_{1-\frac{\alpha}{2}}$ = ค่าสัมประสิทธิ์ของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐานที่ระดับความเชื่อมั่นของการประมาณค่า $(1-\alpha)$ 100% เมื่อกำหนดให้ $\alpha = 0.05$ ดังนั้น $Z(0.975) = 1.959964$ Delta = 0.0112

$n = 850$

ดังนั้นจึงได้กลุ่มตัวอย่างเป็นจำนวน 850 คน จากโรงเรียนทั้งสิ้น 18 โรงเรียน ในการวิจัยครั้งนี้ได้รับความร่วมมือจากผู้บริหารโรงเรียนทำให้มีนักเรียนให้ความสนใจ และความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัยจึงได้กลุ่มตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 952 คน

การสุ่มตัวอย่างนักเรียน จะใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากนักเรียนในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4, 5 และ 6 รวม 3 ชั้น อย่างน้อยชั้นละ 15 คน ทั้งเพศชายและเพศหญิงจำนวนเท่ากันในโรงเรียนที่เข้าร่วมทั้งหมด 18 แห่ง กรณีที่ระดับชั้นหนึ่งมีหลายห้อง ทำการสุ่มเลือกห้อง

ก่อน โดยใช้วิธีการจับสลากอย่างง่าย (Simple Random Sampling) จากนั้นสุ่มเลือกนักเรียนโดยการจับสลากอย่างง่ายจนได้ตามจำนวนที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีดังนี้

1. แบบประเมินภาวะการเจริญเติบโต ประกอบด้วยข้อมูลวันเดือนปี เกิด อายุของนักเรียน ข้อมูลน้ำหนัก ส่วนสูง และการแปลผล การเจริญเติบโต 4 เกณฑ์ ดังนี้ น้ำหนักตามเกณฑ์ อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ น้ำหนักตามเกณฑ์ ส่วนสูง ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุและน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง

2. แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วยข้อมูล 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ ระดับชั้น อายุ โรคประจำตัว อาชีพของผู้ปกครอง ระดับการศึกษาของผู้ปกครอง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ พัฒนาเครื่องมือจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจภาวะสุขภาพต่าง ๆ นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ในโครงการสำรวจพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เด็กวัยเรียน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ของ กรมอนามัย ดังนี้ 1) พฤติกรรมบริโภคอาหาร ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบวัดมาตราประมาณค่า มีจำนวน 14 ข้อ 2) พฤติกรรมการออกกำลังกาย ลักษณะข้อคำถามให้เลือกตอบรูปแบบกิจกรรมทางกาย (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) 3) พฤติกรรมการใช้เวลาว่างและพักผ่อน ลักษณะข้อคำถามให้เลือกตอบการใช้เวลาว่างของนักเรียนและเวลาเข้านอน-ตื่นนอนของนักเรียน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ซึ่งคณะผู้วิจัยได้พัฒนาเครื่องมือจากการศึกษาทบทวนวรรณกรรมงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและเครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจภาวะสุขภาพต่าง ๆ เช่น แบบสัมภาษณ์นักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ในโครงการสำรวจพฤติกรรมที่พึงประสงค์ เด็กวัยเรียน ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ของ กรมอนามัย แบบบันทึกการตรวจสุขภาพด้วยตนเองสำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5-6 และแบบตรวจสุขภาพแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมสุขภาพนักเรียนของบังอร กล้าสุวรรณ

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาและภาษาและโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน รวมทั้งปรับแก้ไขตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้กับนักเรียนโรงเรียนประถมศึกษาในพื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นที่มีบริบทใกล้เคียงกันจำนวน 30 คน ตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยใช้สถิติ Cronbach's Alpha (Coefficient Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) 0.83

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 312 นอกจากนี้ผู้วิจัยอธิบายวิธีดำเนินการวิจัยพร้อมทั้งให้นักเรียนที่เป็นกลุ่มตัวอย่างลงชื่อในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยพร้อมทั้งให้ผู้ปกครองลงชื่อยินยอมในใบยินยอมให้เก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างได้ โดยนักเรียนมีสิทธิปฏิเสธไม่รับการตรวจร่างกายหรือตอบคำถามสามารถยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ ทุกเมื่อผู้วิจัยเก็บข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างเป็นความลับด้วยการใช้รหัสแทนชื่อในการบันทึกลงระบบคอมพิวเตอร์เอกสารเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลถูกเก็บไว้อย่างมีระบบในตู้เก็บเอกสารและล็อกกุญแจเรียบร้อยแล้ว ทั้งนี้จะมีการทำลายเอกสารภายหลังจากสิ้นสุดโครงการใน 2 ปี

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของนักเรียน

จากการศึกษา พบว่านักเรียนกลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 952 คน แบ่งเป็นนักเรียนในจังหวัด

กาฬสินธุ์ มากที่สุด รองลงมาจังหวัดขอนแก่น จังหวัดร้อยเอ็ดและจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 362, 292, 188 และ 110 คน ตามลำดับ เป็นนักเรียนชาย จำนวน 475 คน นักเรียนหญิง จำนวน 477 คน ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 95.4 ผู้ปกครองประกอบอาชีพรับจ้าง

ทั่วไปมากที่สุด ร้อยละ 39.3 ผู้ปกครองจบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้นมากที่สุด ร้อยละ 28.2

2. ด้านพฤติกรรมสุขภาพ

2.1 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 (n=952)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6	
	จำนวน	ร้อยละ
1. การรับประทานอาหารเช้า		
ไม่รับประทาน	23	2.4
รับประทาน	929	97.6
2. การรับประทานอาหารกลางวัน		
ไม่รับประทาน	20	2.1
รับประทาน	932	97.9
3. การรับประทานอาหารเย็น		
ไม่รับประทาน	31	3.2
รับประทาน	921	96.8
4. การปรุงประกอบอาหารที่บ้านของนักเรียน		
ปรุงเองที่บ้าน	817	85.8
ซื้ออาหารสำเร็จรูป	135	14.2

จากตารางที่ 1 พฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียน พบว่ารับประทานอาหารกลางวันมากที่สุด ร้อยละ 97.9 รองลงมา รับประทานอาหารเช้าและรับประทานอาหารเย็น

ร้อยละ 97.7 และ 96.8 ตามลำดับ ส่วนใหญ่ ปรุงประกอบอาหารที่บ้านของนักเรียนเอง ร้อยละ 85.8

ตารางที่ 2 แสดงจำนวนและร้อยละพฤติกรรมการบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6
(n = 952)

ชนิดของอาหาร	พฤติกรรมการบริโภคอาหาร		
	3 วันขึ้นไป	1-2 วัน	ไม่เลย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. อาหารประเภทต้มยำต้มไก่ เลือดหมู-ไก่	229 (24.1)	559 (58.7)	164 (17.2)
2. อาหารทะเล เช่น ปลาทุ ปลาหมึก กุ้ง หอย	269 (28.3)	599 (62.9)	84 (8.8)
3. ผักชนิดต่าง ๆ มีอยู่ 4 ซ่อนกินข้าวขึ้นไป	526 (55.3)	314 (33.0)	112 (11.7)
4. ผลไม้ชนิดต่าง ๆ อย่างน้อย 1 ครั้งต่อวัน	492 (51.7)	399 (41.9)	61 (6.4)
5. เนื้อสัตว์ติดมัน เช่น หมูสามชั้น ขาหมู คอหมู	292 (30.7)	453 (47.6)	207 (1.7)
6. อาหารประเภทผัด ทอดหรือปรุงด้วยกะทิ	507 (53.3)	391 (41.1)	54 (5.6)
7. อาหารฟาสต์ฟู้ด เช่น พิซซา KFC	178 (18.7)	476 (50.0)	298 (31.3)
8. ขนมกรุบกรอบขนมหวานลูกอมทอฟฟี่	545 (57.2)	337 (35.4)	70 (7.4)
9. อาหารที่ปรุงสุกๆดิบๆ เช่น ซูชิ แหนม ลาบ	184 (19.3)	452 (47.5)	316 (33.2)
10. ต้มนมจืด	624 (65.6)	311 (32.7)	17 (1.7)
11. กินไข่	720 (75.6)	187 (19.7)	45 (4.7)
12. ต้มเครื่องดื่มน้ำที่มีรสหวาน เช่น น้ำอัดลม	616 (64.7)	303 (31.8)	33 (3.5)

จากตารางที่ 2 พบว่านักเรียนมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งเสริมการเจริญเติบโตของเด็ก ได้แก่ รับประทานไข่ มากที่สุด ร้อยละ 75.5 รองลงมาต้มนมจืด และผักชนิดต่างๆ ร้อยละ 65.6 และ 55.3 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งเสริมต่อภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน ได้แก่ ต้มเครื่องดื่มน้ำที่มีรสหวาน มากที่สุด ร้อยละ 64.7 รองลงมา ขนมกรุบกรอบขนมหวานลูกอมทอฟฟี่ และอาหาร

ประเภทผัด ทอดหรือปรุงด้วยกะทิ ร้อยละ 57.2 และ 53.3 ตามลำดับยังพบว่านักเรียนบางส่วนยังมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การกินอาหารที่ปรุงสุกๆ ดิบๆ ร้อยละ 19.3 เนื้อสัตว์ติดมัน ร้อยละ 30.7 อาหารฟาสต์ฟู้ด ร้อยละ 18.7 ไม่กินผัก ร้อยละ 11.7 ไม่กินผลไม้ชนิดต่าง ๆ ร้อยละ 6.4 ไม่กินไข่ ร้อยละ 4.7

2.2 พฤติกรรมออกกำลังกาย

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละ พฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 (n=952)

พฤติกรรมการออกกำลังกาย	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6	
	จำนวน	ร้อยละ
1.ในสัปดาห์ที่ผ่านมา นักเรียนทำกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย		
ทำกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย (เลือกได้มากกว่า 1 ข้อ)	929	97.6
เล่นกีฬา เช่น ฟุตบอล บาสเกตบอล วอลเลย์บอล ฯลฯ	481	28.6
วิ่งเล่น/วิ่งไล่จับ	507	30.2
ปั่นจักรยาน	326	19.4
กระโดด	185	11.0
เดินเร็ว	117	7.0
ว่ายน้ำ	54	3.2
อื่นๆ	10	0.6
ไม่ได้ทำกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย	23	2.4
2. ระยะเวลาที่ทำกิจกรรมทางกาย (วัน/สัปดาห์)		
น้อยกว่า 3 วัน/สัปดาห์	376	40.5
3-5 วัน/สัปดาห์	381	41.0
6-7 วัน/สัปดาห์	172	18.5
3. เวลาที่ใช้ในการออกกำลังกายแต่ละครั้ง (นาที)		
น้อยกว่า 30 นาที	442	47.6
31-60 นาที	354	38.1
มากกว่า 60 นาที	133	14.3

จากตารางที่ 3 พบว่าพฤติกรรมการออกกำลังกายของนักเรียนในสัปดาห์ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ นักเรียนมีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย ร้อยละ 97.6 โดยการวิ่งเล่นมากที่สุด และมีเพียง ร้อยละ 2.4 ไม่มีกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายโดยนักเรียนใช้ระยะเวลาในการทำกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย

3-5 วัน/สัปดาห์ มากที่สุด ร้อยละ 42.0 แต่ละครั้งนักเรียนใช้เวลาทำกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายน้อยกว่า 30 นาทีมากที่สุด และบางส่วนออกกำลังกายมากกว่า 60 นาที ร้อยละ 14.3

2.3 พฤติกรรมการใช้เวลาว่างและพักผ่อน

ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละ พฤติกรรมการใช้เวลาว่างและพักผ่อนของนักเรียนชั้นประถมศึกษา ปีที่ 4-6 (n=952)

พฤติกรรมการใช้เวลาว่างและพักผ่อน	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6	
	จำนวน	ร้อยละ
1. การใช้เวลาว่างของนักเรียน		
ดูทีวี/เล่นโทรศัพท์	520	54.7
ออกไปเล่นกับเพื่อน	186	19.5
ช่วยพ่อแม่ทำความสะอาดบ้าน ล้างรถ ฯลฯ	160	16.8
อ่านหนังสือ	55	5.8
ปลูกต้นไม้	8	0.8
อื่นๆ	23	2.4
2. การนอน การพักผ่อน		
น้อยกว่า 9 ชั่วโมง	535	56.2
9-11 ชั่วโมง	413	43.4
มากกว่า 11 ชั่วโมงขึ้นไป	4	0.4
ใช้เวลานอนพักผ่อนเฉลี่ย (ชั่วโมง/วัน)	8.32 ชั่วโมง /วัน	
ใช้เวลานอนพักผ่อนต่อวัน ต่ำสุด,สูงสุด	3.00, 12.00 ชั่วโมง /วัน	

จากตารางที่ 4 พบว่า พฤติกรรมการใช้เวลาว่างและพักผ่อน นักเรียนยังมีพฤติกรรมเนือยนิ่งที่ส่งผล ต่อภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนไปกับการดูโทรทัศน์ เล่นโทรศัพท์มือถือ มากที่สุด ร้อยละ 54.7 ส่วนพฤติกรรมการนอนหลับ

พักผ่อน พบว่านอนน้อยกว่า 9 ชั่วโมงมากที่สุด ร้อยละ 56.2 โดยเฉลี่ยแล้วนักเรียนนอน 8.32 ชั่วโมงต่อวัน

3. ภาวะโภชนาการของนักเรียน

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละการเจริญเติบโตของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 (n=952)

การเจริญเติบโต	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6		
	รวม	ชาย	หญิง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ			
น้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์	18 (1.9)	9 (1.9)	9 (1.9)
น้ำหนักค่อนข้างน้อย	69 (7.4)	34 (7.3)	35 (7.5)
น้ำหนักตามเกณฑ์	663 (69.1)	319 (66.7)	344 (71.6)
น้ำหนักค่อนข้างมาก	54 (5.8)	23 (4.9)	31 (6.6)
น้ำหนักมากกว่าเกณฑ์	148 (15.8)	90 (19.2)	58 (12.4)
รวม	952	475	477
2. ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ			
เตี้ย	17 (1.8)	9 (1.9)	8 (1.7)
ค่อนข้างเตี้ย	26 (2.7)	17 (3.6)	9 (1.9)
ส่วนสูงตามเกณฑ์	783 (82.0)	379 (79.6)	404 (84.4)
ค่อนข้างสูง	67 (7.2)	32 (6.8)	35 (7.5)
สูงกว่าเกณฑ์	59 (6.3)	38 (8.1)	21 (4.5)
รวม	952	475	477
3. น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง			
ผอม	30 (3.2)	15 (3.2)	15 (3.2)
ค่อนข้างผอม	64 (6.8)	25 (5.3)	39 (8.3)
สมส่วน	648 (67.6)	304 (63.5)	344 (71.7)
ท้วม	59 (6.3)	27 (5.8)	32 (6.8)
เริ่มอ้วน	85 (9.1)	54 (11.5)	31 (6.6)
อ้วน	66 (7.0)	50 (10.7)	16 (3.4)
รวม	952	475	477

ตารางที่ 5 แสดงจำนวนและร้อยละการเจริญเติบโตของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 (n=952) (ต่อ)

การเจริญเติบโต	ชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6		
	รวม	ชาย	หญิง
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
4. ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุและน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง			
ส่วนสูงดี สมส่วน	615 (64.0)	284 (59.2)	331 (68.9)
ส่วนสูงดี อ้วน (ท้วม เริ่มอ้วน และอ้วน)	208 (22.2)	130 (27.7)	78 (16.6)
ส่วนสูงดี ผอม (ค่อนข้างผอม, ผอม)	86 (9.2)	35 (7.5)	51 (10.9)
เตี้ย (ค่อนข้างเตี้ย, เตี้ย) สมส่วน	33 (3.5)	20 (4.3)	13 (2.8)
เตี้ย อ้วน (ค่อนข้างเตี้ย, เตี้ย, ท้วม, เริ่มอ้วน, อ้วน)	2 (0.2)	1 (0.2)	1 (0.2)
เตี้ย ผอม (ค่อนข้างเตี้ย, เตี้ยและค่อนข้างผอม, ผอม)	8 (0.9)	5 (1.1)	3 (0.6)
รวม	952	475	477

จากตารางที่ 5 พบว่าผลการประเมินการเจริญเติบโตโดยการนำค่าน้ำหนักและส่วนสูงไปเปรียบเทียบกับเกณฑ์อ้างอิงมี 3 วิธี ได้แก่ น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง และส่วนสูงตามเกณฑ์อายุเพื่อสะท้อนการเจริญเติบโตของนักเรียนและนำข้อมูลที่ได้ไปแก้ไขปัญหาโดยเฉพาะนักเรียนที่มีภาวะอ้วน ผอม เตี้ย ซึ่งจากการชั่งน้ำหนักและวัดส่วนสูงนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 จำนวน 952 คน แบ่งเป็น นักเรียนชาย 475 คน นักเรียนหญิง 477 คน ผลการประเมินภาวะโภชนาการของนักเรียนมีดังนี้

5.1.3.1 น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ
ในการศึกษานี้พบว่านักเรียนมีน้ำหนักตามเกณฑ์

มากที่สุด ร้อยละ 69.1 รองลงมามีนักเรียนมีน้ำหนักมากกว่าเกณฑ์และค่อนข้างน้อยกว่าเกณฑ์ ร้อยละ 15.8 และ 7.4 ตามลำดับ พบว่าเพศหญิงมีน้ำหนักตามเกณฑ์ มากกว่าเพศชาย ร้อยละ 71.6 และ 66.7 ตามลำดับ

3.2 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่านักเรียนมีส่วนสูงตามเกณฑ์มากที่สุด ร้อยละ 82.0 นักเรียนหญิงมีส่วนสูงตามเกณฑ์มากกว่าเพศชาย ร้อยละ 84.4 และ 79.6 ตามลำดับ ยังพบว่าเด็กนักเรียนมีภาวะเตี้ย ร้อยละ 1.8 โดยเพศชายมีภาวะเตี้ยมากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 1.9 ซึ่งไม่เกินเกณฑ์ที่กรมอนามัยกำหนดไว้คือ ไม่เกินร้อยละ 5

3.3 น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง

พบว่านักเรียนมีรูปร่างสมส่วนมากที่สุดคือ ร้อยละ 67.6 นักเรียนหญิงมีรูปร่างสมส่วนมากกว่านักเรียนชาย ร้อยละ 71.7 นอกจากนี้ยังพบว่านักเรียนยังมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 16.1 ซึ่งเกินเกณฑ์ที่กรมอนามัยกำหนดไว้ (ร้อยละ 10) ส่วนภาวะผอมพบ ร้อยละ 3.2 เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้คือไม่เกิน ร้อยละ 5 โดยเพศชายและหญิงมีภาวะผอมเท่ากันคือ ร้อยละ 3.2

3.4 ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุและ

น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่านักเรียนมีภาวะโภชนาการ ส่วนสูงดีสมส่วน ร้อยละ 64.0 เพศหญิงร้อยละ 68.9 เพศชายร้อยละ 59.2 ส่วนสูงดี อ้วน (ตัวม เริ่มอ้วนและอ้วน) ร้อยละ 22.2 ส่วนสูงดี ผอม (ค่อนข้างผอม, ผอม) ร้อยละ 9.2

สรุปผลการวิจัย

พฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนประถมศึกษาปีที่ 4-6 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารพบว่า รับประทานอาหารกลางวัน รับประทานอาหารเช้า และรับประทานอาหารเช้าในสัดส่วนที่สูง ส่วนใหญ่ปรุงประกอบอาหารที่บ้านของนักเรียนเอง โดยมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งเสริมการเจริญเติบโต ได้แก่ รับประทานไข่มากที่สุด ส่วนพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ส่งเสริมต่อภาวะเริ่มอ้วนและอ้วน ได้แก่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน มากที่สุด พฤติกรรมการออกกำลังกายในสัปดาห์ที่ผ่านมา พบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีกิจกรรมทางกาย หรือออกกำลังกายในสัดส่วนที่สูง ด้วยการวิ่งเล่น ระยะเวลาที่ทำกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย 3-5 วัน/

สัปดาห์ มากที่สุด สะท้อนให้เห็นว่ามากกว่าครึ่งมีระยะเวลา ทำกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกายไม่เพียงพอต่อการเสริมสร้างกล้ามเนื้อให้แข็งแรง มากที่สุด พฤติกรรมการใช้เวลาว่างและพักผ่อน พบว่านักเรียนมากกว่าครึ่งใช้เวลาว่างดูโทรทัศน์ เล่นโทรศัพท์มือถือ มากที่สุด นักเรียนมากกว่าครึ่งนอนน้อยกว่า 9 ชั่วโมงมากที่สุด โดยใช้เวลานอนเฉลี่ย 8.32 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งเด็กวัยเรียนและวัยรุ่นควรนอนพักผ่อน 9-11 ชั่วโมงต่อวัน เพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโต

ภาวะโภชนาการของนักเรียน เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์การเจริญเติบโต ทั้ง 4 เกณฑ์ พบว่าน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ นักเรียนมีน้ำหนักตามเกณฑ์มากที่สุด โดยเพศหญิงมีน้ำหนักตามเกณฑ์มากกว่าเพศชาย เมื่อพิจารณา ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ มีส่วนสูงตามเกณฑ์มากที่สุด เพศหญิงมีส่วนสูงตามเกณฑ์มากกว่าเพศชาย พบเด็กมีภาวะเตี้ย โดยเพศชายมีภาวะเตี้ยมากกว่าเพศหญิง เมื่อพิจารณาน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่านักเรียนมีรูปร่างสมส่วนมากที่สุด คือ เพศหญิงมีรูปร่างสมส่วนมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ ยังมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนร้อยละ 16.1 ซึ่งเกินเกณฑ์ที่กรมอนามัยกำหนดไว้ไม่เกิน ร้อยละ 10 ส่วนภาวะผอมพบ ร้อยละ 3.2 เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้คือไม่เกิน นอกจากนี้พบว่า ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุและน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง นักเรียน มีส่วนสูงดีสมส่วน ร้อยละ 64.0 เพศหญิง สูงดีสมส่วนมากกว่าเพศชาย

อภิปรายผล

จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ด้านพฤติกรรม

การบริโภคอาหารพบว่า เด็กนักเรียนเกือบทั้งหมดมีการรับประทานอาหารทุกมื้อในอัตราที่สูง โดยรับประทานอาหารกลางวันมากที่สุด รองลงมารับประทานอาหารเช้า และรับประทานอาหารเย็น ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของชนัตดา เกิดแพร่ และคณะ⁽⁵⁾ พบว่าเด็กวัยเรียนรับประทานอาหารเช้ามากที่สุด รองลงมาคือรับประทานอาหารกลางวันและรับประทานอาหารเช้า และยังแตกต่างจากการศึกษาของพัชรภณัท ไชยสังข์และคณะ⁽⁶⁾ พบว่าพฤติกรรมการบริโภคอาหารของเด็กวัยเรียนรับประทานอาหารเช้าครบ 3 มื้อ รับประทานอาหารเช้ามากที่สุด สะท้อนว่าการศึกษาคั้งนี้เด็กวัยเรียนส่วนใหญ่รับประทานอาหารเช้าครบทุกมื้อ ในอัตราที่สูงกว่าการศึกษาที่ผ่านมา โดยมื้อที่รับประทานมากที่สุดในกลางวัน จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารบุคลากร นักเรียนในโรงเรียน ที่เข้าร่วมโครงการโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ พบว่าผู้บริหารมีนโยบาย แนวทางการดำเนินงานที่ส่งเสริมการบริโภคอาหารของนักเรียนที่ชัดเจน รวมถึงการเข้าถึงอาหารได้ง่าย ครู ผู้ปกครองให้ความสำคัญ นักเรียนได้รับการเรียนการสอนมีการสอดแทรกความรู้ด้านโภชนาการในกลุ่มสาระการเรียนรู้ รายวิชาสุขศึกษาเด็กจึงให้ความสำคัญกับการรับประทานอาหารเช้า

นอกจากนี้อาหารส่วนใหญ่ที่เด็กได้รับประทานเพื่อส่งเสริมการเจริญเติบโต คือ ไข่ เนื่องจากไข่เป็นวัตถุดิบที่จัดหาได้ง่าย รับประทานง่ายและบางจังหวัด เช่น จังหวัดมหาสารคามมีนโยบายที่ชัดเจนให้โรงเรียนทุกแห่ง ส่งเสริมการบริโภคไข่ทุกวันวันละ 1 ฟอง ไม่ว่าจะจากที่บ้านหรือที่โรงเรียน อย่างไรก็ตามการ

ศึกษายังพบว่าเด็กรับประทานอาหารที่ส่งเสริมต่อภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนมากที่สุด คือ คี๋มเครื่องคั๋มที่มีรสหวานมาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชนัตดา เกิดแพร่⁽⁵⁾ นภาพร เหมะเหม็ง⁽⁷⁾ และการสำรวจสุขภาพคนไทยของสำนักงานพัฒนาข้อมูลระบบข่าวสารสุขภาพ⁽¹⁾ เนื่องจากโรงเรียนบางแห่งยังมีการจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีรสหวานรวมถึงยังไม่มียโยบายควบคุมการจำหน่ายอาหาร เครื่องดื่มที่ให้พลังงานสูงในโรงเรียนหรือรอบรั้วนอกโรงเรียน ปัจจุบันการเข้าถึงสื่อต่างๆ หาซื้อได้ง่าย มีรสชาติอร่อยทำให้เด็กติดใจจากการลงพื้นที่สำรวจสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนพบว่าโรงเรียนหลายแห่งตั้งอยู่ในแหล่งชุมชนเทศบาล ใกล้ร้านสะดวกซื้อ จึงทำให้เด็กสามารถซื้อหาได้ง่าย ด้านพฤติกรรมการออกกำลังกายพบว่าในสัปดาห์ที่ผ่านมาในสัดส่วนที่สูงสอดคล้องกับการศึกษาของบังอร กล้าสุวรรณ⁽⁸⁾ โดยทางกระทรวงศึกษาธิการมีนโยบายลดเวลาเรียน เพิ่มเวลาการเรียนรู้ รวมถึงนโยบายแนวทางโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพที่ส่งเสริมให้เด็กมีกิจกรรมทางกายหรือการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง กองกิจกรรมทางกายกรมอนามัยมีกิจกรรม Chop & Chipa game และหลายโรงเรียนเข้าร่วมโครงการ To be number one ส่งเสริมให้เด็กมีกิจกรรมทางกายมากขึ้น รวมถึงพฤติกรรมการใช้เวลาว่างและพักผ่อน พบว่านักเรียนดูโทรทัศน์ เล่นโทรศัพท์มือถือมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์⁽⁹⁾ และการสำรวจของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์พบว่าเด็กไทยกับภัยออนไลน์ ในปี พ.ศ. 2565 ในกลุ่มตัวอย่างอายุ 9-18 ปี จำนวน 31,965 คน

พบว่า เด็กมีแท็บเล็ตหรือสมาร์ทโฟนเป็นของตัวเอง มีอินเทอร์เน็ตที่บ้านจึงทำให้สามารถเข้าถึงโซเชียลมีเดียทุกวันหรือเกือบทุกวัน จึงส่งผลกระทบต่อการเล่นหลับพักผ่อน

ภาวะโภชนาการของนักเรียน มีรูปร่างสมส่วนมากที่สุด สอดคล้องกับศึกษาของสุภาภรณ์ ศรีสุพรรณ⁽¹⁰⁾ และนภาพร เหมาะเหม็ง⁽⁷⁾ ทั้งนี้ภาวะโภชนาการของนักเรียนส่วนใหญ่เป็นไปตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากนโยบายแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ มีการเรียนการสอนที่มีการสอดแทรกความรู้ด้านโภชนาการในกลุ่มสาระการเรียนรู้รายวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา รวมถึงกิจกรรมทางกาย กรมนามัย รมรงค์ ประชาสัมพันธ์ให้เด็กวัยเรียน มีกิจกรรมทางกายด้วย Chopa & Chipa game และหลายโรงเรียนได้เข้าร่วมโครงการ To be number one โรงเรียนมีกิจกรรมทางกายที่หลากหลาย นักเรียนสามารถเลือกกิจกรรมตามความสนใจของตนเอง จึงส่งเสริมให้เด็กมีกิจกรรมทางกายเพิ่มมากขึ้น ครูเฝ้าระวังการเจริญเติบโตเทอมละ 1 ครั้ง และบุคลากรสาธารณสุข มีการรายงานเฝ้าระวังติดตามภาวะโภชนาการในระบบของกระทรวงสาธารณสุข (HDC) แต่การศึกษายังพบว่า เด็กมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเนื่องจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมของเด็กที่มีการบริโภคอาหารรสหวานร้อยละ 64.7 การจัดสภาพแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อการส่งเสริมสุขภาพ โดยมีการจำหน่ายน้ำหวานในโรงเรียนหรือรอบรั้วนอกโรงเรียน รวมถึงนักเรียนมีพฤติกรรมดูโทรทัศน์ เล่นโทรศัพท์มือถือมากที่สุดในนอนหลับพักผ่อนที่เพียงพอจะส่งผลกระทบต่อ

ปรับสมดุลของเซลล์ต่างๆ มีผลต่อ Growth hormone ซึ่งเป็นฮอร์โมนที่ช่วยในการเจริญเติบโตจะหลั่งออกมาในขณะที่หลับสนิท หากนอนพักผ่อนไม่เพียงพออาจส่งผลต่อการเจริญเติบโตและภาวะทุพโภชนาการตามมา

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. กระทรวงสาธารณสุขควรร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการการสนับสนุนให้โรงเรียนมีการให้มีการดำเนินตามแนวทางโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อส่งเสริมให้เด็กนักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ เนื่องจากแนวทางของโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพมีการรอบดำเนินงานนโยบายที่ชัดเจน กระบวนการส่งเสริมให้นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจ ได้ตอบซักถามสามารถเลือกตัดสินใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสม

2. ผู้บริหารโรงเรียนและครูควรมีมาตรการทางสังคมในการควบคุม กำกับ ดูแลการจัดจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีรสหวาน ขนมกรุบกรอบอาหารที่ให้พลังงานสูงแก่นักเรียนทั้งในโรงเรียนและรอบรั้วโรงเรียนครูจัดอาหารกลางวันให้กับนักเรียนตามหลักโภชนาการ มีการเฝ้าระวังการเจริญเติบโตของนักเรียนอย่างต่อเนื่อง

3. บุคลากรทางสาธารณสุขควรมีการจัดกิจกรรมส่งเสริมให้ความรู้กับนักเรียนและผู้ปกครองเกี่ยวกับการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลือกรับประทานอาหาร เครื่องดื่มที่มีรสหวาน ขนมกรุบกรอบ อาหารที่ให้พลังงานสูง การรับประทานอาหารสะอาดและปลอดภัย ถูกหลักสุขลักษณะอนามัย ผู้ปกครองควรมีส่วนร่วมในการฝึกทักษะหรือปรับเปลี่ยน

พฤติกรรมสุขภาพของบุตรหลานสู่พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการสนับสนุน จัดให้มีสถานที่และอุปกรณ์ออกกำลังกายที่ปลอดภัยเพียงพอในชุมชน เพื่อเอื้อต่อการส่งเสริมกิจกรรมทางกาย

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การศึกษาครั้งต่อไปควรศึกษาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในเด็กวัยเรียน ด้านโภชนาการและการออกกำลังกาย เพื่อป้องกันภาวะโภชนาการเกิน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายแพทย์ชาติรี เมธธาธิป ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น นายแพทย์ประสิทธิ์ สัจจงพงษ์ อดีตผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาในครั้งนี้ นางธัญลักษณ์ วัฒนศิริธรรม หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น และนางบังอร กล้าสุวรรณ ที่ให้การสนับสนุนทุกขั้นตอนในการดำเนินงาน ขอขอบคุณนางธิโสภัญ ทองไทย และนายอริวัฒน์ บุตรดาบุตร ที่ปรึกษาที่ให้คำปรึกษาข้อเสนอแนะปรับปรุงงานและขอขอบคุณนางกัญญา จันทร์พล เป็นผู้ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับสถิติที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ประธาน เลขาธิการ และคณะกรรมการพัฒนาวิชาการผู้ประเมิน และให้คำแนะนำการจัดทำผลงาน ที่ให้ข้อเสนอแนะและสนับสนุนการศึกษาจนสำเร็จไปด้วยดี สุดท้ายนี้ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่างทุกคน ที่กรุณาให้ความร่วมมือใน

ทุกขั้นตอนของการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนาข้อมูลระบบข่าวสารสุขภาพ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 (สุขภาพเด็ก) [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2559]; เข้าถึงได้จาก <http://www.hiso.or.th/hiso5/report/report5.php>
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. รายงานประจำปี 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 17 เมษายน 2561]; เข้าถึงได้จาก <http://thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Annual-report-2015.pdf>
3. วิมล โรมาและคณะ. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2560 (ระยะที่ 1) [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2559]; เข้าถึงได้จาก <https://www.hsri.or.th/researcher/research/new-release/detail/11454>
4. สำนักส่งเสริมสุขภาพ. คู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ พ.ศ. 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2561]; เข้าถึงได้จาก <http://www.mdo.moph.go.th/computer/web51v2/filenewspay/290513033118.pdf>
5. ชนิตดา เกิดแพร่, ประทุม ยนต์เจริญล้ำ, นภาพร เหมะเหม็ง และ รัตนาภรณ์ เหมือนจันทร์. พฤติกรรมที่พึงประสงค์นักเรียนชั้นประถมศึกษาในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึง

- เมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2561]; เข้าถึงได้จาก https://oec.anamai.moph.go.th/th/more-news-php-cid-204-filename-index/download?id=60084&mid=32938&mkey=m_document&lang=th&did=17855
6. พัทธรัตน์ ไชยสังข์, ปัญกรณ์ยะเกษม และนุชจรีรัตน์ ชูทองรัตน์. ปัจจัยทำนายพฤติกรรม การบริโภคอาหารของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 ที่มีน้ำหนักเกินเกณฑ์. วารสารวิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา. 2557; 20: 30 - 43.
 7. นภาพร เหมาะเหม็ง, สจิตรา สีหะอำไพ และรัตนภรณ์ เหมือนจันทร์. การศึกษาภาวะโภชนาการและพฤติกรรมบริโภคอาหารของนักเรียนในโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชรศุภยอนามัยที่ 2 พิษณุโลก [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 เมษายน 2561]; เข้าถึงได้จาก <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/lannaHealth/article/view/243963>
 8. บังอร กล่ำสุวรรณ. การสำรวจภาวะสุขภาพเด็กวัยเรียนในส่วนภูมิภาคของประเทศไทย. วารสารศุภยอนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2556; จากรายงานกระทรวงสาธารณสุข พบว่าเด็กเริ่มอ้วนและอ้วนแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยพบว่า 5: 53-66.
 9. อัจฉริยา วงษ์อินทร์จันทร์, จุฬารณย์ ตั้งภักดี, ศุภศักดิ์ วงษ์อินทร์จันทร์, สุริพร เกียรติวงศ์ ครู และสจิตรา คงกันกง. ความสัมพันธ์ระหว่างการใช้สื่อออนไลน์กับปัญหาสุขภาพองค์รวมของเด็กวัยเรียนในยุคคลายแลนด์ 4.0. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. 2565; 42: 62-71.
 10. สุภาภรณ์ ศรีสุพรรณ. การสำรวจพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของเด็กวัยเรียนชั้นประถมศึกษา ตอนปลายพื้นที่รับผิดชอบศุภยอนามัยที่ 7. วารสารศุภยอนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2563; 12: 1-9
 11. จารุณี นุ่มพูล. โรคอ้วนในเด็กวัยเรียน: บทบาทพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพ. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย. 2558; 8(2) :1-12.
 12. วิชัย เอกพลากร. การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552 [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก http://www.thaincd.com/document/file/info/non-communicable-disease/_4_NHES_4.pdf
 13. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัย มหิดล. รายงานประจำปีงบประมาณ 2558. [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 16 พฤษภาคม 2561]. เข้าถึงได้จาก <https://ipsr.mahidol.ac.th/wp-content/uploads/2022/02/2015-IPSR-Annual-Report.pdf>
 14. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวสถิติ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติ และประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ ขอนแก่น; 2542.

รูปแบบการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร และพฤติกรรมการบริโภคต่อภาวะโภชนาการ ของผู้นำศาสนาเดือนรอมฎอนในจังหวัดปัตตานี

มานะ หะสาเมาะ¹, สะหลัน สามะ², มารินี โต³

(วันที่รับบทความ 6 มิถุนายน 2566, วันที่แก้ไข 17 สิงหาคม 2566, วันที่ตอบรับ 17 สิงหาคม 2566)

บทคัดย่อ

การศึกษารูปแบบการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร และกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร พฤติกรรมการบริโภค และการเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการของผู้นำศาสนาช่วงเดือนรอมฎอน กลุ่มเป้าหมายคัดเลือกแบบวิธีเจาะจง และสมัครใจ เข้าร่วม แผงลอยจำหน่ายอาหาร 75 ร้าน และกลุ่มผู้นำศาสนา 30 คน ใช้โดยใช้แบบประเมิน แผงลอยจำหน่ายอาหาร แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคและประเมินองค์ประกอบของร่างกาย การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) สถิติเชิงพรรณนา และ Paired sample t-test

ผลการศึกษา พบว่า การใช้รูปแบบการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร “CP-FATANI” ประกอบด้วย การจัดตั้งคณะทำงาน, การจัดเตรียมพื้นที่จำหน่ายอาหาร, การอบรมผู้ประกอบการ, การตรวจแผงจำหน่ายอาหาร, การตรวจอาหาร, การจัดทำข้อตกลงกับผู้ประกอบการ, การประชาสัมพันธ์แก่ผู้รับบริการ และการใช้หลักศาสนา ทำให้แผงลอยจำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐาน 96.00% และอาหารไม่ปนเปื้อนจากเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย 88.33% ผู้นำศาสนามีพฤติกรรมการบริโภคอยู่ในระดับปานกลาง 70.00% และระดับดี 30.00% และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภาวะโภชนาการ หลังและก่อนการถือศีลอด พบว่าน้ำหนัก (-1.66167) ดัชนีมวลกาย (-0.62667) เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย (-0.890) มวลกล้ามเนื้อ (-0.55633) มวลกระดูก (-0.03667) ระดับไขมันที่เกาะตามอวัยวะภายในช่องท้อง (-0.76667) อัตราการเผาผลาญพลังงานพื้นฐาน (-17.300) และอัตราการเผาผลาญพลังงานเทียบเท่าอายุ (-1.400) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนสัดส่วนกล้ามเนื้อกับไขมัน (0.267) และเปอร์เซ็นต์รวมของน้ำในร่างกาย (0.01667) ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

รูปแบบนี้ใช้หลักศาสนานำการพัฒนางานสาธารณสุข สามารถนำไปใช้ในพื้นที่ที่มีบริบททางสังคมเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของตนเอง และชุมชน

คำสำคัญ: การถือศีลอด ภาวะโภชนาการ พฤติกรรมการบริโภค

(1, 2, 3) นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 12 ยะลา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข Corresponding author: มานะ หะสาเมาะ, e-mail: yala41@hotmail.com

Ramadan Food Sanitation Model and Dietary Behavior on Nutritional Status of Religious Leaders in Pattani Province

Mana Hasamoh¹, Sahlan Sama², Marinee Do³

(Received 6th June 2023, Revised 14th August 2023, Accepted 14th August 2023)

Abstract

This study was a qualitative and quasi - experimental study, aimed to study Ramadan food sanitation model, dietary behavior and nutritional status on religious leaders during Ramadan in Pattani Province. The target group was selected by purposive sampling and voluntary as follows 75 food stalls and 30 religious' leaders in Pattani municipality. Collected data by dietary behavior questionnaire and Body Composition Analyzer. The statistics used for descriptive, Paired t-test and content analysis.

The study found that the Ramadan food sanitation model can be developed as "CP-FATANI" model consisting of food committee, set food area, food handler training, assessment and food test, make agreement, notify/public relation customer and use Islamic principles. Food stalls passed the standard 96.00% and 88.33% not contaminated by coliform bacteria. Dietary behavior of religious leaders found that the moderate behavior was 70.0% and 30.0% good behavior. The correlation of body composition after Ramadan, compared with before Ramadan, the mean difference was weight (-1.66167), body mass index (BMI) (-0.62667), body fat percentage (-0.890), muscle mass (-0.55633), bone mass (-0.03667), Visceral Fat Rating (-0.76667), Basal Metabolic Rate (-17.300), and Metabolic Age (- 1.400) were significantly different ($p < 0.05$) but muscle to fat ratio (0.267) and total body water percentage (0.01667) were not significantly different ($p < 0.05$).

In conclusion, this model uses religious principles of cleanliness and nutrition lead public health and can be implemented in other areas with the same or similar social context to raise awareness of the health effects and more participation in the health care of their own health and the community.

Keywords: Ramadan fasting; nutritional status; dietary behavior

(1, 2, 3)Public Health Technical Officer, Senior Professional Level

Corresponding author: Mana Hasamoh, e-mail: yala41@hotmail.com

บทนำ

เดือนรอมฎอน เป็นเดือนที่ 9 ตามปฏิทิน ฮิจญ์เราะฮ์ในศาสนาอิสลาม เดือนรอมฎอนนั้น ถือว่าเป็นเดือนที่สำคัญที่สุดเดือนหนึ่งเนื่องจาก เป็นเดือนที่ถูกกำหนดให้ชาวมุสลิมทั่วโลก ถือศีลอดประจำปี มุสลิมจะมีการปฏิบัติศาสนกิจ โดยเริ่มถือศีลอดตลอดช่วงเดือนนี้ และจะถูกปรับเปลี่ยนเวลาในการบริโภคอาหารจาก สามมื้อเหลือสองมื้อ และอดอาหารในช่วง เวลาเช้าเป็นระยะเวลาช่วงสั้น (Intermittent fasting) โดยนับเวลาอดอาหาร 14 - 15 ชั่วโมง เป็นเวลา 29 - 30 วัน วัตถุประสงค์สำคัญของการถือศีลอดก็คือ “เพื่อที่จะได้รู้จักยับยั้งตนเอง และเกรงกลัวพระเจ้า” “การยับยั้งตนเอง” หมายถึงการยับยั้งจากการกิน การดื่ม และ อารมณ์

ในปัจจุบันการอดอาหารเป็นช่วงเวลา เป็นระยะเวลาช่วงสั้น (Intermittent fasting) เป็นที่นิยมใช้ในการลดน้ำหนัก การอดอาหาร ในเดือนรอมฎอนต่อน้ำหนักและองค์ประกอบ ของร่างกายในกลุ่มผู้ใหญ่ที่ไม่ใช่นักกีฬา⁽¹⁾ พบว่าในกลุ่มที่มีน้ำหนักมากหรืออ้วนจะมี ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) และน้ำหนักลดลง ในช่วงถือศีลอด และระดับเปอร์เซ็นต์ไขมัน ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การอดอาหาร ในเดือนรอมฎอนมีส่วนเกี่ยวข้องกับการ ปรับเปลี่ยนน้ำหนัก⁽²⁾ และการอดอาหารในช่วง ระยะเวลาสั้น ๆ เป็นประโยชน์ในอาสาสมัคร ที่ได้รับการฝึก หรือในผู้ที่มีน้ำหนักเกิน เพื่อ ปรับปรุงองค์ประกอบของร่างกายโดยการ ลดมวลไขมัน⁽³⁾ โดยวิธีการบริโภคอาหาร

ในช่วงเดือนรอมฎอนของประชาชนใน 5 จังหวัดชายแดนภาคใต้โดยส่วนใหญ่จะมีการ ซื้ออาหารเพื่อนำมารับประทาน ทำให้มีร้าน และแผงลอยจำหน่ายอาหารเกิดขึ้นจำนวนมาก บริเวณริมทางเท้าทั้งที่ขายประจำ และ ขายเฉพาะกิจในเดือนนี้ ประชากรจังหวัด ปัตตานี ณ วันที่ 30 เมษายน 2564 จำนวน ทั้งสิ้น 727,686 คน เป็นชาย 359,470 คน เป็นหญิง 368,216 คน อำเภอที่มีประชากรมากที่สุด คือ อำเภอเมืองปัตตานี จำนวน 137,504 คน รองลงมา ได้แก่ อำเภอยะรัง จำนวน 95,328 คน และอำเภอยะหริ่ง จำนวน 90,021 คน ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาอิสลาม คิดเป็นร้อยละ 87.96 รองลงมา คือศาสนาพุทธ ศาสนาคริสต์/อื่น ๆ ร้อยละ 12.09 และ 0.35 ตามลำดับ สถานการณ์สุขภาพโภชนาการใน เดือนรอมฎอนจังหวัดปัตตานี พศ. 2556⁽⁴⁾ พบว่า สถานที่ปรุงอาหารผ่านมาตรฐาน ร้อยละ 45.9 สภาพปัญหาที่พบ ได้แก่ ไม่มีถังขยะที่มีการ ปกปิดร้อยละ 19.2 ไม่ปกปิดอาหารร้อยละ 17.5 ใช้มือหยิบจับอาหารโดยตรงร้อยละ 14.2 นอกจากนี้พบว่าอาหารประเภทขนมหวาน ใส่สีสียูเดนาด ร้อยละ 44.2 การปนเปื้อนด้าน ชีวิตาพโดยใช้ชุดทดสอบ SI-2 ในอาหารพบการ ปนเปื้อน ร้อยละ 75.8 โดยในอาหารประเภท อาหารคาวหรือกับข้าว ร้อยละ 77.4 และอาหาร ประเภทขนมหวาน ร้อยละ 74.2 ผลการตรวจ วิเคราะห์การปนเปื้อนแบคทีเรียกลุ่ม S.aureous ในอาหารพบการปนเปื้อนร้อยละ 6.70 โดย พบในผักสด ข้าวยา และข้าวมันไก่ และการ ตรวจวิเคราะห์สีในอาหารประเภทขนมหวาน พบการปนเปื้อนสีสังเคราะห์ในอาหารร้อยละ 20

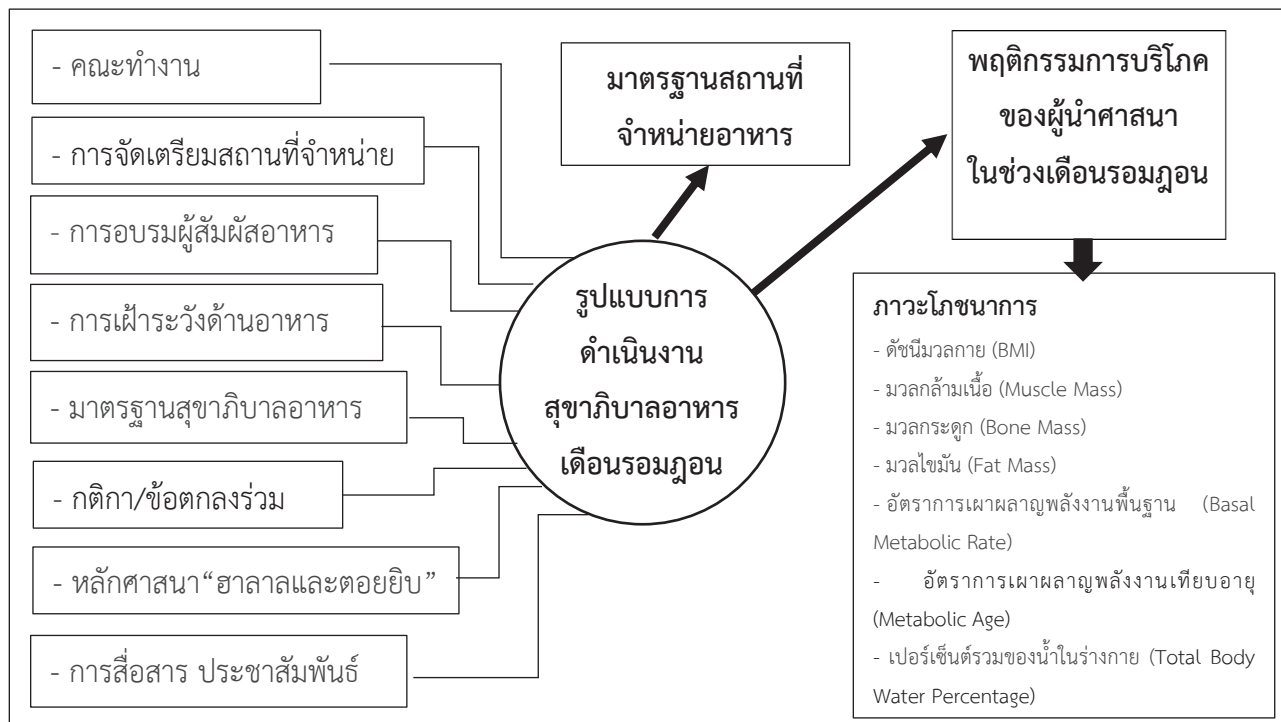
โดยพบในน้ำหวานรสสตรอเบอร์รี่ จะเห็นได้ว่าร้านและแผงลอยจำหน่ายอาหารยังขาดการดูแลสุขลักษณะตามหลักการสุขาภิบาลอาหาร ดังนั้นการบริโภคอาหารจากการประกอบการเหล่านี้จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดการปนเปื้อนพิษภัยทางอาหารทั้งด้านเคมี และด้านจุลินทรีย์จากการปนเปื้อนระหว่างการปรุงอาหาร การขนส่งและการจำหน่ายอาหาร นอกจากนี้การดำเนินการให้เป็นไปตามหลักการทางศาสนาอิสลามนั้นผู้นำศาสนาก็จะมีความสำคัญอย่างมากเพราะผู้นำศาสนาได้แก่ อิหม่าม คอเต็บ บิหลั่น และกรรมการมัสยิด เป็นผู้ซึ่งได้รับการคัดเลือกจากประชาชนหรือสัปบุรุษในชุมชน โดยคำนึงถึงคุณสมบัติ คือ ผู้มีความรู้และมีคุณธรรม ทำหน้าที่ประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ช่วยเหลือและพัฒนาสังคม ถือว่าเป็นกลุ่มคนที่มีอิทธิพลต่อความคิด ความเชื่อและนำไปสู่การปฏิบัติของประชาชนในชุมชนนั้น ๆ ดังนั้นแล้วหากได้มีการพัฒนาสถานที่จำหน่ายอาหารที่ได้มาตรฐานในช่วงเดือนรอมฎอน และ

เป็นแหล่งจำหน่ายอาหารที่ดีที่ผู้บริโภคสามารถเลือกสรร โดยเฉพาะผู้นำศาสนาที่สามารถเลือกสรรอาหารที่ถูกต้องตามหลักการศาสนา และปรับพฤติกรรมกรรมการบริโภคที่ถูกต้องและสอดคล้องกับหลักการทางศาสนา อันจะส่งผลที่ดีต่อภาวะโภชนาการของผู้นำศาสนา ผู้วิจัยจึงจะศึกษารูปแบบการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร การพฤติกรรมกรรมการบริโภคและภาวะโภชนาการของผู้นำศาสนาเดือนรอมฎอนในจังหวัดปัตตานี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารช่วงเดือนรอมฎอน
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการบริโภคของผู้นำศาสนาในช่วงการถือศีลอดเดือนรอมฎอน
3. เพื่อศึกษาเปรียบเทียบภาวะโภชนาการของผู้นำศาสนาในช่วงก่อนและหลังการถือศีลอดเดือนรอมฎอน

กรอบแนวความคิดของการวิจัย



วิธีการดำเนินการวิจัย (Research Methodology)

รูปแบบวิจัย (Research Design) เป็นการวิจัยทั้งเชิงคุณภาพด้วยวิธีการสนทนากลุ่ม และกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) แบบศึกษากลุ่มเดียววัดสองครั้ง (The One-Group Pretest-Posttest Design) ในการศึกษานี้ได้เลือกพื้นที่ศึกษาในเขตเทศบาลเมืองปัตตานี และเก็บข้อมูลในช่วงเดือนรอมฎอนตรงกับวันที่ 23 มีนาคม ถึง 21 เดือนเมษายน 2566 และทำการประเมินภาวะโภชนาการของผู้นำศาสนา 1 - 2 วันก่อนการถือศีลอด และหลังจากการถือศีลอดเป็นระยะเวลา 28 วัน นอกจากนี้ได้ทำการประเมินพฤติกรรมบริโภคของผู้นำศาสนาจำนวนหนึ่งครั้งหลังจากการถือศีลอดเป็นเวลา 28 วันเช่นเดียวกัน

กลุ่มตัวอย่างทำการคัดเลือกแบบวิธีเจาะจง (Purposive Sampling) จากผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการ แบ่งออกเป็น 3 กลุ่มตามเป้าหมายในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ 1) ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม จำนวน 20 คน ประกอบด้วยผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานสุขภาพอาหารของเทศบาล, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ผู้ประกอบการและผู้นำศาสนา 2) แผงลอยจำหน่ายอาหารจำนวน 75 แผง ในที่ทางสาธารณะ บนเขตผืนดินเขตจะบังติกอ เก็บข้อมูลโดยใช้แบบประเมินแผงลอยจำหน่ายอาหารตามข้อกำหนดด้านสุขภาพอาหาร 12 ข้อ โดยผู้ประกอบการทั้งหมดจะผ่านการอบรมหลักสูตรผู้สัมผัสอาหาร และ 3) กลุ่มผู้นำศาสนาจำนวน 30 คนในเขตเทศบาลเมืองปัตตานี ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลและพฤติกรรม

การบริโภคและทำการประเมินองค์ประกอบของร่างกาย โดยกลุ่มผู้นำศาสนามีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) สติสัมปชัญญะสมบูรณ์สามารถสื่อสารโดยการอ่านหรือพูดคุยได้ดี 2) สามารถปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้ด้วยตนเอง 3) อยู่ในเขตเทศบาลเมืองปัตตานีมาเป็นเวลาไม่น้อยกว่าหกเดือน และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) คือ 1) กำลังรับประทานยาเพื่อลดไขมันในหลอดเลือด 2) กำลังรับประทานยาเพื่อลดน้ำหนัก

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบ่งออกเป็น 3 ส่วนคือ 1) แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น การตรวจสอบคุณภาพแบบสัมภาษณ์ โดยผู้เชี่ยวชาญที่ทำการประเมินจำนวน 3 คน ตรวจสอบประเมินความครบถ้วนถูกต้องของเนื้อหาและโครงสร้างของข้อคำถาม (Content Validity) โดยวิธีวิเคราะห์ข้อคำถามและพิจารณาประเมินให้ค่าคะแนนเพื่อตรวจสอบดัชนีความสอดคล้อง (Item Objective Congruence Index หรือ IOC) ของข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ของการศึกษา นำข้อมูลการประเมิน (ค่าคะแนนการประเมิน) มาคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถาม (IOC) และพิจารณาเลือกข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้องของข้อคำถามตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป พร้อมทั้งนำข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญมาทำการปรับปรุงแบบสัมภาษณ์ตามข้อเสนอแนะ 2) เครื่องวิเคราะห์แยกส่วนประกอบของร่างกาย TANITA RD-953 innerScan Dual Multi-Frequency Body Composition Monitor ตัวแปรภาวะสุขภาพที่ศึกษา ประกอบด้วย

น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย (BMI) มวลกล้ามเนื้อ (Muscle Mass) มวลกระดูก (Bone Mass) มวลไขมัน (Fat Mass) (เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย (Body Fat Percentage) และ ระดับไขมันที่เกาะตามอวัยวะภายในช่องท้อง (Visceral Fat Rating)) อัตราการเผาผลาญพลังงานพื้นฐาน (Basal Metabolic Rate) อัตราการเผาผลาญพลังงานเทียบเท่าอายุ (Metabolic Age) และเปอร์เซ็นต์รวมของน้ำในร่างกาย (Total Body Water Percentage) และ 3) แนวทางสำหรับการสนทนากลุ่มใช้สำหรับกลุ่มผู้ให้ข้อมูลด้านรูปแบบการจัดการสุขาภิบาลอาหาร จำนวน 20 คน ประกอบด้วยผู้บริหารและผู้รับผิดชอบงานสุขาภิบาลอาหารของเทศบาล, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, ผู้ประกอบการและผู้นำศาสนา

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานในการพรรณนาตัวแปรด้านคุณลักษณะทางประชากรและพฤติกรรม การบริโภค และทำการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของตัวแปรด้านภาวะโภชนาการ ด้วยสถิติ paired sample t-test

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ผู้วิจัยดำเนินการวิจัยภายใต้หลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) 2) หลักคุณประโยชน์ไม่ก่ออันตราย (Beneficence) และ 3) หลักความยุติธรรม (Justice) ด้วยความเคารพในบุคคล โดยทำการชี้แจงข้อมูลการวิจัยแก่กลุ่มเป้าหมายด้วยวาจา และเอกสาร จนมีความเข้าใจอย่างถ่องแท้และจะขอ

ความยินยอมจากกลุ่มเป้าหมายและให้ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการอย่างอิสระ และคำนึงถึงความเป็นส่วนตัวของกลุ่มเป้าหมายโดยไม่ระบุชื่อจริง อีกทั้งข้อมูลส่วนบุคคลจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับไม่มีการเผยแพร่ ซึ่งจะทราบเพียงการทำให้เป็นรหัส และสามารถยุติหรือถอนการให้ข้อมูลได้ทันที ทั้งนี้ได้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยรณนํายระดับภาคใต้ รหัสโครงการวิจัย HPC12-4/66

ผลการศึกษา

1. การดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร ช่วงเดือนรอมฎอน

1.1 รูปแบบการดำเนินการด้าน สุขาภิบาลอาหารช่วงเดือนรอมฎอน

รูปแบบการดำเนินงานด้านสุขาภิบาลอาหารโดยทั่วไป จะใช้กลไกขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคือเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลในการขับเคลื่อนการดำเนินงาน และจากการดำเนินการด้านสุขาภิบาลอาหารช่วงเดือนรอมฎอน ได้คำนึงถึงผลกระทบต่อสุขภาพและผลที่ได้รับในทางศาสนาสามารถจัดทำเป็นโมเดลที่ขยายไปสู่องค์กรปกครองท้องถิ่นอื่นๆ ได้ คือ “CP-FATANI” ตามรายละเอียดดังนี้

C = Committee การจัดตั้งคณะทำงานการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารในเดือนรอมฎอน จากภาคส่วนท้องถิ่น, สาธารณสุข ผู้ประกอบการ และผู้นำศาสนา

P = Place การเตรียมพื้นที่จำหน่ายอาหาร ที่ต้องคำนึงถึงความเพียงพอของจำนวนแผง การสัญจร การจราจร การจอดรถ รวมถึงการดูแลความสะอาดของสถานที่

F = Food handler training การอบรมผู้สัมผัสอาหาร ซึ่งต้องอบรมทุกคนทั้งผู้จำหน่ายอาหาร และผู้ช่วยจำหน่ายอาหาร

A = Assessment การตรวจประเมินสถานที่จำหน่ายอาหาร เพื่อตรวจด้านสุขลักษณะ

T = Test การตรวจอาหารด้านเคมีและแบคทีเรีย เพื่อตรวจสอบคุณภาพอาหาร

A = Agreement การจัดทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างผู้ประกอบการและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการจำหน่ายอาหารที่ได้ทั้งคุณภาพ และมาตรฐาน

N = Notify การสื่อสาร และประชาสัมพันธ์ ให้ผู้จำหน่ายอาหาร ผู้ซื้อ และผู้อยู่อาศัย ได้เข้าใจถึงบริบทในการดำเนินการเพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลง

I = Islamic principles การใช้และเน้นหนักหลักการด้านศาสนา โดยใช้ผู้นำศาสนาอธิบายและทำความเข้าใจแก่ผู้จำหน่ายอาหาร ให้เห็นถึงฮาลาลและตอยยิบ (สะอาดและมีคุณค่าทางโภชนาการ) และเน้นการได้บุญจากการจำหน่ายอาหาร

1.2 ผลการตรวจประเมินสถานที่ จำหน่ายอาหาร

ตารางที่ 1 แสดงผลการตรวจแพลงลอยจำหน่ายอาหาร ตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร และผลการตรวจทางชีวภาพโดยใช้ชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียเบื้องต้น (SI-2)

ประเภทแพลงลอย จำหน่ายอาหาร	แพลงลอยจำหน่ายอาหารที่ตรวจ			สุ่มเก็บตัวอย่าง		
	จำนวน	ผ่าน	ร้อยละ	จำนวน	พบการปนเปื้อน	ร้อยละ
	มาตรฐาน					
กับข้าวและอาหารคาว	61	59	96.72	50	7	14.0
ขนมหวานและ เครื่องดื่ม	14	13	92.86	10	0	0
รวม	75	3	96.00	60	7	11.67

จากตารางที่ 1 ผลการตรวจประเมินแพลงลอยจำหน่ายอาหารตามข้อกำหนดด้านสุขาภิบาลอาหาร 12 ข้อ แพลงลอยที่จำหน่ายประเภทกับข้าวและอาหารคาว ผ่านมาตรฐานจำนวน 59 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 96.72 และแพลงลอยที่จำหน่ายอาหารประเภทขนมหวานและเครื่องดื่มผ่านมาตรฐานจำนวน 13 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 92.86 ซึ่งข้อที่ไม่ผ่านมาตรฐานได้แก่ อาหารปรุงสุก ไม่มีการปกปิด จำนวน 3 แห่ง และผลตรวจการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียด้วยชุดทดสอบการปนเปื้อนโคลิฟอร์ม

แบคทีเรียเบื้องต้น (SI-2) จำนวน 60 ตัวอย่าง พบว่า ตัวอย่างอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานร้อยละ 88.33 และพบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียตัวอย่างอาหาร ร้อยละ 11.67 การปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรียตัวอย่างอาหารทั้งสิ้น ร้อยละ 11.67 ปนเปื้อนในประเภทเนื้อแดง 1 ตัวอย่าง, ต้นหอม 1 ตัวอย่าง, ถั่วงอก 2 ตัวอย่าง, ถั่วงอกยาว 1 ตัวอย่าง, พบในอุปกรณ์มีด 1 ตัวอย่าง และพบที่มือผู้จำหน่าย อาหาร 1 ตัวอย่าง

2. พฤติกรรมการบริโภคในเดือนถือศีลอด

ตารางที่ 2 แสดงถึงการจำแนกตามระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารช่วงถือศีลอดในเดือนรอมฎอน

ระดับพฤติกรรม	ช่วงคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
ดี	3.67-5.00	9	30.0
ปานกลาง	2.34-3.66	21	70.0
ควรปรับปรุง	1.00-2.33	0	0.0
รวม		30	100.0

Mean = 3.5133, SD = 0.35065, Min = 3.0, Max = 4.33

จากตารางที่ 2 ข้อมูลระดับพฤติกรรม การบริโภคอาหารซึ่งเป็นการสอบถามข้อมูล ช่วงถือศีลอด 28 วันที่ผ่านมา พบว่า ผู้นำศาสนา ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมระดับปานกลาง (ร้อยละ 70.0) และมีพฤติกรรมระดับดีเพียงร้อยละ 30.0 และเมื่อพิจารณารายชื่อตามตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรม การบริโภคอาหารในระดับดี จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เลือกซื้ออาหารจากร้านอาหารที่มีการ ปกปิดอาหาร, เลือกซื้ออาหารที่ไม่มีสีฉูดฉาด, ทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ได้แก่ ข้าว ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ และไขมัน, ดื่มน้ำเปล่า แทนน้ำหวาน น้ำอ้อย น้ำมะพร้าวมากกว่า 6 แก้ว, ทานอาหาร ประเภทต้ม นึ่ง ย่าง ลวก อบ เป็นต้น, ทานข้าว

มื้อละไม่เกิน 2 ทัพพี, ช่วงละศีลอดทานทาน อาหารจนอิ่มเกินมากกว่าปกติ และอาหาร ที่เก็บไว้นานเกิน 4 ชม.ได้อุ่นอาหารก่อนรับ ประทาน และพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนน พฤติกรรมการบริโภคอาหารในระดับปานกลาง จำนวน 7 ข้อ ได้แก่ ละศีลอดด้วยอินทผลัม ก่อนแล้วไปละหมาดและกลับมารับประทานอาหาร, ทานอาหารมากกว่า 2 มื้อ, ทานอาหาร ประเภททอด ไก่ทอด ปลาทอด โรตีสี มะตะบะ ไข่เจียว, ทานผักมากกว่า 5 ทัพพี, ทานอาหาร ประเภทแกงกะทิ แกงเนื้อ ซุปเนื้อ, ทาน ขนมหวาน และน้ำหวานเมื่อละศีลอด, และ หลังละหมาดดรอเวียห์ทานขนมหวาน หรือ เครื่องดื่มรสหวาน

ตารางที่ 3 แสดงถึงค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมการบริโภคระหว่างการถือศีลอด

พฤติกรรมการบริโภค (N=30)	Mean (SD)	การแปลผล
1. ทานละศีลอดด้วยอินทผลัมก่อน แล้วไปละหมาด และกลับมา รับประทานอาหาร	3.47(1.925)	ปานกลาง
2. ทานเลือกซื้ออาหารจากร้านอาหารที่มีการปกปิดอาหาร	4.30(1.149)	ดี
3. ทานเลือกซื้ออาหารที่ไม่มีสีฉูดฉาด	3.67(1.749)	ดี
4. ทานทานอาหารมากกว่า 2 มื้อ	2.57(1.832)	ปานกลาง
5. ทานทานอาหารครบทั้ง 5 หมู่ ได้แก่ ข้าว ผัก ผลไม้ เนื้อสัตว์ และไขมัน	3.77(1.104)	ดี
6. ทานทานขนมหวาน และน้ำหวานเมื่อละศีลอด	2.20(1.424)	ปานกลาง
7. ทานดื่มน้ำเปล่า แทนน้ำหวาน น้ำอ้อย น้ำมะพร้าวมากกว่า 6 แก้ว	3.73(1.552)	ดี
8. ทานทานอาหารประเภททอด ไก่ทอด ปลาทอด โรตีสี มะตะบะ ไข่เจียว	2.93(1.143)	ปานกลาง
9. ทานทานผักมากกว่า 5 ทัพพี	2.80(1.157)	ปานกลาง
10. ทานทานอาหารประเภทต้ม นึ่ง ย่าง ลวก อบ เป็นต้น	3.70(1.208)	ดี
11. ทานทานอาหารประเภทแกงกะทิ แกงเนื้อ ซุปเนื้อ	2.87(1.224)	ปานกลาง

ตารางที่ 3 แสดงถึงค่าเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมการบริโภคระหว่างการถือศีลอด (ต่อ)

พฤติกรรมการบริโภค (N=30)	Mean (SD)	การแปลผล
12. ทานทานข้าวมือละไม่เกิน 2 ทัพพี	4.53(0.937)	ดี
13. ช่วงละศีลอดทานทานอาหารจนอิ่มเกินมากกว่าปกติ	1.97(1.520)	ดี
14. อาหารที่ทานเก็บไว้นานเกิน 4 ชม. ทานได้อุ่นอาหารก่อนรับประทาน	4.20(1.375)	ดี
15. หลังละหมาดตารอเวียะห์ ทานทานขนมหวาน หรือเครื่องดื่มรสหวาน	2.93(1.574)	ปานกลาง

3. การเปลี่ยนแปลงภาวะโภชนาการ

จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าองค์ประกอบของร่างกายก่อนการอดอาหารและหลังอดอาหารมีน้ำหนักเฉลี่ยก่อนการอดอาหารและหลังอดอาหารเท่ากับ 67.5417 และ 65.88 กิโลกรัม ตามลำดับ, ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เฉลี่ยก่อนการอดอาหารและหลังอดอาหารเท่ากับ 24.5467 และ 23.92 ตามลำดับ, เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย (Body Fat Percentage) เฉลี่ยก่อนการอดอาหารและหลังอดอาหารเท่ากับ 23.0167 และ 22.1267 ตามลำดับ, มวลกล้ามเนื้อ (Muscle Mass) เฉลี่ยก่อนการอดอาหารและหลังอดอาหารเท่ากับ 48.9033 และ 48.3470 ตามลำดับ, สัดส่วนกล้ามเนื้อกับไขมันเฉลี่ยก่อนการอดอาหารและหลังอดอาหารเท่ากับ 3.57 และ 3.83 ตามลำดับ, มวลกระดูก (Bone Mass) เฉลี่ยก่อนการอดอาหารและหลังอดอาหารเท่ากับ 2.70 และ 2.6633 ตามลำดับ, ระดับไขมันที่เกาะตามอวัยวะภายในช่องท้อง (Visceral Fat Rating) เฉลี่ยก่อนการอดอาหารและหลังอดอาหารเท่ากับ 13.00 และ 12.2333 ตามลำดับ, อัตราการเผาผลาญพลังงานพื้นฐาน (Basal Metabolic Rate)

เฉลี่ยก่อนการอดอาหารและหลังอดอาหารเท่ากับ 1,411.23 และ 1,393.93 ตามลำดับ, อัตราการเผาผลาญพลังงานและอายุเทียบ (Metabolic Age) เฉลี่ยก่อนการอดอาหารและหลังอดอาหารเท่ากับ 51.30 และ 49.90 ตามลำดับและเปอร์เซ็นต์รวมของน้ำในร่างกาย (Total Body Water Percentage) เฉลี่ยก่อนการอดอาหารและหลังอดอาหารเท่ากับ 52.0433 และ 52.06 ตามลำดับ และพบว่า น้ำหนัก, ดัชนีมวลกาย (BMI), เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย, มวลกล้ามเนื้อ (Muscle Mass), มวลกระดูก (Bone Mass), ระดับไขมันที่เกาะตามอวัยวะภายในช่องท้อง (Visceral Fat Rating), อัตราการเผาผลาญพลังงานพื้นฐาน (Basal Metabolic Rate) และอัตราการเผาผลาญพลังงานและอายุเทียบ (Metabolic Age) ก่อนและหลังอดอาหารเดือนรอมฎอนลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ส่วนสัดส่วนกล้ามเนื้อกับไขมัน และเปอร์เซ็นต์รวมของน้ำในร่างกาย (Total Body Water Percentage) ก่อนการอดอาหารและหลังอดอาหารไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของค่าองค์ประกอบของร่างกายก่อนและหลังการถือศีลอดในเดือนรอมฎอน

ค่าองค์ประกอบของร่างกาย	ก่อน ($\bar{x}_1$)	หลัง ($\bar{x}_2$)	ผลต่าง ($\bar{x}_2 - \bar{x}_1$)	P-value ^t
น้ำหนัก	67.542	65.880	-1.662	<0.001
ดัชนีมวลกาย (BMI)	24.547	23.920	-0.627	<0.001
เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย	23.017	22.128	-0.890	0.004
มวลกล้ามเนื้อ	48.903	48.347	-0.556	<0.001
สัดส่วนกล้ามเนื้อกับไขมัน	3.570	3.830	0.267	0.245
มวลกระดูก	2.700	2.663	-.0367	0.014
เปอร์เซ็นต์ไขมันที่เกาะภายในช่องท้อง	13.000	12.233	-.7667	<0.001
อัตราการเผาผลาญพลังงานพื้นฐาน (BMR)	1411.203	1393.930	-17.300	<0.001
อัตราการเผาผลาญพลังงานและอายุเทียบ	51.300	49.900	-1.400	0.021
เปอร์เซ็นต์รวมของน้ำในร่างกาย	52.043	52.060	0.017	0.972

t= paired t-test

อภิปรายผล

รูปแบบการดำเนินงานสุขาภิบาลอาหาร ช่วงเดือนรอมฎอน ภายใต้กรอบการดำเนินงาน “CP-FATANI” ซึ่งประกอบด้วย การจัดตั้ง คณะทำงาน, การจัดเตรียมพื้นที่จำหน่ายอาหาร, การอบรมผู้ประกอบการ, การตรวจแฉ่งจำหน่ายอาหาร, การตรวจอาหาร, การจัดทำข้อตกลงกับผู้ประกอบการ, การประชาสัมพันธ์แก่ผู้รับบริการ และการใช้หลักศาสนา ได้รับการออกแบบ กิจกรรมสำคัญเพื่อเป็นแนวทางการดำเนินงาน ด้วยความร่วมมือจากตัวแทนของภาคส่วนต่างๆ ในการสนทนากลุ่ม เป็นแนวทางหนึ่งที่

สามารถสร้างการมีส่วนร่วมและเกิดความเข้มแข็งในระดับท้องถิ่นในการออกแบบและดำเนินงานสุขาภิบาลอาหารให้ได้มาตรฐาน ในช่วงฤดูถือศีลอด เป็นรูปแบบที่มีการบูรณาการกลไกทางศาสนาและสาธารณสุขเข้าด้วยกัน โดยเน้นให้ผู้นำศาสนามีส่วนร่วมในการดำเนินการในการอบรมผู้ประกอบการก่อนดำเนินการและร่วมติดตามให้คำแนะนำแก่ผู้ประกอบการทำให้ผู้ประกอบการจำหน่ายอาหารตระหนักและให้ความร่วมมือในการพัฒนา ตลอดจนการจัดการพื้นที่จำหน่าย การกำกับติดตามของเทศบาล และการทำข้อตกลงร่วมกันของผู้ประกอบการ จึงสามารถยกระดับสถานที่จำหน่ายอาหาร

ให้ได้มาตรฐานดีขึ้น ทำให้แมลงลอยจำหน่ายอาหารผ่านเกณฑ์มาตรฐานด้านการสุขาภิบาลอาหารถึงร้อยละ 96.00 และมีตัวอย่างอาหารปลอดภัยจากเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียถึงร้อยละ 88.33 ขณะที่การศึกษาที่ผ่านมา⁽⁴⁾ พบว่ามีแมลงลอยจำหน่ายอาหารผ่านมาตรฐานเพียงร้อยละ 45.9 และมีตัวอย่างอาหารเพียงร้อยละ 24.2 ปลอดภัยจากเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรีย ซึ่งแสดงว่ามีตัวอย่างอาหารถึงร้อยละ 75.8 ที่มีการปนเปื้อนเชื้อโคลิฟอร์มแบคทีเรียเกินมาตรฐาน

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารช่วงระหว่างการถือศีลอดของกลุ่มตัวอย่าง มีระดับคะแนนพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารช่วงถือศีลอดอยู่ในระดับปานกลาง และดี แต่เมื่อพิจารณาพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารเป็นรายข้อยังพบพฤติกรรมกรรมการบริโภคในบางรายที่ต้องมีการปรับปรุง เช่น ละศีลอดด้วยอินทผลัมก่อนแล้วไปละหมาด และกลับมารับประทานอาหารที่ไม่ปฏิบัติร้อยละ 36.6 ในการละศีลอด ซึ่งตามแบบฉบับของท่านศาสดามุฮัมมัด จะละศีลอดก่อนละหมาด (มัฆริบ) ด้วยลูกอินทผลัมสดจำนวนเล็กน้อย ท่านจะจิบหรือดื่มน้ำสองสามครั้งเนื่องจากอินทผลัมนั้นประกอบด้วยน้ำตาล ฟรุกโตส น้ำ วิตามิน และแร่ธาตุ โดยเฉพาะน้ำตาลฟรุกโตส จัดเป็นสารอาหารที่ให้พลังงานแก่ร่างกาย แต่ถ้าละศีลอดด้วยน้ำเย็นหรืออาหารหนักและอืดมากจนเกินไปก่อนจะไปละหมาดแทนที่จะได้พลังงานกลับคืนมาอย่างรวดเร็วกลับต้องเสียพลังงานไปเนื่องจากเลือดจะถูกส่งไปยังกระเพาะอาหารและลำไส้เพิ่มมากขึ้นทำให้เลือดไปเลี้ยงสมองน้อยลง (สมองต้องการ

น้ำตาลกลูโคสประมาณ 40 % จากทั้งหมด) จึงทำให้มีอาการมึนงง เวียนศีรษะ อ่อนเพลีย แขนงหน้าอกและง่วงซึมได้⁽⁵⁾ นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างทานอาหารประเภทแกงกะทิ แกงเนื้อ ซุปเนื้อทุกวันร้อยละ 20.0 และ 5-6 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 16.7 การทานอาหารประเภททอด ไก่ทอด ปลาทอด โรตีสี มะตะบะ ไข่เจียวทุกวันร้อยละ 16.7 และ 5 -6 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 16.7 และหลังละหมาดตารอเวียะห์ได้ทานขนมหวาน หรือเครื่องดื่มรสหวานทุกวันร้อยละ 26.7 และ 5 -6 วันต่อสัปดาห์ร้อยละ 13.3 ซึ่งสอดคล้องกับนิรฺชรา ลิลละฮ์กุล และปัทมา สุพรรณกุล⁽⁶⁾ ที่พบว่าชาวไทยมุสลิมจังหวัดชายแดนใต้ มีการรับประทานอาหารไม่หลากหลาย นิยมรับประทานอาหารจำพวก แป้ง ไขมัน และน้ำตาล และจากรูวรรณไผ่ตระกูล และนะถนุญตร จุฬากาญจน⁽⁷⁾ พบว่าผู้สูงอายุชาวไทยมุสลิมเป็นกลุ่มหนึ่งที่มีปัญหาสุขภาพอันเนื่องมาจากวัฒนธรรมการบริโภคอาหารที่มีรสหวาน มันและเค็ม ดังนั้นหากไม่ระมัดระวังต่อพฤติกรรมบริโภคทางด้านประเภท และปริมาณก็อาจง่ายต่อการส่งผลกระทบต่อสุขภาพร่างกาย ซึ่งส่วนน้อยมีพฤติกรรมกรรมการบริโภคไม่ถูกต้องยังไม่ได้ทำตามแบบฉบับของท่านศาสดามุฮัมมัด

การประเมินภาวะโภชนาการกลุ่มตัวอย่างอายุเฉลี่ย 57.17 (SD = 12.479) ซึ่งจัดเป็นกลุ่มผู้สูงอายุ และเมื่อเปรียบเทียบค่าองค์ประกอบของร่างกายก่อนและหลังการถือศีลอด จะเห็นว่าส่วนที่ลดลงมีแนวโน้มที่ดี เช่น น้ำหนัก, ดัชนีมวลกาย (BMI), เปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกาย, ระดับไขมันที่เกาะตาม

อวัยวะภายในช่องท้อง (Visceral Fat Rating) สอดคล้องกับ Fernando HA และคณะ⁽¹⁾, Correia JM และคณะ⁽²⁾, Abdelmalek S และคณะ⁽⁸⁾, Ali Z. และคณะ⁽⁹⁾ และ Al-Jafar R และคณะ⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าน้ำหนัก, ดัชนีมวลกาย (BMI) และเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายลดลง และการศึกษานี้ยังพบว่ามวลกล้ามเนื้อ (Muscle Mass) ก็ลดลงเช่นกันสอดคล้องกับ Osman F และคณะ⁽¹¹⁾ และยังได้สรุปว่ามีความแตกต่างในผลการศึกษาต่างๆ เกิดจากความผันแปรวัฒนธรรมในพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความแตกต่างในระยะเวลาของการอดอาหาร แต่การศึกษาของ Sandoval C และคณะ⁽³⁾ พบว่าในผู้ที่น้ำหนักเกินสามารถรักษาสภาพมวลกล้ามเนื้อ ทั้งนี้พฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มตัวอย่างอาจไม่ได้เน้นการบริโภคสารอาหารประเภทโปรตีนและการออกกำลังกาย ซึ่งผู้สูงอายุจำเป็นต้องได้รับโปรตีนที่จำเป็นในปริมาณที่เพียงพอเพื่อช่วยในการปรับสมดุลการทำงานของกล้ามเนื้อให้เป็นปกติ นอกจากนี้การออกกำลังกายที่เหมาะสมและการพักผ่อนอย่างเพียงพอก็มีความจำเป็นที่จะเสริมสร้างมวลกล้ามเนื้อ ในด้านเปอร์เซ็นต์รวมของน้ำในร่างกาย (Total Body Water Percentage) พบว่าก่อนการอดอาหารและหลังอดอาหารไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าการถือศีลอดของกลุ่มตัวอย่างไม่ได้ทำให้เปอร์เซ็นต์รวมของน้ำในร่างกายลดลงไป แต่การศึกษาของ Al-Jafar R และคณะ⁽¹⁰⁾ การถือศีลอดทำให้เปอร์เซ็นต์รวมของน้ำในร่างกายลดลงและการลดลงเหล่านี้นั้นส่วนใหญ่เกิดจากมวลไขมันและปริมาณน้ำใน

ร่างกายโดยรวมที่ลดลงบางส่วน โดยเริ่มแสดงให้เห็นในสัปดาห์ที่สองของเดือนรอมฎอน และเริ่มลดลง 3 สัปดาห์

จากผลการศึกษาครั้งนี้จะเห็นได้ว่ารูปแบบการดำเนินงานสุขภาพโภชนาการช่วงเดือนรอมฎอนใช้กลไกทางศาสนาและสาธารณสุขทำให้มาตรฐานสถานที่จำหน่ายอาหารดีขึ้น พบการปนเปื้อนโคลิฟอร์มแบคทีเรีย น้อยลง และการถือศีลอดและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสม มีแนวโน้มทำให้องค์ประกอบด้านต่าง ๆ ของร่างกายที่แสดงถึงภาวะโภชนาการดีขึ้นด้านน้ำหนัก, ดัชนีมวลกาย และไขมันในร่างกาย ดังนั้นสามารถนำรูปแบบดังกล่าวดำเนินการในพื้นที่ที่มีบริบททางสังคมเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน โดยส่งเสริมให้นาหลักศาสนาเรื่องฮาลาลและตอยยิบ (สะอาดและมีคุณค่าทางโภชนาการ) และยึดแนวทางการบริโภคอาหารตามแบบฉบับท่านศาสดามุฮัมมัดเป็นแบบอย่างมาใช้ในการพัฒนาสาธารณสุข หรือนำมาประยุกต์ใช้ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ถือศีลอดได้มีการละหมาดตระอเวียห์ และละหมาดอื่นๆ ซึ่งเปรียบเสมือนการบริหารร่างกายโดยการยืดเหยียด และให้มีการพักผ่อนอย่างเพียงพอ เป็นการสร้างเสริมองค์ประกอบด้านร่างกายให้แต่ละกลุ่ม เน้นด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการปรับด้านอารมณ์⁽¹²⁾ เพื่อให้เกิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของชุมชน และตนเองมากยิ่งขึ้นต่อไป

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัย

1. รูปแบบการดำเนินการสุขภาพโภชนาการในช่วงเดือนรอมฎอนในพื้นที่จังหวัด

ปัตตานีเป็นปัตตานีโมเดล “CP-FATANI” โดยส่งเสริมให้นาหลักศาสนาเรื่องฮาลาลและตอยยิบ (สะอาดและมีคุณค่าทางโภชนาการ) และยึดแนวทางการบริโภคอาหารตามแบบฉบับท่านศาสดามุฮัมมัดเป็นแบบอย่าง ควบคู่กับอำนาจหน้าที่ขององค์ปกครองส่วนท้องถิ่นในการยกระดับสถานที่จำหน่ายอาหารให้ได้มาตรฐาน ซึ่งสามารถนำรูปแบบดังกล่าวนี้ไปขยายผลใช้ในพื้นที่ที่มีบริบททางสังคมเหมือนกันหรือคล้ายคลึงกัน เพื่อการพัฒนางานสาธารณสุขและหรือนำมาประยุกต์ใช้ให้เกิดความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของชุมชนและตนเองมากยิ่งขึ้นต่อไป

2. การถือศีลอด หรือการอดอาหาร และการมีพฤติกรรมบริโภคที่ดี ยึดแนวทางการบริโภคอาหารตามแบบฉบับท่านศาสดามุฮัมมัดจะช่วยให้องค์ประกอบของร่างกายด้านต่าง ๆ ดีขึ้น สามารถใช้เป็นเครื่องมือหนึ่งในการลดความเสี่ยงจากภาวะทางสุขภาพโดยเฉพาะภาวะเมตาบอลิกซินโดรม (metabolic syndrome) และโรคอ้วน ที่สามารถทำให้น้ำหนักดัชนีมวลกาย และไขมันในร่างกายได้ลดลง ส่งผลต่อสุขภาพร่างกายให้ดีขึ้น

3. การส่งเสริมพฤติกรรมบริโภคอาหารที่ดีในผู้นำศาสนาในช่วงการถือศีลอด ทำให้ผู้นำศาสนาเข้าใจถึงผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย และสามารถนำไปขยายผลและสื่อสารให้กับประชาชนในพื้นที่เข้าใจและปฏิบัติตามได้ง่ายขึ้น เพราะผู้นำศาสนาเป็นกลุ่มคนที่มีอิทธิพลต่อความคิด ความเชื่อและนำไปสู่การปฏิบัติของประชาชนในชุมชนนั้น ๆ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษาครั้งนี้ได้ศึกษาถึงพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มผู้นำศาสนาที่สูงอายุ ควรศึกษาเพิ่มเติมถึงโปรแกรมการบริโภคอาหารที่เหมาะสมกับกลุ่มวัย หรือกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ระหว่างการถือศีลอดที่จะส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการที่ดี

2. การศึกษาครั้งนี้ศึกษาในช่วงที่มีการถือศีลอดเท่านั้น ควรต้องศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและค่าองค์ประกอบของร่างกายในช่วงเดือนอื่น ๆ หลังจากการถือศีลอด

เอกสารอ้างอิง

1. Fernando HA, Zibellini J, Harris RA, Seimon RV, Sainsbury A. Effect of Ramadan Fasting on Weight and Body Composition in Healthy Non-Athlete Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*. [Internet]. 2019 [cited 18 Jan 2023]; 11(2):478. Available from: <https://doi.org/10.3390/nu11020478>
2. Correia JM, Santos I, Pezarat-Correia P, Silva AM and Mendonca GV Effects of Ramadan and Non-ramadan Intermittent Fasting on Body Composition: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front. Nutr.* [Internet]. 2021. [cited 18 Jan 2023]; 7: 625240. Available from: doi: 10.3389/fnut. 2020. 625240

3. Sandoval C, Santibañez S, Villagrán F. Effectiveness of intermittent fasting to potentiate weight loss or muscle gains in humans younger than 60 years old: a systematic review. *Int J Food Sci Nutr*. [Internet]. 2021 [cited 18 Jan 2023]; 72(6): 734-745. Available from: doi:10.1080/09637486.2020.1868412
4. สุชน เขียวขำ, สะหลัน สามะ สถานการณ์สุขภาพโภชนาการของแพลงลอยจำหน่ายอาหารเดือนรอมฎอน ในเขตเทศบาลเมืองปัตตานี [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 17 มกราคม 2566] เข้าถึงได้จาก: https://hpc12.anamai.moph.go.th/th/academic-works/download?id=14000&mid=23808&mkey=m_document&lang=th&did=441
5. นายแพทย์มุหัมมัดดาอุด อับดุลลอฮ์ การถือศีลอด ประโยชน์ของการถือศีลอดในทัศนะทางการแพทย์ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://islamhouse.muslimthaipost.com/article/1976>
6. นิรัชรา ลิลละฮ์กุล และ ปัทมา สุพรรณกุล วิถีชีวิตของชาวไทยมุสลิมจังหวัดชายแดนภาคใต้ กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 6 อ., วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 17 มกราคม 2566]; 5(2):302-312 เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/scnet/article/view/130912>
7. จารุวรรณ ไผ่ตระกูล และ นฤเนตร จุฬากาญจน ความเข้าใจทางด้านวัฒนธรรมเพื่อการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ชาวไทยมุสลิม. *Pnu Sci J* [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 17 มกราคม 2566]; 8(2): 142-5. เข้าถึงได้จาก: <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/pnujr/article/view/56216>
8. Abdelmalek S, Aloui K, Denguezli Bouzgarou M, Adam H, Souissi N and Chtourou H Exergaming During Ramadan Intermittent Fasting Improve Body Composition as Well as Physiological and Psychological Responses to Physical Exercise in Adolescents With Obesity. *Front. Nutr*. [Internet]. 2022 [cited 18 Jan 2023]; 9:851054. Available from: doi: 10.3389/fnut.2022.851054.
9. Ali, Z., Abizari, AR. Ramadan fasting alters food patterns, dietary diversity and body weight among Ghanaian adolescents. *Nutr J* [Internet]. 2018. [cited 18 Jan 2023]; 17,75 Available from: <https://doi.org/10.1186/s12937-018-0386-2>

10. Al-Jafar R, Wahyuni NS, Belhaj K, Ersi MH, Boroghani Z, Alreshidi A, Alkhalaf Z, Elliott P, Tsilidis KK and Dehghan A, The impact of Ramadan intermittent fasting on anthropometric measurements and body composition: Evidence from LORANS study and a meta-analysis. *Front. Nutr.* [Internet]. 2023 [cited 18 Jan 2023]; 10: 1082217 Available from: <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1082217>
11. Osman F, Haldar S, Henry CJ. Effects of Time-Restricted Feeding during Ramadan on Dietary Intake, Body Composition and Metabolic Outcomes. *Nutrients.* [Internet]. 2020 [cited 18 Jan 2023]; 12:2478. Available from: <https://doi.org/10.3390/nu12082478>
12. ภัทรสิริ พจมานพงศ์ แนวทางการสร้างเสริมสุขภาพโดยแบ่งตามลักษณะองค์ประกอบด้านร่างกายของผู้สูงอายุ สมาชิกศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและฟื้นฟูสุขภาพผู้สูงอายุ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 17 มกราคม 2566]; 20:73-87 เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nursingsiamjournal/article/download/198110/162414/80631>

ทัศนคติและความรู้เกี่ยวกับกัญชาในผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

ธนเมศวร์ แทนคำ¹, บัณฑิต ชุมวรฐายี², ภูชิต ตาบุญเขียว³, พนิดา พิทยกิตติวงศ์⁴, ธนพล ศรีวงษ์⁵,
 สาธิตา เรืองสิริภคกุล⁶, กัญญาภักดิ์ ศิลารักษ์⁷, วิจิตรา เสนา⁸, ขจรศักดิ์ สีวาที⁹, ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์^{10*}

(วันที่รับบทความ 20 มิถุนายน 2566, วันที่แก้ไข 17 กรกฎาคม 2566, วันที่ตอบรับ 17 กรกฎาคม 2566)

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยประมาณ 56.8 ล้านคนทั่วโลกต้องการการดูแลแบบประคับประคอง จำนวน 25.7 ล้านคนอยู่ในระยะสุดท้ายของชีวิต เป็นโรคมะเร็งสูงถึง 34% การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติและความรู้เกี่ยวกับกัญชาของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ การศึกษาแบบเฉพาะกรณี เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก กลุ่มเป้าหมายเป็นผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์แผนปัจจุบันให้รักษาแบบประคับประคอง เพศชายหรือเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการรักษาในโรงพยาบาล 6 แห่ง ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2563 - 30 มีนาคม พ.ศ. 2566 จำนวน 20 คน วิเคราะห์ข้อมูลแบบ Thematic Analysis ผลการศึกษาสรุปได้เป็น 5 ประเด็นหลัก คือ 1) ทัศนคติต่อยกย่องกัญชา เป็นประโยชน์ในการรักษาโรคมะเร็ง ถ้าไม่ได้ใช้กัญชาที่ไม่รู้จะรักษาอย่างไร เห็นด้วยให้ปลูกกัญชาไว้ใช้เอง ไม่อยากให้ยกเลิกไป 2) ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชา ใช้รักษาโรคมะเร็ง บรรเทาอาการปวด ช่วยให้นอนหลับ 3) ความรู้เกี่ยวกับการปลูกกัญชา เริ่มตั้งแต่เพาะเมล็ด วิธีทำคือใส่กระดาดขี้ขี้ 2-3 ชั้นเอาเมล็ดกัญชาโรยๆ ปิดทับด้วยกระดาดขี้ขี้อีกรอบ 1 รอบๆ น้ำ 2-3 วันก็จะงอกเหมือนถั่วงอก แล้วนำลงชำในดิน 4) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลกัญชา ใส่ปุ๋ยมูลสัตว์ต้นกัญชาจะเจริญเติบโตดี กัญชาไม่ชอบน้ำ 5) ความรู้เกี่ยวกับการเก็บเกี่ยวกัญชา เก็บกัญชาเมื่อช่อดอกแก่จัด นำไปตากในร่มห้ามตากกลางแจ้งที่แดดแรงๆ สรุปผลการศึกษาผู้ป่วยมีความรู้และเห็นว่ากัญชามีประโยชน์สำหรับผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย ผู้ป่วยมะเร็งต้องการอนุญาตให้ปลูกกัญชาต่อไปได้ ข้อเสนอแนะให้พิจารณาอย่างถี่ถ้วน ถ้านำกัญชาเข้าไปเป็นยาเสพติด เพราะจะมีผู้ป่วยที่เข้าไม่ถึงการรักษาด้วยกัญชา คุณภาพชีวิตและความหวังที่จะมีชีวิตรอดเพราะกัญชาจะลดลง

คำสำคัญ: ทัศนคติเกี่ยวกับกัญชา, ความรู้เกี่ยวกับกัญชา, กัญชา, ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

¹สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัวและอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
²รองศาสตราจารย์ นายแพทย์, สาขาวิชาสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
³นายแพทย์ชำนาญการ, โรงพยาบาลหนองหาน ⁴นายแพทย์ชำนาญการ, โรงพยาบาลพล ⁵นายแพทย์ปฏิบัติการ, โรงพยาบาลสิรินธร ⁶นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลยางสีสุราช ⁷นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ, โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร ⁸รองศาสตราจารย์, คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ⁹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลดอนจาน ¹⁰รองศาสตราจารย์ นายแพทย์, สาขาวิชาเวชศาสตร์ชุมชน เวชศาสตร์ครอบครัว และอาชีวเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น Corresponding Author: ปัตพงษ์ เกษสมบูรณ์, e-mail: pattapng@kku.ac.th

Attitudes and Knowledge of Patients with Palliative Cancer towards Cannabis

Thanamet Thaenkham¹, Bandit Chumworathayi², Poochit Dabpookhiew³, Panida Pittayakittiwong⁴,
Thanapon Srivong⁵, Sathita Ruengsiriphakakul⁶, Kanyapak Silarak⁷, Wijitra Sena⁸,
Khachornsak Seevathee⁹, Pattapong Kessomboon^{10*}

(Received 20th June 2023, Revised 17th July 2023, Accepted 17th July 2023)

Abstract

WHO estimated that 56.8 million persons require palliative care, including 25.7 million in their final year of life. This study aimed to study the attitudes and knowledge of patients with palliative cancer towards medical cannabis. The study design was qualitative research. The data were collected using in-depth interviews. The target group is cancer patients diagnosed by modern medicine for palliative treatment, Male or female, aged 18 years and over, admitted to 6 hospitals, from January 1, 2020 – March 30, 2023, number 20 people. The data were analyzed by thematic analysis. The results came out in 5 issues: 1) Attitudes towards cannabis policy included usefulness of cannabis in cancer treatment, cannabis as the only choice of treatment, right to grow cannabis, disagreement with re-criminalization of cannabis 2) knowledge towards the benefits of cannabis included cancer treatment, relief the pain, help sleep. 3) Knowledge towards cannabis cultivation included method of planting seeds: put 2-3 layers of tissue paper and sprinkle the cannabis seeds; cover with tissue paper again, and sprinkle with water for 2-3 days; it will sprout like bean sprouts and be planted in the soil 4) Knowledge towards care of cannabis plant: applying manure, cannabis plants will grow well, cannabis plants do not like too much water. 5) Knowledge about cannabis harvesting: collect cannabis when the inflorescences are mature, bring them to dry in the shade, and do not dry them outdoors in the intense sun because it will reduce the drug's effect. Conclusions: patients with palliative cancer valued the benefits of cannabis, cancer patients want permission to continue growing cannabis. Suggestion: To consider carefully, if cannabis is reintroduced as a drug, there will be patients who do not have access to cannabis treatment. Quality of life and hope for survival because of cannabis will be diminished.

Keyword: Attitude about cannabis, knowledge about cannabis, cannabis, patients with palliative cancer

¹Department of Community, Family and Occupational Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University ²Associate Professor Dr., Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, Khon Kaen University ³Medical professional, Nong Han Hospital ⁴Medical Professional, Phon Hospital ⁵General practitioner, Sirindhorn Hospital ⁶Medical Professional, Yang Si Surat Hospital ⁷Medical Professional, Phra Ajarn Fan Acharo Hospital ⁸Associate Professor, Faculty of Nursing, Khon Kaen University ⁹Registered Professional Nurse, Don Chan Hospital ¹⁰Associate Professor Dr., Department of Community, Family and Occupational Medicine, Faculty of Medicine, Khon Kaen University Corresponding Author: Pattapong Kessomboon, e-mail: pattapng@kku.ac.th

บทนำ

ผู้ป่วยมะเร็งเมื่อเข้าสู่ระยะประคับประคองมีความท้าทายกับความเจ็บป่วยที่คุกคามชีวิตอย่างร้ายแรง ปัจจุบันประชากรทั่วโลกประมาณ 56.8 ล้านคน ต้องการการดูแลแบบประคับประคอง โดย 25.7 ล้านคนเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย และป่วยด้วยโรคมะเร็งสูงถึง 34% แต่มีเพียง 14% เท่านั้นที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง⁽¹⁾ ความต้องการจะเพิ่มอย่างต่อเนื่องเป็นผลมาจากประชากรสูงอายุมากขึ้นและความรุนแรงของโรคในประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นมะเร็งรายใหม่ ปีละ 1.9 แสนคน⁽²⁾ เมื่อระยะเวลาผ่านไปผู้ป่วยมะเร็งทุกรายมีโอกาสที่การดำเนินของโรคเข้าสู่ระยะสุดท้ายได้ ร้อยละ 80% ความเจ็บปวดและหายใจลำบากเป็นอาการที่พบบ่อยและร้ายแรงที่สุดที่ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองต้องเจอ⁽¹⁾

การดูแลแบบประคับประคองได้รับการยอมรับอย่างชัดเจนภายใต้สิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพ ควรจัดให้มีบริการด้านสุขภาพที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลางและบูรณาการ ซึ่งให้ความสนใจเป็นพิเศษกับความต้องการและความพึงพอใจเฉพาะของแต่ละบุคคล⁽¹⁾ เมื่อปี 2563⁽³⁾ คณะกรรมการควบคุมยาเสพติดให้โทษปลดล็อกส่วนของกัญชาให้ใช้ประโยชน์ได้โดยไม่จัดเป็นยาเสพติด จากการศึกษาผู้ป่วยมะเร็งหลังการใช้กัญชาพบว่าอาการไม่สุขสบาย มีความแตกต่างจากก่อนใช้กัญชาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาการคลื่นไส้อาเจียน อาการเบื่ออาหารและอาการเหนื่อยเพลีย⁽⁴⁾ คุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกันกับมีค่าเฉลี่ยของภาวะปวดลดลง

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁵⁾ ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยมะเร็งได้แก่ อาการปวด อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย อาการคลื่นไส้ อาการซึมเศร้า อาการวิตกกังวล อาการง่วงซึม/สับสนสับสน เบื่ออาหาร สบายทั้งกายและใจ อาการเหนื่อย หอบ ลดลงและคะแนนอรรถประโยชน์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติหลังใช้น้ำมันกัญชา 3 เดือน⁽⁶⁾

ปัจจุบันความไม่ชัดเจนของกฎหมายเกี่ยวกับกัญชาส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง เนื่องจากผู้ป่วยส่วนหนึ่งปลูกกัญชาใช้รักษาตนเอง ถ้ามีการพิจารณาให้กัญชากลับไปเป็นยาเสพติดอีกครั้ง จะทำให้ผู้ป่วยมะเร็งกลุ่มนี้เข้าถึงการรักษาได้ยากมากขึ้น หากหวังพึ่งกัญชาในหน่วยบริการเพียงอย่างเดียวมีข้อจำกัดหลายประการเพราะมีคลินิกกัญชาเพียงบางโรงพยาบาลและเปิดบริการเพียงบางวันเท่านั้น บุคลากรการแพทย์ส่วนหนึ่งยังไม่ยอมรับกัญชา ผู้ป่วยมะเร็งไม่ได้มีความพร้อมในการเข้าสูการรักษาในโรงพยาบาลได้ทุกคน การดูแลระยะประคับประคองตามความสมัครใจของผู้ป่วยเป็นสิ่งที่สำคัญที่สุด งานวิจัยของธเนศวรผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองเล่าว่า “ไม่มีความต้องการใดๆ นอกจากให้ตัวเองมีชีวิตรอด และไม่ตายแบบทุกข์ทรมาน”⁽⁷⁾ ดังนั้นจึงได้ศึกษาทัศนคติและความรู้เกี่ยวกับกัญชาของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง ผลการวิจัยจะเป็นข้อมูลเชิงประจักษ์เพิ่มเติมให้กับรัฐบาลที่เกี่ยวข้องในการพิจารณาออกกฎหมายเกี่ยวกับกัญชา รวมถึงบุคลากรการแพทย์ที่ส่งจ่ายกัญชาในการรักษาโรค ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับ

ประกอบสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยกัญชาได้มากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาทัศนคติและความรู้เกี่ยวกับกัญชาของผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ วิธีการวิจัยที่นำมาใช้ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้คือการศึกษานิติกรณี (Case Study) เก็บข้อมูลโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews)

สถานที่ทำวิจัย โรงพยาบาลศรีนครินทร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม โรงพยาบาลพระอาจารย์ฝั้น อาจาโร จังหวัดสกลนคร โรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี โรงพยาบาลสิรินธร และโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น

ผู้ให้ข้อมูล เป็นเพศชายหรือเพศหญิง อายุ 18 ปีขึ้นไป เลือกแบบเจาะจงจากผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคอง หนึ่งคนของร่างกาย ระยะประคับประคอง ใช้กัญชาทุกรูปแบบ สัมภาษณ์จนกว่าจะได้ข้อมูลอิ่มตัว จำนวน 20 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลเข้าร่วมโครงการ 1) เพศชายหรือเพศหญิง 2) อายุ 18 ปีขึ้นไป 3) เป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคอง หนึ่งทั่วร่างกาย ระยะประคับประคอง 4) ใช้กัญชาทุกรูปแบบเพื่อการรักษาโรคมะเร็ง 5) สัญชาติไทย 6) สามารถสื่อสารได้อย่างดี มีสติสัมปชัญญะ 7) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลออกจากโครงการ 1) ผู้ป่วยอัมพฤกษ์ อัมพาตช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ 2) ได้รับการรักษาด้วยวิธีอื่นๆ ที่นอกจากกัญชาหรือมอร์ฟิน ในระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัย เช่น เคมีบำบัด ฉายแสง ยามุ่งเป้า ผ่าตัด เป็นต้น

เกณฑ์การให้เลิกจากการศึกษา 1) อาสาสมัครขอยุติการสัมภาษณ์ในขณะที่กระบวนการยังไม่เสร็จสิ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ พัฒนาขึ้นตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย 1) ท่านมีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของการนำกัญชาไปใช้ทำอะไรได้บ้าง ลักษณะอย่างไร 2) ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับนโยบายกัญชาถูกกฎหมาย ให้สามารถปลูกได้ทุกครัวเรือน ครัวเรือนละไม่เกิน 6 ต้น และจะมีประโยชน์อย่างไร 3) ท่านมีความรู้เกี่ยวกับการปลูก การดูแล การเก็บเกี่ยวกัญชาหรือไม่ อย่างไร

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล 1) ผู้สัมภาษณ์อธิบายโครงการวิจัย ข้อมูลที่ต้องการจากผู้ให้ข้อมูล หลังจากนั้นจะให้ผู้ให้ข้อมูลอ่านเอกสารขอความยินยอมเพื่อเข้าร่วมวิจัย โดยละเอียด การเก็บข้อมูลหลังจากได้รับความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรแล้ว 2) การเก็บข้อมูลใช้การสัมภาษณ์แบบตัวต่อตัว หรือทางโทรศัพท์มือถือ

การเข้าถึงอาสาสมัคร กรณีมาติดตามการรักษาที่โรงพยาบาล หลังจากผู้ให้ข้อมูลเข้าพบและได้รับการรักษาจากแพทย์แล้ว ขอให้แพทย์หรือพยาบาลแจ้งขออนุญาตให้ผู้วิจัย

เข้าพบเพื่อชี้แจงโครงการและขอคำยินยอม กรณีผู้ให้ข้อมูลไม่มาติดตามการรักษาจะใช้วิธี ส่งคำชี้แจงทางไปรษณีย์ไปตามที่อยู่ เพื่อชี้แจง โครงการและขอคำยินยอม หากผู้ให้ข้อมูล ยินยอมก็ให้ส่งคืนแบบยินยอมทางไปรษณีย์ เมื่อได้รับความยินยอมที่มวิจัยจึงจะดำเนินการ ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ แบบ thematic analysis โดยถอดเทปสัมภาษณ์ และอ่านข้อมูลอย่างละเอียด หาข้อความ ที่มีความหมายสอดคล้องกับความหมายหลัก เจาะจงเฉพาะข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับ ความหมาย หัวข้องานวิจัย นำข้อมูลทั้งหมด ที่ได้มาจัดกลุ่ม กำหนดให้เป็นหมวดหมู่ใช้วิธี การสรุปและตีความจากข้อมูลที่มีความเหมือน หรือคล้ายกันของผู้ให้ข้อมูล

จริยธรรมการวิจัย ได้รับอนุมัติจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE651077 และโรงพยาบาลสิรินธร จังหวัด ขอนแก่น หนังสือเลขที่ ขก 0033.202.11/48

ผลการศึกษา

สัมภาษณ์ผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับ ประครองจำนวน 20 คน อายุระหว่าง 27-74 ปี อายุเฉลี่ย 59.55 ปี ระยะเวลาที่เริ่มป่วยเป็น โรคมะเร็งตั้งแต่ 8 เดือน - 9 ปี ระยะเวลาป่วย เฉลี่ย 2.31 ปี จากการสัมภาษณ์ได้ข้อมูลประเด็น หลักมี 5 ประเด็นคือ 1) ทศนคติเกี่ยวกับนโยบาย กัญชา 2) ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชา 3) ความรู้เกี่ยวกับการปลูกกัญชา 4) ความรู้เกี่ยว กับ การดูแลรักษา และ 5) ความรู้เกี่ยวกับการ เก็บเกี่ยวกัญชา

1) ทศนคติเกี่ยวกับนโยบายกัญชา

ผู้ป่วยมะเร็งมีทัศนคติเกี่ยวกับนโยบายกัญชา ได้แก่ 1) สนับสนุนให้ใช้ทางการแพทย์ 2) เป็นประโยชน์ในการรักษาโรคมะเร็ง 3) เป็น ประโยชน์กับผู้ป่วยที่ไม่มีทางเลือก 4) เป็น ประโยชน์เรื่องเศรษฐกิจ เป็นต้น (รูปภาพที่1) รายละเอียดดังข้อความต่อไปนี้

“กิติที่ให้ปลูกได้ จะเป็นประโยชน์ใน การรักษาโรคมะเร็ง” (ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมระยะ ประคับประครอง สัมภาษณ์ 15 ก.ย. 2565)

“นโยบายข้อนี้เป็นประโยชน์สำหรับ ผู้ป่วยที่ไม่มีทางเลือกครับ มีทางเลือกก็น้อยมาก เวลาที่จะไปหาหมอที่ขอนแก่น โย้ยต้องจ้างเขาไป พ้นกว่าบาทนะครับไปกลับอะ แล้วทั้งวันเลยเขา ก็ไม่ยากไปด้วยไปรอทั้งวันเลย คนที่ไม่เป็นโรค ไปอาจะจะไปติดโรคอื่นมาก็ได้ มันเยอะมากครับ คนที่รักษาอะ คนป่วยมันลำบากมากครับสำหรับ คนที่ต้องการไปหาหมอต่างถิ่นขอนแก่นแบบนี้ การใช้ชีวิตลำบาก” (ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ สัมภาษณ์ 27 ธ.ค. 2565)

“เห็นด้วยกับนโยบาย จะดีต่อผู้สูงอายุ ที่เป็นเบาหวาน ความดัน แต่ก็ต้องมีข้อควบคุม ด้วยไม่ได้ปล่อยปะละเลย เขาให้ปลูกก็ที่ดี” (ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำเหลือง สัมภาษณ์ 29 ก.ย. 2565)

“(เอ่อผม) ถ้าพูดถึงเรื่องของความเจ็บ ป่วยเนี่ยนะ เรื่องสำหรับทำประกอบอาหาร การดูแลตนเอง หรือคนในครอบครัวเนี่ยผมก็ ว่ามันใช้ได้ ผมก็ว่ามันดีอยู่ นอกจากจะใช้ใน การดูแลรักษา ถ้าสามารถขายได้ใช้ไหมหละ ก็ เป็นส่วนในการทำให้เขามีรายได้จากต้นกัญชา

ต้นเดียวเนี่ยก็จะได้ทั้งประโยชน์ในการดูแลรักษา ประโยชน์ทั้งในเรื่องเศรษฐกิจ นะครับ” (ผู้ป่วย มะเร็งปอด สัมภาษณ์ 24 ต.ค. 2565)

“ผมว่าก็ดีนะ ถ้าเราปลูกแล้วมีกฎหมาย มารองรับ อยากให้เจ้าหน้าที่เข้ามาให้ความเข้าใจ ถ้าเขาให้ปลูกจะมีประโยชน์หลายอย่างเลยครับ หนึ่งในเด็กเราถ้ามันหันมาสูบบุหรี่ ไอ้พวกที่ ติดยาบ้านะ ผมว่าต่อไปการลักเล็กขโมยน้อยก็ อาจจะอาจจะลดลงก็ได้ เพราะว่าถ้าเมากัญชา มันไม่กล้าหрок ถ้าเมากัญชาจริงๆ นะ นอกจาก มันจะเมาตัวยาลหลายตัวไข้ใหม่หละ มันถึงจะ หลอน ทำให้ประสาทหลอน แต่ตัวกัญชาจริงๆ ตามที่ผมหยดมาเนี่ย ผมหยดถึง 7 หยด 8 หยดเนี่ย มันเมาจริงๆ เมาหนักด้วย เดินไม่ได้หрок จะไป ทำอะไรใครไม่ได้หрок ถ้าเมามากๆ อะเรียบร้อย เลย ผมว่าดีที่อยู่” (ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ สัมภาษณ์ 10 ม.ค. 2566)

“ถ้ามันช่วยในเรื่องเป็นยาสมุนไพร ที่ว่า ช่วยเป็นยาที่ช่วยภูมิคุ้มกัน อะไรหลายๆ อย่าง มันก็ดีครับ และก็สนับสนุนนะครับ เอามาสกัด ทำเป็นน้ำมัน หรือว่าไปรักษานุ่นนี้นั้นครับ เป็น ยาสมุนไพรพุท้ง่ายๆ ครับ ก็ดีครับ สำหรับ คนป่วย คนอะไรอย่างงี้ครับ แต่ถ้าเราทำไม่ถูก วิธีคือการที่เราเอากัญชาที่ถูกกฎหมายไปสูบ ไปทำเป็นยาเสพติด มันก็ไม่ดีต่อต่ออะไรหลายๆ อย่างครับ พุท้ง่ายๆ” (ผู้ป่วยมะเร็งปอด สัมภาษณ์ 3 ม.ค. 2566)

“มันก็มีทั้งข้อดี ข้อเสียเนาะ ข้อดีหนิ อันที่เราใช้มาหนิ คือข้อดีนะ ข้อดีก็แม่ว่ามันใช้ รักษาโรคได้ ถ้าเราใช้ในปริมาณที่น้อย ในแต่ละ ครอบครัวยกถ้าใช้เป็นนะ เราต้องอบรมให้ความรู้

ถ้าจะเปิดเสรีจริงๆ เราต้องอบรมให้ความรู้ ชาวบ้านเขาว่ามันใช้ยังงี้มีประโยชน์ ไข้ใหม่ ไม่ใช่ใช้เป็นยาเสพติด แต่ว่าพวกที่มันกินกัญชา ไม่เห็นมันตายนะ เอาจริงๆ บ้านแม่เนี่ยเค้าเสพ กัญชาไม่เห็นมันตาย มีแต่มันอ้วน กินข้าวได้ (หัวเราะ ฮ่าๆ)” (ผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูก สัมภาษณ์ 24 ม.ค. 2566)

“เห็นด้วยครับ ที่ให้ชาวบ้านปลูกกัญชา ไว้ใช้เองได้ เพราะว่าคนป่วยมะเร็งอย่างผมหนิ จะได้ใช้กัญชารักษาตัวเองได้โดยที่ไม่ต้องกังวล อะไรเป็นทางเลือกที่ดีมากๆ นะครับ เท่าที่ผมใช้มา ผมก็ว่ามันดี ถ้าไม่ได้ใช้กัญชาที่ไม่รู้ว่าจะรักษา ยังงี้” (ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร สัมภาษณ์ 30 ก.ย. 2565)

“ผมก็อยากสนับสนุนเอาไว้หละครับ ไม่อยากให้ยกเลิกไป” (ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะ ปัสสาวะ สัมภาษณ์ 10 ม.ค. 2566)

2) ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของ กัญชา ผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ ของกัญชา ได้แก่ 1) ช่วยให้รับประทานอาหาร ได้ 2) รักษาโรคมะเร็ง 3) รักษาอาการปวด 4) ช่วยในการนอนหลับ 5) รักษาจิตพะวง เป็นต้น (รูปภาพที่1) รายละเอียดดังข้อความต่อไปนี้

“ใช้ในการรักษาโรคมะเร็ง รักษาอาการ ปวด และกัญชาช่วยในการนอนหลับ โดยนำไป สดไปต้มน้ำร้อนดื่ม ไม่ได้ต้มครั้งละใบสองใบ นะคะ บางทีก็สามใบหรือห้าใบก็แล้วแต่ความ ต้องการอยากใช้” (ผู้ป่วยมะเร็งเต้านม สัมภาษณ์ 15 ก.ย. 2565)

“เอ่อ ผมก็รู้ยู่่ว่าหนึ่งรักษาโรคที่ เกี่ยวข้องนี้แหละนะ โดยเฉพาะที่เล่าลือเล่าอ้าง

กันมากี่เกี่ยวกับโรคมะเร็งนี้แหละนะเป็นหลัก สองก็เกี่ยวกับพวกที่เป็นเกี่ยวกับจิตพะวง นอนไม่ค่อยหลับ แล้วก็พวกที่กินข้าวอะไรไม่ค่อยได้อะนะ ผมก็ทราบเท่าที่ปฏิบัติในปัจจุบันอยู่ละครับ” (ผู้ป่วยมะเร็งปอด สัมภาษณ์ 24 ต.ค. 2565)

“ได้ยินแต่ลูกหลานเขาวานันหฺล่เอาล่ำตันมัน เอาใบสด เอาใบแห้ง หรือหฺวนกเค้าที่เขาเอิ้นกัน มาต้มๆ ใส่กัน รักษาโรคมะเร็งแล้วกะล่อให้เฮากินข้าวกินปลาดีดี บ่ทันได้เปื้ออาหารจึกเทื่อแต่เป็นมาหฺนิ” (ผู้ป่วยมะเร็งลำไส้ตรง สัมภาษณ์ 7 ธ.ค. 2565)

“เขาบอกว่าจะช่วยในเรื่องบรรเทาอาการปวดด้วยอะไรอย่างจึ้ครับ นอนหลับพักผ่อนดี และจะช่วยในการบรรเทาโรคร้ายด้วยอะครับ โรคมะเร็งอะครับพูดง่าย ๆ และก็เข้าไปปรับสมดุลในร่างกายของเราให้ดีขึ้นครับ” (ผู้ป่วยมะเร็งปอด สัมภาษณ์ 3 ม.ค. 2566)

“ช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวด ป่วยการอยากอาหาร และช่วยในเรื่องการนอนหลับใช้เป็นรูปแบบน้ำมันหยดใต้ลิ้นคะ” (ผู้ป่วยมะเร็งไทรอยด์ สัมภาษณ์ 21 ก.พ. 2566)

“ก็เห็นอยู่ในคลิปนะ ก็มีพวกหลายโรคนะ เห็นหมอเดชาบ้าง พุดบ้าง หลายหมอยู่เห็นพุดอยู่ว่า อย่างหมอเดชาแกก็เป็นอัลไซเมอร์นะ แกก็หยดตั้ง 11 หยดอะ เฉพาะตัวของแกเองตามคู่มือคนไข้ คนที่ผลึกกัญชา สูตรของแกนะ” (ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ สัมภาษณ์ 10 ม.ค. 2566)

“ไม่รู้จึกมาก่อน ใช้ตามบุคคลากรทางการแพทย์บอก คิดว่าเอาไปใช้ในการรักษาโรคเบาหวาน และโรคความดันได้ รูปแบบยาที่

เอาไปใช้ได้คือน้ำมันกัญชา” (ผู้ป่วยมะเร็งต่อมไทรอยด์ระยะประคับประคอง สัมภาษณ์ 29 ก.ย. 2565)

3) ความรู้เกี่ยวกับการปลูกกัญชา
ผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้เกี่ยวกับการปลูกกัญชา ได้แก่ 1) การเพาะเมล็ดใส่กระดาดหิซซู 2-3 ชั้น เอาเมล็ดกัญชาโรยๆ ปิดทับด้วยกระดาดหิซซูอีกรอบ พรอมๆ น้ำ 2-3 วันก็จะงอกเหมือนถั่วงอก 2) ปลูกลงในดิน เป็นต้น (รูปภาพที่1) รายละเอียดตั้งข้อความในข้อที่ 5)

4) ความรู้เกี่ยวกับการดูแลกัญชา
ผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลกัญชา ได้แก่ 1) ใส่ปุ๋ยขี้ไก่ทำให้ต้นกัญชาโตเร็วสวยงาม 2) ใส่ปุ๋ยเคมีทำให้ต้นกัญชาตาย 3) ใส่ปุ๋ยขี้วัว ขี้ควาย มูลสัตว์ได้ 4) รดน้ำวันเว้นวันหรือสองวัน เป็นต้น (รูปภาพที่1) รายละเอียดตั้งข้อความในข้อที่ 5)

5) ความรู้เกี่ยวกับการเก็บเกี่ยวกัญชา
ผู้ป่วยมะเร็งมีความรู้เกี่ยวกับการเก็บเกี่ยวกัญชา ได้แก่ 1) เก็บตอนเป็นหัวกลมๆ 2) เก็บแล้วให้ตากในที่ร่ม โดนแดดจัดไม่ได้ สารในกัญชาหรือฤทธิ์ของยาจะอ่อนลง เป็นต้น (รูปภาพที่1) รายละเอียดตั้งข้อความต่อไปนี้

“เริ่มกล้าแล้วบัดนี้แต่ว่าฝนมันหล่นหลาย มันมันปลูกบ่ได้ จังว่าได้อามากกล้าอีกปลูกหนิแบบที่ว่าผู้ลั่นคนเขากะว่าอันใส่กระดาดหิซซุนั้น สองชั้นสามชั้น แล้วกะเอาเมล็ดมันไฮๆ แล้วกะปกหน้า แล้วกะรดน้ำ สองมือสามมือมันกะงอกแบบถั่วงอกนั้นหนา เอ็ดอันงุน้อยมาขยายออก ลังเทียมลูกเงินกะเอาดินบ้านเฮาปลูกหละครับ ลังเทียกะชื้อน้ำเขาหนะแบบดิน

เขาหนะมาใส่ปลูก เอาลงดิน ผู้เขาบอกว่าผู้ลูก บอกเขาจะว่าให้มันได้จักกก้าน 7 ก้าน นี่กะ 4 5 ก้านมันน้อยเกิน ปังใบได้ 6 7 ใบกะปลูกได้ครับ” (ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี สัมภาษณ์ 30 ก.ย. 2565)

“ปลูกกล้วย 7 ต้น แต่ว่าเอาหยังใส่กะบ่ ดี เอาฝุ่นซีไ้ใส่หนึ่บโลด มันงาม เพาะเม็ดเอง ครับ กะเอาฟองน้ำเอาหนึ่บห่อ แล้วกะรดน้ำไว้ ได้ 3 มือ ไปเบ้งมันแตก หัวมันสีแตกเพาะเพาะ ออกมาจักหน้อยหนะ แล้วกะเอาดินใส่ถุงแล้ว กะเอาไปยัดไว้ เอาไปเหน็บไว้เลย เอ้ากะว่ามัน ฮอดจักกายฝ่ามือนี้หละ แล้วกะเอาไปลงดิน ธรรมดาบ้านเฮานี้หละ แล้วกะรดน้ำมันมือละ เทื่อ แต่ว่ายามฝนหนึ่ปลูกบ่ดี มันอันเป็นอ่อนแอ ถึกฝนแห้งมันกะตาย ให้ปลูกยามบ่มีฝนยามนี้ ปลูกได้ตลอด หวังหั้นกะปลูกไว้มันตายเหมิด หวังฝนพายุมาตุ้ๆ นั้น” (ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำ เหลือง สัมภาษณ์ 7 ต.ค. 2565)

“เพื่อนเอามาให้ 4 กระถาง ก็อยู่เนี้ยแหละ มันก็แนะนำว่าถ้าจะให้ปุ๋ยอย่าไปใส่ปุ๋ย อย่างอื่นให้ใส่เป็นปุ๋ยซีไ้ก่ออย่างเดียว และก็กล้วย มันไม่ชอบน้ำแต่มันก็ไม่ชอบให้ขาดน้ำเหมือนกัน ก็คือเวลาให้น้ำอย่าให้แฉะให้หะไร ให้รดน้ำ วันเว้นวัน บางทีก็วันเว้นสอง ตอนนี้ต้นมัน สูงประมาณ เมตรห้าสิบ เมตรหกสิบนี้หละ (ที่ๆ)” (ผู้ป่วยมะเร็งปอด สัมภาษณ์ 24 ต.ค. 2565)

“ตอนนี้มีอยู่ต้นสองต้นนะ ปลูกใส่ กระถางเฉยๆ นี่หละครับ เพื่อนมันเอามาให้ เป็นต้นมาแล้ว เขาเพาะมาแล้ว เขาก็เอามาให้ เอามาไว้บ้านเราก็หาปุ๋ยธรรมชาติเรามาใส่เข้าไป แล้วก็รดน้ำแค่นั้นแหละ ใส่ปุ๋ยคอก ชีวชีควาย

ซีไ้ไก่ มูลสัตว์นี้หละ รดน้ำสองวันค่อยรดก็ได้” (ผู้ป่วยมะเร็งกระเพาะปัสสาวะ สัมภาษณ์ 10 ม.ค. 2566)

“ปลูกในดินเลย ไม่ต้องใส่ในกระถาง เพราะมันจะโตยาก ปลูกไว้บริเวณที่ดินชุ่มๆ น้ำ หน้อย รดน้ำบ้างบางครั้ง ปล่อยไว้แบบนี้ให้มัน โตเองตามธรรมชาติ” (ผู้ป่วยมะเร็งหลอดอาหาร สัมภาษณ์ 30 ก.ย. 2565)

“เก็บหนึ่เฮากะชอบเบ้งว่ามันเป็นหัว แก่บ่ ถ้ามันบ่แก่มันกะลืบได้ผลดีปานใด ถ้ามันแก่ มันกะได้ผล ยามนั้นตอนเก็บหนึ่เขาบ่ให้ตากแดด ตากหยังเด้อเอาเข้าห่มไว้เลย เพราะว่าถึกแดดบ่ได้ เตื่อตอนเก็บแล้ว เขาวว่ามันลืบหะไอ้เชื้อหะหยังของ ยานะ มันลืบแสงจังชีหนา เว่ง่ายๆ บ้านนอก เฮา” (ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดี สัมภาษณ์ 30 ก.ย. 2565)

“ยามลืเก็บเบ้งใบมันลืเป็นหัวๆ แล้ว กะจับเบ้งหนึ่เหนียวตั้งโลด เป็นเหนียวๆ ติดมือ แล้วเก็บอันนั้นมาแล้วกะมาตากไว้ ตากไว้ในห่ม นั้นหละ บ่ได้ตากแดดไว้ ตากไว้ในห่ม มันแห้ง แล้วกะเก็บใส่ในถุงไว้ ยามเก็บกะเก็บเอาแต่ ชุมมันเป็นหัวนั้นหละครับ ชุมใบชุมต้นมันกะบ่ เก็บเอา” (ผู้ป่วยมะเร็งต่อมน้ำ เหลือง สัมภาษณ์ 7 ต.ค. 2565)

อภิปรายผล

จากการศึกษาในครั้งนี้ผู้ป่วยมะเร็ง ต้องการปลูกกล้วยาเพื่อใช้ในการรักษาตนเอง หากไม่ใช้กล้วยาในการรักษาก็ไม่รู้จะรักษา อย่างไร สำหรับผู้ป่วยที่มีรายได้ไม่เพียงพอกับการดำรงชีพ การเข้าถึงกล้วยาในโรงพยาบาล มีความยุ่งยาก มีค่ายาที่ต้องจ่ายเพราะไม่ได้

รับการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข ไม่อยากให้นำกัญชากลับไปเป็นยาเสพติดอีก กัญชาสามารถรักษาโรคมะเร็งได้ บรรเทาความเจ็บปวดได้ ทำให้อนอนหลับ รับประทานอาหารได้ มีสุขภาพดี อยากใช้กัญชาต่อเพื่อไม่ให้ตัวเองทุกข์ทรมาน อยู่แบบไม่เจ็บไม่ปวด อยู่แบบไม่กังวล ก็มีความพอใจแล้ว⁽⁷⁾ อย่างไรก็ตามกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งบางส่วนไม่มีความรู้เรื่องกัญชา ใช้ตามคำแนะนำของบุคลากรการแพทย์หรือคำบอกเล่า ไม่มีความรู้เกี่ยวกับ การปลูก การดูแล การเก็บเกี่ยวกัญชา และยังมีความสับสนกับวิธีการใช้ กฎหมาย เป็นต้น การทบทวนวรรณกรรมได้เรียบเรียงผลการวิจัยที่สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ไว้ดังข้อความต่อไปนี้

ทัศนคติเกี่ยวกับนโยบายกัญชามีความสอดคล้องกับงานวิจัยของปริดาภรณ์พบว่า จากข้อคำถาม 1) การอนุญาตให้สามารถปลูกกัญชาได้เป็นประโยชน์ทางการแพทย์ เห็นด้วยอย่างยิ่ง (25.30%) เห็นด้วย (44.30%)⁽⁸⁾ 2) จะไม่ให้มีการนำกัญชามาใช้นอกเหนือจากการใช้เพื่อการรักษา ไม่เห็นด้วย (45.39%) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (34.50%)⁽⁸⁾ 3) การให้สิทธิปลูกกัญชากับประชาชนจะส่งผลให้กัญชาที่ใช้ไม่ได้คุณภาพและเกิดความไม่ปลอดภัย (33%) ไม่เห็นด้วย (32%) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง⁽⁸⁾ 4) ควรนำกัญชาออกจากบัญชียาเสพติดเพื่อให้สามารถใช้ได้อย่างเสรี (14%) เห็นด้วยอย่างยิ่ง (31%) เห็นด้วย⁽⁸⁾ 5) กัญชาควรมีการวิจัยให้มากกว่านี้ก่อนนำออกมาใช้ในการรักษาจริง (39.70%) ไม่เห็นด้วย (47.30%) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง⁽⁸⁾ 6) ไม่ควรให้สิทธิในการเบิกจ่ายตรงหรือรักษาฟรีในยาที่มีส่วนประกอบของกัญชา

เนื่องจากกัญชามีราคาสูงและเป็นพืชที่หาได้ยาก (30.80%) ไม่เห็นด้วย (21.20%) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง⁽⁸⁾ 7) หากไม่มีการควบคุมปริมาณการจ่ายกัญชาสำหรับผู้ป่วยจะทำให้มีการนำกัญชาไปขายต่อ (38.50%) ไม่เห็นด้วย (38.20%) ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง⁽⁸⁾ ประชาชนมีทัศนคติที่ดีมากที่สุดคือกัญชาทางการแพทย์มีประโยชน์ทางการแพทย์ รองลงมาคือกัญชาทางการแพทย์มีสรรพคุณทางยาในการรักษาโรค⁽¹⁵⁾

ความรู้เกี่ยวกับประโยชน์ของกัญชาสอดคล้องกับการวิจัยพบว่าจากข้อคำถาม 1) กัญชาสามารถรักษาโรคได้ (29.70%) เห็นด้วยอย่างยิ่ง (38.50%) เห็นด้วย⁽⁸⁾ ยับยั้งการเจริญเติบโตหรือเป็นพิษต่อเซลล์มะเร็งเฉพาะเลี้ยงได้มากที่สุดในมะเร็งเต้านมคือสายพันธุ์ HCC 1937 มะเร็งปอดคือสายพันธุ์ NCI-H2170⁽¹³⁾ ผู้ป่วยมะเร็งใช้กัญชาสูตร Tetrahydrocannabinol (THC) 1.7% มีค่าเฉลี่ยคะแนนความปวดลดลงจากครั้งแรกเท่ากับ 2.91 ± 3.06 เป็น 0.60 ± 1.34 ⁽¹⁴⁾ THC 1.7% สามารถบรรเทาอาการปวดเบื่ออาหาร นอนไม่หลับ วิตกกังวลดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญตั้งแต่การติดตามผลครั้งที่ 1 มีแนวโน้มเพิ่มคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยมะเร็งอย่างมีนัยสำคัญ ค่ามัธยฐานของคะแนนอรรถประโยชน์ของแบบสอบถาม EQ-5D-5L แรกรับเท่ากับ 0.77 เพิ่มขึ้นเป็น 0.93⁽¹⁶⁾ ผู้ป่วยมะเร็งเต้านมมีอาการปวด ใช้กัญชาสูตร THC:CBD 1:1 หยดใต้ลิ้นครั้งละ 1 หยดก่อนนอนในเวลา 1 สัปดาห์ คะแนนความปวดจาก 7/10 ลดลงเหลือ 3/10⁽¹⁷⁾ ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีมีอาการปวด ใช้กัญชาสูตร THC:CBD 1:1 หยดใต้ลิ้นครั้งละ 2 หยดก่อนนอน ในเวลา 3 วัน คะแนนความ

ปวดจาก 8/10 ลดลงเหลือ 3/10⁽¹⁶⁾ คำบอกเล่าของคนไข้“การใช้น้ำมันกัญชารักษาอาการของเจ็บปวดได้”⁽¹²⁾ แม้จะมีคลินิกกัญชาทางแพทย์ในโรงพยาบาลแต่ผู้ให้ข้อมูลสำคัญส่วนใหญ่ยังเลือกใช้กัญชาใต้ดิน เนื่องจากมองว่าการไปรับบริการที่คลินิกกัญชาทางแพทย์เป็นเรื่องที่เข้าถึงได้ยาก⁽⁹⁾

ความรู้เกี่ยวกับกัญชาไม่เพียงพอ สอดคล้องกับงานวิจัยประชาชนไม่มีความรู้บางส่วนใดบ้างของกัญชาใช้รักษาโรคอะไรบ้าง และใช้อย่างไร ปริมาณการใช้ที่เหมาะสมคืออะไร⁽¹⁰⁾ ผู้ป่วย 23 คน ไม่มีความรู้เกี่ยวกับกัญชาเลย แต่ใช้เพราะมีการบอกต่อกันมาแบบปากต่อปาก⁽¹¹⁾ ประชาชนทุกๆ ไปยังไม่เข้าใจข้อมูลของกัญชามากเพียงพอ⁽¹²⁾ ควรมีการ

ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับกัญชาให้กับประชาชน (53.30%) เห็นด้วยอย่างยิ่ง (33%) เห็นด้วย⁽⁸⁾

ดังนั้นเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการดูแลสุขภาพ มีความต่อเนื่องในการรักษาตนเอง ลดภาระค่าใช้จ่าย เข้าถึงการรักษาได้ง่าย เป็นการดูแลตนเองตามความสมัครใจในวาระสุดท้ายของชีวิต จะเป็นสิ่งที่ดีกับผู้ป่วยมะเร็งอย่างมากถ้ารัฐบาลหรือหน่วยงานของรัฐที่มีหน้าที่ปกครองในท้องถิ่น ชุมชนต้องผลักดันนโยบายให้ผู้ป่วยสามารถ ทำยาหรือสกัดสารกัญชาใช้เองได้ โดยมีผู้ที่มีความรู้เกี่ยวกับการปลูก การดูแล การเก็บเกี่ยว การพัฒนา ยา ประโยชน์ การนำไปใช้ เข้ามาดูแล และให้คำแนะนำช่วยเหลือผู้ป่วยมะเร็งต่อไป



รูปภาพที่ 1 Final thematic map

สรุปผล

กัญชามีประโยชน์ในการรักษาโรคมะเร็ง จากประสบการณ์การจัดการความปวดของผู้ป่วยมะเร็งหนึ่งในวิธีนั้นคือใช้กัญชา⁽¹⁸⁾ เพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวมได้ หากมีการนำกัญชาเข้าไปเป็นยาเสพติดได้จริง แม้จะยังให้ใช้ในทางการแพทย์ได้ก็ตาม จะมีผู้ป่วยที่เข้าไม่ถึงการรักษาด้วยกัญชาในโรงพยาบาล ขาดการรักษาต่อเนื่อง คุณภาพชีวิตและความหวังที่จะมีชีวิตรอดเพราะกัญชาจะลดลง แม้แต่สิ่งง่ายๆ ปลูกได้ ค่าใช้จ่ายไม่มี สุขภาพดีขึ้น กลับจะไม่มีสิทธิ์ที่จะเข้าถึงได้ น่าเป็นห่วงผู้ป่วยกลุ่มนี้มาก จะให้เกิดประโยชน์ต่อผู้ป่วยมะเร็งระยะประคับประคองที่มีความต้องการใช้กัญชา รัฐบาลต้องพิจารณาอย่างรอบคอบถี่ถ้วนในการออกกฎหมายในอนาคต และหาทางออกที่ไม่กระทบต่อสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพตามองค์การอนามัยโลกกล่าว

ข้อเสนอแนะต่อรัฐบาลหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการพิจารณาออกกฎหมายเกี่ยวกับกัญชา

1) เห็นควรพิจารณาอนุญาตให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถสกัดกัญชาใช้เองได้ โดยมีผู้เชี่ยวชาญให้ความช่วยเหลือจะเป็นประโยชน์มาก เพราะจากผลการวิจัยที่ผู้ป่วยมะเร็งใช้สารสกัดกัญชา THC 1.7% สามารถลดอาการปวดได้ดี

2) ไม่เห็นควรนำกัญชากลับไปเป็นยาเสพติด ควรให้ผู้ป่วยมะเร็งสามารถปลูกกัญชารักษาตัวเองต่อไปได้ หากมีความกังวลถึงการนำไปใช้เพื่อสันตนาการอาจจะต้องมีการพิจารณาออกกฎหมาย เพื่อบังคับใช้ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization (WHO). Palliative care. [internet]. 2020. [cite 2023 June 11]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>
2. International Agency for Research on Cancer. Thailand Source: Globo can. [internet]. 2020. [cite 2023 June 15]. Available from: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/populations/764-thailand-fact-sheets.pdf>
3. Wikipedia.org. Cannabis in Thailand. [internet]. 2022. [cite 2023 June 15]. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Cannabis_in_Thailand
4. วิธวินท์ ผักเจริญผล และวรายศ ดาราสว่าง. ผลการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ต่ออาการไม่สุขสบาย และ คุณภาพชีวิตในผู้ป่วยโรคมะเร็งระยะประคับประคอง. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2566; 38(1): 53-62.
5. ปิยวรรณ เหลืองจิรโณทัย, ศิริพร ปาละวงศ์ และคณะ. ประสิทธิผลของสารสกัดกัญชาคลินิกกัญชาทาง การแพทย์ โรงพยาบาลลำปาง. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2564; 19(1): 19-33.
6. ประเมษฐ์ กิ่งโก้. การศึกษาติดตามลักษณะการใช้และคุณภาพชีวิตของผู้ใช้น้ำมันกัญชาหมั่นทองในผู้ป่วย รับบริการคลินิกกัญชาทางการแพทย์แผนไทยในสถานพยาบาล เขตสุขภาพที่ 8. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2566; 21(1): 102-118.

7. ชนเมศวร์ แท่นคำ. ผลทางคลินิกและความปลอดภัยของกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยมะเร็ง. (วิทยานิพนธ์) ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2566. 348 หน้า.
8. ปรีดาภรณ์ สายจันทะ, และคณะ. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการใช้กัญชาในการรักษาโรคของประชาชนในจังหวัดพิษณุโลก. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2563; 18(3): 595-603.
9. รัตติยา แดนดงยิ่ง และกรแก้ว จันทภาษา. พฤติกรรมและเหตุผลการใช้กัญชาของประชาชน: กรณีศึกษา ในจังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารเภสัชกรรมไทย. 2565; 14(3): 594-603.
10. ปาณิสรา เสวตโชติธนากร, รังสรรค์ สิงห์เลิศ และคณะ. ความรู้ ทัศนคติและการใช้กัญชาในพื้นที่อำเภอเมืองสระแก้ว จังหวัดสระแก้ว. วารสารสหวิทยาการวิจัยและวิชาการ. 2565; 2(5): 481-498.
11. ณัฐิกา วรรณแก้ว. ทัศนคติต่อการรักษาด้วยน้ำมันกัญชาของผู้ป่วยมะเร็งในคลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือก. 2565; 20(2): 405-414.
12. พรทิพย์ พาโน และกิตติศักดิ์ รุจิกาญจน์รัตน์. ทัศนคติและมุมมองการใช้กัญชาเพื่อสุขภาพของประชาชน อำเภอแก่งกระจาน จังหวัดเพชรบุรี. วารสารโรงพยาบาลนครพนม. 2566; 10(1): 1-11.
13. นันทนา มีศิริพันธุ์, และคณะ. ประสิทธิภาพและความปลอดภัยของสารสกัดกัญชาต่อเซลล์มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ใหญ่และทวารหนัก มะเร็งเต้านม มะเร็งตับ และมะเร็งปากมดลูก. วารสารโรคมะเร็ง. 2565; 42(3): 146-155.
14. สุภารัตน์ คำจุลา และศิริพัทธ์ ทองจันทร์. ประสิทธิภาพของสารสกัดกัญชาสูตร Tetrahydrocannabinol (THC) 1.7% คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลมุกดาหาร. วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ. 2565; 3(3): 49-60.
15. รัชฎาภรณ์ อึ้งเจริญ, และคณะ. ความรู้และทัศนคติที่มีต่อกัญชาทางการแพทย์ของประชาชนตำบลท่าแร่ อำเภอเมืองจังหวัดสกลนคร. วารสารกฎหมายและนโยบายสาธารณสุข. 2564; 7(1): 69-86.
16. วลีรัตน์ ไกรโกศล, และคณะ. ผลและความปลอดภัยของยาน้ำมันกัญชาหยอดใต้ลิ้นสูตร THC 1.7% ในผู้ป่วยมะเร็งระยะท้ายที่มารับบริการที่คลินิกกัญชาทางการแพทย์ โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. วารสารกรมการแพทย์. 2564; 46(3): 50-59.
17. ช่อทิพย์ พรหมมารัตน์. ประสบการณ์ระยะแรกของการใช้สารสกัดกัญชาทางการแพทย์ในผู้ป่วยประคับประคองโรงพยาบาลลำพูน. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว. 2563; 3(1): 29-35.
18. Thanamet Thaenkham, et. al. The pain management experience of patients with palliative cancer using cannabis in the northeastern part of Thailand. International Journal of Engineering and Science. 2023; 13(7): 34-40.

**ประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของ
ผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น**

พรพรรณ ชัยมงคล

(วันที่รับบทความ 27 เมษายน 2566, วันที่แก้ไข 15 มิถุนายน 2566, วันที่ตอบรับ 15 มิถุนายน 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มวัดผลก่อนและหลังการทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 64 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 32 คน สุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามคุณสมบัติที่กำหนด กลุ่มทดลองจะได้รับโปรแกรมจากการประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของโซเลนเซ็น ระยะเวลา 12 สัปดาห์ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม 2566 กลุ่มทดลองเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .60 ค่าความเที่ยง

สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) แบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ .80 วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที่ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบเป็นเพศหญิงร้อยละ 87.50 และ 78.13 อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 53.13 และ 62.50 และมีระดับการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 24.75 และ 68.75 ตามลำดับ ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ และมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$

บุคลากรสุขภาพสามารถนำโปรแกรมนี้ไปเป็นแนวทางในการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนอื่นๆ

คำสำคัญ: โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ, ผู้สูงอายุ, พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลขอนแก่น

Corresponding Author: พรพรรณ ชัยมงคล, e-mail: pornpan.chai@gmail.com

The Effectiveness of Health Literacy and desirable Health Behavior programs among Older Adults in a Semi-Urban Community in Khon Kaen Province

Pornpan Chaimongkol

(Received 27th April 2023, Revised 15th June 2023, Accepted 15th June 2023)

Abstract

The purposes of this quasi-experimental study of two groups pretest-posttest design was to study the Effectiveness of Health Literacy and desirable Health Behavior programs among Older Adults in a Semi-Urban Community in Khon Kaen Province. The samples were random selection according to the criteria of 64 peoples into the experimental group (n=30) and comparison group (n=30). The experimental group received the health literacy enhancement program which was developed from Sorensen et al's health literacy concept. Data were collected using the questionnaire. The data were analyzed using descriptive statistics, independent t-test, and paired t-test. Instruments were examined for content validity by qualified experts, yielding values of .60. Reliability was tested by Cronbach's Alpha Coefficient yielding values of .80. Data were then analyzed for finding frequency, percentage, mean, standard deviation paired t-test and unpaired t-test.

The study found that most of the experimental and comparison groups were female, 87.50 and 78.13 percent, 60-69 years old. 53.13 and 62.50 percent, and had education level. Elementary level, 24.75 and 68.75 percent, respectively. After receiving the program. It was found that the experimental groups had statistically significant higher mean scores of health literacy and health behaviors than before receiving the program ($p < 0.05$). And they had statistically significant higher mean score on health literacy and health behaviors than comparison group ($p < 0.05$).

These findings suggested that health care providers should apply this program in health literacy of the elderly in other communities.

Keywords: health literacy promotion programs, the elderly, desirable health behaviors

Professional nurse, Khon Kaen Hospital

Corresponding Author: Pornpan Chaimongkol, e-mail: pornpan.chai@gmail.com

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังเผชิญปัญหาผู้สูงอายุ หรือผู้ที่อายุ 60 ปีขึ้นไปมากถึง 962 ล้านคน หรือร้อยละ 13 ของประชากรโลกทั้งหมดกระจายอยู่ทุกทวีป ประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ ในปี 2583 คาดการณ์ว่าประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุจำนวน 20 ล้านคน หรือ 1 ใน 3 ของคนไทยจะเป็นผู้สูงอายุ ปี 2563-2565 จังหวัดขอนแก่น มีผู้สูงอายุร้อยละ 17.40, 18.33 และ 22.17 ตามลำดับ ข้อมูล ณ เดือนตุลาคม 2565 พบว่าตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น มีผู้สูงอายุร้อยละ 15.00, 15.76 และ 16.78 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่าตำบลบ้านเป็ดมีผู้สูงอายุคิดเป็นร้อยละ 15.69 ของประชากรทั้งหมด มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานร้อยละ 21.92 อัตราป่วยด้วยโรค COPD และเป็นมะเร็งปอดร้อยละ 0.6 บุคคลที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำจะส่งผลต่อการใช้อ้างอิงข้อมูลการเข้ารับบริการสุขภาพ การดูแลโรคภัยไข้เจ็บด้วยตนเอง และการป้องกันโรค⁽¹⁾ รวมทั้งมีแนวโน้มที่จะประสบปัญหาสุขภาพ ผู้มีระดับความรู้ด้านสุขภาพต่ำมีความเสี่ยงสูงที่จะเสียชีวิตด้วยโรคหัวใจและโรคมะเร็ง⁽²⁾ การมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องและขาดทักษะในการดูแลสุขภาพจะส่งผลกระทบต่อสถานะสุขภาพ จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจะเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น ความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุคือผู้สูงอายุมีทักษะทางปัญญาและทักษะทางสังคม ส่งผลให้เกิดแรงจูงใจและมีความสามารถที่จะเข้าถึงข้อมูล เข้าใจข้อมูล และใช้ข้อมูลเพื่อ

การมีสุขภาพดี⁽³⁾ แต่อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้เกิดปัญหาในการฟังและอ่าน เช่น ต้องการอ่านฉลากยาแต่มองไม่เห็นตัวอักษร ฟังคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่แต่ไม่ค่อยได้ยิน มีการสูญเสียความจำและความสามารถทางการคิด เช่น อ่านหรือฟังข้อมูลการรักษาและบริการได้แต่ไม่เข้าใจความหมาย ลืมหรือมีภาวะสมองเสื่อม ทำให้ไม่สามารถนำข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพไปใช้ได้ เมื่อไม่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอาจทำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง อาจทำให้เกิดปัญหาทางสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมได้⁽³⁾ จากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุไทย พบว่าอยู่ในระดับที่ไม่เพียงพอโดยเฉพาะเรื่องความรู้ความเข้าใจข้อมูลสุขภาพ การสื่อสารทางสุขภาพ และการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ⁽⁴⁾ และจากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562 พบว่า สัดส่วนของผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอพบมากที่สุดจะอยู่ในกลุ่มผู้ที่อายุ 60 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 39.8⁽⁵⁾ งานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า อายุที่เพิ่มขึ้นจะมีปัญหาในการฟังและการอ่าน ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการรับและใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้ด้านสุขภาพ ทำให้มีการปฏิบัติหรือมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่ถูกต้อง^(6,7) ความสามารถในการอ่าน การรับรู้ทางสายตา การได้ยินเสียง การประมวลผล การทำความเข้าใจข้อมูลข่าวสาร ความรู้ด้านสุขภาพที่ลดลงส่งผลทำให้ Health literacy อยู่ในระดับต่ำ ซึ่งส่วนใหญ่จะขาดการดูแลสุขภาพและมีภาวะสุขภาพที่ไม่ดี⁽¹⁾ การขาดความรู้และทักษะการดูแลสุขภาพของตนเอง ส่งผลต่อการตัดสินใจ

ใช้ข้อมูลข่าวสารความรู้และการเลือกบริการด้านสุขภาพที่ถูกต้อง⁽⁸⁾ ผู้สูงอายุเป็นกลุ่มเสี่ยงที่อาจยอมรับหรือหลงเชื่อบุคคลที่ไว้ใจหรือแหล่งข้อมูลที่ใกล้ชิดได้ง่าย ทำให้ขาดความสามารถในการกลั่นกรองอันนำไปสู่การตัดสินใจที่ผิดพลาด อาจส่งผลต่อสภาวะสุขภาพในภาพรวม ผู้สูงอายุจะขาดความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเอง การเจ็บป่วยเพิ่มขึ้นส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลในภาพรวมเพิ่มสูงขึ้น การพึ่งพาบริการทางการแพทย์มากขึ้น โรงพยาบาลและหน่วยบริการสุขภาพรับภาระหนักในงานรักษาพยาบาลและอาจเกิดข้อจำกัดในการให้ความเท่าเทียมเพื่อเข้าถึงบริการขึ้นได้ และความเสื่อมตามวัยเป็นอุปสรรคต่อการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ดังนั้น การให้ความสำคัญต่อการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นเรื่องที่สำคัญและมีความจำเป็นต่อผู้สูงอายุ เพื่อให้มีองค์ความรู้ที่ได้ไปดูแลสุขภาพตนเอง Health literacy จึงหมายถึงการส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และประยุกต์ข้อมูลข่าวสารทางสุขภาพ เพื่อพิจารณาและตัดสินใจนำไปใช้ดูแลสุขภาพตนเองในชีวิตประจำวันเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์งานวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้ยึดกรอบแนวคิดของความรู้ทางสุขภาพที่พัฒนาโดยโซเลนเซ็น⁽⁹⁾ ซึ่งตัวแปรที่ใช้วัดความรู้ทางสุขภาพมีองค์ประกอบรวบรัดทั้ง 4 องค์ประกอบ ดังนี้ 1) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ 2) การเข้าใจข้อมูลสุขภาพ 3) การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ 4) การประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อตัดสินใจในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค

วิธีการดำเนินการวิจัย

รูปแบบการศึกษาวิจัย เป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group) วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (Two – group pre-test post – test design) กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมจากการประยุกต์ใช้แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Sorensen et al (2012) ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ถึงพฤษภาคม 2566 ระยะเวลา 12 สัปดาห์

ประชากร กลุ่มทดลองเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลบ้านเป็ด อ.เมือง จ.ขอนแก่น และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในตำบลศิลา อ.เมือง จ.ขอนแก่น ซึ่งประชากรทั้งสองกลุ่มมีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมืองมีความคล้ายคลึงกันของสภาพสังคมผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันการสัมผัสของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ และประเมินผลสำเร็จของโปรแกรม

กลุ่มตัวอย่าง ทั้งเพศชาย เพศหญิง อายุ 60 ปีขึ้นไป เป็นผู้ที่มีสติสัมปชัญญะดี สามารถพูด อ่านและเขียนได้ ไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร การเคลื่อนไหว ฟังภาษาไทยเข้าใจ สามารถโต้ตอบได้ดี ไม่มีโรคประจำตัวหรือมีปัญหาการเจ็บป่วยใดๆ หรือไม่มีสภาพร่างกายที่เป็นอุปสรรคในการเข้าร่วมกิจกรรมและสามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดโปรแกรม เช่น ผู้สูงอายุที่กำลังเป็นโควิด-19 หรือพักฟื้นจากการติดเชื้อโควิด 19 ไม่ถึง 10 วัน สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกครั้ง และยินดีให้ผู้วิจัยเยี่ยมบ้านได้ มีความสมัครใจเข้าร่วมการศึกษาจนสิ้นสุดกระบวนการ และครอบครัวยินดีสนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรม

เกณฑ์คัดออก ผู้สูงอายุที่จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาอย่างเร่งด่วนทุกกรณี, มีปัญหาสุขภาพหรือเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรงหรือเสียชีวิต และไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมได้จนครบ

คำนวณขนาดตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ การคำนวณขนาดตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาในครั้งนี้ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากร 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁽¹⁰⁾ โดยใช้การศึกษาของ อัจฉรา จิตใจเย็น, ศศิธร รุนเวช และนางพิมพ์ นิมิตรอนันท์⁽¹¹⁾ ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตาม (Drop out) จึงมีการปรับขนาดตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหาย ร้อยละ 20 เพื่อให้กลุ่มตัวอย่าง

ครบตามจำนวนที่ต้องการโดยไม่ตัดผู้ที่สูญหายจากการติดตามออกจากการวิเคราะห์ตามสูตร 9 ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 32 คน รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 64 คน การสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่าง ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยนํารายชื่อผู้สูงอายุที่มีคุณสมบัติตามที่กำหนด จับสลากเลือกกลุ่มตัวอย่างจนครบจำนวน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ โปรแกรมที่ใช้ในการวิจัย และแบบสอบถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

1) โปรแกรมที่ใช้ในการทดลอง ดังนี้

ครั้งที่ 1 การพัฒนาทักษะ ทักษะการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพด้านการประเมินข้อมูลและการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพจัดกิจกรรม 2 วันๆ ละ 4 ชั่วโมง ประกอบด้วย

วันที่ 1 ทักษะการเข้าถึง เข้าใจข้อมูลและบริการสุขภาพ การสร้างสัมพันธภาพ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้พฤติกรรมสุขภาพที่ผ่านมา ในประเด็นอาหาร การออกกำลังกาย การคลายเครียด การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ให้ ความรู้เรื่องการควบคุมอาหาร ทางเลือกในการค้นหาข้อมูล กิจกรรมส่งเสริมทักษะ ด้วยการเลือกบัตรภาพกิจกรรมต่างๆ และให้ผู้สูงอายุที่จับได้ บอกถึงภาพบัตรภาพกิจกรรม ผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติม

วันที่ 2 ด้านการประเมินข้อมูลและการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ การสร้างสัมพันธภาพ การสาธิตอาหารเพื่อสุขภาพ ให้ผู้สูงอายุ ชิมอาหารสาธิต บอกถึง

รสชาติ ความรู้สึก ผู้วิจัยให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับประโยชน์ของส่วนผสมในอาหารสาธิตที่มีต่อสุขภาพ การเลือกแหล่งอาหาร การค้นหาข้อมูลหรือการสอบถามข้อมูล รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูลที่ผ่านมาทางช่องทางไลน์กลุ่มเพื่อพิจารณาถึงความน่าเชื่อถือ ป้องกันการได้รับข้อมูลที่เป็นเท็จ การฝึกทักษะการเลือกอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การผ่อนคลาย ความเครียด การลด ละ เลิก บุหรี่ สุรา ยาเสพติด เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้ซักถามและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การตั้งเป้าหมายเชิงพฤติกรรม เช่น งดการดื่มกาแฟเย็น งดขนมหวาน

ครั้งที่ 2 เยี่ยมยามถามข่าว ห่างจากครั้งที่ 1 ประมาณ 1 เดือน ผู้วิจัยจะเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ ทบทวนติดตามเป้าหมายกระตุ้นเตือนพฤติกรรมสุขภาพ และให้กำลังใจในการปฏิบัติตามเป้าหมายต่อไปการพูดคุยเกี่ยวกับการปฏิบัติตัว ข้อมูลสุขภาพที่ผ่านมาทางช่องทางต่างๆ เช่น โฆษณาในวิทยุ โทรศัพท์ เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สุขภาพ เพื่อให้ผู้สูงอายุได้วิเคราะห์ข้อมูลก่อนที่จะตัดสินใจเชื่อ หรือนำไปปฏิบัติได้อย่างปลอดภัย ให้ผู้สูงอายุได้พูดคุย สอบถามปัญหา หรือแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ผ่านมา

ครั้งที่ 3 พบปะสังสรรค์ฉันท์มิตร ห่างจากครั้งที่ 2 ประมาณ 1 เดือน ประกอบด้วยกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ ประกาศคุณสมบัติบุคคลต้นแบบในด้านต่างๆ และรายชื่อผู้ที่เป็นบุคคลต้นแบบด้านต่างๆ ให้กำลังใจและชื่นชมต้นแบบ และมอบรางวัลให้กับผู้ที่สามารถปฏิบัติตามเป้าหมายได้อย่างสม่ำเสมอ แลก

เปลี่ยนประสบการณ์วิธีการที่ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบบสอบถามที่ผู้วิจัยดัดแปลงมาจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อและโรคไร้เชื้อที่สำคัญของประชาชนวัยสูงอายุในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการ⁽¹²⁾ ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย 1.ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ (4 ข้อๆ ละ 5 คะแนน เต็ม 20 คะแนน) 2.ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ (4 ข้อๆ ละ 5 คะแนน เต็ม 20 คะแนน) 3. ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการสุขภาพ (4 ข้อๆ ละ 5 คะแนน เต็ม 20 คะแนน) 4.ทักษะการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ (4 ข้อๆ ละ 5 คะแนน เต็ม 20 คะแนน) และความรู้ด้านสุขภาพ รวมจำนวน 16 ข้อ คะแนนรวมเต็ม 80คะแนน ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพื่อป้องกันโรคมีจำนวน 13 ข้อ คะแนนรวมเต็ม 65 คะแนน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ดังนี้

1. การตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ดัดแปลงไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และประสบการณ์จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบพิจารณาความถูกต้อง ความครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ ความเหมาะสม ความชัดเจนของภาษา เพื่อให้อ่านเข้าใจตรงกันเรียงลำดับ ความสัมพันธ์ และ

มีสัดส่วนของเนื้อหาที่เพียงพอตามเอกสารที่ได้ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขเนื้อหาตามที่ได้รับคำแนะนำ ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item - Objective congruence = IOC) มีค่าตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไปก่อนนำไปทดลองใช้เครื่องมือ

2. การทดลองใช้เครื่องมือ (Try out) ได้นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์ ปรับปรุงแก้ไขให้มีคุณภาพตามเกณฑ์

3. การตรวจสอบค่าความเที่ยง หรือ ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) แต่ละข้อคำถาม มีคะแนนได้มากกว่า 1 คะแนน โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) สำหรับข้อคำถามผลการวิเคราะห์ ได้ค่าความเที่ยง แบบประเมินทั้งฉบับได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .80

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) และ สถิติเชิงอนุมานใช้สถิติที (t-test) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 และคำนวณช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 (95% CI)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง โดยอธิบายวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัย ให้กลุ่มตัวอย่างทราบ พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลต่อการรักษาที่กลุ่มตัวอย่างพึงจะได้รับ คำตอบหรือข้อมูลทุกอย่างผู้วิจัยถือเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

เพื่อใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมวิจัยแล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย การวิจัยนี้ผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น เลขที่ KEF65041 ลงวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566

ผลการศึกษา ข้อมูลทั่วไป พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.50 และ 78.13 ตามลำดับ อายุส่วนใหญ่อยู่ช่วง 60 - 69 ปี คิดเป็นร้อยละ 53.13 และ 62.50 ค่าคะแนนเฉลี่ย 69.67(SD=5.38) และ 68.5 (SD=5.57) ตามลำดับ กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่มีสถานภาพหม้าย/หย่า/แยก ร้อยละ 50 รองลงมาเป็นสถานภาพคู่ ร้อยละ 37.50 กลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่ มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 50 รองลงมาเป็นหม้าย/หย่า/แยก คิดเป็นร้อยละ 46.88 ระดับการศึกษา ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ระดับการศึกษาอยู่ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 24.75 และ 68.75 ตามลำดับ และส่วนใหญ่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.23 และ 67.74 ตามลำดับ

เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพื่อป้องกันโรค เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มทดลอง ระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (n=32)

รายละเอียด	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		$\bar{x}$ diff	t	p-value	95 % CI
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD				
1.ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	12.41	4.37	14.47	3.27	2.06	-2.52	0.02*	0.39-3.73
2.ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	16.66	5.67	19.06	3.11	2.41	-2.71	0.01*	0.6-4.2
3.ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	9.78	3.39	11.13	1.66	1.34	-2.21	0.03*	0.11-2.58
4.การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	14.18	4.37	16.47	1.93	2.28	-2.89	0.01*	0.67-3.89
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	53.03	15.46	61.13	8.14	8.09	-3.21	0.01*	2.94-13.24
พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	46.66	8.02	50.47	5.74	3.81	-2.28	0.01*	0.41-7.22

p-value from paired t-test * มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบ ผลการศึกษา พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม

และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพื่อป้องกันโรค เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < 0.05$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบ (n=32)

รายละเอียด	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		$\bar{x}_{diff}$	sd _{diff}	p-value	95 % CI
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD				
1.ทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ	14.47	3.27	11.72	3.96	2.75	0.91	0.01*	0.93-4.57
2.ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ	19.06	3.11	15.66	4.19	3.41	0.92	<0.01*	1.56-5.23
3.ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพ	11.23	1.66	9.28	2.32	1.84	0.50	<0.01*	0.84-2.85
4.การประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ	16.47	1.93	13.06	3.04	3.41	0.64	<0.01*	2.13-4.68
ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	61.13	8.14	49.72	12.15	11.41	2.59	<0.01*	6.24-16.58
พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์	50.47	5.74	47.09	5.22	3.34	1.37	0.02*	0.63-6.12

p-value from Student t-test *มีนัยสำคัญทางสถิติที่ p<0.05

อภิปรายผลการศึกษา

ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 61.13 (SD=8.14) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 49.72 (SD=12.15) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่า p-value <0.001 95% CI 6.24-16.58

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพื่อป้องกันโรค กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 50.47 (SD=5.74) กลุ่มเปรียบเทียบมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 47.09 (SD=5.22) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.34 (SD=1.37) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value 0.02 95% CI 0.63-6.12 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน

ข้อที่ 4.2 ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพและระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2⁽¹³⁾ ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลอง ผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา⁽¹⁴⁾ ผลการวิจัย ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเองนี้สามารถนำไปใช้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้นทำให้สามารถลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงได้ต่อไป สอดคล้องกับการศึกษา ผลของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2⁽¹⁵⁾ พบว่า กลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมฯ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรม

การดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และสูงกว่าของกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับการศึกษาผลโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันไตเสื่อมของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคไต⁽¹⁶⁾ พบว่าผู้สูงอายุที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 (ค่าเฉลี่ย 27.23 $p < .05$) ผู้สูงอายุกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าผู้สูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05 (ค่าเฉลี่ย 26.68 $p < .05$) และ สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้⁽¹⁷⁾ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดภายหลังการทดลอง และระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพื่อป้องกันโรค ก่อนการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 46.66 (SD=8.02) ภายหลังการทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 50.47 (SD=5.47) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง มีค่าคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.81 (SD=9.44) เมื่อเปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการทดลอง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p -value 0.003 95% CI 0.41-7.22 เป็นไปตามสมมุติฐานข้อ 4.1

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ดีกว่าก่อนการทดลอง สอดคล้องกับการศึกษาประสิทธิผลของการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา⁽¹⁸⁾ ผลการศึกษา พบว่า การเข้าถึงข้อมูลด้านโภชนาการการเข้าใจด้านโภชนาการการได้ตอบซักถามการตัดสินใจการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการบอกต่อสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ <0.001 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านโภชนาการหลังได้รับโปรแกรมทั้งภาพรวมและรายประเด็นทุกด้านแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ <0.001 สอดคล้องกับการศึกษา ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา⁽¹⁴⁾ ผลการวิจัย ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม การจัดการตนเองสูงกว่าก่อนทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการจัดการตนเองนี้สามารถนำไปใช้ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง มีความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม การจัดการตนเองเพิ่มขึ้นทำให้สามารถลดความเสี่ยงจากการเจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงได้ต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ ตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ จังหวัดชัยภูมิ⁽¹⁹⁾

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.001$) สอดคล้องกับการศึกษา ผลของโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้างพลังอำนาจ และกิจกรรมทางสังคมในการป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ⁽²⁰⁾ ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันภาวะสมองเสื่อมสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบและก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับระดับค่าเฉลี่ยคะแนนการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมโดยใช้แบบประเมินสภาพสมองเบื้องต้น ฉบับภาษาไทย (MMSE-Thai 2002) ที่อยู่ในระดับปลอดภัย สอดคล้องกับการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อมในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย⁽²¹⁾ ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมและรายด้านอยู่ในระดับปานกลาง ส่วนพฤติกรรม การป้องกัน โรคโควิด-19 อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย = 66.49, SD = 4.75) ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในระดับปานกลาง ($r = .344, p < .001$)

จากการศึกษานี้ พบว่า ประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของผู้สูงอายุ

พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ทักษะการเข้าใจข้อมูลสุขภาพ ทักษะการประเมินข้อมูลและบริการด้านสุขภาพการประยุกต์ใช้ข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวม และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์เพื่อป้องกันโรคสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่าดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้เหมาะสมกับกลุ่มผู้สูงอายุ แต่อย่างไรก็ตาม ควรมีการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมกับบริบทของผู้สูงอายุแต่ละพื้นที่ รวมทั้งพิจารณาสภาพร่างกายร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์นี้ช่วยให้ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้นและคาดว่าจะส่งผลดีต่อสุขภาพในอนาคต ซึ่งสามารถนำโปรแกรมนี้ไปประยุกต์ใช้กับกลุ่ม อสม. ผู้นำชุมชน หรือแม่ข่ายทำงานได้
2. ควรมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการควบคุมน้ำหนักตัวของผู้สูงอายุเพื่อลดความเสี่ยงจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เพราะจากการศึกษานี้พบว่า ผู้สูงอายุ ร้อยละ 50 มีค่าดัชนีมวลกายและรอบเอวเกินเกณฑ์
3. ควรมีการติดตามสนับสนุนองค์ความรู้ เพื่อเสริมพลังและกระตุ้นกลุ่มผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่องให้รู้เท่าทันสื่อ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพที่เป็นประโยชน์ รวมทั้งมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อไป ลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคลดภาระค่าใช้จ่ายที่จะตามมาจากปัญหาสุขภาพที่ อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต

4. การสนับสนุนการควบคุมหรือลดน้ำหนักตัว หรือรอบเอวในกลุ่มผู้สูงอายุเพื่อลดความเสี่ยง หรือการควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านเปิด และตำบลศิลา และบุคลากรของทั้งสองแห่ง ผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ และ คณะกรรมการจริยธรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ที่สนับสนุนให้การวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. De WD, Berkman N, Sheridan S, Lohr K, Pignone M. Literacy and health outcomes: a systematic review of the literature. J Gen Intern Med. 2004; 19(12): 1228-39.
2. Baker DW, Wolf MS, Feinglass J, Thompson JA, Gazmararian JA and Huang J. Health Literacy and Mortality among Elderly Persons. ARCH INTERN MED. 2007; 167(114): 1503-1509.
3. Ishikawa H, & Yano E. Patient health literacy and participation in the health-care process. Health Expect. 2008; 11(2): 113-122.
4. วิมลรัตน์ บุญเสถียร และอรทัย เจริญทิพย์สกุล. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: สถานการณ์ และผลกระทบต่อสภาวะสุขภาพของ

- ผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ 2563; 2(1): 1-19.
5. วิมล โรมา และคณะ. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562 (ระยะที่ 2). นนทบุรี: ฟันนี้ พับลิชชิ่ง; 2563.
 6. Sudore LR, Harris BT, Rosano C, Ayonayon NH. Limited literacy in older people and disparities in health and healthcare access. JAGS Journal compilation. 2006; 54(5): 770-6.
 7. Nutbeam D. Defining and measuring Health literacy: what can we learn from literacy studies? In. 2009; 54(4): 303-5.
 8. ND Berkman, DA Dewalt, MP Pignone, SL Sheridan, KN Lohr, L Lux, SF Sutton, T Swinson and AJ Bonito. Literacy and Health Outcomes: Summary. Evid Rep Technol Assess (Summ). 2004; (87): 1-8.
 9. Sorensen K, Van den BS, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. BMC Public Health. 2012; 12: 80.
 10. อรุณ จีรวัดน์กุล. สถิติทางการแพทย์และสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: คลังนาโนวิทยา. 2551.
 11. อัจฉรา จิตรใจเย็น, ศศิธร รุจนเวชและนางพิมล นิมิตรอนันท์. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการโรคของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในชุมชนแห่งหนึ่ง จังหวัดสมุทรสาคร. วารสารพยาบาลทหารบก 2564; 22(1): 321-30.
 12. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการกระทรวงสาธารณสุข. หมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ 2565 [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กรมสนับสนุนบริการ กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อ 25 พ.ค. 2566]. เข้าถึงได้จาก <http://www.hed.go.th/linkHed>
 13. วินัฐ ดวงแสนจันทร์, สิริลักษณ์ สุทธรัตนกุล และประมาณ กิริรัมย์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และระดับน้ำตาลสะสมในเลือดของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาล 2565; 71(2): 28-37.
 14. ศรีสุรางค์ เอี่ยมสะอาด. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน 2564; 9(2): 155-66.
 15. วิดา ลืมเริ่มสกุล,จงจิต เสน่หา, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกรเลิศและปฎิณัฐ บุรณะทรัพย์ขจร. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมดูแลตนเองของ

- ผู้สูงอายุเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารพยาบาล
ศาสตร์แห่งประเทศไทย 2565; 40(1):
84-98.
16. ทองทิพย์ หงษ์สามสิบเจ็ด, สายฝน อินศรีชื่น,
วิยะดา เพื่อกหลวง, โชคชัย พนมขวัญ
และรัตน์ ชรีญาภรณ์ ฤทธิศาสตร์
ผลโปรแกรมการส่งเสริมความรู้
ด้านสุขภาพการป้องกันไตเสื่อมของผู้สูงอายุ
กลุ่มเสี่ยงโรคไต. วารสารบัณฑิตศึกษา
มหาจุฬาลงกรณ 2565; 9(3): 220-30.
 17. จันสุตา สืบพันธ์, เพลินพิศ บุญยมาลิก
และพัชรพร เกิดมงคล. ผลของโปรแกรม
ส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อ
พฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน
ชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด
ไม่ได้. วารสารพยาบาลสภากาชาดไทย
2564; 14(1): 109-24.
 18. นิธิรัตน์ บุญตานนท์, ศินาถ แชนอก
และนารีรัตน์ สุรพัฒน์ชาติ. ประสิทธิภาพ
ของการส่งเสริมความรู้ด้านโภชนาการ
ในผู้สูงอายุที่เข้ารับบริการในแผนก
ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ
ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. วารสาร
ศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพ
และอนามัยสิ่งแวดล้อม 2562;13(30): 1-14.
 19. ธัญรัตน์ ฤกษ์ชัย, ณัฐปภัสน์ นวลสีทอง
และกาญจนา สุขบัว. ผลของโปรแกรม
การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพใน
ผู้สูงอายุตำบลนาฝาย อำเภอเมืองชัยภูมิ
จังหวัดชัยภูมิ. วารสาร มจร. อุบลปริทรรศน์
2565; 7(2): 1669-76.
 20. พวงผกา อุทาโพธิ์และ นาฏนภา ทิพย์แก้ว
ปัตตาสุวรรณ. ผลของโปรแกรมการ
ส่งเสริมสุขภาพโดยประยุกต์ใช้ความรู้
ด้านสุขภาพร่วมกับการเสริมสร้าง
พลังอำนาจ และกิจกรรมทางสังคมใน
การป้องกันโรคสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ.
วารสารสุขศึกษา 2565; 45(1): 71-89.
 21. กรรณิกา อุ่นอ้าย, พนิดา ชัยวัง, พรพิมล
กรกฎากจร และ ดวงใจ ปันเจริญ.
ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม
การป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ
กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม
ในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย. พยาบาลสาร
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2565; 49(1): 200-12.

การประเมินผลของโปรแกรมการพัฒนาแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 SMART บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น กรณีศึกษาตำบลบักได อำเภอนมดรัก จังหวัดสุรินทร์

วิทยา จันตุ^{1*}, จิระเดช อินทเจริญสถานต์², จุฑามาส ชุมทอง³, สุธีรา อินทเจริญสถานต์⁴,
สุจิตรา ทรงยินดี⁵, ไพลิน อำไพ⁶

(วันที่รับบทความ 7 กรกฎาคม 2566, วันที่แก้ไข 25 สิงหาคม 2566, วันที่ตอบรับ 25 สิงหาคม 2566)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ มีรูปแบบการวิจัยแบบ Quasi-experimental research design ในลักษณะของ One-group pretest-posttest design มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะการปฏิบัติของแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 SMART ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 SMART บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น ในกลุ่มอาสาสมัครแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 40 คน ในพื้นที่ตำบลบักได อำเภอนมดรัก จังหวัดสุรินทร์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยภายใน กลุ่มเดียวกัน ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้สถิติ Paired sample t-test

ผลการศึกษา พบว่า อาสาสมัครแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 34 คน (ร้อยละ 85.0) อายุเฉลี่ย 43.26 ปี อายุต่ำสุด 21 ปี และอายุสูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส 21 คน (ร้อยละ 52.5) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 22 คน (ร้อยละ 55.0) และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 23 คน (ร้อยละ 57.5) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ และคะแนนทักษะการปฏิบัติของอาสาสมัครแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 SMART บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น พบว่าคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยเพิ่มจาก 15.78 ± 1.97 เป็น 17.00 ± 1.55 คะแนน ($p\text{-value} < 0.001$) เช่นเดียวกับคะแนนทักษะการปฏิบัติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จาก 17.45 ± 2.18 คะแนน เป็น 21.70 ± 1.47 คะแนน ($p\text{-value} < 0.001$) จะเห็นได้ว่าโปรแกรมการพัฒนาแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 SMART บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น กรณีศึกษาตำบลบักได อำเภอนมดรัก จังหวัดสุรินทร์ ช่วยเพิ่มทั้งความรู้และทักษะการปฏิบัติตน เป็นแนวทางในการปรับใช้สำหรับพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

คำสำคัญ : แกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, หลัก 4 SMART, ภูมิปัญญาท้องถิ่น

^{1,2,3,4,5,6}อาจารย์ประจำสาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพเด็กและผู้สูงอายุ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์

Corresponding Author; วิทยา จันตุ, e-mail: wittayajantu@gmail.com

**The Evaluation of Development of Elderly Health Promotion Leaders Program
through 4 SMART Principles based on Local Wisdom;
Case Study of Bak Dai Subdistrict, Phanom Dong Rak District, Surin Province**

Wittaya Jantu^{1*}, Jiradej Intachareonsan², Chutamas Khumthong³, Sutteera Intachareonsan⁴,
Sujitra Songyindi⁵, Pailin Amphai⁶

(Received 7th July 2023, Revised 25th August 2023, Accepted: 25th August 2023)

Abstract

This study is Quasi-experimental research design on one-group pretest-posttest design, which aimed to compare scores of knowledge and practical skills of the 4 SMART core leaders before and after participating in the 4 SMART core development program based on local wisdom. The study samples were in the group of 40 elderly health promotion volunteers who have been lived in the area of Bak Dai Subdistrict, Phanom Dong Rak District, Surin Province. The research tools used for data collection were questionnaires. Statistical data were analyzed by using average, standard deviation. Then compare means within group before and after joining the program by using Paired sample t-test.

The results found that most of them were 34 females (85.0%), average age 43.26 years old, lowest age 21 years old and highest age 59 years old. Most of them were married, 21 persons (52.5%), and most of them completed high school education, 22 persons. (55.0%) and most of them are farmers, 23 persons (57.5%). When compared the knowledge scores and practical skills scores among volunteers for elderly health promotion leaders program through 4 SMART principles based on local wisdom, it was found that the average score was significantly higher than before participating in the program at the 0.05 level ($t = 5.664$, $p\text{-value} = 0.000$ and $t = 10.420$, $p\text{-value} = 0.000$, respectively). These can be shown that the 4 SMART core development program based on local wisdom; Case study of Bak Dai Subdistrict, Phanom Dong Rak District, Surin Province, increase both knowledge and practical skills. It could be a guideline for applying in other areas.

Keywords: Elderly health promotion leaders, 4 SMART principles, Local wisdom

^{1,2,3,4,5,6}Faculty of Science and Technology, Surindra Rajabhat University

Corresponding Author: Wittaya Jantu, e-mail: wittayajantu@gmail.com

1.ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จากที่ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ (Ageing Society) สัดส่วนประชากรกลุ่มผู้สูงอายุได้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ร้อยละ 16.5 ในปี 2559 และมีแนวโน้มจะเพิ่ม สูงถึงร้อยละ 32.2 ในปี 2575 นอกจากนี้ แนวโน้มผู้สูงอายุที่ต้องอยู่ตามลำพัง และเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเพิ่มมากขึ้น ส่งผลต่อภาระค่าใช้จ่ายทางสุขภาพที่เพิ่มขึ้นตามไปด้วย ในขณะที่อัตราการเจริญพันธุ์รวมของประชากรไทย ในปี 2559 อยู่ที่ร้อยละ 1.62 ซึ่งต่ำกว่าระดับทดแทนประชากร และคาดการณ์ว่าใน ปี 2583 อัตราการเจริญพันธุ์รวมอาจลดลง เหลือเพียงร้อยละ 1.3 ทำให้ประชากรวัยเด็ก ซึ่งการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long-term care) ยังเป็นประเด็น 1 ใน 10 ที่เกี่ยวข้องกับการปฏิรูปสาธารณสุขไทย⁽¹⁾ จากการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย ปีพ.ศ. 2560 พบประชากรสูงอายุ 11.3 ล้านคน หรือ คิดเป็น ร้อยละ 16.7 ของประชากรทั้งประเทศ⁽²⁾ จากข้อมูลกรมการปกครองพบว่า จังหวัดสุรินทร์มีประชากรผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จาก 184,278 คน หรือร้อยละ 13.27 ของประชากรทั้งจังหวัด ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็น 208,995 คน หรือร้อยละ 14.96 ในปี 2560 และจากผลการสำรวจประชากรสูงอายุในประเทศไทย พ.ศ. 2560 ของสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ประชากรจังหวัดสุรินทร์ประมาณ 1,107,537 คน มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป 238,632 คน ร้อยละ 21.55 ของประชากรทั้งหมด และพบว่าเป็นเพศหญิงมากกว่าชาย ร้อยละ 55.20 และชาย ร้อยละ 44.80 ของประชากรสูงอายุ จำแนกตาม

ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (ADL) ติดบ้านจำนวน 13,669 คน ติดสังคม จำนวน 198,386 คน ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ (ติดเตียง) จำนวน 1,302 คน⁽³⁾ การมีสัดส่วนประชากรสูงอายุที่สูงเป็นตัวบ่งชี้ถึงความจำเป็นในที่ต้องศึกษาและพัฒนากระบวนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุในการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุของสังคมไทยในชนบทที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมที่อาจทำให้เกิดความเหลื่อมล้ำในการดำรงชีวิตของผู้สูงอายุทั้งทางด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพ การอยู่ร่วมกันในสังคมที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม สภาพเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชนไม่ชัดเจน รวมถึงขาดบุคลากรที่มีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ ล้วนส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผู้สูงอายุจึงเป็นกลุ่มคนที่มีความเปราะบางทางจิตใจทั้งจากปัญหาความเสื่อมของร่างกาย การเจ็บป่วยเรื้อรัง และการอยู่ในภาวะเป็นผู้ที่ต้องพึ่งพิงสังคม ทำให้ผู้สูงอายุเกิดความรู้สึกถึงการมีคุณค่าในตัวเองลดลง จึงส่งผลให้ขาดความมั่นใจในศักยภาพของตนจนละเลยในการดูแลสุขภาพตนเอง ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต้องมีการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนท้องถิ่น ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชน และภาคีเครือข่ายในชุมชน เพื่อสร้างระบบที่มีความสอดคล้องกับวิถีวัฒนธรรมที่เป็นอัตลักษณ์ของชุมชนในการพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุ การบริหารจัดการการดูแลผู้สูงอายุในระยะยาว และการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการมีภาคีเครือข่ายดูแล

ผู้สูงอายุ โดยชุมชนสามารถจัดการตนเองและสามารถพึ่งตนเองได้

สืบเนื่องจากการดำเนินโครงการบริการวิชาการภายใต้โครงการยุทธศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น ประจำปีงบประมาณ 2563 ใน “โครงการส่งเสริมและสร้างเครือข่ายระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 SMART บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น ตำบลบักได อำเภอนมดรัก จังหวัดสุรินทร์” ผลผลิตสำคัญที่ได้หลังสิ้นสุดโครงการในปีที่ 1 คือ เกิดแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รุ่นที่ 1 จำนวน 50 คน ที่มีองค์ความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนของตนเองด้วยหลัก 4 SMART (ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย)⁽⁴⁾ สำหรับแนวทางการขยายผลโครงการบริการวิชาการในปีที่ 2 ชื่อ “โครงการพัฒนาแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 SMART บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น ตำบลบักได อำเภอนมดรัก จังหวัดสุรินทร์ รุ่นที่ 2” ประจำปีงบประมาณ 2564 นี้ มีการขยายพื้นที่ดำเนินโครงการ เพื่อขยายเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ โดยให้แกนนำรุ่นที่ 1 ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในกระบวนการสร้างแกนนำส่งเสริม

สุขภาพผู้สูงอายุรุ่นที่ 2 ในหมู่บ้านใกล้เคียง ซึ่งมีบริบทคล้ายคลึงกัน ทั้งนี้ พื้นที่ตำบลบักได อำเภอนมดรัก จังหวัดสุรินทร์ มีชื่อเสียงโดดเด่นด้านภูมิปัญญาของหมอปั้นบ้าน โดยเฉพาะสมุนไพรแก้พิษงูที่ได้รับการยอมรับระดับประเทศ และมีต้นทุนทางสังคมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของคนในชุมชนคือ โรงเรียนผู้สูงอายุตำบลบักได เป็นศูนย์รวมของผู้สูงอายุ⁽⁵⁾

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ จึงมีความประสงค์เพื่อประเมินผลการพัฒนาแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 SMART บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น กรณีศึกษาตำบลบักได อำเภอนมดรัก จังหวัดสุรินทร์ โดยการเปรียบเทียบการรับรู้ความสามารถของตนเอง ความรู้ และทักษะการปฏิบัติ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมดังกล่าว เป็นกรณีศึกษาให้กับชุมชนหรือหน่วยงานด้านสุขภาพได้นำไปเป็นแนวทางพัฒนาหรือต่อยอดงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุต่อไป

2. วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบความรู้และทักษะการปฏิบัติ ของแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 SMART ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม

3. กรอบแนวคิดการวิจัย

ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม	ดำเนินการทดลอง	หลังเข้าร่วมโปรแกรม
1) คะแนนความรู้	โปรแกรมการพัฒนาแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 SMART บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น	1) คะแนนความรู้
2) คะแนนทักษะการปฏิบัติ		2) คะแนนทักษะการปฏิบัติ

4. ขอบเขตโครงการวิจัย

4.1) ขอบเขตด้านประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย ที่อาศัยใน ตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครที่เป็น แก่นนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ที่อาศัยอยู่ใน หมู่ที่ 6-8, 14, 16 และ 20 ตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 40 คน ซึ่ง สมัครใจ และยินยอมเข้าร่วมโปรแกรม ดำเนินการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัคร จำแนกตามจำพวกที่เข้าอบรม (Inclusion criteria) ดังนี้

อาสาสมัครที่เป็นแก่นนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

1) มีอายุระหว่าง 20-59 ปี ทั้งเพศหญิงและเพศชาย

2) อาศัยอยู่ในหมู่ที่ 1-8, 14, 16 และ 20 ตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์

3) เป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง

4) สมัครใจและยินยอมเข้าร่วมโครงการ

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ดังนี้

1) ผู้ที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือโรคติดต่อที่เป็นอุปสรรคต่อการทำกิจกรรมร่วมกับผู้อื่น และมีปัญหาสุขภาพจิตที่กระทบต่อการสื่อสาร

2) ไม่สามารถอ่านออกและเขียนได้

4.2) ขอบเขตด้านสถานที่ในการดำเนินงานวิจัย ได้แก่

ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านอำปอ ตำบลบักได อำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์

4.3) ระยะเวลาที่ทำการวิจัย

ตั้งแต่วันที่ 10 กันยายน 2564 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2565

5. วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัย คือ Quasi-experimental research design ในลักษณะของ One-group pretest-posttest design

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ชี้แจงและทำความเข้าใจกับกลุ่มอาสาสมัครเกี่ยวกับแนวทางและขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (HE641006) จากนั้นให้อาสาสมัครลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมการเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

2) อาสาสมัครที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า และมีความสมัครใจเข้าร่วมโปรแกรม “การพัฒนาแก่นนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 SMART บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น” กรอกรายละเอียดและลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

3) อาสาสมัครตอบแบบสอบถาม (สำหรับผู้ที่ เป็นแก่นนำ) หรือแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (สำหรับผู้สูงอายุ) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ

4) อาสาสมัครแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเข้าร่วมกิจกรรมภายใต้โปรแกรม “การพัฒนาแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยหลัก 4 SMART บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น” เป็นระยะเวลา 7 สัปดาห์ (รวม 8 วัน) ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “การส่งเสริมทักษะการถ่ายทอดองค์ความรู้แลทักษะการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จาก รุ่นที่ 1 สู่ รุ่นที่ 2” ลักษณะกิจกรรม: อบรมเชิงปฏิบัติการ โดยแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รุ่นที่ 1 ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับรุ่นที่ 2 ระยะเวลา: 2 วัน

กิจกรรมที่ 2 “การฝึกฝนทักษะการถ่ายทอดองค์ความรู้และทักษะการปฏิบัติในการดูแลสุขภาพของแกนนำรุ่นที่ 2 ด้วยการพาผู้สูงอายุมาโรงเรียน” ลักษณะกิจกรรม: อบรมเชิงปฏิบัติการ โดย

1) แกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รุ่นที่ 2 ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงในการพาผู้สูงอายุ รายใหม่ ให้มาโรงเรียนผู้สูงอายุตำบลบักได (ในอัตราส่วน แกนนำ 1 คน : ผู้สูงอายุรายใหม่ 1 คน)

2) แกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ รุ่นที่ 2 ทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้และดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพและความสุขมวลรวมของผู้สูงอายุให้กับผู้สูงอายุที่มาโรงเรียน ระยะเวลา: 4 วัน (ทุกวันศุกร์ของสัปดาห์)

กิจกรรมที่ 3 “การประเมินผลและถอดบทเรียนจากการดำเนินโครงการ” ลักษณะกิจกรรม: อภิปรายกลุ่มและถอดบทเรียนร่วมกับชุมชน ระยะเวลา: 1 วัน

หลักการที่ใช้ในการพัฒนาเพื่อให้ได้ตามเป้าหมาย ประกอบด้วย 3 หลักการสำคัญ ได้แก่

1) หลัก “4 Smart” หรืออาจเรียกว่า “ไม่ล้ม ไม่ลืม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” ได้แก่ 1) Smart Walk ออกกำลังกายสม่ำเสมอ เพื่อร่างกายที่แข็งแรง ไม่หกล้ม โดยให้ผู้สูงอายุ ออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน วันละ 30 นาที 2) Smart Brain & Emotional ดูแลฝึกทักษะทางสมอง ส่งเสริมสุขภาพจิตและอารมณ์ โดยการเข้าร่วมกิจกรรมในชมรมผู้สูงอายุ โรงเรียนผู้สูงอายุ ธรรมรงค์และส่งเสริมพฤติกรรมที่ไม่สูบบุหรี่ 3) Smart Sleep คือนอนหลับอย่างเพียงพออย่างน้อยวันละ 7-8 ชั่วโมง และ 4) Smart Eat กินอาหารตามหลักโภชนาการครบ 5 หมู่ ลดหวาน มัน เค็ม เน้นผักผลไม้ เลือกอาหารที่มีโปรตีนคุณภาพสูง

2) หลักการประยุกต์ภูมิปัญญาท้องถิ่นสู่การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุร่วมกับหลัก 4 SMART เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายสามารถนำไปปรับใช้ได้จริง มีความกลมกลืนกับวิถีชีวิตของชุมชน

3) หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียง (พอประมาณ มีเหตุผล มีภูมิคุ้มกันในตัวที่ดี) เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินกิจกรรมอย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มค่า

4) หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ อาสาสมัครแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุจะได้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

5) อาสาสมัครจะได้รับการติดตามประเมินผลด้านความรู้ และทักษะการปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยหลัก 4

SMART บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น และความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพรวมถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง หลังสิ้นสุดโปรแกรมฯ ในสัปดาห์ที่ 12

6. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ชุด ประกอบด้วย

1) เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 SMART บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น กรณีศึกษาตำบลบักได อำเภอนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์

2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ และทักษะ

ร้อยละ	คะแนน	การแปลผลระดับความรู้
80 - 100	16 - 20	ระดับสูง
60 - 79	12 - 15	ระดับปานกลาง
0 - 59	0 - 11	ระดับต่ำ

แบบสอบถามเพื่อประเมินทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 SMART บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น ประกอบด้วย 10 คำถาม ครอบคลุมหลักการ “ไม่ล้ม ไม่ล้ม ไม่ซึมเศร้า กินข้าวอร่อย” แต่ละคำถามให้คะแนนแบบ rating scale 4 ระดับ ตั้งแต่ 0 - 3 คะแนน ได้แก่ ปฏิบัติไม่ได้ (0 คะแนน) ปฏิบัติได้เล็กน้อย (1 คะแนน) ปฏิบัติได้แต่ไม่ชำนาญ (2 คะแนน) ปฏิบัติได้ชำนาญ (3 คะแนน)

การปฏิบัติในการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 SMART บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 SMART บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น ประกอบด้วย 20 คำถาม เป็นคำถามปลายปิด ครอบคลุมองค์ความรู้เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพ การดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุเบื้องต้น การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การส่งเสริมสุขภาพจิต และอารมณ์ หากตอบถูกต้อง ได้ 1 คะแนน หากตอบผิด ได้ 0 คะแนน

เกณฑ์การประเมินผลคะแนนความรู้ ประเมินแบบอิงเกณฑ์⁽⁶⁾ ใช้เกณฑ์แปลผลความรู้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้

เกณฑ์การประเมินทักษะการปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 SMART บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น การแปลความหมายโดยพิจารณาจากคะแนนที่ได้จากแบบสอบถามโดยคิดค่าคะแนนจาก (คะแนนสูงสุด - คะแนนต่ำสุด) / จำนวนขั้น สรุปเป็น 3 ระดับ คือ ดี ปานกลาง ต้องปรับปรุง⁽⁷⁾ ซึ่งแบ่งคะแนนได้ 3 ระดับดังนี้

คะแนน	การแปลผลระดับทักษะการปฏิบัติ
30 - 21	ระดับดี
20 - 11	ระดับปานกลาง (ผ่านเกณฑ์)
10 - 0	ระดับปรับปรุง

7. การวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ผลทางสถิติ โดยใช้สถิติในการวิเคราะห์ ดังนี้

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง วิเคราะห์โดยใช้เชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้

ทักษะการปฏิบัติ ก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรม ภายในกลุ่ม วิเคราะห์โดยใช้เชิงอนุมาน ได้แก่ Paired sample t-test

8. ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (n=40)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	6	15.0
- หญิง	34	85.0
อายุเฉลี่ย Mean $\pm$ SD 43.26 $\pm$ 7.98 ปี (อายุต่ำสุด 21 ปี อายุสูงสุด 59 ปี)		
สถานภาพ		
- โสด	16	40.0
- สมรส	21	52.5
- หม้าย/หย่าร้าง	3	7.5
ระดับการศึกษาสูงสุด		
- ประถมศึกษา	11	27.5
- มัธยมศึกษา	22	55.0
- ปริญญาตรี	7	17.5

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของอาสาสมัครแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ (n=40) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
- เกษตรกร	23	57.5
- รับจ้าง	4	10.0
- ค้าขาย	3	7.5
- อาสาสมัครสาธารณสุข	10	25.0
ประจำหมู่บ้าน		

จากตารางที่ 1 พบว่าอาสาสมัครแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 34 คน (ร้อยละ 85.0) อายุเฉลี่ย 43.26 ปี อายุต่ำสุด 21 ปี และอายุสูงสุด 59 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส 21 คน (ร้อยละ 52.5) ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาสูงสุดในระดับมัธยมศึกษา จำนวน 22 คน (ร้อยละ 55.0) และส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร จำนวน 23 คน (ร้อยละ 57.5)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ คะแนนทักษะการปฏิบัติของอาสาสมัครแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ด้วยหลัก 4 SMART บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น (n=40)

	ก่อนเข้าร่วม	หลังเข้าร่วม	ค่าสถิติ t	p-value
ความรู้				
ค่าเฉลี่ยคะแนน Mean± SD	15.78 ± 1.97	17.00 ± 1.55	5.664	<0.001*
สูง	31 (77.5%)	33 (82.5%)		
ปานกลาง	7 (17.5%)	7 (17.5%)		
ต่ำ	2 (5.0%)	0 (0.0%)		
ทักษะการปฏิบัติ				
ค่าเฉลี่ยคะแนน Mean± SD	17.45 ± 2.18	21.70 ± 1.47	10.420	<0.001*
ดี	2 (5.0%)	28 (70.0%)		
ปานกลาง	38 (95.0%)	12 (30.0%)		
ต้องปรับปรุง	0 (0.0%)	0 (0.0%)		

*นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ คะแนนทักษะการปฏิบัติของอาสาสมัครแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 SMART บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น พบว่าคะแนนความรู้ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้นจาก 15.78 ± 1.97 เป็น 17.00 ± 1.55 คะแนน โดยการเพิ่มขึ้นมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่า $p\text{-value} < 0.001$ และในส่วนของคะแนนทักษะการปฏิบัติของอาสาสมัครแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 SMART บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น เพิ่มขึ้นจาก 17.45 ± 2.18 คะแนน เป็น 21.70 ± 1.47 คะแนน ซึ่งสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติโดยมีค่า $p\text{-value} < 0.001$ ตามลำดับ

9. อภิปรายผล

จากผลการวิเคราะห์คะแนนความรู้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของอาสาสมัครแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พบว่า คะแนนความรู้ของอาสาสมัครแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 SMART บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น สูงกว่าคะแนนความรู้ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 5.664$, $p\text{-value} < 0.001$) และจากผลการวิเคราะห์คะแนนทักษะการปฏิบัติ ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมของอาสาสมัครแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุคะแนนทักษะการปฏิบัติของอาสาสมัครแกนนำส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 SMART บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น สูงกว่าคะแนนทักษะการปฏิบัติก่อนเข้าร่วมโครงการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($t = 10.420$, $p\text{-value} < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนัยน์พร จันทริมา ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการโค้ชต่อการเตรียมพร้อมและการะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการเตรียมพร้อมและการะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองระหว่างกลุ่มที่ได้รับการโค้ช และกลุ่มที่ไม่ได้รับการโค้ช กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุโรคหลอดเลือดสมองที่อาศัยอยู่ในจังหวัดเชียงใหม่ ผลการศึกษาพบว่า 1. การเตรียมพร้อมและการะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง 2. การเตรียมพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการโค้ชสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 3. การะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มที่ได้รับการโค้ชน้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < .001$) 4. การเตรียมพร้อมของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการโค้ชสูงกว่าก่อนได้รับการโค้ช อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 5. การะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมองหลังได้รับการโค้ชน้อยกว่าก่อนได้รับการโค้ชอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$)⁽⁸⁾ ทั้งความรู้การปฏิบัติของอาสาสมัครแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นเพราะแกนนำผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโปรแกรมได้รับการถ่ายทอด

ความรู้และการฝึกทักษะการปฏิบัติที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมและเอื้อต่อกระบวนการเรียนรู้ทางพฤติกรรมตามกิจกรรมของหลัก 4 SMART ไม่ลืม ไม่ลื้ม ไม่ซึมเศร้า ทานข้าวอร่อย ทิ่อยู่บนพื้นฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น

นอกจากนี้ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 SMART บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น พบว่า อาสาสมัครแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 82.50 รองลงมามีความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 17.50 และไม่พบผู้มีความรู้ในระดับต่ำ ตามลำดับ และภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 SMART บนฐานภูมิปัญญาท้องถิ่น พบว่า อาสาสมัครแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีทักษะการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง อยู่ในระดับปฏิบัติดีถึงร้อยละ 70.00 รองลงมาอยู่ในระดับปฏิบัติปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 30.00 และไม่พบผู้มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปรับปรุงตามลำดับ จะเห็นได้ว่าภายหลังการเข้าร่วมโครงการด้วยโปรแกรมตามกิจกรรมของหลัก 4 SMART ไม่ลืม ไม่ลื้ม ไม่ซึมเศร้า ทานข้าวอร่อย ทำให้ระดับความรู้ของแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นและทักษะการปฏิบัติเพื่อดูแลสุขภาพของตนเอง อยู่ในระดับปฏิบัติดีถึงร้อยละ 70 ซึ่งมีความสอดคล้องกับการศึกษาของศิริสุข นาคะเสนีย์ กล่าวว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุ ประกอบด้วย

ความรับผิดชอบต่อสุขภาพ การออกกำลังกาย โภชนาการ ความสัมพันธ์ภาพระหว่างบุคคล การพัฒนาจิตวิญญาณ และการจัดการกับความเครียด พฤติกรรมการดูแลตนเองเป็นการจัดการที่มีเป้าหมายเกี่ยวกับตนเอง และเป็นความตั้งใจที่ผ่านการพิจารณาแล้ว⁽⁹⁾ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ Acton and Malathum พบว่าสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมของผู้สูงอายุ ความพึงพอใจขั้นพื้นฐาน พฤติกรรมการดูแลตนเอง และปัจจัยส่วนบุคคล ผู้สูงอายุที่มีสุขภาพกายแข็งแรง และสุขภาพใจดีมีความสุข คิดบวก เป็นคุณลักษณะที่สถาน ประกอบการต้องการ และมีแนวโน้มที่กลุ่มผู้สูงอายุนี้ต้องการทำงานต่อ เนื่องจากการเห็นคุณค่าใน ตนเอง เชื่อมั่นว่ายังสามารถทำงานสร้างประโยชน์ให้กับสถานประกอบการได้ อีกทั้งต้องการมี ปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มคนต่าง ๆ ทำให้ผู้สูงอายุมีความสุข ไม่เหงา ไม่รู้สึกเป็นบุคคลไร้ค่า ที่ต้องอยู่บ้านเฉย ๆ⁽¹⁰⁾ ดังนั้น คนกลุ่มนี้จะให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ การออกกำลังกาย การฝึกจิตใจให้เป็นคน คิดบวก มีสติ สมาธิในการทำงาน มีความเชื่อมั่นและเห็นคุณค่าในตนเอง ตามแนวทางของหลัก 4 SMART ไม่ลืม ไม่ลื้ม ไม่ซึมเศร้า ทานข้าวอร่อย

จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุด้วยหลัก 4 SMART และความคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพ หลังสิ้นสุดโปรแกรม 4SMART ไม่ลืม ไม่ลื้ม ไม่ซึมเศร้า ทานข้าวอร่อย โดยได้ประยุกต์อุปกรณ์ออกกำลังกายจากวัสดุที่มีในท้องถิ่นหรือเป็นของใช้ในชีวิตประจำวัน

อาทิ ผ้าขาวม้า ยางยืด รอกกะลา ตาลต้มนึ่ง เป็นต้น เป็นการผสมผสานหลักวิชาการเข้ากับภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถพึ่งพาตนเอง ผักผันทักษะทางสมอง เพื่อป้องกันภาวะ สมองเสื่อม โดยการเล่นเกมเน้นหนทางการทำผลิตภัณฑ์สมุนไพรจากวัตถุดิบในท้องถิ่น ได้แก่ ลูกประคบสด น้ำมันไพล สเปรย์ตะไคร้หอมไล่ยุง และทำสิ่งประดิษฐ์จากวัสดุเหลือใช้ในชุมชน ได้แก่ เข็มกลัดจากขวดน้ำพลาสติก เพื่อฝึกทักษะการทำงานที่สัมพันธ์กันระหว่างสมอง ตา มือ และระบบประสาทสัมผัส เป็นต้น การทำจิตใจให้เบิกบาน ไม่เครียด ไม่เศร้าหมอง โดยการให้ผู้สูงอายุออกมาเล่าเรื่องราวที่ตนประทับใจในอดีต เพื่อให้ผู้สูงอายุรู้สึกเห็นคุณค่าในตนเอง แนะนำแนวทางการกินอาหารตามหลักของธงโภชนาการครบ 5 หมู่ มีความหลากหลาย ไม่จำเจ และลดหวาน มัน เค็ม เน้นผักผลไม้ที่มีกากใยและไม่หวานจัด โดยได้สาธิตตำรับอาหารท้องถิ่นเพื่อสุขภาพ แนะนำเคล็ดลับการกินอาหารให้อายุยืน เทคนิคกระตุ้นความอยากอาหาร และเพื่อการมีส่วนร่วมและความยั่งยืนในชุมชนได้จัดให้มีกิจกรรมประชุมและพบปะกันอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และการทำงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน รวมถึงผู้นำชุมชนจัดทำแผนงานประจำปีโดยเพิ่มโครงการติดตามและดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนโดยแกนนำส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

10. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ในระยะยาว หลังเสร็จสิ้นโปรแกรม 3 - 6 เดือน ควรมีการประเมินคะแนนทักษะการปฏิบัติอีกครั้ง เพื่อประเมินความคงอยู่ของพฤติกรรม

11. กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดีจากการได้รับทุนสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสถานีนอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทร์ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพนมดงรัก จังหวัดสุรินทร์ ที่อำนวยความสะดวกในการจัดกิจกรรมและเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้

12. เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560-2579) ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 2 (พ.ศ. 2561) [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 สิงหาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก; http://www.stopcorruption.moph.go.th/index.php/main/p_detail/page/60.
2. นางกุลพรภัทร์ จิระประไพ และ นายธนัท นวมเพชร. สถิติบอกอะไร ผู้สูงวัย และอนาคต. ข่าวประชาสัมพันธ์. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม. [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 สิงหาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก; <http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib14/News/2561/04-61/N10-04-61-1.pdf>
3. กรมการปกครอง. แผนพัฒนาจังหวัดสุรินทร์ พ.ศ. 2561-2565 (ฉบับทบทวน พ.ศ. 2563). [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 22 สิงหาคม 2566] เข้าถึงได้จาก: <http://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER12/>

DRAWER093/GENERAL/DATA0000/
00000559.PDF.

4. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. หลัก 4 smart สำหรับผู้สูงอายุ [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 19 สิงหาคม 2566] เข้าถึงได้จาก; <https://hpc2service.anamai.moph.go.th/lcdata/files/14.pdf>.
5. สถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรชนานวมินทราชินี. สรุปรายงานประจำปี 2564. สุรินทร์ : สำนักงานสาธารณสุข อำเภอนางรอง จังหวัดสุรินทร์; 2564.
6. Bloom BS. Hastings JT & Madaus GF. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. McGraw-Hill. 1971.
7. Best JW. Research in education. 3rd ed. New Jersey: Prentice Hall; 1977.
8. นัยนัปร จันทริมา. ผลของโปรแกรมการโค้ชต่อการเตรียมพร้อมและภาวะของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคหลอดเลือดสมอง. [วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2559.
9. ศิริสุข นาคะเสนีย์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิจัยรำไพพรรณี 2561; 12(1); 39-48.
10. Acton GJ, Malathum P. Basic need status and health-promoting self-care behavior in adults. West J Nurs Res. 2000; 22(7): 796-811. doi: 10.1177/01939450022044764.

ผลของรูปแบบการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยในผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา

กิตติมา เศรษฐ์บุญสร้าง¹, ประเสริฐ ประสมรักษ์²

(วันที่รับบทความ 7 มิถุนายน 2566, วันที่แก้ไข 24 สิงหาคม 2566, วันที่ตอบรับ 24 สิงหาคม 2566)

บทคัดย่อ

ปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ซึ่งมีสาเหตุมาจากสหปัจจัย ดังนั้น การวิจัยกึ่งทดลอง ครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัย ต่อพฤติกรรมการป้องกันตนเอง และความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่ม ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 56 คน ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น และแบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน ด้วย Paired Sample T test และ Independent Sample T test

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีคุณลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน เมื่อทำการเปรียบเทียบผลก่อน-หลังภายในกลุ่มทดลอง พบว่า ความรอบรู้ด้านการป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้น ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการหกล้ม ความเสี่ยงต่อการหกล้มจากสหปัจจัย ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินระยะ 3 เมตร ความกลัวต่อการหกล้ม และความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อเปรียบเทียบผลหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า คะแนนความรอบรู้ด้านการป้องกันการหกล้ม และคะแนนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการหกล้ม กลุ่มทดลองมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม และระยะเวลาที่ใช้ในการเดินไปกลับ 3 เมตร น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น การนำใช้รูปแบบการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัย จึงช่วยลดความเสี่ยงต่อการหกล้มทั้งจากปัจจัยภายในและภายนอก

คำสำคัญ: รูปแบบการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัย, คลินิกผู้สูงอายุ, ความเสี่ยงต่อการหกล้ม

¹โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา, ²มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ
Corresponding author: ประเสริฐ ประสมรักษ์, e-mail: prasert.pra@mahidol.edu

The Effect of a Multifactorial Fall Prevention Model among the Elderly in the Geriatric Clinic of Khao Chamao Chaloem Phra Kiat 80 Phansa Hospital

Kitima Setboonsrang¹ , Prasert Prasomruk²

(Received 7th June 2023, Revised 24th August 2023, Accepted 24th August 2023)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of a multifactorial fall prevention model on preventive behaviors and the fall risk among the elderly who received services in the geriatric clinic at Khao Chamao Chaloem Phra Kiat 80 Phansa Hospital due to the fall trend in the elderly were found higher. The sample size was calculated by using the two-group mean comparison formula and obtained each group by 56 people. The data were collected by using a questionnaire consisting of the fall prevention literacy, fall prevention behavior, and a fall risk assessment form. The results were analyzed by using descriptive and inferential statistics to compare means within groups (Paired sample T-test) and between groups (Independent sample T-test).

The study found the similarity general characteristic in two groups of sample which were aged 65 years old and older, married, had graduated primary education, had the ability to read at a comfortable level, were able to take care of themselves, were farmers, and had a monthly income of 5,001 baht or more. The before-after comparison within group found that the fall prevention literacy were increased and the fall risk behavior, the fall risk from multifactorial, the ability of walking in 3 meter, the fear of fall and the environmental risk were decreased statistically significantly level of .01. The comparison between groups was found that the fall prevention literacy and fall risk point were statistically significantly higher in experimental group. The time for walk back in 3 meter were found lower than the comparison group with statistically significantly level of .05. Therefore, the multifactorial fall prevention model can reduce the fall risk from internal and external factors in the elderly.

Keywords: Multifactorial fall prevention model, Geriatric clinic, fall risk

¹Kaochamao Community Hospital Commemorating His Majesty the King's 80th Birthday Anniversary, 5th December 2007, ²Mahidol University, Amnatcharoen Campus

Corresponding author: Prasert Prasomrak, email: prasert.pra@mahidol.edu

บทนำ

ทั่วโลกมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น สำหรับประเทศไทย มีผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นปีละ 1 ล้านคนตั้งแต่ปี 2556 เป็นต้นมา โดยปี 2562 มีผู้สูงอายุร้อยละ 17.5 ของประชากร และปี 2565 ประเทศไทยเข้าสู่ “สังคมสูงอายุอย่างสมบูรณ์” เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงขึ้นถึงร้อยละ 20 และคาดว่าจะเป็ “สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด” ในปี 2576 เมื่อสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงขึ้นถึงร้อยละ 28⁽¹⁾ จากการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ย่อมส่งผลโดยตรงต่อระบบบริการสุขภาพ เนื่องจากประชากรสูงอายุเป็นวัยที่มีภาวะเสื่อมทั้งทางร่างกายและจิตใจ ทำให้ผู้สูงอายุต้องเผชิญกับปัญหาภาวะสุขภาพ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และความสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง หนึ่งในสี่ของผู้สูงอายุมีการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างน้อย 2 โรคขึ้นไป⁽²⁾ นอกจากปัญหาโรคเรื้อรังแล้ว ผลจากกระบวนการชราายังส่งผลให้แนวโน้มปัญหาพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นด้วยเช่นกัน ทั้งในระดับโลกและประเทศไทย จากรายงานอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ พบผู้ที่มีอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป มีอุบัติการณ์การเกิดการพลัดตกหกล้มถึงร้อยละ 30^(3,4) และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 50 ในผู้สูงอายุที่มีอายุมากกว่า 80 ปี ทั่วโลก⁽⁵⁾ ร้อยละ 41.1 ผู้สูงอายุที่เคยพลัดตกหกล้มจะมีประวัติการพลัดตกหกล้มซ้ำ⁽⁶⁾ การสำรวจสุขภาพคนไทย พบว่า ผู้สูงอายุหกล้มร้อยละ 18.5 ผู้สูงอายุหกล้มเฉลี่ยคนละ 2 ครั้ง⁽⁷⁾ และร้อยละ 16.9 ในปี 2557⁽⁸⁾ ผู้สูงอายุครึ่งหนึ่งหกล้มนอกบริเวณบ้าน สาเหตุ

การหกล้มเกิดจากการลื่น การสะดุดสิ่งกีดขวาง และเสียการทรงตัว⁽⁷⁾

ผลของการหกล้มในผู้สูงอายุกระทบต่อสภาพร่างกาย จิตใจและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ด้านร่างกายทำให้ทำให้เกิดอาการบาดเจ็บของอวัยวะต่าง ๆ เช่น เนื้อเยื่อฉีกขาด กระดูกข้อมือ กระดูกสะโพกหักเคลื่อน⁽⁹⁾ สูญเสียความสามารถในการทำกิจวัตร⁽¹⁰⁾ หรือเกิดการบาดเจ็บรุนแรงจนทำสูญเสียชีวิตได้ในที่สุด⁽⁹⁾ ด้านจิตใจ การพักรักษาตัวระยะยาวอาจทำให้เกิดความวิตกกังวล กลัวการเกิดการหกล้มซ้ำ จนทำให้หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม^(11,12) ตลอดจนความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจที่ตามมาอีกด้วย⁽¹³⁾ ส่งผลให้เพิ่มการพึ่งพาผู้อื่นรู้สึกว่าเป็นภาระแก่ครอบครัว มีผลให้คุณภาพชีวิตต่ำลง⁽¹⁴⁾ อย่างไรก็ตาม รูปแบบการป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุที่มีประสิทธิภาพ จะสามารถลดอุบัติการณ์หกล้มในผู้สูงอายุ ช่วยให้ผู้สูงอายุมีชีวิตยืนยาวขึ้นได้⁽¹⁵⁾

จากงานทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะเห็นได้ชัดเจนว่า การหกล้มเกี่ยวข้องกับกระบวนการสูงอายุ พยาธิสภาพของโรค และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม รวมถึงกิจกรรมของผู้สูงอายุ สามารถจำแนกได้ 2 กลุ่ม ได้แก่ ปัจจัยภายใน ได้แก่ สภาพจิต ประวัติหกล้ม การเคลื่อนไหว การควบคุมการขยับถ่าย การมองเห็นยาที่ได้รับ เพศอายุและปัจจัยภายนอก ได้แก่ พื้นผิวทางเดิน บริเวณที่หกล้ม ช่วงเวลาที่หกล้ม กิจกรรมที่ทำขณะหกล้ม ระยะเวลาอนโรงพยาบาล ซึ่งการศึกษาของ⁽¹⁶⁾ เป็นตัวอย่างที่ชี้ให้เห็นว่า มีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการพลัดตกหกล้มอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เกิดจากสหปัจจัยร่วมกัน ดังนั้น โปรแกรมป้องกันการหกล้มที่มีประสิทธิภาพจึงควรประกอบด้วยหลายปัจจัย⁽¹⁵⁾ ซึ่งโปรแกรมการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัย⁽¹²⁾ โดยทีมสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง⁽¹⁶⁾ ได้รับการยอมรับว่าส่งผลดีต่อการป้องกันการหกล้มได้มากกว่าการป้องกันแบบปัจจัยเดียว⁽¹⁷⁾

รูปแบบการป้องกันหกล้ม จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมา ประกอบด้วย 1) การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มอย่างสม่ำเสมอ^(16,18,19) 2) การให้ความรู้เกี่ยวกับการหกล้ม ผลกระทบ และการป้องกันแก่ผู้สูงอายุหรือผู้ดูแลในครอบครัว หรือชุมชน โดยใช้สื่อที่เหมาะสมกับบริบท^(20,21) 3) ฝึกทักษะการจัดการตนเองในการลดความเสี่ยงต่อการหกล้ม ได้แก่ การฝึกการจัดการสิ่งแวดล้อม⁽²¹⁾ การออกกำลังกายเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและข้อ ซึ่งมีหลากหลายวิธีได้แก่ การออกกำลังกายแบบผสมผสาน⁽²²⁾ การฝึกเดินบนลู่วิ่งไฟฟ้าที่มีเครื่องช่วยพยุงน้ำหนักตัว⁽²³⁾ การออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องและยางยืด⁽²⁴⁾

ในคลินิกผู้สูงอายุของโรงพยาบาลชุมชนยังไม่มีรูปแบบการจัดบริการเพื่อป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ทั้งนี้ อำเภอลำทะเมนชัย ได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยในปี 2562 มีผู้สูงอายุร้อยละ 15.49 ของประชากร และเพิ่มเป็นร้อยละ 16.35 ในปี 2563 ส่วนปี 2564 มีผู้สูงอายุจำนวน 3,494 คน ซึ่งเป็นเป้าหมายที่ต้องได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง โดยออกแบบบริการที่เหมาะสมในหน่วยบริการทุติยภูมิ เนื่องจากแต่ละปีมีผู้สูงอายุเข้ารับบริการเพิ่มขึ้น โดยปี

2561-2563 มีผู้สูงอายุมารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุเพิ่มจาก 54 คน เป็น 66 คน และ 139 คน ตามลำดับ ทั้งนี้ ส่วนใหญ่ผู้มารับบริการเป็นผู้สูงอายุวัยต้น อายุ 60-69 ปี โรคที่เป็นสาเหตุการเจ็บป่วยมากที่สุด ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน โดยโรคข้อเข่าเสื่อม และภาวะบ้านหมุน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้สูงอายุเสี่ยงต่อการหกล้ม⁽²⁵⁾ โดยที่ผ่านมามีผู้สูงอายุที่มาใช้บริการมีประวัติหกล้มร้อยละ 3.1, 3.4 และ 3.6 ในปี 2561-2563 ตามลำดับ นอกจากนี้ในผู้สูงอายุที่มีมารับบริการยังมีปัญหาข้อเข่าเสื่อมร้อยละ 20.12, 23.84 และ 15.46 ตามลำดับ ตลอดจนมีปัญหาการมองเห็นร้อยละ 8.5, 8.9 และ 8.7 ตามลำดับ ซึ่งล้วนเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้ม ดังนั้น จึงจำเป็นต้องอย่างยิ่งที่จะพัฒนารูปแบบการจัดบริการในคลินิกผู้สูงอายุ เพื่อปรับปรุงระบบบริการที่มีคุณภาพ สอดคล้องกับสภาพปัญหาของผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยต่อพฤติกรรม การป้องกันตนเองต่อการหกล้มของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลลำทะเมนชัย 80 พรรษา

2. เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยต่อความเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุที่มาใช้บริการในคลินิกผู้สูงอายุโรงพยาบาลลำทะเมนชัย 80 พรรษา

วิธีดำเนินการวิจัย

1. **รูปแบบการวิจัย** ใช้รูปแบบการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Study)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา หมายถึง เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ 60-69 ปี ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา โดยกำหนดเงื่อนไขการคัดเลือกประชากรเข้าศึกษาดังนี้

1) เกณฑ์คัดเข้า เป็นผู้สูงอายุทั้งชายและหญิงที่มีอายุตั้งแต่ 60-69 ปี มีถิ่นที่อยู่และอาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอเขาชะเมา เป็นระยะเวลานานมากกว่า 6 เดือน สามารถสื่อสารกับบุคคลอื่นได้

2) เกณฑ์คัดออก เป็นผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตัวเองได้ มีผลประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน (Activity Daily Living; ADL) ตั้งแต่ 12 คะแนนขึ้นไป มีความพิการทางการเคลื่อนไหวโดยยึดตามการได้รับบัตรผู้พิการเป็นหลัก และไม่สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่ชุมชน ที่มารับบริการในโรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา จำนวนขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยสองกลุ่มกำหนดค่า เท่ากับ 17.97 โดยอ้างอิงจากผลการศึกษาของ นงนุช ล่วงพั่น และคณะ⁽²⁶⁾ และ (-) 2 เท่ากับ 10.57 โดยอ้างอิงจากค่าผลต่างความสามารถในการดูแลตนเองหลังได้รับโปรแกรมป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุจากการศึกษาของวิลาวรรณ สมทน และคณะ⁽²⁴⁾ เมื่อ

แทนค่าตามสูตร ได้ค่าขนาดตัวอย่างมากที่สุด 49.28 คน และคำนวณเพื่อร้อยละ 10 ดังนั้นจึงได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 56 คน สุ่มตัวอย่างตามความสมัครใจ จำนวน 112 คน เมื่อได้ครบตามจำนวน จึงทำการสุ่มเข้ากลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยปกปิดไม่ให้นักวิจัยทราบว่าคุณสมบัติของตนเองอยู่กลุ่มใด ทำการนัดรับบริการในคลินิกผู้สูงอายุให้เหลื่อมเดือนกัน

3. กิจกรรมแทรกแซง ใช้โปรแกรมสหปัจจัย ดังนี้

1) เสริมสร้างความรอบรู้การป้องกันการหกล้ม โดยการจัดอบรมหลักสูตร 1 วัน ใช้สื่อวีดิทัศน์ ร่วมกับสื่อ PowerPoint ที่เน้นข้อมูลและรูปภาพ สถานการณ์การหกล้ม อันตรายจากการหกล้ม สาเหตุของการหกล้ม และการป้องกันความเสี่ยงต่อการหกล้ม โดยทีมวิทยากรผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางด้าน

2) การประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มรายบุคคล โดยประเมินความเสี่ยงแบบสหปัจจัย

3) สะท้อนผลให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลรับทราบผลการประเมินความเสี่ยงให้คำแนะนำและวางแผนการดูแลรายบุคคล เพื่อให้ญาติและผู้สูงอายุนำไปปรับพฤติกรรมและปรับสิ่งแวดล้อมเพื่อลดความเสี่ยง ที่สอดคล้องกับความเสี่ยงระดับบุคคล ร่วมกับปรับยาที่ใช้และการจัดการปัญหาด้านสายตาการมองเห็น

4) การฝึกทักษะการป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุและญาติ ประกอบด้วย

(1) ฝึกการออกกำลังกายเพื่อสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา สำหรับ

ผู้สูงอายุ โดยออกกำลังกายบนเก้าอี้เพื่อการทรงตัวที่ดี (A Matter of Balance: MOB) โดยการยืดเหยียดตามพิสัยข้อต่างๆ และฝึกกล้ามเนื้อเนื้อขา กล้ามเนื้อเข่า กล้ามเนื้อ สะโพก และฝึกการทรงตัว เพื่อเพิ่มการยืดหยุ่นของข้อต่อต่างๆ เพิ่มความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มความมั่นคงในการยืนและการเดิน ซึ่งส่งเสริมให้นำไปปฏิบัติเองที่บ้านวันละ 30 นาที อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน

(2) สาธิตการจัดการสิ่งแวดล้อมเสี่ยงในจุดที่สามารถแก้ไขได้โดยไม่ต้องลงทุน ได้แก่ สาธิตและฝึกปฏิบัติการทำพรมเช็ดเท้า กันลื่น เก้าอี้นั่งส้วม การเลือกรองเท้าปลอดภัย ปรับโซฟานั่ง เป็นต้น

(3) กิจกรรมจิตปัญญาสร้างสุข ลดกลัว ปรับมุมมองผู้สูงอายุให้เข้าใจต่อความกลัวต่อการหกล้มว่า การหกล้ม และความกลัวการหกล้มเป็นสิ่งที่ป้องกันและควบคุมได้ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม และการดูแลโดยบุคคลในครอบครัวอย่างใกล้ชิด

5) ติดตามผลทางโทรศัพท์และนัดติดตามการเปลี่ยนแปลงทุก 2 เดือน ในด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการหกล้ม

ส่วนกลุ่มควบคุมได้รับการดูแลโดยการให้คำแนะนำในการลดความเสี่ยงต่อการหกล้มตามความเสี่ยงที่ได้จากการประเมินรายบุคคล

4. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เป็นคำถามปิดซึ่งกำหนดคำตอบไว้ให้เลือกตอบ ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านการป้องกันการหกล้ม 6 ด้าน ละ 5 ข้อ รวม 30 ข้อ โดยมีระดับการวัดเป็นช่วงสเกล (Interval scale) ผู้วิจัยแปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับขั้นคะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงตามหลักการ Learning for Mastery ของ บลูม⁽²⁷⁾ โดยแบ่ง เป็น 3 ระดับคือ

ระดับไม่ดี	คะแนนร้อยละ	0-17
ระดับพอใช้	คะแนนร้อยละ	18-23
ระดับดีมาก	คะแนนร้อยละ	24-30

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ประกอบด้วย การตีเครื่องตีที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การตีเครื่องตีชุกำลัง การดื่มชา/กาแฟ การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารเสี่ยงการทำให้เกิดอันตราย ประเภทและจำนวนยาที่รับประทานประจำ การร่วมกิจกรรมสังคม รวม 20 ข้อ เป็นคำถามแบบมาตราส่วน

3 ระดับ ได้แก่ 3 คะแนนคือเป็นประจำ 2 คะแนนคือบางครั้ง และ 1 คะแนนคือนานๆ ครั้ง ผู้วิจัยแปลผลคะแนนโดยใช้เกณฑ์การแบ่งระดับขั้นคะแนนแบบเกณฑ์อ้างอิงตามหลักการ Learning for Mastery ของ บลูม⁽²⁷⁾ โดยแบ่ง เป็น 3 ระดับคือ

ระดับไม่ดี	คะแนนร้อยละ	0-11
ระดับพอใช้	คะแนนร้อยละ	12-15
ระดับดีมาก	คะแนนร้อยละ	16-20

ส่วนที่ 4 แบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม ประกอบด้วย 4 เครื่องมือ ดังนี้

(1) แบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้ม ใช้ Morse Fall Scale (MFS) เป็นแบบประเมินความเสี่ยงต่อการหกล้มประกอบด้วย 6 ข้อคำถาม ครอบคลุมถึงการการรับรู้และการทำการเคลื่อนไหวของผู้ถูกทดสอบคะแนนรวม 0 - 125 โดย ระดับความเสี่ยง คะแนน 0 - 24 หมายถึง ไม่มีความเสี่ยงต่อการลื่น/ตก/หกล้ม คะแนน 25 - 50 หมายถึง มีความเสี่ยงต่อการลื่น/ตก/หกล้ม คะแนน ≥ 51 หมายถึง มีความเสี่ยงสูงต่อการลื่น/ตก/หกล้มมีความเที่ยงและแม่นยำสูง (ICC=0.97) และค่า cut off คือ 45 คะแนน⁽²⁸⁾

(2) แบบประเมินการการเดินและการทรงตัว ใช้ Timed up and go test⁽²⁹⁾ ซึ่งเป็นการประเมินความสามารถในการทรงตัวจากการเคลื่อนไหวและการเดิน โดยให้ผู้ถูกประเมินลุกขึ้นยืนจากท่านั่งเก้าอี้ เดินไปกลับในระยะทาง 3 เมตร การแปลผล กรณีที่ใช้เวลาน้อยกว่า 10 วินาที อยู่ในระดับปลอดภัย ส่วนกรณีที่ใช้เวลานานกว่า 29 วินาที ถือว่ามีความเสี่ยงต่อภาวะหกล้ม โดยมีค่าความเชื่อมั่น Inter-rater reliability เท่ากับ 0.91 และ intra-observer reliability เท่ากับ 0.96⁽³⁰⁾

(3) แบบประเมินความกลัวต่อการหกล้ม ใช้เครื่องมือ fall efficacy scale⁽³¹⁾ เป็นการประเมินความมั่นใจต่อการทำกิจวัตร

ประจำวันที่เป็นผลมาจากความรู้สึกกลัวต่อการหกล้ม คำถามประกอบด้วย 10 กิจกรรมซึ่งสัมพันธ์กับความรู้สึกกลัวต่อการหกล้มแบบให้ผู้สูงอายุตอบเอง ซึ่งมีค่าความเชื่อมั่น (Test retest reliability; r) เท่ากับ 0.71 โดยแต่ละข้อมีค่าคะแนนระหว่าง 1-10 มีจุดตัด (cut-off) ที่คะแนนรวม 70 คะแนน ซึ่งคะแนนมีความหมายดังนี้

1 = มั่นใจมาก หรือไม่กลัวการหกล้ม

10 = ไม่มั่นใจมาก หรือกลัวการหกล้ม

(4) แบบประเมินความเสี่ยงจากสิ่งแวดล้อม ใช้เครื่องมือ Environmental safety checklist ที่พัฒนาโดยนักวิจัย โดยประยุกต์จากการศึกษาของ Tzu-Ting Huang, Gayle J. Action ที่ผ่านการทดสอบความตรงด้วย Face Validity และ Concurrent validity โดยตรวจสอบในบริเวณบ้าน และบริเวณรอบบ้าน รวม 25 จุดเสี่ยง โดยมีจุดตัด (Cut-off) ที่ 1 จุดขึ้นไปถือว่ามีความเสี่ยง⁽³¹⁾

โดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจะนำเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญเพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกับเนื้อหาของข้อคำถาม นำมาปรับแก้ไขก่อนนำไปทดลองใช้เก็บข้อมูล ในพื้นที่อำเภอเขาแก่ง จำนวน 30 คนได้ค่าความเชื่อมั่นภาพรวมเท่ากับ 0.92

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ชี้แจงวัตถุประสงค์เพื่อเชิญชวนผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุเข้าร่วมโครงการ และขออนุญาตเก็บข้อมูลด้วยวาจาต่อผู้สูงอายุเป้าหมายโดยตรง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยนักวิจัยตามระยะเวลาที่กำหนดในแผนการวิจัย ทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบ โดยปกปิดไม่ให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทราบสถานะ การเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มเปรียบเทียบ เพื่อป้องกันมิให้จัดกิจกรรมเสริมพิเศษให้แก่กลุ่มทดลอง และปกปิดไม่ให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบว่าตนเองเป็นกลุ่มทดลองหรือกลุ่มเปรียบเทียบ และเลือกกลุ่มที่มารับบริการในเดือนที่ต่างกัน

6. การวิเคราะห์ข้อมูล

ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ วิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านการป้องกันการหกล้ม พฤติกรรมเสี่ยงต่อการหกล้ม ความเสี่ยงต่อการหกล้มระหว่างกลุ่มทดลอง กับกลุ่มเปรียบเทียบ จากการประเมินด้วย MFS, FES, ESC และ TUG ก่อนการทดลอง และหลังการทดลองด้วย Paired Sample T test ระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบด้วย Independent Sample T test

7. จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการด้านจริยธรรมในการวิจัยโดยทำหนังสือถึงคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง ได้ผ่านการรับรองเลขที่ 14/2565 ลงวันที่ 30 พฤษภาคม 2565 เพื่อตรวจสอบและให้คำรับรองในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ และได้ปฏิบัติตามโดยเคร่งครัด

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ส่วนใหญ่อายุตั้งแต่ 65 ปีขึ้นไป มีสถานภาพสมรส จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีความสามารถในการอ่านระดับอ่านหนังสือได้สบาย สามารถดูแลตนเองได้ ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้รวมทั้งหมดต่อเดือน ตั้งแต่ 5,001 บาทขึ้นไป

2. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง ภาพรวมทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการหกล้มในระดับไม่ดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.92 (S.D.=0.34) และ 3.96 (S.D.=3.23) ตามลำดับ แต่ภายหลังการทดลอง เมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับพอใช้ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.65 (S.D.=0.12) แต่ในกลุ่มเปรียบเทียบ อยู่ในระดับไม่ดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.36 (S.D.=0.85) และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่ม ในกลุ่มทดลองก็พบว่า ภายหลังการทดลองระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งเปลี่ยนไปจากก่อนการทดลองที่อยู่ในระดับไม่ดี ในขณะที่กลุ่มเปรียบเทียบยังคงอยู่ในระดับไม่ดีเช่นเดิม

3. ความรอบรู้ด้านการป้องกันการหกล้ม ก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณารายด้าน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับความรู้ในระดับพอใช้ทุกด้านเช่นกัน ภายหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีระดับความรู้ในระดับดีมากทุกด้าน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบทุกด้านมีความรอบรู้ในระดับพอใช้

4. เปรียบเทียบผลของรูปแบบการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัย

การศึกษารูปแบบการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยสำหรับผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ภายหลังได้รับการทดลองหารูปแบบใหม่ในการป้องกันปัญหาการหกล้มในผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในคลินิก พบว่าทุกตัวแปรที่มีความแตกต่างจากก่อนได้รับการ

ทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยความรอบรู้ด้านการป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลอง ($p\text{-value}<.001$) ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการหกล้ม ($p\text{-value}<.001$) ความเสี่ยงต่อการหกล้มจากสหปัจจัย ($p\text{-value}<.001$) ระยะเวลาที่ใช้ในการเดินระยะ 3 เมตร ($p\text{-value}=0.001$) ความกลัวต่อการหกล้ม ($p\text{-value}<.001$) และความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ($p\text{-value}<.001$) ลดลงจากก่อนการทดลอง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลของรูปแบบการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยสำหรับผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ภายในกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	M.D.	S.D.	95% CI	t	p-value
ความรอบรู้ด้านการป้องกันการหกล้ม	12.22	4.62	11.12, 13.31	22.29	<.001
พฤติกรรมเสี่ยงต่อการหกล้ม	1.58	0.35	-1.67, -1.49	33.59	<.001
ความเสี่ยงต่อการหกล้มจากสหปัจจัย	11.63	6.90	9.82, 13.45	12.83	<.001
การเดิน	0.34	0.72	0.53, 0.15	3.65	0.001
ความกลัวต่อการหกล้ม	9.96	3.93	8.93, 10.99	19.29	<.001
ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม	2.03	2.55	1.36, 2.70	6.06	<.001

เปรียบเทียบผลระหว่างกลุ่มหลังการทดลอง การได้รับรูปแบบการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยสำหรับผู้สูงอายุในกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบในการได้รับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในคลินิกผู้สูงอายุ พบว่าตัวแปรที่มีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ โดยความรอบรู้ด้านการป้องกันการหกล้ม ($p\text{-value}=0.001$) ด้านพฤติกรรมเสี่ยงต่อการหกล้ม ($p\text{-value}<0.001$) การทรงตัวยืนขาเดียว ($p\text{-value}=0.005$) และด้านความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ($p\text{-value}=0.002$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบผลของรูปแบบการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยสำหรับผู้สูงอายุ ที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ โรงพยาบาลเขาชะเมาเฉลิมพระเกียรติ 80 พรรษา ระหว่างกลุ่ม หลังการทดลอง

ตัวแปร	Mean (S.D.)		t	p-value
	กลุ่มทดลอง	กลุ่มเปรียบเทียบ		
ความรู้ด้านการป้องกันการหกล้ม	4.20 (0.24)	2.80 (0.47)	19.97	0.001
พฤติกรรมเสี่ยงต่อการหกล้ม	3.34 (0.12)	1.78 (0.30)	36.017	<0.001
ความเสี่ยงต่อการหกล้มจากสหปัจจัย	6.63 (10.65)	18.44 (12.25)	-5.53	0.53
การเดิน	10.70 (2.20)	10.16 (1.66)	1.50	0.12
ความกลัวต่อการหกล้ม	12.36 (5.23)	20.06 (4.33)	-8.63	0.99
ความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม	2.10 (1.42)	6.98 (2.68)	-12.22	0.002

อภิปรายผลการวิจัย

1) พฤติกรรมเสี่ยงต่อการหกล้มของผู้สูงอายุที่มารับบริการในคลินิกผู้สูงอายุ ก่อนการทดลอง ภาพรวมทั้งกลุ่มทดลอง และกลุ่มเปรียบเทียบมีระดับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการหกล้มในระดับไม่ดี แต่ภายหลังการทดลอง พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มทดลองอยู่ในระดับพอใช้ แต่ในกลุ่มเปรียบเทียบ อยู่ในระดับไม่ดี ผลการเปรียบเทียบการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยของผู้สูงอายุต่อความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อม ภายหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการหกล้มลดลงจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเป็นผลจากฝึกทักษะการป้องกันการหกล้มและติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของฐิติมา ทาสวรรณอินทร์ และกรรณิการ์ เทพกิจ และการศึกษาของ ธนพงษ์ เทศนิยม และคณะ^(20,32) สรุปได้ว่า การให้ความรู้

หรือการเสริมสร้างความรอบรู้เกี่ยวกับการป้องกันการหกล้มจากปัจจัยเสี่ยง การสาธิตฝึกปฏิบัติและติดตามอย่างต่อเนื่อง จะส่งผลให้ กลุ่มเสี่ยงหรือผู้มีประวัติเคยหกล้ม มีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากความเสี่ยงจากการหกล้มที่ดีขึ้น

2) ความรู้ด้านการป้องกันการหกล้ม ก่อนการทดลอง เมื่อพิจารณารายด้าน ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ มีระดับความรู้ในระดับพอใช้ทุกด้านเช่นกัน ภายหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีระดับความรู้อยู่ในระดับดีมากทุกด้าน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบทุกด้านมีความรู้ในระดับพอใช้ ซึ่งภายหลังการทดลองผู้สูงอายุมีความรู้ด้านการป้องกันการหกล้มเพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีดา สารลักษณ์

และ วรารัตน์ ทิพย์รัตน์⁽³³⁾ และการศึกษาของ วรารัตน์ ทิพย์รัตน์, จรูญรัตน์ รอดเนียม, พีรวิชัย สุวรรณเวลา พบว่า หลังเข้าร่วม โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้าน สุขภาพ ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงมีความรอบรู้สูงกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งส่งผล ต่อพฤติกรรมป้องกันการหกล้ม ที่จะนำไปสู่การ ลดอุบัติเหตุ การหกล้มในผู้สูงอายุ เพิ่มคุณภาพ ชีวิตผู้สูงอายุให้ดีขึ้น⁽³⁴⁾

3) ความเสี่ยงต่อการหกล้มสหปัจจัย พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลอง มีความเสี่ยง ต่อการหกล้มจากสหปัจจัย ร้อยละ 93.10 ส่วน กลุ่มเปรียบเทียบ มีความเสี่ยงต่อการหกล้มจาก สหปัจจัย ร้อยละ 91.40 ภายหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง พบผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการ หกล้มจากสหปัจจัยลดลงเหลือ ร้อยละ 31.00 และทั้งสองกลุ่ม ผู้สูงอายุทุกคนยังมีปัญหา การทรงตัว แต่ไม่มีปัญหาในการเดินทุกคน เช่นกัน ส่วนความกลัวหกล้ม และความเสี่ยง ต่อการหกล้มพบว่า กลุ่มทดลองมีความเสี่ยง น้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความเสี่ยงต่อการหกล้มจากสหปัจจัยใน กลุ่มทดลอง ภายหลังการทดลองมีค่าลดลง จากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ชิตชนก ศิริวิบูลยกิจ และคณะ⁽¹⁸⁾ สรุปได้ว่า การลดความเสี่ยงจากการ หกล้มลดลงจากก่อนการทดลอง อันเป็นผลมา จากรูปแบบการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัย

4) ผลการเปรียบเทียบการป้องกันการ หกล้มแบบสหปัจจัยของผู้สูงอายุต่อการ ทรงตัว ภายหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง มีปัญหาการทรงตัวยืนขาเดียวลดลง แตกต่าง จากก่อนทดลอง และต่างกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ ผู้สูงอายุได้รับการฝึกทักษะการออกกำลังกาย เพื่อสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา ทำให้การทรงตัวดีขึ้น สอดคล้องกับการ ศึกษาของธีรวิวีร์ วีรวรรณ ศึกษาผลของการ ออกกำลังกายแบบผสมผสาน พบว่า หลัง ทดลองการทรงตัวดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญสถิติ⁽²²⁾ การศึกษาของ วิลาวรรณ สมทน ผลของโปรแกรมการออก กำลังกายด้วยตารางเก้าช่อง และยางยืด พบว่า เมื่อสิ้นสุดการทดลองอาสาสมัครใน กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยการทรงตัว ความแข็งแรง ของกล้ามเนื้อ แตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²⁴⁾ สอดคล้องกับการศึกษา ของภาริส วงศ์แพทย์ และวันทนา วัชรอุตมกาล ที่ใช้การฝึกเดินบนลู่วิ่งไฟฟ้าที่มีเครื่องช่วย พยุงน้ำหนักตัว พบว่า ความสามารถทรงตัว และเดินเพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการฝึกอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ⁽²³⁾ และการศึกษาของ ธีรพันธ์ จันทรเป็ง และคณะ ที่ใช้การบริหารกล้ามเนื้อ ต้นขา การฝึกทักษะใช้ไม้เท้า พบว่า หลังได้ รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับความสามารถ ในการทรงตัว และการเดินดีกว่าก่อนได้รับ โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²¹⁾

ผลของการเปรียบเทียบการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยของผู้สูงอายุต่อความถี่ต่อการหกล้มในผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงต่อการหกล้ม ภายหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลองมีความถี่ต่อการหกล้มลดลงต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาวรรณ สมทน ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายด้วยตารางเก้าช่องและยางยืดเมื่อสิ้นสุดการทดลองอาสาสมัครในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความถี่การหกล้มแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแตกต่างจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .025⁽²⁴⁾

ผลของการเปรียบเทียบการป้องกันการหกล้มแบบสหปัจจัยของผู้สูงอายุต่อความถี่ด้านสิ่งแวดล้อม ภายหลังการทดลอง ในกลุ่มทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีความเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมลดลง แตกต่างจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และแตกต่างจากกลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พิรนตรี ศรีชัยเลิศสกุล⁽³⁵⁾ และการศึกษาของ อรทัย ยินดี⁽³⁶⁾ สรุปได้ว่า ผลของรูปแบบการป้องกันการหกล้มด้วยสหปัจจัยส่งผลให้สามารถลดความเสี่ยงต่อการหกล้มในผู้สูงอายุได้ทั้งด้านความแข็งแรงของกล้ามเนื้อที่มีผลต่อการยืนและการทรงตัว ปัจจัยทางด้านจิตใจที่มาจากความถี่ต่อการหกล้ม รวมถึงปัจจัยภายนอก ที่มาจากสิ่งแวดล้อมเสี่ยง

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ควรนำรูปแบบการประเมินความเสี่ยงและออกแบบการป้องกันความเสี่ยงลดอัตราการหกล้มในผู้สูงอายุไปปรับใช้ให้เข้ากับบริบทของแต่ละพื้นที่ และผู้สูงอายุรายบุคคล

2. การจัดบริการป้องกันการหกล้มในคลินิกมีข้อจำกัดในการประเมินความเสี่ยงที่แท้จริงในชุมชน และขาดความร่วมมือของครอบครัว ชุมชนอย่างแท้จริงจึงควรพัฒนารูปแบบการป้องกันการหกล้มแบบองค์รวมและเน้นการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน

2) ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ศึกษารูปแบบการบูรณาการการป้องกันการหกล้มในระบบบริการปฐมภูมิ เชื่อมโยงภารกิจสามหมอ เพื่อเป็นต้นแบบในการแก้ปัญหาสุขภาพอื่นที่ต้องดูแลแบบต่อเนื่องระยะยาว

2. ศึกษารูปแบบการป้องกันการหกล้มในคลินิกผู้สูงอายุระดับโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพระดับตำบล เพื่อเสริมสร้างโอกาสในการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2562. นครปฐม: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2563.

3. Gang, L., Sufang, J., & Ying, S. The incidence status on injury of the community dwelling elderly in Beijing. *Chi J Prev Med* 2006; 40(1): 37.
4. Wannian, L., Ying, L., Xueqing, W., & Chin J. An epidemiological study on injury of the community-dwelling elderly in Beijing. *Dis Control Prev* 2004; 8(6): 489-92.
5. Calvalcante, A.L.P., Aguiar, J.B., & Gurgel, L.A. Fatores associados a quedas em idosos em um bairro de Fortaleza, Ceará. *Rev Bras Geriatr Gerontol* 2012; 15(1): 137-46.
6. Wu, T.Y., Chie, W.C., Yang, R.S., & et al. Risk factors for single and recurrent falls: A prospective study of falls in community dwelling seniors without cognitive impairment. *Prev Med* 2013; 57: 511-7.
7. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.), สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.), มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.). การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย (มส.ผส.), 2553.
8. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
9. Centers for Disease Control and Prevention. Older adult fall. Retrieved 5 March 2019 from <https://www.cdc.gov/homeandrecreationalsafety/falls/index.html>, 2019.
10. Stenbacka, M., et al., Association between use of sedatives or hypnotics, alcohol consumption, or other risk factors and a single injurious fall or multiple injurious falls: a longitudinal general population study. *Alcohol (Fayetteville, N.Y.)* 2002; 28(1): 9-16.
11. Masud, T. and R.O. Morris. Epidemiology of falls. *Age and Ageing* 2001; 30 (suppl 4): 3-7.
12. ลัดดา เถียมวงศ์. แนวทางการป้องกันการเกิดหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในชุมชน. *วารสารพญาวิทยยา* 2547; 5(2): 42-7.
13. Biderman, A., et al., Depression and falls among community dwelling elderly people: A search for common risk factors. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2002; 56(8): 631.
14. เพ็ญศรี เลาสวัสดิ์ชัยกุล, ยุพาพิน ศิริโพธิ์งาม, พรรณวดี พุชรวัฒน์. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและผลจากการหกล้มในผู้สูงอายุ. *วารสารพญาวิทยยา* 2543; 1(3): 16-22.
15. Control, N.C.f.I.P.a. Preventing Falls: How to Develop Community-based

- Fall Prevention Programs for Older Adults. Atlanta, Georgia: The National Center for Injury Prevention and Control of the Centers for Disease Control and Prevention, 2008.
16. ศศิธร ตั้งสวัสดิ์, สุปัตรา สิมมาพัน, นิภาพร ฮามพิทักษ์, บุญทนากร พรหมภักดี, ดุสิต อยู่คง. การประเมินความเสี่ยงและพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายต่อการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารควบคุมโรค 2563; 46(3): 565-78.
 17. McKay C Fau - Anderson, K.E. and K.E. Anderson. How to manage falls in community dwelling older adults: a review of the evidence. (1469-0756 (Electronic)), 2010.
 18. ชิตชนก ศิริวิบูลยภิตติ, กุลนาถ มากบุญ, จุฬาลักษณ์ คำเจริญ. ผลของการใช้โปรแกรมท่าศาลากับผู้สูงอายุในการเสริมสร้างสมรรถนะทางกายเพื่อลดความเสี่ยงจากการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารแพทย์เขต 4-5 2563; 39(1): 127-37.
 19. ทิพนันดา นามกาละ, ประคอง อินทรสมบัติ, สุปรีดา มั่นคง. การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและจัดการการหกล้มในผู้ป่วยที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาล. Rama Nurs J 2011; 17(1): 108-25.
 20. จุติมา ทาสวรรณอินทร์ และกรรณิการ์ เทพกิจ. ผลของโปรแกรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มในผู้สูงอายุ. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560; 35(3): 186-95.
 21. ชีรพันธ์ จันทร์เป็ง, รังสิยา นารินทร์, วิลาวัลย์ เตื่อนราษฎร์. โปรแกรมส่งเสริมครอบครัวเพื่อการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคข้อเข่าเสื่อมต่อการป้องกันการหกล้ม. วารสารสภาการพยาบาล 2564; 36(1): 34-51.
 22. ชีรวิทย์ วีรวรรณ. ผลของการออกกำลังกายแบบผสมผสานต่อการทรงตัวของผู้สูงอายุเขตบึงกุ่มกรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2555; 42(2): 44-53.
 23. ภาริส วงศ์แพทย์, วันทนียา วัชรอุตมกาล. ผลจากการฝึกเดินบนสายพานเลื่อนพร้อมการพุงน้ำหนักตัวกับการฟื้นความสามารถเดินและการทรงตัวของผู้สูงอายุในชุมชน. เวชศาสตร์ฟื้นฟูสาร 2559; 26(1): 19-23.
 24. วิลาวรรณ สมตน, ทศนีย์ รวีวรกุล, ขวัญใจ อานาญสัจย์เชื้อ. ผลของโปรแกรมป้องกันการหกล้มสำหรับผู้สูงอายุ. Journal of Public Health Nursing 2017; 27(3): 59-70.
 25. ปรีศนา รณสีดา. การป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในชุมชน: บทบาทพยาบาลกับการดูแลสุขภาพที่บ้าน. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย 2561; 12(2): 15-25.
 26. นงนุช ล่วงพันธ์, ศิริรัตน์ เกียรติกุลานุสรณ์, พรลักษณ์ แพเพชร เสือโต, จารุวรรณ กิตติวรารุณ. ความสัมพันธ์ระหว่างค่าคะแนนความเสี่ยงต่อการหกล้มด้วยแบบสอบถาม แบบประเมิน Time up and Go ต่อค่าความสมดุลของการลงน้ำหนักรยางค์ล่างในผู้สูงอายุ. วารสารมหาวิทยาลัย คริสเตียน 2563; 26(1): 1-12.

27. Bloom, BS. Mastery learning. In J. H. Block (Ed.), *Mastery learning: Theory and practice*, 1971; 47-63.
28. สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันประเมินภาวะหกล้มในผู้สูงอายุ. นนทบุรี: 2551.
29. Podsiadlo D, R.S., The timed "up & go": A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *J Am Geriatr Soc* 1991; 39: 142-8.
30. BISCHOFF, H.A., et al., Identifying a cut-off point for normal mobility: a comparison of the timed 'up and go' test in community-dwelling and institutionalised elderly women. *Age and Ageing* 2003; 32(3): 315-20.
31. Tzu-Ting Huang and Gayle J. Action. Effectiveness of home visit falls prevention strategy for Taiwanese community-dwelling elders: randomized trial. *Public health nursing* 2004; 21(3): 247-56.
32. ชนพงษ์ เทศนิยม, นิภา มหารัชพงษ์, บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์, ศศิธร สกุลกิม. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองต่อการป้องกันการหกล้มของผู้สูงอายุในอำเภออุ้มทอง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารกรมการแพทย์* 2562; 44(4): 90-5.
33. ปรีดา สารลักษณ์ และ วรรัตน์ ทิพย์รัตน์. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มของผู้ดูแลผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในเขตเทศบาลนครตรัง. *วารสารการพยาบาลและการศึกษา* 2565; 15(2): 1-13.
34. วรรัตน์ทิพย์รัตน์, จริญญารัตน์ รอดเนียม, พีรวิชัย สุวรรณเวลา. ผลของโปรแกรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแล พฤติกรรมการป้องกันการพลัดตกหกล้มและการทรงตัวของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์* 2565; 14(3): 72-91.
35. พิรุณตรี ศรชัยเลิศสกุล. ผลของโปรแกรมลดความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการป้องกันการหกล้ม ของผู้สูงอายุในชุมชนโรงพยาบาลสุพรรณภูมิ. *วารสารวิจัยและพัฒนานวัตกรรมทางสุขภาพ* 2566; 4(1): 98-110.

**ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานทันตกรรมป้องกัน
ในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดขอนแก่น**

ชวานนท์ น้อยโพน¹, สุวิทย์ อุดมพาณิชย์², ประจักษ์ บัวผัน³

(วันที่รับบทความ 15 มีนาคม 2566, วันที่แก้ไข 2 พฤษภาคม 2566, วันที่ตอบรับ 2 พฤษภาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ ศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ประชากร คือ ทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 155 คน สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย ได้จำนวน 143 คน เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามและการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 12 คน ความตรงเชิงเนื้อหา มีค่ามากกว่า 0.50 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.92 เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1-20 มกราคม 2566 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลคือ สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน โดยมีระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่าภาพรวมระดับปัจจัยทางการบริหาร ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และการดำเนินงานทันตกรรม ป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากร อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.15 (S.D.=0.37) , 4.08 (S.D.=0.40) และ 4.07 (S.D.=0.43) ตามลำดับ โดยพบว่า ปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.732$, $p\text{-value}<0.001$) ปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.518$, $p\text{-value}<0.001$) พบว่าตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลาในการปฏิบัติงาน ด้านงบประมาณ ด้านการบริหารจัดการ ด้านบุคลากรและปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการในเครือข่ายเดียวกัน มีผลและสามารถร่วมกันพยากรณ์การดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 69.0 ($R^2=0.690$, $p\text{-value}<0.001$)

คำสำคัญ : ปัจจัยทางการบริหาร ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียน
ทันตบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

⁽¹⁾ นักศึกษาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ^(2,3) รองศาสตราจารย์ประจำสาขาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Administrative Factors and Key Success Factors Affecting the Preventive Dentistry Operation among Students of Dental Personnel in Sub-district Health Promoting Hospitals , Khon Kaen.

Chawanon Noiphon¹, Suwit Udompanich², Prachak Bouphan³

(Received 15th March 2023, Revised 2nd May 2023, Accepted 2nd May 2023)

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study administrative factors and key success factors affecting preventive dentistry operations in students of dental personnel at sub-district health-promoting hospitals in Khon Kaen. The samples were 143 dental personnel chosen at random from 155 populations who work in preventive dentistry operations in students of dental personnel at sub-district health promoting hospitals in Khon Kaen using a simple random sampling technique. Data were collected by the questionnaire for the quantitative data and using in-depth interview guidelines for the qualitative data gathering from 12 key informants for content validity with items having objective congruence (IOC) of more than 0.50 and reliability with Cronbach's alpha of 0.92. Data were collected between January 1st and January 20th, 2023. Data analysis was performed using descriptive and inferential statistics at a significance level of 0.05.

The results showed that the levels of administrative factors, key success factors, and the preventive dentistry operation in students of dental personnel were at a high level with averages of 4.15 (S.D.=0.37) , 4.08 (S.D.=0.40) and 4.07 (S.D.=0.43), respectively. Overall administrative factors had a statistically significant high relationship with the preventive dentistry operation in students of dental personnel ($r=0.732$, $p\text{-value} < 0.001$) and key success factors had a statistically significant medium relationship with the preventive dentistry operation in students of dental personnel ($r=0.518$, $p\text{-value}<0.001$). The results found that five variables consisted of four variables of administrative factors; time, budget, management and man, and one variable of key success factors; the connection between the sub-district health promoting hospitals and the secondary hospitals affected and could jointly the preventive dentistry operation in students of dental personnel at sub-district health promoting hospitals, Khon Kaen at 69.0 percent ($R^2=0.690$, $p\text{-value}<0.001$).

Keyword : administrative factors, key success factors, the preventive dentistry operation in students, dental personnel , sub-district health promoting hospitals

⁽¹⁾Ph.m. Public health administration, Public health, Khon Kaen University. ^(2,3)Associate Professor of Public health administration, Public health, Khon Kaen University.
Corresponding author: Chawanon Noiphon, e-mail; Chawanon.n@kkumail.com

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กำหนดให้บริการ สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคช่องปากเป็นสิทธิประโยชน์ด้านสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคสำหรับทุกกลุ่มวัย เพื่อให้การเข้าถึงบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคช่องปากเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บริการทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเป้าหมายสำคัญ ได้แก่ กลุ่มเด็กเล็กและเด็กโตที่มีสุขภาพฟันที่แข็งแรง เป็นรากฐานที่สำคัญระยะยาวต่อการมีสุขภาพช่องปากที่ดี กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้เพิ่มรายการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่จ่ายตามรายการบริการ (fee schedule) ในเด็กวัยเรียน โดยมีเป้าหมายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงบริการครอบคลุมบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปาก สำหรับเด็กวัยเรียนทุกสิทธิการรักษา⁽¹⁾

ซึ่งปฏิบัติงานตามบทบาทและหน้าที่ของทันตบุคลากรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ โดยการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียนมี 6 ด้าน ประกอบไปด้วย 1) การตรวจสุขภาพช่องปาก 2) การวิเคราะห์ผลการตรวจสุขภาพช่องปาก 3) การสนับสนุน และร่วมดำเนินการ 4) การจัดบริการทันตกรรม 5) การติดตามประเมินผล และ 6) ความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพ⁽²⁾ จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ภาพรวมของการปฏิบัติงานทันตกรรมป้องกันของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.26 (S.D.=0.41)⁽³⁾ และพบว่าภาพรวมการดำเนิน

งานส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียนของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 6 อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.04 (S.D.= 0.55)⁽⁴⁾ และภาพรวมการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.98 (S.D.=0.46)⁽⁵⁾

รายงานการให้บริการทันตกรรมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ในปีงบประมาณ 2563 และ ปีงบประมาณ 2564 พบว่าเด็กอายุ 4-12 ปี เป้าหมาย 148,840 และ 145,032 รายได้รับบริการทาฟลูออไรด์ คิดเป็นร้อยละ 65.48 และ 48.04 ตามลำดับ และเด็กอายุ 6-12 ปี เป้าหมาย 120,053 และ 117,403 รายได้รับการเคลือบหลุมร่องฟันกรามแท้ คิดเป็นร้อยละ 47.66 และ 16.75 ตามลำดับ⁽⁶⁾ จะเห็นได้ว่าการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากของกลุ่มเด็กวัยเรียนอายุ 4-12 ปี มีแนวโน้มลดลง อาจส่งผลให้ไม่สามารถดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายตามตัวชี้วัดของสำนักงานทันตสาธารณสุข กรมอนามัย ที่ได้กำหนดไว้ได้ จำเป็นต้องมีแนวทางและแผนการปฏิบัติงานที่ชัดเจน และได้รับการสนับสนุนการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อสามารถให้บริการประชากรในกลุ่มวัยดังกล่าวได้อย่างทั่วถึง

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยคาดหวังที่จะสะท้อนปัญหาและสภาพความ

เป็นจริง และสามารถนำไปประยุกต์ในการวางแผน พัฒนา และส่งเสริมให้ดำเนินงานอย่างเหมาะสมกับบทบาทหน้าที่ของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ให้มีประสิทธิภาพได้มากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยทางการบริหาร ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จมีผลต่อการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาค้นครั้งนี้คือ ทันตบุคลากรประกอบไปด้วย เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขและนักวิชาการสาธารณสุข (ทันตสาธารณสุข) ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 155 คน⁽⁶⁾ โดยทำการศึกษา ระหว่างวันที่ 15 มีนาคม 2565 ถึง 31 เมษายน 2566

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง(Cross-Sectional Descriptive Research) การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) และเชิงคุณภาพโดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview Guidelines) เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ทันตบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น จำนวน 155 คน

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้คือทันตบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ที่ได้จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้น

(Multiple linear regression analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen, 1988⁽⁷⁾ ผลจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง พบว่า n มีจำนวนเท่ากับ 143 คน ในกรณีตอบแบบสอบถาม ผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่าง นักวิชาการสาธารณสุข(ทันตสาธารณสุข) และเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 143 ตัวอย่าง

การสุ่มตัวอย่าง

1. สํารวจจำนวนรายชื่อของทันตบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ทั้งหมด จำนวน 155 คน

2. หาช่วงระยะห่างของการเลือกตัวอย่าง โดยใช้สูตร $I = N/u$ (8) จากการคำนวณได้ช่วงห่างของการสุ่ม เท่ากับ 1.08 ซึ่งน้อยกว่า 1.50 จึงใช้วิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

3. นํารายชื่อทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่นทั้งหมด ใส่ภาชนะและทำการจับสลากจนได้ขนาดตัวอย่างครบ จำนวน 143 คน

กลุ่มบุคคลที่ใช้ในการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสนับสนุนอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณ พิจารณาคัดเลือกจากทันตบุคลากรที่รับผิดชอบงานจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ที่เป็นผู้ยินดีและให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี รวมทั้งสิ้น 12 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ โดยข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามและข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ประกอบด้วยแบบสอบถามจำนวน 2 ชุด โดยมีรายละเอียด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของทันตบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และ 8) การได้รับการอบรมการปฏิบัติงานทันตกรรมป้องกันในเด็กวัยเรียน

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหาร

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ส่วนที่ 5 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยมีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1)

ตัวแปรและการวัดผล

ระดับมากที่สุด	ช่วงคะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00
ระดับมาก	ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49
ระดับปานกลาง	ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49
ระดับน้อย	ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49
ระดับน้อยที่สุด	ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00-1.49

ชุดที่ 2 แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview Guidelines)

กำหนดประเด็นไว้ 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นที่ใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยทางการบริหารในการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ส่วนที่ 2 เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นที่ใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ส่วนที่ 3 เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยผู้วิจัยได้กำหนดประเด็นที่ใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการทำวิจัยการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของ

ทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยคำถามเป็นแบบปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ

การตรวจสอบเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ ใช้แบบสอบถาม ซึ่งมีตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยวิเคราะห์หาค่าดัชนีความสอดคล้อง ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องโดยรวมของแบบสอบถาม ได้เท่ากับ 0.94 และหาค่าความเที่ยง โดยมีค่าความเชื่อถือได้โดยรวมของแบบสอบถามเท่ากับ 0.92 โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficients)

การเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยส่งแบบคำชี้แจงอาสาสมัครและแบบสอบถามทางไปรษณีย์ถึงอาสาสมัครโดยตรง แนบซองติดแสตมป์ ให้กับอาสาสมัคร เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จสิ้นและส่งถึงผู้วิจัยโดยตรง ตั้งแต่วันที่ 1 – 20 มกราคม 2566 จากนั้นนำข้อมูลสรุปประเด็นโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนา

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) สำหรับข้อมูลคุณลักษณะบุคคลของทันตบุคลากรและระดับปัจจัยทางการบริหารระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ระดับการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากร ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ

ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าต่ำสุด (Min.) และค่าสูงสุด (Max.) การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

2. ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient) และหาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางการบริหาร ปัจจัยแห่งความสำเร็จ กับการดำเนินงาน ทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากร โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. ใช้สถิติการถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ เพื่อหาปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative Data)

การสัมภาษณ์เชิงลึก ประกอบด้วย ปัจจัยทางการบริหาร ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ตลอดจนปัญหาและอุปสรรค โดยทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา เพื่อให้ได้ข้อมูลรายละเอียดเพิ่มเติมมาสนับสนุนการอธิบายข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสอบถาม

จริยธรรมในการวิจัย

ผู้วิจัยจะให้ความสำคัญและพิทักษ์สิทธิของบุคคลที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยยึดหลัก 3 ประการ คือ 1) หลักความเคารพในบุคคล 2) หลักคุณประโยชน์และไม่ก่ออันตราย 3) หลักยุติธรรม และผู้วิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE652183 รับรอง ณ วันที่ 14 ธันวาคม 2565

ผลการวิจัย

ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียน ของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

จากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จโดยมีรายละเอียดดังนี้

ปัจจัยทางการบริหาร

ภาพรวมปัจจัยทางการบริหารมีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.732$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังรายละเอียดตารางที่ 1

ตารางที่ 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยทางการบริหารกับการดำเนินงาน
 ทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
 ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยทางการบริหาร	การดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียน ของทันตบุคลากร ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
ปัจจัยทางการบริหาร	0.732**	< 0.001	สูง
1. ด้านบุคลากร	0.195*	0.020	ต่ำ
2. ด้านงบประมาณ	0.595**	< 0.001	ปานกลาง
3. ด้านวัสดุอุปกรณ์	0.252**	0.002	ต่ำ
4. ด้านการบริหารจัดการ	0.534**	< 0.001	ปานกลาง
5. ด้านเวลา	0.626**	< 0.001	ปานกลาง
6. ด้านเทคโนโลยี	0.220**	0.008	ต่ำ

* ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05

** ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01

*** ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.001

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความ
 สัมพันธ์ระดับปานกลางกับการดำเนินงาน

ทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียน อย่างมี
 นัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.518$, $p\text{-value}<0.001$)
 ดังรายละเอียดตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยแห่งความสำเร็จกับการดำเนินงาน
 ทันตรกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียน ของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล
 ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	การดำเนินงานทันตรกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียน ของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับ ความสัมพันธ์
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	0.518**	< 0.001	ปานกลาง
1. ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุน และติดตาม	0.595**	< 0.001	ปานกลาง
2. หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงาน สนับสนุน	0.338***	< 0.001	ปานกลาง
3. การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อม และสมัครใจในการมีส่วนร่วม	0.269**	0.001	ต่ำ
4. การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิด ความร่วมมือ	0.401**	< 0.001	ปานกลาง
5. การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ	0.248**	0.003	ต่ำ
6. การเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลในโรงพยาบาลแม่ข่าย	0.252**	0.002	ต่ำ

** ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.01 *** ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.001

**ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่ง
ความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานทันตรกรรม
ป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียน ของทันตบุคลากรที่
ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
จังหวัดขอนแก่น**

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง
ตัวแปรอิสระ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณ
แบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear
Regression Analysis) พบว่าตัวแปรอิสระที่

มีผลต่อการดำเนินงาน ทันตรกรรมป้องกันใน
กลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงาน
ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัด
ขอนแก่น โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการเรียง
ลำดับ ซึ่งตัวแปรทั้ง 5 ตัวแปร สามารถร่วมกัน
พยากรณ์การดำเนินงานทันตรกรรมป้องกันใน
กลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานใน
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น
ได้ร้อยละ 67.8 ดังรายละเอียดในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอนของการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียน ของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R ²	R ² adj	R ² - change
1.ปัจจัยทางการบริหาร ด้านเวลาในการปฏิบัติงาน	0.226	0.355	5.045	<0.001	0.626	0.391	0.387	-
2.ปัจจัยทางการบริหาร ด้านงบประมาณ	0.298	0.487	9.951	<0.001	0.799	0.639	0.633	0.247
3.ปัจจัยทางการบริหาร ด้านการบริหารจัดการ	0.148	0.239	3.438	0.001	0.813	0.660	0.653	0.022
4.ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ด้านการเชื่อมโยงระหว่าง สถานบริการในเครือข่าย เดียวกัน	0.071	0.121	2.440	0.016	0.825	0.680	0.671	0.020
5.ปัจจัยทางการบริหาร ด้านบุคลากร	0.067	0.101	2.052	0.042	0.830	0.690	0.678	0.010
ค่าคงที่ 0.725, F = 60.847, p-value < 0.001, R = 0.830, R ² = 0.690, R ² adj = 0.678								

การอภิปรายผลการศึกษา

ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น

จากผลการวิเคราะห์ ปัจจัยทางการบริหารและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise

Multiple Linear Regression Analysis) พบว่าตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าสมการเรียงลำดับ ดังนี้

ปัจจัยทางการบริหาร ด้านเวลาในการปฏิบัติงาน

ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลาในการปฏิบัติงาน มีผลต่อการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

จังหวัดขอนแก่น ($R^2=0.639$, $p\text{-value}<0.001$) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าปัจจัยทางการบริหารด้านเวลาในการปฏิบัติงานที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁽⁹⁾ ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลาในการปฏิบัติงานในบริบทพื้นที่การปฏิบัติงานมักจะมีปัจจัยอื่นๆ มาร่วม หรือการที่มีทรัพยากรอยู่อย่างจำกัดในแต่ละพื้นที่จะมีกระบวนการทำงานที่แตกต่าง ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผู้ที่เคยศึกษามาแล้ว ที่พบว่าปัจจัยทางการบริหารด้านเวลาในการปฏิบัติงานไม่สามารถรวมพยากรณ์^{(10),(11),(3),(12)}

ปัจจัยทางการบริหาร ด้านงบประมาณ

ปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณ มีผลต่อการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ($R^2=0.391$, $p\text{-value}<0.001$) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁽⁹⁾ ปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณในบริบทพื้นที่การปฏิบัติงานมักจะมีปัจจัยอื่นๆ มาร่วม หรือการที่มีทรัพยากรอยู่อย่างจำกัดในแต่ละพื้นที่จะมีกระบวนการทำงานที่แตกต่าง ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผู้ที่เคยศึกษามาแล้ว ที่พบว่าปัจจัยทางการบริหารด้านงบประมาณไม่สามารถรวมพยากรณ์^{(10),(11),(3),(12),(13)}

ปัจจัยทางการบริหาร ด้านการบริหารจัดการ

ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการ มีผลต่อการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ($R^2=0.660$, $p\text{-value}=0.001$) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁽⁹⁾ ปัจจัยทางการบริหารด้านการบริหารจัดการในบริบทพื้นที่การปฏิบัติงานมักจะมีปัจจัยอื่นๆมาร่วม หรือการที่มีทรัพยากรอยู่อย่างจำกัดในแต่ละพื้นที่จะมีกระบวนการทำงานที่แตกต่าง ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผู้ที่เคยศึกษามาแล้ว ที่พบว่าปัจจัยทางการบริหารด้านบริหารจัดการไม่สามารถรวมพยากรณ์^{(10),(11),(3)}

ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการในเครือข่ายเดียวกัน

ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการในเครือข่ายเดียวกัน ($R^2=0.680$, $p\text{-value}=0.016$) ซึ่งผลการวิจัยในครั้งนี้สอดคล้องกับการวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการในเครือข่ายเดียวกัน มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^{(14),(15),(16)} ทั้งนี้ในแต่ละพื้นที่ย่อมมีสภาพปัญหาและข้อจำกัดในการปฏิบัติงานที่ต่างกันออกไป ทำให้ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานในแต่ละแห่ง

แตกต่างกัน จึงทำให้ผลการวิจัยในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างสถานบริการในเครือข่ายเดียวกันไม่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล^{(11),(5)}

ปัจจัยทางการบริหาร ด้านบุคลากร

ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากรมีผลต่อการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ($R^2=0.690$, $p\text{-value}=0.101$) ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่าปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากรที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁽⁹⁾ ปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากรในบริบทพื้นที่การปฏิบัติงานมักจะมีปัจจัยอื่นๆ มาร่วม หรือการที่มีทรัพยากรอยู่อย่างจำกัดในแต่ละพื้นที่จะมีกระบวนการทำงานที่แตกต่าง ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับผู้ที่เคยศึกษามาแล้ว ที่พบว่าปัจจัยทางการบริหารด้านบุคลากรไม่สามารถร่วมพยากรณ์^{(10),(11),(3)}

จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปร มีผลและสามารถร่วมพยากรณ์การดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 69.0

จากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าหน่วยงานยังขาดการวางแผนด้านเวลา ในการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียน ดังนั้น

ผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรมีการจัดทำตารางการปฏิบัติงานที่สามารถควบคุมการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการวางแผนในการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียน ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการวางแผนในการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนอย่างมีระบบ ในด้านบุคลากร ยังขาดการวางแผนด้านบุคลากรในการดำเนินงาน โดยมีการออกหน่วยให้บริการนอกเหนือจากหน่วยบริการตนเอง ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามที่วางแผนไว้ เสนอให้ผู้บริหารมีการวางแผนด้านทันตบุคลากรให้ครอบคลุมพื้นที่เพื่อเป็นการลดภาระงานของทันตบุคลากรด้วย ในส่วนของ การจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียน ยังคงไม่ครอบคลุมในการปฏิบัติงานและยังมีความล่าช้าในการโอนงบประมาณจัดสรรลงในพื้นที่ทำให้การปฏิบัติงานไม่ต่อเนื่องเพราะมีงบประมาณไม่เพียงพอ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดทำแผนการจัดสรรงบประมาณที่ชัดเจนและแบ่งการจัดสรรออกเป็นรายงวดเพื่อให้การดำเนินงานนั้นเกิดความต่อเนื่องและเหมาะสม และการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในโรงพยาบาลแม่ข่าย พบว่า ยังขาดความต่อเนื่อง และแนวทางการดำเนินการต่างๆ ที่ยังไม่ไปในทิศทางเดียวกัน รวมทั้งฐานข้อมูลที่ยังไม่สามารถใช้ร่วมกันได้ ดังนั้น โรงพยาบาลและทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำเป็นต้องมีการสื่อสารและทำความเข้าใจในแนวทางการปฏิบัติร่วมกันให้ชัดเจน และควรมีการ

ฝึกอบรมวิชาการอย่างต่อเนื่อง เพื่อพัฒนาการให้บริการให้ทันตบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ปฏิบัติงานได้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น ควรมีการวางแผนด้านเวลาในการปฏิบัติงานในการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากร ตลอดจนการควบคุม กำกับ การปฏิบัติงาน ให้เป็นไปตามแผนที่วางไว้ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนดอย่างมีประสิทธิภาพ

2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น ควรมีการกำหนดแนวทางในการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากรให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของหน่วยงาน เพื่อให้การดำเนินงานสามารถดำเนินการสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของหน่วยงาน

3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น ควรส่งเสริมให้ทันตบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน เพื่อร่วมกันในการกำหนดเป้าหมายและวิธีในการปฏิบัติงานให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น ควรมีการพัฒนาด้านการเชื่อมโยงการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้การดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนสามารถนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผน และส่งเสริมการให้บริการได้สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น ควรมีการนำผลการปฏิบัติงานมาประกอบการพิจารณาความดีความชอบเพื่อสร้างขวัญและกำลังใจกับทันตบุคลากร เพื่อเป็นการกระตุ้น และให้กำลังใจให้กับทันตบุคลากร ที่ดำเนินงานที่ให้บริการกับผู้มารับบริการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งถัดไป

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการวางแผน ของทันตบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ควรมีการศึกษาแนวทางในการจัดสรรงบประมาณ ในการดำเนินงานทันตกรรมป้องกันในกลุ่มเด็กวัยเรียนของทันตบุคลากร ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

กราบขอบพระคุณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น และทันตบุคลากร ทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์ผู้วิจัยในการศึกษาเก็บข้อมูลในพื้นที่และเข้าร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึก

กราบขอขอบคุณอาจารย์สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นทุกท่าน ที่สนับสนุนการศึกษาในครั้งนี้

กราบขอขอบคุณ บิดา มารดา และผู้สนับสนุนทุกๆ ท่าน ที่เป็นทั้งแรงกาย แรงใจ และให้การสนับสนุนในทุกๆ ด้าน แก่ผู้วิจัยด้วยดีเสมอมา และขอขอบคุณทุกท่านที่มีได้กล่าวนามไว้ ณ ที่นี้ที่มีส่วนร่วมให้สำเร็จด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564. กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. 2563.
2. สุณี วงศ์คงคาเทพ, เทพนิมิต พิมพ์วงศ์, สุรียา รักเจริญ และชลธิชา พุทธรังษณ์. คู่มือแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขสำหรับทันตบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศูนย์สุขภาพชุมชน. กองทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. 2552.
3. เพ็ญภา ชาติ และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานด้านทันตกรรมป้องกันของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล. 2562; 30(1); 92-102.
4. อัญญา กิจแก้ว, นิตยา เพ็ญศิริรักษา และพรทิพย์ กิระพงษ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพในเด็กนักเรียนประถมศึกษาของ
5. เจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 6. วารสารวิชาการสาธารณสุข ชุมชน. 2563; 6(03): 162-162.
5. ยุทธนา แก้วมีด, ประจักษ์ บัวผัน และสุรัชย์ พิมพ์. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและแรงจูงใจ ที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 2563; 20(2): 47-59.
6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. ข้อมูลทันตบุคลากรจังหวัดขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ 2564. ขอนแก่น: สำนักงาน; 2564. (เอกสารอัดสำเนา)
7. Cohen, J. Statistical power analysis for the behavior sciences. 2nd ed. Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum. 1988.
8. วินัส พิษวนิชย์, สมจิต วัฒนาชยากุล และเบญจมาศ ตุลยนิติกุล. สถิติพื้นฐานสำหรับนักสังคมศาสตร์. กรุงเทพฯ: โพรพรินติ้ง; 2547.
9. ศศิธร เฝ้าทรัพย์, และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ จังหวัดขอนแก่น. วารสารทันตภิบาล. 2560; 28(1): 23-34.
10. ศรัณยา พันธุ์โยธา, และ ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยทางการบริหารและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่นักวิชาการสาธารณสุขใน

- โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2564; 21(2): 152-165.
11. ศิริภัสสร มูลสาร, ชนะพล ศรีฤาชา, และ ศรีบุษย์ ศรีไชยเจริญพงษ์. ปัจจัยการบริหารและกระบวนการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของแพทย์แผนไทยในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 10. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2564; 7(1): 74-86.
 12. กานต์ธีราพรหมรักษา, และอมรศักดิ์โพธิ์อ่ำ. ปัจจัยบริหารและกระบวนการบริหารที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูงในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกระบี่. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2562; 2(1): 38-51.
 13. ทิพรถาร์ คุยกแก้วพะเนาวิ และชนะพล ศรีฤาชา. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2561; 11(4): 47-57.
 14. ทศพล ใจทาน, ประจักษ์ บัวผัน และ สุรัชย์ พิมพ์. ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
 - จังหวัดเลย. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2564; 21(3): 161-171.
 15. กัญญารัตน์ จันทรีโสม, และประจักษ์ บัวผัน. คุณลักษณะส่วนบุคคลและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานบริการแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2563; 20(2): 60-71.
 16. ณัฐพล โยธา, ประจักษ์ บัวผัน และสุรัชย์ พิมพ์. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2562; 19(1): 149-160.
 17. ก้องเกียรติยศ แซพิมพ์พันธ์, ประจักษ์ บัวผัน, และสุรัชย์ พิมพ์. แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานโครงการ TO BE NUMBER ONE ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2564; 21(3): 236-249.
 18. จิราภรณ์ หินชัยภูมิ, ประจักษ์ บัวผัน, และนครินทร์ ประสิทธิ์. (2565). ปัจจัยแห่งความสำเร็จและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เขตสุขภาพที่ 5. วารสารทันตภิบาล, 33(1), 113-128.

อุบัติเหตุนในเด็กและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ของเด็กที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น

อภิวรรณ ศิริคะณรัตน์

(วันที่รับบทความ 10 พฤษภาคม 2566, วันที่แก้ไข 22 สิงหาคม 2566, วันที่ตอบรับ 22 สิงหาคม 2566)

บทคัดย่อ

การบาดเจ็บในเด็ก เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก และในประเทศไทย การบาดเจ็บเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี การศึกษานี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาอุบัติการณ์ ในเด็กอายุ 0-15 ปี ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลขอนแก่น และหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต โดยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study) โดยใช้ฐานข้อมูลจาก trauma registry ในปี พ.ศ. 2560-2564 มาวิเคราะห์อุบัติการณ์สาเหตุ ลักษณะและผลของอุบัติเหตุโดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่อการเสียชีวิตด้วย Multiple Logistic Regression

ผลการศึกษาพบว่าตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2564 มีผู้ป่วยเด็ก 17,029 คน เสียชีวิต 78 คน คิดเป็นร้อยละ 0.46 สาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงที่สุดถึงร้อยละ 78.2 ช่วงอายุที่ตายมากที่สุดคือ 6-15 ปี อวัยวะที่บาดเจ็บและทำให้ถึงแก่ความตายมากที่สุดคือที่ศีรษะและคอ จุดเกิดเหตุที่มากที่สุดคือถนนหรือทางหลวง และช่วงเวลาที่เกิดเหตุแล้วเสียชีวิตมากที่สุดคือ 16:01-24:00 น. ด้านการปฐมพยาบาลก่อนการนำส่ง พบว่า ร้อยละ 93.6 ได้รับการดูแลการหายใจ ร้อยละ 75.6 มีการห้ามเลือด ร้อยละ 80.8 มีการยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนคอ ร้อยละ 60.3 มีการยึดตรึงกระดูกข้อมือ และ ร้อยละ 88.5 มีการให้น้ำทางเส้นเลือด ด้านการประเมินระดับความรุนแรง พบว่ากรณีเสียชีวิตส่วนใหญ่จะมี ค่า GSC อยู่ที่ 0-8, ISS อยู่ที่ 25-49 และ RTS อยู่ที่ 0-2.99 ตามลำดับ และพบว่ามีเพียง 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเสียชีวิต ได้แก่ ช่วงเวลาเกิดเหตุ 0.01-8.00 น. และผู้ที่มีเลือดออกจนได้รับการห้ามเลือด ดังนั้นจึงควรให้การดูแลในกลุ่มผู้ป่วยที่มีปัจจัยดังกล่าวอย่างใกล้ชิด

คำสำคัญ: อุบัติเหตุนในเด็ก, การเสียชีวิต, เด็ก, โรงพยาบาลขอนแก่น

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ, กลุ่มงานกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น

Corresponding author: อภิวรรณ ศิริคะณรัตน์, e-mail: apiwan7011@gmail.com

Childhood Accidents and Factors Associated with Accidental Death in Khon Kaen Hospital.

Apiwan Sirikanerat

(Received 10th May 2023, Revised 22nd August 2023, Accepted 22nd August 2023)

Abstract

Injuries in children are a major public health problem worldwide. In Thailand, injuries are the leading cause of death for children under 15 years. The objectives of this study were to find the incidence of injury in children aged 0-15 years at the Emergency Department Khon Kaen hospital and factors that correlate with mortality group. This is a retrospective cohort study using the trauma registry database from 2017-2021 to analyze the incidence, causes, nature and consequences of accidents and the relationship between factors and mortality by Multiple Logistic Regression.

The results of the study revealed that since 2017-2021 There were 17,029 child patients, 78 deaths, representing 0.46%. The highest cause of death was traffic accident, 78.2%. The most age group that died was 6-15 years old. The most organs that caused of death were the head and neck. The most common places of accidents are roads or highways. And the most time when the accident caused the death was 4 pm to 12 pm. In terms of first aid before delivery, it was found that 93.6% received respiratory care, 75.6% had hemostasis, 80.8% had cervical spine fixation, 60.3% had extremities fixation and 88.5% had intravenous fluid administration. In term of the severity level score assessed, it was found that most deaths were had GSC 0-8, ISS 25-49 and RTS 0-2.99, respectively.

There were 2 factors that related death, namely the time of the incident from 0.01-8.00 hrs. and those whose bleeding has been stopped bleed. Therefore, close supervision should be given to patients with these factors.

Keywords: Childhood accidents, Death, Children, Khon Kaen Hospital

Medical Doctor (Senior Professional Level), Pediatrics Division, Khon Kaen Hospital

Corresponding author: Apiwan Sirikanerat, e-mail: apiwan7011@gmail.com

บทนำ

การบาดเจ็บในเด็ก เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญของทั่วโลก โดยจากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก (WHO) พบว่าในแต่ละปีมีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เสียชีวิตจากการบาดเจ็บมากกว่า 630,000 คน เฉลี่ยวันละประมาณ 1,726 คน หรือชั่วโมงละ 72 คน และมีเด็กที่ไม่เสียชีวิตแต่ได้รับบาดเจ็บรุนแรง ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเกือบสิบล้านคน ในจำนวนนี้มีบางรายเกิดความพิการ ทุพพลภาพ และมีผลกระทบในระยะยาว การบาดเจ็บเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตในเด็ก (คิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 40 ของการเสียชีวิตในเด็กทั้งหมด) และในหลายประเทศเกือบทั่วโลกที่การบาดเจ็บเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี โดยร้อยละ 95 เกิดขึ้นในประเทศที่มีรายได้ต่ำและรายได้ปานกลาง ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญ เช่น อุบัติเหตุชนส่งทางบก การจมน้ำตายและจมน้ำจากอุบัติเหตุ การพลัดตก หกล้ม การบาดเจ็บจากไฟไหม้ น้ำร้อนลวก ได้รับสารพิษ เป็นต้น โดยการบาดเจ็บส่วนใหญ่เกิดขึ้นภายในบ้านหรือบริเวณรอบ ๆ บ้าน⁽¹⁾

ประเทศไทย การบาดเจ็บเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับจำนวนรวมของการเสียชีวิตจากโรคติดเชื้อและโรคไม่ติดเชื้อ จากข้อมูลในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2558-2562) การเสียชีวิตของเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีที่ทราบสาเหตุ การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ มีแนวโน้มคงที่ โดยมีอัตราการเสียชีวิตต่อประชากรแสนคนอยู่ในช่วง 15.0-16.0 และมีจำนวนผู้เสียชีวิตเฉลี่ย

ปีละ 1,799 คน หรือวันละเกือบ 5 คน สาเหตุการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ ใน 5 อันดับแรก ได้แก่ อุบัติเหตุชนส่งทางบก การจมน้ำตาย อุบัติเหตุอื่นที่คุกคามการหายใจ การสัมผัสกระแสไฟฟ้าแรงสื่อนภูมิและความดันสูงชั่วคราว และการถูกทำร้าย ตามลำดับ⁽²⁾

โรงพยาบาลขอนแก่น เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ประเภทโรงพยาบาลศูนย์ ระดับ A ประเภทสถานพยาบาลระดับ ตติยภูมิขั้นสูง ระดับ 1,000 เตียง ทั้งยังเป็นพี่แรกของกระทรวงสาธารณสุขในการจัดทำระบบฐานข้อมูล trauma registry (TR) ซึ่งเป็นระบบบันทึกข้อมูลผู้บาดเจ็บในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยที่เป็น Trauma center เริ่มเก็บข้อมูลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 โดยข้อมูลดังกล่าวใช้ในการจัดทำโครงการรณรงค์ด้านความปลอดภัย โดยมุ่งเน้นไปที่การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ เช่น โครงการเมาไม่ขับ การออกกฎหมายบังคับการสวมหมวกนิรภัย คำแนะนำการใช้เบาะนิรภัยสำหรับเด็ก เป็นต้น⁽³⁾

ที่ผ่านมาฐานข้อมูลดังกล่าว ยังไม่ถูกนำมาศึกษาแบบจำเพาะเจาะจงในรายละเอียดของการเกิดอุบัติเหตุในเด็ก และปัจจัยที่ทำให้เกิดการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ของผู้ป่วยเด็ก ทั้งนี้ ข้อมูลที่ได้จะสามารถนำมาพัฒนางานด้านการดูแลรักษาเด็ก ในสถานพยาบาล เพื่อลดอัตราการตายจากอุบัติเหตุในเด็กได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาอุบัติการณ์ และสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุในเด็กอายุ 0-15 ปี ที่เข้ามา

รับบริการ ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาล
ขอนแก่น

2. เพื่อหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการ
เสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ของเด็กที่เข้ารับการรักษา
ในโรงพยาบาลขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา
แบบย้อนหลัง (Retrospective cohort study)
โดยใช้ข้อมูล ผู้ป่วยอุบัติเหตุในเด็กอายุ 0-15 ปี
ทุกคนที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น
ในปี พ.ศ. 2560-2564 โดยรวบรวมจากฐาน
ข้อมูล trauma registry ตั้งแต่เข้ารับการรักษา
จนกระทั่งจบการรักษา โดยรวบรวมข้อมูล
เกี่ยวกับ เพศ อายุ สาเหตุการบาดเจ็บ อวัยวะที่
บาดเจ็บ ข้อมูลด้านสิ่งแวดล้อม สถานที่เกิดเหตุ
(บ้าน โรงเรียน ถนน ที่สาธารณะ นา ไร่ สวน อื่นๆ)
ช่วงเวลาที่เกิดเหตุ (เช้า เย็น กลางคืน) ข้อมูล
ด้านพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้แอลกอฮอล์
สารพิษ เข็มขัดหรือเบาะนิรภัย หมวกนิรภัย
โทรศัพท์เคลื่อนที่ ข้อมูลด้านการดูแล
ปฐมพยาบาลก่อนนำส่ง ได้แก่ การดูแลการ
หายใจ การห้ามเลือดการยึดตรึงกระดูกสันหลัง

ส่วนคอ (C-spinefixation) การยึดตรึงกระดูก
ส่วนปลาย (Extremities fixation) การให้
น้ำเกลือทางเส้นเลือด (Iv fluid) ข้อมูลการ
ประเมินความรุนแรงของการบาดเจ็บ ได้แก่
Revise Trauma Score (RTS), Glasgow Coma
Score (GCS), Injury Severity Score (ISS)
การจำหน่ายผู้ป่วย การเสียชีวิตที่ห้องฉุกเฉิน
และการเสียชีวิตภายในหอผู้ป่วย และนำข้อมูล
ที่ได้มาวิเคราะห์หาอุบัติการณ์ สาเหตุ ลักษณะ
และผลของอุบัติเหตุ

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณา
จริยธรรมวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรม
วิจัย โรงพยาบาลขอนแก่น รหัสโครงการวิจัย
KEXP65042 วันที่ 4 กรกฎาคม 2565

การคำนวณขนาดตัวอย่าง

คำนวณจำนวนผู้ป่วยอุบัติเหตุในเด็ก
อายุ 0-15 ปี ตามวัตถุประสงค์ที่สอง สำหรับ
วัตถุประสงค์แรกจะรายงานโดยใช้จำนวน
ประชากรเด็กอายุ 0-15 ปี ที่มารับการรักษา
ที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น
ในช่วงเวลาเดียวกันจากบันทึกเวชระเบียน
เป็นฐานของการคำนวณความชุก

ใช้วิธีการคำนวณหาขนาดตัวอย่าง ด้วยวิธีการของ Hsieh, F.Y., Block, D.A., and Larsen,
M.D.⁽⁴⁾ โดยใช้สูตร

$$N = \frac{\left[Z_{1-\alpha/2} \sqrt{\frac{P(1-P)}{R}} + Z_{1-p} \sqrt{P_0(1-P_0) + \frac{P_1(1-P_1)(1-R)}{R}} \right]^2}{(P_0 - P_1)^2 (1-R)}$$

Where P_0 is the event rate at $X_1 = 0$ and P_1 is the event rate at $X_1 = 1$, R is the proportion of the sample with $X_1 = 1$, and P is the overall event rate given by

$$P = (1 - R)P_0 + R(P_1).$$

When there are multiple covariates, the following adjustment was given by Hsieh(1998) to give the total sample size, N_m

$$N_m = \frac{N}{1 - \rho^2}$$

Where ρ is the multiple correlation coefficient between X_1 (the variable of interest) and the remaining covariates. Notice that the number of extra covariates does not matter in this approximation.

อ้างอิงจากวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง Causes of early mortality in pediatric trauma patients โดย Theodorou CM, Galganski LA, Jurkovich GJ, et al.⁽⁵⁾ จะได้จำนวน sample size ดังนี้

α	ระดับนัยสำคัญ กำหนดให้เท่ากับ 5%
$1-\beta$	อำนาจการทดสอบ กำหนดให้เท่ากับ 80%
P_0	อัตราการเสียชีวิตของผู้ที่ motor vehicle collision = 2%
P_1	อัตราการเสียชีวิตของผู้ที่ไม่ใช่ motor vehicle collision = 3%
R	สัดส่วนของผู้ที่ motor vehicle collision = 18%
ρ	ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย กำหนดให้เท่ากับ 0.2

จากการคำนวณต้องใช้ขนาดตัวอย่าง 15,334 ราย จึงจะเพียงพอในการตอบคำถามงานวิจัยได้

เกณฑ์การคัดเข้า ผู้ป่วยอุบัติเหตุในเด็กอายุ 0-15 ปี ที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น ในปี พ.ศ. 2560-2564

เกณฑ์การคัดออก ผู้ป่วยอุบัติเหตุในเด็กอายุ 0-15 ปี ที่เสียชีวิตก่อนถึงโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

รายงานอุบัติการณ์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ป่วยและการบาดเจ็บ และใช้ค่าร้อยละกรณีข้อมูลแจกแจง จากนั้นศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ที่ละปัจจัยกับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุของผู้ป่วยเด็กอายุ 0-15 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น โดยไม่คำนึงผลกระทบจากปัจจัยอื่นด้วยสถิติ Logistic Regression และนำเสนออัตราส่วนของออก (crude odds ratio, COR) และค่า p-value พร้อมค่าความเชื่อมั่น 95% หลังจากนั้นนำปัจจัยที่มีค่า p-value < 0.2 มาวิเคราะห์ตัวแปรพหุด้วย Multiple logistic regression ด้วยวิธี Backward Elimination รวมทั้งใช้เกณฑ์การคัดเลือกตัวแบบโดยข้อสนเทศของอาไคเคะ (Akaike's Information Criterion : AIC) และข้อสนเทศของเบส์ (Bayesian Information Criterion : BIC) ในการคัดเลือกปัจจัย โดยกำหนดระดับนัยสำคัญ (level of significant) และรายงานค่า adjusted odds ratio, AOR) พร้อมช่วงความเชื่อมั่น 95% และค่า p-value

ผลการศึกษา

1. จากข้อมูลอุบัติเหตุในเด็กอายุ 0-15 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2560 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2564 มีจำนวนทั้งสิ้น 17,029 คน เป็นเด็กเพศชาย 10,892 คน เพศหญิง 6,137 คน ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 6-15 ปี 11,300 คน (ร้อยละ 66.4) รองลงมาคือ ช่วงอายุ 0-5 ปี 5,729 คน (ร้อยละ 33.6) หากจำแนกตามสาเหตุการบาดเจ็บ พบว่าสูงที่สุดคืออุบัติเหตุจากรถ รองลงมาคือพลัดตกหกล้ม ร้อยละ 31.9 และ 24.5 ตามลำดับ จำแนกตามอวัยวะที่ได้รับบาดเจ็บ พบว่า การบาดเจ็บภายนอกและผิวหนัง (External & body surface) มีสัดส่วนสูงที่สุด ร้อยละ 43.5 รองลงมาคือ การบาดเจ็บต่อร่างกายและกระดูกเชิงกราน (Extremities & pelvic girdle) ร้อยละ 26.1 เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าร้อยละ 48.9 เกิดเหตุที่บ้านหรือบริเวณบ้าน และร้อยละ 34.6 เกิดเหตุบนถนนหรือทางหลวง ช่วงเวลาที่มักเกิดเหตุมากที่สุดคือช่วงเวลา 16:01 น. - 24:00 น. ตามด้วย 08:01 น. - 16:00 น. คิดเป็นร้อยละ 53.7 และ 39.0 ตามลำดับ ปัจจัยด้านความเสี่ยงพบว่าพฤติกรรมเสี่ยงสูงที่สุดคือ การไม่สวมหมวกนิรภัยสูงถึงร้อยละ 22.8 และด้านการดูแลปฐมพยาบาลก่อนนำส่งพบว่า มีการให้น้ำเกลือทางเส้นเลือด การห้ามเลือดและการยัดตรงกระดูกส่วนรยางค์ ใกล้เคียงกันที่ร้อยละ 20.1 ร้อยละ 19.2 และร้อยละ 18.4 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยด้านความรุนแรง พบว่าค่า GCS จะอยู่ที่ 13-15, ISS 1-8 และ RTS อยู่ในช่วง 7-7.84 ร้อยละ 97.8, 91.3 และ 90.1 ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

และเมื่อพิจารณาเฉพาะส่วนที่มีการตาย จากข้อมูลการเกิดอุบัติเหตุในกลุ่มเด็กอายุ 0-15 ปี ในช่วงปี 2560-2564 ดังกล่าว พบว่ามีการตาย 78 ราย จากการเกิดอุบัติเหตุทั้งหมด 17,029 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.46 ในด้านปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า คนที่ตายเป็นเพศชาย สูงกว่าเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 71.8 : 28.2 และส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 6-15 ปี สูงถึงร้อยละ 79.5 สาเหตุที่ทำให้เกิดการตายจากอุบัติเหตุสูงสุด คืออุบัติเหตุจราจรสูงถึงร้อยละ 78.2 และอวัยวะที่บาดเจ็บจนทำให้ตายสูงที่สุดคือ ศีรษะและคอ สูงถึงร้อยละ 75.6 เมื่อพิจารณาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม พบว่าสถานที่เกิดเหตุที่ทำให้เสียชีวิตสูงที่สุดคือบนถนนหรือทางหลวง สูงถึงร้อยละ 70.5 ส่วนเวลาที่เกิดเหตุแล้วเสียชีวิตสูงที่สุดคือช่วงเวลา 16:01 น. - 24:00 น.

ร้อยละ 55.1 ด้านพฤติกรรมเสี่ยงสูงที่สุด คือ การไม่สวมใส่หมวกนิรภัย สูงถึงร้อยละ 55.1 และสำหรับทุกเคสที่ตายพบว่าจะมีการปฐมพยาบาลก่อนนำส่งมากกว่า 1 อย่าง ได้แก่ การดูแลการหายใจ ร้อยละ 93.6, การให้สารน้ำ ร้อยละ 88.5, การยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนคอ ร้อยละ 80.8, การห้ามเลือด ร้อยละ 75.6 และการยึดตรึงกระดูกกร殃งค์ ร้อยละ 60.3 ตามลำดับ

ด้านความรุนแรงของอุบัติเหตุ ในผู้ที่เสียชีวิต ประเมินความรุนแรง ด้วย GCS ณ จุดเกิดเหตุ อยู่ที่ระดับ 0-8 ค่า ISS ส่วนใหญ่จะมีค่าอยู่ที่ 25-49 และค่า RTS ส่วนใหญ่จะอยู่ที่ 0-2.99 สูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 92.3, 38.5 และ 57.7 ตามลำดับ (ตามตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 สถิติการเกิดอุบัติเหตุในเด็กอายุ 0-15 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ.2560 - 2564

ปัจจัย	จำนวนอุบัติเหตุ (n=17,029 คน)		จำนวนการตาย (n=78 คน)	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	10,892	64.0%	56	71.8%
หญิง	6,137	36.0%	22	28.2%
ช่วงอายุ				
0-5 ปี	5,729	33.6%	16	20.5%
6-15 ปี	11,300	66.4%	62	79.5%

ตารางที่ 1 สถิติการเกิดอุบัติเหตุในเด็กอายุ 0-15 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ.2560-2564 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนอุบัติเหตุ (n=17,029 คน)		จำนวนการตาย (n=78 คน)	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
สาเหตุการบาดเจ็บ				
อุบัติเหตุจราจร	5,430	31.9%	61	78.2%
พลัดตก หกล้ม	4,166	24.5%	0	0.0%
ชนกับสิ่งของ(ไม่มีชีวิต)	3,053	17.9%	2	2.6%
ชนกับสิ่งมีชีวิต	2,853	16.8%	0	0.0%
ตกน้ำ จมน้ำ	46	0.3%	11	14.1%
ไฟฟ้า รังสี ความร้อน ควันไฟ เปลวไฟ	285	1.7%	1	1.3%
อื่นๆ	1,196	7.02%	3	3.9%
อวัยวะที่บาดเจ็บ				
ศีรษะ/คอ/ใบหน้า	3,219	18.9%	59	75.6%
หน้าอก	81	0.5%	2	2.6%
ช่องท้องและช่องเชิงกราน	193	1.1%	3	3.8%
รยางค์และกระดูกเชิงกราน	4,448	26.1%	0	0.0%
ภายนอกและผิวหนัง	7,414	43.5%	1	1.3%
ไม่ทราบ/ระบุไม่ได้	1,674	9.8%	13	16.7%
สถานที่เกิดเหตุ				
บ้าน บริเวณบ้าน	8,330	48.9%	11	14.1%
สถานศึกษา โรงพยาบาล วัด	1,644	9.7%	1	1.3%
ถนนหรือทางหลวง	5,884	34.6%	55	70.5%
สถานที่ขายสินค้าและบริการ	237	1.4%	1	1.3%
นา ไร่ สวน	180	1.1%	8	10.3%
อื่นๆ	754	4.5%	2	2.6%

ตารางที่ 1 สถิติการเกิดอุบัติเหตุในเด็กอายุ 0-15 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน
โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ.2560-2564 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนอุบัติเหตุ (n=17,029 คน)		จำนวนการตาย (n=78 คน)	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
ช่วงเวลาที่เกิดเหตุ				
00:01 น. – 08:00 น.	1,268	7.4%	9	11.5%
08:01 น. – 16:00 น.	6,625	39.0%	26	33.4%
16:01 น. – 24:00 น.	9,136	53.7%	43	55.1%
ข้อมูลปัจจัยด้านพฤติกรรมเสี่ยง				
การใช้แอลกอฮอล์	145	0.9%	3	3.8%
การไม่สวมเข็มขัดนิรภัย	212	1.2%	3	3.8%
การไม่สวมหมวกนิรภัย	3,890	22.8%	43	55.1%
ไม่ทราบ	14	0.1%	0	0.0%
ข้อมูลปัจจัยด้านการดูแลปฐมพยาบาล ก่อนนำส่ง				
การดูแลการหายใจ	574	3.4%	73	93.6%
การห้ามเลือด	3,268	19.2%	59	75.6%
การยึดตรึงกระดูกสันหลังส่วนคอ	989	5.8%	63	80.8%
การยึดตรึงกระดูกส่วนรยางค์	3,130	18.4%	47	60.3%
การให้น้ำเกลือทางเส้นเลือด	3,421	20.1%	69	88.5%
ข้อมูลปัจจัยด้านความรุนแรง				
GLASGOW COMA SCORE				
0 - 8	255	1.5%	72	92.3%
9 - 12	124	0.7%	2	2.6%
13 - 15	16,650	97.8%	4	5.1%

ตารางที่ 1 สถิติการเกิดอุบัติเหตุในเด็กอายุ 0-15 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่างปี พ.ศ.2560-2564 (ต่อ)

ปัจจัย	จำนวนอุบัติเหตุ (n=17,029 คน)		จำนวนการตาย (n=78 คน)	
	คน	ร้อยละ	คน	ร้อยละ
INJURY SEVERITY SCORE				
1 – 8	15,546	91.3%	15	19.2%
9 – 15	855	5.0%	3	3.8%
16 – 24	516	3.0%	21	26.9%
25 – 49	101	0.6%	30	38.5%
50 – 75	11	0.1%	9	11.5%
REVISE TRAUMA SCORE				
0 – 2.99	1,010	5.9%	45	57.7%
3 – 4.99	490	2.9%	26	33.3%
5 – 6.99	194	1.1%	3	3.8%
7 – 7.84	15,335	90.1%	4	5.1%

2. เมื่อนำปัจจัยแต่ละตัวมาวิเคราะห์หาความสัมพันธ์กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุของผู้ป่วยเด็กอายุ 0-15 ปี ที่เข้ารับการรักษาใน

โรงพยาบาลขอนแก่น โดยไม่คำนึงผลกระทบจากปัจจัยอื่นโดยสถิติ Logistic Regression ได้ผลดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุของผู้ป่วยเด็กอายุ 0-15 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น

ปัจจัย	รอด	ตาย	รวม	Crude OR	95% CI	P value
เพศ						0.149
ชาย	10,836	56	10,892	1		
หญิง	6,115	22	6,137	0.7	0.42, 1.14	
ช่วงอายุ						0.014
0-5 ปี	5,713	16	5,729	1		
6-15 ปี	11,238	62	11,300	1.97	1.14, 3.42	
สาเหตุการบาดเจ็บ						<0.001
อุบัติเหตุจราจร	5,369	61	5,430	1		
อุบัติเหตุอื่นๆ	11,582	17	11,599	0.13	0.08, 0.22	
อวัยวะที่บาดเจ็บ						<0.001
Head/Neck	2,935	59	2,994	1		
อื่นๆ	14,016	19	14,035	0.07	0.04, 0.11	
สถานที่เกิดเหตุ						<0.001
ที่บ้าน	8,319	11	8,330	1		
ถนน ทางหลวง	5,822	62	5,884	8.05	4.24,	
อื่นๆ	2,810	5	2,815	1.35	15.31	
					0.47, 3.88	
ช่วงเวลาเกิดเหตุ						0.053
00:01-08:00	1,257	11	1,268	1		
08:01-16:00	6,597	28	6,625	0.48	0.24, 0.98	
16:01-00:00	9,097	39	9,136	0.49	0.25, 0.96	
การไม่สวมหมวกนิรภัย						<0.001
ไม่สวม	4,160	53	4,213	1		
สวม	296	0	296	<.01	Na	
ไม่ทราบ	12,495	25	12,520	0.16	0.10, 0.25	

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุของผู้ป่วยเด็กอายุ 0-15 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น (ต่อ)

ปัจจัย	รอด	ตาย	รวม	Crude OR	95% CI	P value
การดูแลการหายใจ						<0.001
มี	501	73	574	1		
ไม่มี	16,450	5	16,455	<.01	<.01, 0.01	
การห้ามเลือด						<0.001
มี	3,208	60	3,268	1		
ไม่มี	13,743	18	13,761	0.07	0.04, 0.12	
การยัดtringกระดูกสันหลังส่วนคอ						<0.001
มี	926	63	989	1		
ไม่มี	16,025	15	16,040	0.01	0.01, 0.02	
การยัดtringกระดูกส่วนรยางค์						<0.001
มี	3,083	47	3,130	1		
ไม่มี	13,868	31	13,899	0.15	0.09, 0.23	
การให้น้ำเกลือทางเส้นเลือด						<0.001
มี	3,352	69	3,421	1		
ไม่มี	13,599	9	13,608	0.03	0.02, 0.06	
COMA SCALE						<0.001
0-8	183	72	255	1		
9-12	122	2	124	0.04	<0.01, 0.14	
13-15	16,646	4	16,650	<0.01	<0.01, <0.01	
RTS						<0.001
0-2.99	965	45	1,010	1		
3-4.99	464	26	490	1.12	0.67, 1.83	
5-6.99	191	3	194	0.31	0.07, 0.86	
7-7.84	15,331	4	15,335	<0.01	<0.01, 0.01	

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุของผู้ป่วยเด็กอายุ 0-15 ปี ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น (ต่อ)

ปัจจัย	รอด	ตาย	รวม	Crude OR	95% CI	P value
ISS						<0.001
1-8	15,531	15	15,546	1	0.84, 11.00	
9-15	852	3	855	3.62	22.48,	
16-24	495	21	516	43.6	86.64	
25-49	71	30	101	>99	>99, >99	
50-75	2	9	11	>99	>99, >99	

3. เมื่อนำเฉพาะปัจจัยที่มีข้อมูลเพียงพอมาทำการวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression โดยใช้วิธี Backward Elimination ทำให้เหลือเพียง 2 ปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ได้แก่ช่วงเวลาเกิดเหตุ และการห้ามเลือดก่อนการนำส่งโรงพยาบาล ดังแสดงในตารางที่ 3 และสามารถคำนวณค่า R^2 ด้วยวิธีของ Hosmer and Lemeshow ได้ค่า R^2 เท่ากับ 0.1272

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่เหลือจากการวิเคราะห์ Multiple Logistic Regression โดยวิธี Backward Elimination

ปัจจัย	รอด	ตาย	รวม	Adjust OR	95% CI	P value
ช่วงเวลาเกิดเหตุ						0.049
00:01-08:00	1,257	11	1,268	1		
08:01-16:00	6,597	28	6,625	0.45	0.22, 0.91	
16:01-00:00	9,097	39	9,136	0.50	0.25, 0.99	
การห้ามเลือด						<0.001
มี	3,208	60	3,268	1		
ไม่มี	13,743	18	13,761	0.07	0.04, 0.12	

สรุปและวิจารณ์

การเกิดอุบัติเหตุในเด็กอายุ 0-15 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่แผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ.2560-2564 รวม 5 ปี มีผู้ป่วยทั้งสิ้น 17,029 คน พบว่า อุบัติเหตุที่พบมากที่สุดคือ อุบัติเหตุจราจร จำนวน 5,430 คน คิดเป็นร้อยละ 31.9 รองลงมาคือ พลัดตก หกล้ม จำนวน 4,166 คน คิดเป็นร้อยละ 24.5 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลสถิติในปี พ.ศ. 2559 ที่ศึกษาโดย อนุชา เศรษฐเสถียร ที่พบว่า มีเด็กเจ็บป่วยฉุกเฉินทั้งสิ้น 156,525 คน เป็นการเจ็บป่วยฉุกเฉินเกี่ยวกับกุมารเวชกรรมมากที่สุด คือ 56,101 คน รองลงมา อุบัติเหตุ ยานยนต์ 36,203 คน พลัดตกหกล้ม 15,245 คน ปวดท้อง ปวดหลัง เชิงกราน ขาหนีบ 14,113 คน ป่วย อ่อนเพลีย อัมพาตเรื้อรัง 12,659 คน หัวใจหยุดเต้น 5,642 คน สัตว์กัด 3,141 คน ชัก 2,617 คน ปวดศีรษะ ภาวะผิดปกติทาง ตา หู คอ จมูก 1,599 คน และแพ้ยาล แพ้อาหาร 1,579 คน⁽⁶⁾

เมื่อพิจารณาเฉพาะกรณีที่เสียชีวิต จะพบว่า มี 78 คน คิดเป็นร้อยละ 0.46 ซึ่งมี สาเหตุการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงเป็น อันดับหนึ่ง คือ 61 คน คิดเป็นร้อยละ 78.2 รองลงมาเป็นการตกน้ำ จมน้ำ จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 14.1 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูล ของกองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2564 ซึ่งพบว่า อัตราการตายของเด็กไทย อายุ 0-15 ปี สูงสุด จากขนส่ง, จมน้ำ, พลัดตกหกล้ม, การสัมผัสควัน และไฟฟ้า, สารพิษ ตามลำดับ⁽⁴⁾ และสอดคล้อง กับข้อมูลของ พยอมน อุดมคำ โรงพยาบาล

โพธาราม จ.ราชบุรี ปี พ.ศ.2551ซึ่งพบว่าสาเหตุ ของอุบัติเหตุในกลุ่มนี้คือ การจราจร (ร้อยละ 37.2) และพลัดตกหกล้ม (ร้อยละ 23.0) กลุ่มอายุ 1-5 ปี เกิดจากพลัดตกหกล้ม แผลงกัดต่อย และ กินสารเคมีอันตราย ในขณะที่กลุ่มอายุ ต่ำกว่า 1 ปี เกิดจากแผลงกัดต่อยมากกว่าสาเหตุอื่น พบเด็กตายจากจมน้ำ 3 ราย และจากอุบัติเหตุ จราจร 3 ราย⁽⁷⁾

จากจำนวนที่เสียชีวิตพบว่าส่วนมากมี ประวัติไม่สวมหมวกนิรภัย สูงถึงร้อยละ 55.1 ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ ยังมีการเก็บข้อมูลน้อย มากในผู้ป่วยเด็ก ด้านการปฐมพยาบาลก่อน การนำส่งสำหรับกรณีที่เสียชีวิต พบว่า ร้อยละ 93.6 มีปัญหาขาดอากาศจนต้องได้รับการดูแล การหายใจ ร้อยละ 75.6 มีภาวะเลือดออกจน ต้องมีการห้ามเลือด ร้อยละ 80.8 มีปัญหาที่ กระดูกสันหลังส่วนคอจนต้องมีการช่วยยึดตรึง ร้อยละ 60.3 มีปัญหาที่กระดูกข้อมือจนต้อง ช่วยยึดตรึง และ ร้อยละ 88.5 มีปัญหากระดูก ไหลเวียนโลหิตจนต้องมีการให้สารน้ำทาง เส้นเลือด ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Christina M. Theodorou ที่ทำในประเทศสหรัฐอเมริกา ปี ค.ศ. 2022 พบว่า สาเหตุการตายอันดับ 1 เกิดจากอุบัติเหตุที่สมอง (66%), ตามมาด้วย ขาดอากาศ (9.7%) และภาวะเลือดออก (8%) ซึ่งนำมาสู่การปฐมพยาบาลดังกล่าว⁽⁵⁾

ด้านค่าระดับความรุนแรงที่ประเมินด้วย ค่า GCS พบว่ากรณีที่เสียชีวิตส่วนใหญ่จะมีค่าอยู่ที่ระดับ 0-8 สูงที่สุดคิดเป็นร้อยละ 92.3 ค่า ISS ส่วนใหญ่มีค่าอยู่ที่ 25-49 สูงถึงร้อยละ 38.5 และ ค่า RTS อยู่ในช่วง 0-2.99 สูงถึงร้อยละ 57.7

และเมื่อนำเฉพาะปัจจัยที่มีข้อมูลเพียงพอมาหาความสัมพันธ์กลับพบว่า เหลือเพียง 2 ปัจจัยที่สามารถอธิบายความผันผวนของการตายจากอุบัติเหตุได้ ซึ่งสามารถอธิบายความผันผวนของอัตราการตายได้สูงถึงร้อยละ 12.72 ($R^2 = 0.1272$) ที่ระดับความเชื่อมั่น 95% ซึ่งสามารถอธิบายด้วยแต้มต่อ (Odd Ratio) ได้ดังนี้

1. ปัจจัยช่วงเวลาเกิดเหตุ พบว่าอัตราการตายจะสูงที่สุด เมื่อเกิดเหตุในช่วง 00:01-08:00 น. และรองลงมาคือช่วงเวลา 16:01-00:00 น. คิดเป็น 0.50 เท่าของช่วง 00:01-08:00 น. รองลงมาคือช่วง 08:01-16:00 น. คิดเป็น 0.45 เท่าของช่วง 00:01-08:00 น. ตามลำดับ

2. ปัจจัยด้านการห้ามเลือดก่อนการนำส่งโรงพยาบาล พบว่าในกรณีที่ตายนั้น มักมีประวัติการปฐมพยาบาลห้ามเลือด มีเคสที่ตายโดยไม่มีการช่วยปฐมพยาบาล ห้ามเลือดเพียง 0.07 เท่าของเคสที่มีการช่วยนั้นแสดงว่า การปฐมพยาบาลโดยวิธี ห้ามเลือดอย่างรวดเร็วและถูกต้อง จะช่วยลดอัตราการตายจากระบบไหลเวียนโลหิตล้มเหลวได้

จากปัจจัยทั้ง 2 ข้อดังกล่าว ไม่สอดคล้องกับ งานวิจัยเรื่องความสัมพันธ์ระหว่าง เศรษฐฐานะและอัตราการเสียชีวิตจากการบาดเจ็บในประเทศไทย โดยวิเคราะห์ปัจจัยและผล multiple regression ของอดิศักดิ์ ผลิตผลการพิมพ์ พ.ศ.2555 ซึ่งพบว่า เศรษฐฐานะมีผลกระทบในทางลบต่อการเสียชีวิตที่เกี่ยวข้องกับการบาดเจ็บในเด็กอายุ 1 ถึง 4 ปี และ 10 ถึง 14 ปี⁽⁸⁾ และไม่สอดคล้องกับงาน

วิจัยของ Hefny AF ที่ทำในประเทศสหรัฐอเมริกา รับเอมิเรต ปี ค.ศ. 2013 ที่กล่าวว่า การลดลงของค่า GCS เป็นปัจจัยทำนายอัตราการตายที่สำคัญใน ICU trauma⁽⁹⁾ เช่นเดียวกับงานวิจัยของ Carsten Schoeneberg ในประเทศเยอรมัน ปี ค.ศ. 2014 ที่กล่าวถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุ ในเด็กอายุต่ำกว่า 16 ปี โดยอัตราการตายทั้งหมดคือ 13.4% ได้แก่ Glasgow Coma Scale(GSC), Injury Severity Score(ISS), Revised Trauma Score (RTS), New ISS, Revised Injury Severity Classification, and Trauma and Injury Severity Score⁽¹⁰⁾

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1) ด้านปัจจัยช่วงเวลาเกิดเหตุ พบว่ามีอัตราการตายสูงสุดเมื่อเกิดเหตุในช่วง 00:01 - 08:00 น. ซึ่งอยู่ในช่วงเวรดึก ดังนั้น จึงควรมีการศึกษาวิเคราะห์เพิ่มเติมถึงสาเหตุที่ทำให้้อัตราการตายสูงกว่าช่วงเวลา อื่น ๆ เช่น ความรุนแรงของอุบัติเหตุ อัตรากำลัง ความชำนาญของบุคลากร เครื่องมือเทคโนโลยีที่เพียงพอและเหมาะสมในช่วงเวรดึก

2) ด้านปัจจัยการห้ามเลือดก่อนการนำส่งโรงพยาบาล พบว่าอัตราการตายสูงในคนไข้ที่เสียเลือดในอุบัติเหตุจนต้องช่วยเหลือ โดยการห้ามเลือด นั้นหมายถึง ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในรายละเอียดการเสียเลือด เช่น ระดับความรุนแรงของการเสียเลือด ปริมาณเลือดที่เสีย อวัยวะที่เลือดออก เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับความร่วมมือในการเก็บข้อมูลจากศูนย์อุบัติเหตุและวิกฤติบำบัด และขอขอบคุณผู้บริหาร หัวหน้ากลุ่มงานกุมารเวชกรรมและกลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลขอนแก่น ที่สนับสนุนให้ดำเนินการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. กองป้องกันการบาดเจ็บ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การเสียชีวิตจากการบาดเจ็บ (Injury) ของเด็กในประเทศไทย ปี พ.ศ.2558-2562. นนทบุรี; 2565.
2. กลุ่มสารนิเทศและประชาสัมพันธ์ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. จดหมายข่าวสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต].นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2560 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.niems.go.th/1/Upload/migrate/File/256103221110087879_TOQBStXAB8C3NZcF.pdf
3. Natthira Daengpruan, Witaya Chadbunchachai. 25 YEARS ANNIVERSARY TRAUMA REGISTRY 1997-2021. Trauma and Critical Care Center khonkaen; 2022.
4. Hsieh, F.Y.,Block, D.A., and Larsen, M.D. A Simple Method of Sample Size Calculation for Linear and Logistic Regression. Statistics in Medicine,1998;17:1623-34.
5. Theodorou CM, Galganski LA, Jurkovich GJ, Farmer DL, Hirose S, Stephenson JT. Causes of early mortality in pediatric trauma patients. J Trauma Acute Care Surg. 2021; 90(3): 574-81.
6. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2564 [อินเทอร์เน็ต].นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 ธันวาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/11/Hstatistic64.pdf>
7. พยอ มอุดมคำ. อุบัติการณ์ สาเหตุและความสัมพันธ์ของอุบัติเหตุกับวัยและเพศในผู้ป่วยเด็ก โรงพยาบาลโพธาราม จังหวัดราชบุรี. ศรีนครินทร์เวชสาร 2559; 23(2):192-9
8. Plitponkarnpim A, Andersson R, Conner K, Xiang H, Smith G. The relationship of provincial economic level and child injury mortality in Thailand: a cross-sectional analysis in a middle income country [Internet]. Texas: Children at risk Institute; 2012 [Cited 2022 December 15]. Available from: <http://digitalcommons.library.tmc.edu/childrenatrisk/vol3/iss2/11>

9. Hefny AF, Idris K, Eid HO, Abu-Zidan FM. Factors affecting mortality of critical care trauma patients. Afr Health Sci. 2013; 13(3): 731-5.
10. Schoeneberg C, Schilling M, Keitel J, Burggraf M, Hussmann B, Lendemans S. Mortality in severely injured children: experiences of a German level 1 trauma center (2002 - 2011). BMC Pediatric. 2014; 14: 194

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุอย่างเพียงพอ เขตชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น

บุศรา อนุพันธ์¹, อรรวรรณ ศรีเกิน², ศิราณี ศรีหาภาค³

(วันที่รับบทความ 23 สิงหาคม 2566, วันที่แก้ไข 5 กันยายน 2566, วันที่ตอบรับ 5 กันยายน 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุอย่างเพียงพอ เขตชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น การวิจัยประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ (1) ศึกษาสถานการณ์ สภาพปัญหาในปัจจุบัน และ (2) พัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแล กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุ จำนวน 376 คน ผู้ดูแลผู้สูงอายุ 10 คน ผู้นำชุมชน 5 คน ผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ 5 คน และหัวหน้าศูนย์แพทย์ 6 แห่งๆละ 1 คน และ (3) ประเมินผลรูปแบบ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ จำนวน 96 คน และผู้สูงอายุสมองเสื่อม จำนวน 60 คน เครื่องมือเป็นแบบสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยจำนวนร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ Paired t-test และการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษา รูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประกอบด้วย กิจกรรมการอบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อม การจัดทำคู่มือในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลในชุมชน การออกคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง การประเมินผลการคัดกรองซ้ำโดยผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีการติดตามการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ และมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นระยะ โดยมีข้อเสนอแนะว่า ทุกภาคส่วนควรให้ความร่วมมือ และให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหา และที่สำคัญคือการให้ความสำคัญและเอาใจใส่ผู้สูงอายุในความดูแลให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี ผลการนำรูปแบบที่พัฒนาขึ้นไปใช้ พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=0.036$)

คำสำคัญ: การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุ, การพัฒนาศักยภาพ, ผู้ดูแลในชุมชน

^{1,2}โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ³วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

Corresponding Author: บุศรา อนุพันธ์, e-mail: busara508@gmail.com

The Development Model of Community Care Givers' Competency for Sufficient Care of the Elderly with Dementia in an Urban Area, Khon Kaen Province

Busara Anuphan¹, Orawan Srikoen², Siranee Sihapark³

(Received 23rd August 2023, Revised 5th September 2023, Accepted 5th September 2023)

Abstract

This action research aims to determine the development model of community care givers' competency for sufficient care of the elderly with dementia in an urban area in Khon Kaen province. This study was divided into three phases as follows. Phase I: Situation analysis of taking care of the elderly with dementia. Phase II: Development of development model of the elderly care givers' competency, with community participation. The samples included 376 elderly people from six medical centers, ten representative elderly people, five community leaders, five elderly care managers (CM), and six heads of medical center from each of the center. Phase III: Intervention of the development model and evaluation. The samples included care givers (CG) and the elderly with a total of 96 people, and 60 elderly people with dementia. The research tools included the group discussion form, the in-depth interview questionnaire. Data were analyzed and represented as frequency, percentage, mean, SD, Paired t-test statistic and analyzed for content.

The results revealed that included receipt of knowledge or training regarding taking care of dementia elderly people, demands for supports and service for the dementia elderly from the government. The proposed suggestions were that all related sectors should take part in and prioritize problems of the elderly with dementia. Also, there should be care givers in a community and family as a key person for the right solution. Moreover, prioritization and proper taking care of the elderly also could improve their quality of life. According to phase III, post-model intervention, it was found that the comparison showed a statistical significant increase (p-value <0.001). Moreover, post-model intervention, it was found that the attitude was a statistical significant increase (p-value=0.036), when compared to pre-model intervention.

Keywords: dementia elderly care, competency development, community care giver

^{1,2}Khon Kaen Hospital ³Boromarajonani College of Nursing, Khon Kaen

Corresponding Author: Busara Anuphan, e-mail: busara508@gmail.com

บทนำ

ประเทศไทยเข้าสู่สังคมของผู้สูงอายุ จากสถิติของกระทรวงมหาดไทย พ.ศ. 2559 ประเทศไทย มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 9.9 ล้านกว่าคน คิดเป็นร้อยละ 15 ของประชากร ทั้งประเทศที่มี 65.9 ล้านคน ปัญหาที่ตามมาและมักพบในสังคมผู้สูงอายุมากกว่ากลุ่มวัยอื่นๆ คือ ภาวะสมองเสื่อม (dementia) โดยผู้ป่วยจะมีการเสื่อมถอยความสามารถของสมองในหลายๆด้าน เช่น สูญเสียความจำ สมาธิ ความสามารถทางสติปัญญาลดลง คิดและจำเรื่องที่เป็นปัจจุบันไม่ได้ มีอาการหลงลืม ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน ซึ่งอาการหลงลืมนั้นสามารถเกิดขึ้นในคนทั่วไปที่มีความเครียดวิตกกังวลหรือเร่งรีบได้ เรียกว่าสมองเสื่อมเทียม อาการจะเกิดขึ้นชั่วคราวแล้วจะค่อยๆ นึกได้ในภายหลัง แต่ในผู้ที่สมองเสื่อมจะจำไม่ได้เลย ผลสำรวจของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขโดยการตรวจร่างกายครั้งล่าสุดในปี 2557 พบผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป มีภาวะสมองเสื่อมร้อยละ 8.1 คาดว่าขณะนี้ประมาณ 8 แสนกว่าคนทั่วประเทศ พบในผู้หญิงมากกว่าชาย อายุยิ่งมากยิ่งพบมาก⁽¹⁾ ภาวะสมองเสื่อมเป็นสาเหตุการตายอันดับ 5 ของสาเหตุการเสียชีวิตในกลุ่มผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปีขึ้นไป จากข้อมูลสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย ณ ปี พ.ศ.2563 พบมีจำนวนผู้สูงอายุรวมทั้งสิ้น 11,627,130 คน คิดเป็น ร้อยละ 17.57 ของประชากรทั้งหมด จึงคาดการณ์ว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในประเทศไทยอาจมีจำนวนสูงถึงกว่าล้านคน โดยพบในเพศหญิงมากกว่าเพศชาย นอกจากนี้ความชุกของภาวะสมองเสื่อม

จะเพิ่มขึ้น ตามลำดับ ร้อยละ 7.10 ในช่วงอายุ 60-69 ปี ได้เพิ่มขึ้น เป็นร้อยละ 14.70 ในช่วงอายุ 70-79 ปี และเมื่อ ถึงอายุ 80 ปีขึ้นไป ความชุกของภาวะสมองเสื่อมก้าวกระโดดขึ้นไปมากกว่าเท่าตัวถึงร้อยละ 32.50 ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยทั้งด้านการสาธารณสุข การเมือง เศรษฐกิจ และสังคม⁽²⁾

ผลจากภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพทั้งของผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัว โดยเฉพาะผู้ดูแลภาระที่เกิดขึ้นจากโรคสมองเสื่อมเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุ ซึ่งมีค่าใช้จ่ายสูงขึ้นตามระยะของโรคที่รุนแรงขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากภาวะสมองเสื่อมจะทำให้ ผู้สูงอายุมีการเสื่อมในหน้าที่ของการเรียนรู้และเข้าใจปัญหาอย่างรุนแรง ประกอบกับมีปัญหาด้านการสื่อสารเพื่อให้บุคคลอื่นเกิดความเข้าใจ จำไม่ได้ว่าตนพูดหรือทำอะไรไปบ้าง ลืมสิ่งของที่วาง ไว้ จนเกิดอาการหวาดระแวงว่าคนอื่นจะมาขโมย สิ่งของของตน อาการดังกล่าวนี้ผู้สูงอายุจะไม่สามารถควบคุมอาการของตนได้ เกิดการเปลี่ยนแปลงของบุคลิกภาพ การเปลี่ยนแปลงด้านอารมณ์ โดยอารมณ์โรคซึมเศร้า จัดเป็นปัญหาสุขภาพจิตที่พบได้บ่อยที่สุดในกลุ่มผู้สูงอายุ⁽³⁾ จะเห็นได้ว่าภาวะสมองเสื่อมเป็นปัญหาที่สำคัญและเป็นปัญหาใหญ่ระดับประเทศที่มีผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจ การเมือง และสาธารณสุข โดยจะเป็นปัญหาในอนาคตของประเทศไทยเช่นกัน เนื่องจากคนไทยมีอายุที่ยืนยาวขึ้น หากได้รับการวินิจฉัยว่ามีภาวะสมองเสื่อมแล้วจะส่งผลกระทบต่อ

ดำเนินชีวิตทั้งของผู้สูงอายุ บุคคลในครอบครัว ตลอดจนญาติผู้ดูแล จากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาพบมีหลายการศึกษาที่ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ซึ่งรูปแบบที่นำมาใช้มีความเหมาะสมกับแต่ละบริบทของพื้นที่ เน้นการมีส่วนร่วม การกำหนดนโยบายของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ โดยปัจจัยแห่งความสำเร็จคือการได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากทุกภาคส่วน ทำให้เกิดความต่อเนื่องของการนำรูปแบบต่างๆ ที่พัฒนาขึ้นมาใช้ในกลุ่มเป้าหมาย^(3,4,5,6) ซึ่งในบริบทของพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น จะมีความต่างกับหลายการศึกษาที่ผ่านมาและยังไม่ปรากฏรายงานการวิจัยที่มีการศึกษาประเด็นดังกล่าวนี้ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายอย่างเพียงพอในเขตชุมชน โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ ซึ่งผลการศึกษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานการดูแลผู้สูงอายุและส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของกลุ่มเป้าหมายต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายในเขตชุมชนเมือง
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายอย่างเพียงพอในเขตชุมชน
3. เพื่อทดลองใช้และประเมินผลรูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายอย่างเพียงพอ เขตชุมชนเมือง

สมมติฐานการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายอย่างเพียงพอ เขตชุมชนเมืองที่พัฒนาขึ้นส่งผลต่อคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อม

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ที่เกี่ยวข้องและพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมในระบบการดูแลระยะยาว

ระยะที่ 2 ศึกษารูปแบบการดำเนินการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในชุมชน ใช้ระยะเวลา 3 เดือน และการเก็บข้อมูลพื้นฐานช่วงก่อนเริ่มดำเนินการแทรกแซง

ระยะที่ 3 ดำเนินกิจกรรมการแทรกแซงและศึกษาผลลัพธ์การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายอย่างเพียงพอ เขตชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น ใช้ระยะเวลา 3 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาระยะที่ 1 และระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุจากศูนย์แพทย์ 6 แห่ง จำนวน 376 คน ตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver : CG) ในชุมชน 10 คน ผู้นำชุมชน 5 คน ผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ 5 คน และหัวหน้าศูนย์แพทย์ 6 แห่งๆ ละ 1 คน และระยะที่ 3 กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน จำนวน 96 คน และผู้สูงอายุสมองเสื่อม จำนวน 60 คน คัดเลือกแบบ

เจาะจง (Purposive sampling) สำหรับกลุ่มผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care giver) เป็นผู้ที่มิพบทาบรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวของพื้นที่เขตชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น มีเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือเป็นผู้ที่ผ่านการอบรมการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงหลักสูตร 70 ชั่วโมง และมีบทบาทรับผิดชอบดูแลผู้สูงอายุในระบบการดูแลระยะยาวของพื้นที่เขตชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุ เป็นข้อคำถามแบบปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพในอดีต บทบาทในครอบครัว จำนวนสมาชิกในครอบครัว การอาศัยอยู่กับผู้ดูแลหลักในครอบครัว ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ ประวัติการป่วยด้วยโรคเรื้อรังรวม 11 ข้อ โดยข้อคำถามฉบับนี้จะสอบถามจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ

2) แบบประเมินเพื่อคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมิน Informant Questionnaire on Cognitive Decline (IQCODE) ในผู้สูงอายุ ซึ่งเป็นแบบสอบถามที่สั้น ผ่านการตรวจสอบความตรงในพื้นที่ ได้จากการรายงานของผู้ดูแลที่ประเมินความบกพร่องทางการรับรู้ในผู้สูงอายุ (ตามที่ญาติที่ใกล้ชิดหรือเพื่อนสังเกตเห็น) กรณีผลบวก

คือมีคะแนนเฉลี่ย ≥ 3.47 หมายถึงเป็นไปได้ที่จะมีภาวะสมองเสื่อม โดยข้อคำถามฉบับนี้จะสอบถามจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ

3) แบบประเมินการเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมของผู้สูงอายุ โดยใช้แบบประเมิน Neuropsychiatric Inventory (NPI-Q) ที่อาศัยการรายงานของผู้ดูแลที่ประเมินการเกิดความรู้แรงและผลกระทบของอาการพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยที่อาจมีภาวะสมองเสื่อม และการทดสอบการเคลื่อนไหวใช้ประเมินความสามารถของผู้สูงอายุในการเดินอย่างอิสระหรือด้วยอุปกรณ์ช่วยเหลือแต่ปราศจากผู้ให้การช่วยเหลือทางกายภาพจากบุคคลอื่น โดยข้อคำถามฉบับนี้จะสอบถามจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ พฤติกรรมและอาการทางจิตใจที่เกี่ยวกับภาวะสมองเสื่อม (เช่น ซึมเศร้า วิตกกังวลกระสับกระส่ายนอนไม่หลับ) ประเมินโดยใช้แบบประเมิน Neuropsychiatric Inventory-Q (NPI-Q)

4) แบบประเมินความรู้ เป็นคำถามความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุจำนวน 20 ข้อ เป็นลักษณะคำถามเป็นแบบเลือกตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ กำหนดให้คะแนนผู้ ที่ตอบถูกได้ข้อละ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน แบ่งคะแนนระดับความรู้เป็น 3 ระดับ โดยใช้หลักการแบ่งความรู้แบบอิงเกณฑ์⁽¹⁴⁾ ผู้ดูแลมีความรู้ระดับสูง คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป ผู้ดูแลมีความรู้ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละ 50-79 ผู้ดูแลมีความรู้ระดับต่ำ คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 50

5) แบบประเมินทัศนคติ การประเมินทัศนคติของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุก่อนและหลังการฝึกอบรมได้รับการประเมินระดับคะแนน 16 คำถามสำหรับทัศนคติเชิงบวกและ 14 คำถามสำหรับทัศนคติเชิงลบที่ถูกตัดระดับทัศนคติออกจากคะแนนเฉลี่ย ระดับทัศนคติสูงสุด (คะแนน 4.50 - 5.00) ระดับทัศนคติสูง (คะแนน 3.50 - 4.49) ระดับทัศนคติปานกลาง (คะแนน 2.50 - 3.49) ระดับทัศนคติต่ำ (คะแนน 1.50 - 2.49) และระดับทัศนคติต่ำสุด (1.00 - 1.49 คะแนน)⁽¹⁵⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์และนำเสนอด้วยจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพโดยใช้สถิติ Paired t-test

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การตีความและสรุปความ

ผลการวิจัย

จากการดำเนินการเก็บข้อมูลกับตัวแทนผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care giver : CG) 10 คน ผู้นำชุมชน 5 คน ผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ (Care manager: CM) 5 คน หัวหน้าศูนย์แพทย์ 6 แห่งๆ ละ 1 คน โดยเลือกกลุ่มที่ศึกษาแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยการสนทนากลุ่ม (Focus group) กับผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) กับผู้จัดการระบบดูแลผู้สูงอายุ และหัวหน้าศูนย์แพทย์

ผลการศึกษา ข้อมูลสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุในเขตชุมชนเมืองซึ่งประกอบด้วยเขตศูนย์แพทย์ประชาสโมสร ศูนย์แพทย์ชาตะผดุง ศูนย์แพทย์วัดหนองแขง ศูนย์แพทย์มิตรภาพ ศูนย์แพทย์บ้านหนองกุง และศูนย์แพทย์หัวทุ่ง ในปัจจุบัน พบว่า มีจำนวนผู้สูงอายุทั้งหมด 376 คน ปัญหาทางด้านสุขภาพที่พบส่วนใหญ่ ได้แก่ มีโรคประจำตัวที่เป็นโรคเรื้อรัง (Multiple disease) ร้อยละ 82.3 (เศรษฐกิจ การมีผู้ดูแล การเข้าถึงบริการ ฯลฯ)

ระยะที่ 1 การศึกษาสถานการณ์และสภาพปัญหาในปัจจุบัน ในการดำเนินงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และผู้นำชุมชน จากการสนทนากลุ่ม สามารถสรุปประเด็นที่ได้จากการศึกษาแบ่งออกเป็น 5 ประเด็น ดังนี้ (1) ประสิทธิภาพการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในความดูแล (2) การได้รับความรู้หรือผ่านการอบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม (3) ความต้องการในการได้รับสนับสนุนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและบริการที่ทางราชการควรให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติม (4) แนวทางการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในอนาคต (5) ปัญหาและอุปสรรคของการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม ซึ่งผลจากการศึกษาในระยะนี้มีข้อเสนอแนะว่าทุกภาคส่วนควรให้ความร่วมมือและให้ความสำคัญในการแก้ไขปัญหาผู้สูงอายุสมองเสื่อม การมีผู้ดูแลในชุมชนและผู้ดูแลในครอบครัวจะเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับการแก้ไขปัญหาที่ตรงจุด และการให้ความรู้แก่ประชาชน จิตอาสา หรือคนในครอบครัว จะทำให้ชุมชนเกิดความ

ตื่นตัว คอยดูแลและตรวจสอบสภาพสมองตนเอง ว่าเสี่ยงต่อการเป็นผู้ป่วยสมองเสื่อม หรือไม่ และที่สำคัญคือการให้ความสำคัญและเอาใจใส่ ผู้สูงอายุในความดูแล ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ระยะที่ 2 การศึกษาการดำเนินการ พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในชุมชน จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 ผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิด ทฤษฎีการมีส่วนร่วมของชุมชนของ Cohen & Uphoff⁽⁸⁾ มาเป็นกรอบแนวคิดซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือขั้นตอนที่ 1 การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ขั้นตอนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ขั้นตอนที่ 3 การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์และขั้นตอนที่ 4 การมีส่วนร่วมในการประเมิน ผลร่วมกับกระบวนการวิจัยและพัฒนาซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือ ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ระดมสมองร่วมกันในการออกแบบกิจกรรม เพื่อสร้างแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุขึ้น ระยะการดำเนินงานเป็นการจัดกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้และระยะการประเมินผลเพื่อประเมินความเป็นไปได้ในการนำไปใช้จริงและสรุปผลการดำเนินงาน การพัฒนาแผนการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ คาดว่าจะทำให้ผู้ดูแลสามารถนำไปใช้กับผู้สูงอายุในชุมชนได้ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น และผู้วิจัยได้นำผลการศึกษาจากระยะที่ 1 มาใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบ พบว่า ได้รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในชุมชนในการดูแล

ผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุอย่างเพียงพอ เขตชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่นที่เหมาะสม ซึ่งประกอบด้วยกรอบการอบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยมีการประเมินความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การจัดทำคู่มือในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลในชุมชน การออกคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 การประเมินผลการคัดกรองซ้ำโดยผู้จัดการผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน (Care manager : CM) การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม มีการติดตามการปฏิบัติงานของ CG โดย CM และมีการประเมินผลการปฏิบัติงานของ CG เป็นระยะอย่างต่อเนื่อง

ระยะที่ 3 การประเมินผลลัพธ์การพัฒนา ศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุอย่างเพียงพอ เขตชุมชนเมือง ในระยะนี้เป็นการประเมินผลลัพธ์การพัฒนา ศักยภาพผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุอย่างเพียงพอ เขตชุมชนเมืองจากรูปแบบที่พัฒนาขึ้น โดยมีผลการศึกษา ดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 90.6 อายุเฉลี่ย 50.1 ปี (SD. = 8.9) ส่วนใหญ่อายุอยู่ในช่วง 50-59 ปี ร้อยละ 37.7 สถานภาพสมรสในปัจจุบันส่วนใหญ่เป็นคู่ ร้อยละ 57.3 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช. ร้อยละ 60.4 อาชีพปัจจุบันเป็นเกษตรกร (ทำนา ทำไร่ เลี้ยงสัตว์) ร้อยละ 42.8 เคยเป็นอสม. ร้อยละ 91.6 โดยส่วนใหญ่เป็น อสม.

มาไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 41.3 เคยมีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 87.5 โดยส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุมาไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 56.5 ทุกคน (ร้อยละ 100.0) ผ่านการอบรมเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (Care Giver) มาแล้ว โดยส่วนใหญ่มีระยะเวลาที่ทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลในชุมชน 25 – 36 เดือน ร้อยละ 31.3

2. ผลการประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในภาพรวม พบว่า ก่อนอบรม กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี

ร้อยละ 64.6 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.4 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.0 ตามลำดับ โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 11.8 คะแนน (SD.=1.5) ต่ำสุด 7 คะแนน และสูงสุด 15 คะแนน และหลังอบรมส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 72.9 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 27.1 ตามลำดับโดยไม่มีระดับต่ำมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 12.4 คะแนน (SD.=1.4) ต่ำสุด 9 คะแนน และสูงสุด 15 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน เปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม

ระดับความรู้	ก่อนอบรม		หลังอบรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (0-7 คะแนน)	1	1.0	0	0
ระดับปานกลาง (8-11 คะแนน)	33	34.4	26	27.1
ระดับดี (12-15 คะแนน)	62	64.6	70	72.9
Mean, SD., Min, Max	11.8, 1.5, 7, 15		12.4, 1.4, 9, 15	

3. ผลการประเมินความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชนที่ตอบถูกต้อง รายข้อ พบว่า ก่อนอบรม ส่วนใหญ่ตอบถูกต้องในคำถาม “ภาวะสมองเสื่อมมีผลทำให้ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุลดลง” และ “การประเมินคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นมีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน” ตอบถูกต้องเท่ากัน ร้อยละ 99.0 รองลงมาคำถาม “การประเมินภาวะสมองสามารถสอบถามพฤติกรรมของผู้สูงอายุได้จาก

ผู้ดูแลในครอบครัว” ร้อยละ 97.9 และ “ภาวะสมองเสื่อมมีระดับความรุนแรงหลายระดับ ตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง” ร้อยละ 96.9 และหลังอบรม ส่วนใหญ่ตอบถูกต้องในคำถาม “การประเมินคัดกรองภาวะสมองเสื่อมเบื้องต้นมีความสำคัญต่อการเข้าถึงบริการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในชุมชน” ตอบถูกต้อง ร้อยละ 99.0 รองลงมาคำถาม “พฤติกรรมที่แสดงออกที่เปลี่ยนแปลงผิดปกติเป็นสัญญาณบอกการเกิดภาวะสมองเสื่อมใน

ผู้สูงอายุ” และ “ภาวะสมองเสื่อมมีระดับความรุนแรงหลายระดับตั้งแต่ระดับเล็กน้อย ระดับปานกลาง และระดับรุนแรง” ตอบถูกต้องเท่ากัน ร้อยละ 97.9 ตามลำดับ

4. ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในภาพรวม เปรียบเทียบก่อนและหลังอบรม พบว่า ก่อนอบรม กลุ่มที่ศึกษา จำนวน 96 คนมีคะแนนความ

รู้เฉลี่ย 11.82 คะแนน (SD.=1.46) และหลังการอบรมมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 12.42 คะแนน (SD.=1.41) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังการอบรม พบว่า คะแนนความรู้เฉลี่ยหลังการอบรมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) โดยมีคะแนนความรู้เฉลี่ยเพิ่มขึ้น 0.59 คะแนน (95% ช่วงเชื่อมั่นของผลต่าง = 0.33 ถึง 0.86) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในภาพรวม เปรียบเทียบก่อนและหลังอบรม โดยใช้สถิติ paired t-test

กลุ่มศึกษา	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	SD.	ผลต่างของ ค่าเฉลี่ย	95% ช่วงเชื่อมั่น ของผลต่างของ ค่าเฉลี่ย	p-value
ก่อนอบรม	96	11.82	1.46	0.59	0.33 ถึง 0.86	< 0.001*
หลังอบรม	96	12.42	1.44			

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

5. ผลการประเมินทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในภาพรวม พบว่า ก่อนอบรมกลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 89.6 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 10.4 ตามลำดับ โดยมีคะแนนทัศนคติเฉลี่ย 4.17

คะแนน (SD.=0.44) ต่ำสุด 2.77 และสูงสุด 4.93 คะแนน และหลังอบรมส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนอยู่ในระดับดี ร้อยละ 79.2 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 20.8 ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ย 4.09 คะแนน (SD.=0.48) ต่ำสุด 2.93 และสูงสุด 5.00 คะแนน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละระดับทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในภาพรวม เปรียบเทียบก่อนและหลังการอบรม

ระดับทัศนคติ	ก่อนอบรม		หลังอบรม	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับต่ำ (ค่าเฉลี่ย 1.00-2.33)	0	0	0	0
ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34-3.66)	10	10.4	20	20.8
ระดับดี (ค่าเฉลี่ย 3.67-5.00)	86	89.6	76	79.2
Mean, SD., Min, Max	4.17, 0.44, 2.77, 4.93		4.09, 0.48, 2.93, 5.00	
	(แปลผล : ระดับดี)		(แปลผล : ระดับดี)	

6. ผลการประเมินทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน หลังอบรม รายข้อ เมื่อพิจารณาข้อคำถามทัศนคติที่เป็นข้อคำถามเชิงบวก ผลการศึกษา พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่ระบุ “มากที่สุด” ได้แก่ ข้าพเจ้าคิดว่าผู้สูงอายุควรมีโอกาสได้ใช้วาระสุดท้ายของชีวิต กับครอบครัว ร้อยละ 68.8 รองลงมา คือ การถกเถียงกับผู้สูงอายุโดยใช้ถ้อยคำรุนแรง ข้าพเจ้าคิดว่า เป็นเรื่องไม่สมควร ร้อยละ 62.5 และข้าพเจ้าคิดว่าผู้ดูแลที่ทำงานกับผู้สูงอายุควรได้รับการอบรม การดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 58.3 ตามลำดับ และสำหรับข้อคำถามที่ กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่ระบุ “มาก” ได้แก่ ข้าพเจ้าคิดว่าผู้สูงอายุเป็นบุคคลที่มีคุณค่าของสังคม ร้อยละ 56.3 และข้าพเจ้ารู้สึกสบายใจ เมื่อได้พูดคุยกับผู้สูงอายุ ร้อยละ 54.2 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาข้อคำถามทัศนคติที่เป็นข้อคำถามเชิงลบ ผลการศึกษาพบว่า ข้อคำถามที่ กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่ระบุ

“น้อยที่สุด” ได้แก่ เมื่อเห็นสภาพร่างกายของผู้สูงอายุแล้วข้าพเจ้ารู้สึกรังเกียจ ร้อยละ 60.4 รองลงมา คือ ข้าพเจ้ารู้สึกว่าการที่รัฐและหน่วยงานองค์กรต่างๆช่วยจัดหางาน ให้แก่ผู้สูงอายุ นั้นเป็นการแย่งงานของคนวัยแรงงานไป ร้อยละ 52.1 และข้าพเจ้ารู้สึกหงุดหงิดเมื่อรับฟังปัญหาจากผู้สูงอายุที่ระบายความในใจ ร้อยละ 47.9 ตามลำดับ

7. ผลการเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในภาพรวม เปรียบเทียบก่อนและหลังอบรม พบว่า ก่อนอบรมกลุ่มที่ศึกษาจำนวน 96 คนมีคะแนนทัศนคติฯ เฉลี่ย 4.17 คะแนน (SD.=0.44) และหลังการอบรมมีคะแนนทัศนคติฯ เฉลี่ย 4.09 คะแนน (SD.=0.48) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนทัศนคติฯ เฉลี่ยก่อนและหลังการอบรม พบว่า แม้ว่าจะคะแนนเฉลี่ยหลังการอบรมจะลดลง แต่คะแนนทัศนคติก่อนและหลังการอบรมก็แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=0.036) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ในภาพรวมเปรียบเทียบก่อนและหลังอบรม โดยใช้สถิติ paired t-test

กลุ่มศึกษา	จำนวน (คน)	ค่าเฉลี่ย	SD.	ผลต่างของ ค่าเฉลี่ย	95% ช่วง เชื่อมั่นของ ผลต่างของ ค่าเฉลี่ย	p-value
ก่อนอบรม	96	4.17	0.44	0.082	0.005 ถึง 0.158	0.036*
หลังอบรม	96	4.09	0.48			

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุอย่างเพียงพอเขตชุมชนเมือง จังหวัดขอนแก่น ที่เน้นการจัดกิจกรรมการอบรมการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ โดยมีการประเมินความรู้ ทักษะ และทักษะการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การจัดทำคู่มือในการคัดกรองภาวะสมองเสื่อมสำหรับผู้ดูแลในชุมชน การออกคัดกรองภาวะสมองเสื่อมผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในระบบกระบวนการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว (Long Term Care : LTC) กลุ่มที่ 1 และกลุ่มที่ 2 การประเมินผลการคัดกรองซ้ำโดย Care manager (CM) การจัดทำแผนการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม การติดตามการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดย CM และการประเมินผลการปฏิบัติงานของ CG เป็นระยะ โดยให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุได้ส่งเสริมความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันตามดัชนีบาร์เรลเอดีแอล (ADL) ภายใต้กระบวนการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

และสมองเสื่อม ช่วยส่งเสริมให้คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมดีขึ้นได้สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์⁽⁹⁾ ที่ได้ศึกษาการพัฒนากระบวนการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน ผลการศึกษาพบว่าก่อนการพัฒนาไม่มีระบบการจัดบริการระยะยาวด้านสาธารณสุขที่ชัดเจน ผู้ดูแลผู้สูงอายุไม่มีแนวทางการทำงานที่เหมาะสม ไม่เป็นที่รู้จักของชุมชนและขาดความมั่นใจในการทำงานในชุมชน หลังพัฒนาระบบและนำไปใช้ พบว่าผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาระบบการจัดบริการผู้สูงอายุมีความพึงพอใจจากกิจกรรมที่ได้รับการดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ ในส่วนของผู้ดูแลผู้สูงอายุได้มีการพัฒนาศักยภาพ เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา^(3,4,5,6) ที่พบว่าการพัฒนาแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงโดยอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุ (Care giver : CG) แสดงให้เห็นงานบริการ

ที่ต้องดำเนินการให้เกิดความเชื่อมโยงกัน ทั้งแบบทำเดี่ยว ผ่านระบบการจัดการ แผนการ ดูแล งานที่ต้องทำร่วมกัน และการศึกษาของ อารมณ์ ร่วมเย็น⁽¹⁰⁾ ที่ได้ศึกษาผลของการ พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของ ผู้สูงอายุ จังหวัดชุมพร ผลการศึกษาพบว่า ทำให้ผู้ดูแลมีศักยภาพในระดับสูงและเครือข่าย มีส่วนร่วมดูแลผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น จึงส่งผลต่อ คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น เช่นเดียวกับการ ศึกษาของ ไกรสร จุลโยธา⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาผลของ การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่น เพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบึงกาฬ หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ผลการศึกษา พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมี ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุ แรงจูงใจในการจัดการช่วยเหลือดูแล ผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการดูแล ผู้สูงอายุ และคุณลักษณะในการเป็นอาสาสมัคร บริบาลท้องถิ่นสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ การศึกษาของเนติยา แจ่มทิม สินีพร ยืนยง และปริญทร์ ศรีศลักษณ์⁽¹²⁾ ที่พบว่าภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ เข้าร่วมในการศึกษามีระดับคะแนนความรู้ และ การปฏิบัติกิจกรรมดูแลผู้สูงอายุสูงกว่ากลุ่ม ควบคุม และการศึกษาของ ขวัญสุมาณา พิณราช และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่า หลังการอบรมมีคะแนน เฉลี่ยสูงกว่าก่อนการอบรมในด้านความรู้ความ เข้าใจการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ทักษะการดูแล ผู้สูงอายุ จิตสำนึกสาธารณะการ ดูแลผู้สูงอายุ และพฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุมีความ แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

สามารถนำรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแลในชุมชนเพื่อการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม สูงอายุอย่างเพียงพอ เขตชุมชนเมือง จังหวัด ขอนแก่น ไปพัฒนาและใช้ดำเนินการต่อในการ พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลให้ครอบคลุมในเขตอื่นๆ ของจังหวัดขอนแก่น หรือในพื้นที่ที่มีบริบทที่ ใกล้เคียงกับการศึกษานี้ รวมทั้งสามารถนำไปใช้ ประโยชน์ต่อการพัฒนาและนำเข้าสู่แผนสุขภาพ ของเมืองขอนแก่นต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาศักยภาพการพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแลในชุมชนในการดูแลผู้ป่วยสมองเสื่อม ในประเด็นต่างๆ ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพ ผู้ดูแลในครอบครัว ศักยภาพของชุมชน ในการ ดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม และการศึกษาคุณภาพ ชีวิตของผู้สูงอายุสมองเสื่อมหลังจากได้รับการ ดูแลตามโปรแกรมการดูแลสมองเสื่อมอย่าง เพียงพอ

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต “ไทยอันดับ2” “เด็กรังแกกัน ในโรงเรียน” พบเหยื่อปีละ 6 แสนคน”. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 20 สิงหาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=27485>
2. กรมสุขภาพจิต. ก้าวอย่างของประเทศไทย สู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ แบบ. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 มกราคม 2566]; เข้าถึงได้จาก <https://dmh.go.th/news-dmh/view.asp?id=30453>

3. ยุทธพล เดชารัตนชาติ และยิ่งศักดิ์ คชโคตร. รูปแบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารวิชาการธรรมทรศน์. 2565; 22(3): 63-80.
4. นนทรี เมืองศรี และพิศิษฐ์ เสรีธรรมะพิทักษ์. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดนครพนม. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566; 8(2): 200-209.
5. อรวรรณ ศรีเกิน, มิ่งขวัญ ภูหงส์ทอง และพรณิภา ไชยรัตน์. การพัฒนาแนวทางอาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุในการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2562; 8(2): 39-54.
6. ศศินันท์สายแว และวรพจน์พรหมสัตยพรด. การพัฒนาระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ตำบลนาเจริญ อำเภอดงหลวง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2564; 7(4): 197-212.
7. Chinman M, McCarthy S, Mitchell-Miland C, Daniels K, Youk A and Edelen M. Early stages of development of a peer specialist fidelity measure. Psychiatr Rehabil J. 2023; 39(3): 256-65. doi: 10.1037/prj0000209.
8. John M C, & Norman U. Participation's place in rural development: Seeking clarity through specificity. World development 1980; 8(3), 213-235. doi:10.1016/0305-750X(80)90011-X
9. รุ่งลาวัลย์ รัตนพันธ์. การพัฒนาระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในชุมชน. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9: วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2564; 15(37), 250-261.
10. อารมณ รมเย็น. ผลของการพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้สูงอายุ จังหวัดชุมพร. วารสารมหาจุฬานาครทรรศน์. 2563; 10(1): 307-320.
11. ไกรสร จุลโยธา. ผลของการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครบริบาลท้องถิ่นเพื่อดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดบึงกาฬ หลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง (กรมอนามัย). วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน. 2565; 8(3): 172-182.
12. เนติยา แจ่มทิม, สินีพร ยืนยง และปริญทร์ ศรีศัลลักษณ์. ผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมในการดูแล ผู้สูงอายุ ตำบลสนามชัย อำเภอเมือง จังหวัด สุพรรณบุรี. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2559; 25(3): 108-119.
13. ขวัญสุมาณา พิณราช และคณะ. การพัฒนารูปแบบผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างมีจิต สาธารณะ. รายงานสืบเนื่องประชุมวิชาการ และนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติครั้งที่ 12: การวิจัย นวัตกรรมสร้างสรรค์เศรษฐกิจไทย. มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น. 2561; 455-46
14. มานี หาททรัพย์, มงคลชัย หาททรัพย์, ทศนีย์ นะแสง. ความรู้ความสามารถของผู้ดูแลหลักในการดูแลผู้สูงอายุกระดุก

สะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดรักษาที่
โรงพยาบาลสงขลานครินทร์. วารสาร
พยาบาลสงขลานครินทร์ 2557; 34(2):
53-66.

15. บุษบา วงษ์ขวลิตกุล และ คณะ. (2559).
ความรู้และทัศนคติของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กรณีศึกษาผู้ดูแลผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์
คนชราบ้านธรรมปกรณ์โพธิ์กลาง และ
สถานสงเคราะห์คนชรา บ้านธรรมปกรณ์
วัดม่วงจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิชาการ
บริหารธุรกิจ สมาคมสถาบันอุดมศึกษา
แห่งประเทศไทย, 5(2), 74-92.

ผลการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวประเภท HFrEF (HF with reduced EF) ในคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

วีระชัย ขาติชัชวาล

(วันที่รับบทความ 29 พฤษภาคม 2566, วันที่แก้ไข 20 มิถุนายน 2566, วันที่ตอบรับ 20 มิถุนายน 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวประเภท HFrEF (HF with reduced EF) ในคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ศึกษาในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับบริการในคลินิกหัวใจล้มเหลว ระหว่างเดือนมิถุนายน-ธันวาคม 2565 ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 45 คน โดยกลุ่มตัวอย่างได้รับการดูแลในคลินิก 5 ขั้นตอน 4 ระดับความรุนแรง เป็นระยะเวลา 6 เดือน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามพฤติกรรมดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตที่มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.83 และแบบบันทึกผลลัพธ์ทางคลินิก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติ Paired Sample T test และ Chi-squared test

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย มีอายุเฉลี่ย 56.07 (S.D.=13.63) ส่วนใหญ่มีโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 46.7 และเข้าสู่กระบวนการรักษาในคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว ระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 46.7 ภายหลังการทดลองส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองโดยรวมในระดับดี มีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับสูง โดยเพิ่มขึ้นจากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) ส่วนผลลัพธ์ทางคลินิก พบว่า ผู้ป่วยมีความทนในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น จากค่าดัชนี NYHA และการทดสอบการเดิน (6 minute walk test) ซึ่งเพิ่มขึ้นจากการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.004$) และ ($p\text{-value}<.001$) ตามลำดับ ผลต่อการทำงานของหัวใจ ทำให้ค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.013$) ส่งผลให้อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ในช่วง 1 ปี และอัตราการเข้ารักษาที่ห้องฉุกเฉิน ลดลงจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}=.001$)

คำสำคัญ: ภาวะหัวใจล้มเหลว, ระบบบริการดูแลในคลินิก, คุณภาพชีวิต

นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลอำนาจเจริญ

Corresponding author: วีระชัย ขาติชัชวาล, e-mail: kanokchatsomchai@gmail.com

The Effect of Heart Failure Clinical Service for Heart Failure Patients with Reduced Ejection Fraction in Amnatcharoen Hospital

Weerachai Chatchadchawal

(Received 29th May 2023, Revised 20th June 2023, Accepted 20th June)

Abstract

This quasi-experimental research aimed to study the effect of the Heart Failure Clinical Service for Heart Failure Patients with Reduced Ejection Fraction (HFrEF) in Amnatcharoen Hospital. The study was conducted on 45 heart failure patients who received services in the heart failure clinic between June and December 2022. The sample received the 5-step model of care and four levels of severity for six months. Data were collected using the self-care behavior questionnaire with a reliability of 0.83 and the clinical outcome record form. Data were analyzed by descriptive statistics and inferential statistics (Paired sample t-test and Chi-squared test).

The results showed that the sample was mostly male, with an average age of 56.07 (SD = 13.63), and had hypertension. 46.7% of them were diagnosed between 6 and 10 years old, and 46.7% of them entered the heart failure clinic treatment process between 1 and 5 years old. After using this service, the patients had a good level of self-care behaviors and a high level of quality of life, which was significant with a p-value of .001. Clinical outcomes, such as the patient's activity tolerance following the New York Heart Association index (NYHA) and the 6-minute walk test, significantly increased after using this service (p-value 0.05). Heart function outcomes: the average left ventricular ejection fraction (LVEF) increased significantly (p-value = .013), resulting in a 1-year readmission, and the rate of admission to the emergency room significantly decreased after using this service (p-value = .001).

Keywords: Heart Failure Patients, Clinical Care Service, Quality of Life

Medical Doctor, Professional Level, Amnatcharoen Hospital Corresponding author:
Weerachai Chatchadchawal, e-mail: kanokchatsomchai@gmail.com

บทนำ

ภาวะหัวใจล้มเหลว ส่วนใหญ่เป็นภาวะปลายทางของโรคในระบบหัวใจและหลอดเลือด ปัจจุบันมีผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวทั่วโลกถึง 38 ล้านคน⁽¹⁾ ผลกระทบที่ตามมาได้แก่ การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและแผนกฉุกเฉินบ่อยครั้งและมีอัตราการเสียชีวิตสูง⁽²⁾ โดยภายหลังการวินิจฉัยของแพทย์ ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิงจะมีชีวิตอยู่อีกเพียง 1.7 ปี และ 3.2 ปี ตามลำดับ⁽³⁾ ทำให้มีความต้องการการดูแล และค่าใช้จ่ายในระบบสุขภาพเพิ่มขึ้น จากปัจจุบัน 40 พันล้านบาท และคาดการณ์ว่าจะสูงถึง 70 พันล้านบาทในปี พ.ศ.2573⁽⁴⁾ ประเทศไทยยังไม่มีรายงานความชุกของการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลว แต่จากจากทะเบียน Thai Acute Decompensate Heart Failure Registry The (ADHERE) พบว่า อัตราการเสียชีวิตของประชากรไทยด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเท่ากับร้อยละ 5.5 และมีระยะเวลานานอยู่ในโรงพยาบาลเฉลี่ยเท่ากับ 7.5 วัน ซึ่งมากกว่าประเทศสหรัฐอเมริกา⁽⁵⁾ การมีชีวิตร่วมอยู่กับภาวะหัวใจวายยังก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานแก่ผู้ป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ เนื่องจากภาวะหัวใจวายส่งผลต่อข้อจำกัดทางร่างกาย ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่แย่ลง^(6,7,8) มีความเสี่ยงสูงมากต่อการกำเริบของโรค การเสียชีวิต หรือการเข้ารับการรักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาล⁽⁹⁾ โดยพบว่าผู้ป่วยร้อยละ 30 และร้อยละ 50 ต้องเข้ารับการรักษาตัวซ้ำภายหลังการจำหน่าย 3 เดือน และ 6 เดือน ตามลำดับ⁽³⁾

การจัดตั้งคลินิกหัวใจล้มเหลว ได้รับการพิสูจน์ในงานวิจัยจำนวนมาก ว่าเป็น

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพในการเพิ่มคุณภาพการรักษาให้ได้ตามมาตรฐาน เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยา และความสามารถในการดูแลตนเอง ช่วยลดอัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และลดอัตราการเสียชีวิตจากภาวะหัวใจล้มเหลว^(10, 11) โดยรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจล้มเหลวจะต้องดูแลแบบสหวิชาชีพ ซึ่งร่วมกันทำงานโดยมีเป้าหมายเดียวกัน แต่ใช้หลักของสาขาวิชาชีพตนเองเป็นกรอบในการทำงาน ผ่านการประชุมวางแผนแบ่งความรับผิดชอบที่ชัดเจนมีการปรึกษาหารือขอคำแนะนำจากสาขาวิชาชีพอื่นในทีมเมื่อมีปัญหา^(11, 12) สมาคมโรคหัวใจล้มเหลวแห่งประเทศไทยเสนอว่า คลินิกหัวใจล้มเหลว ควรประกอบด้วย การจัดการกับโรคหัวใจล้มเหลว การรักษาด้วยยาตามเป้าหมาย และการประเมินการใช้อุปกรณ์ช่วยชีวิตตามหลักฐานเชิงประจักษ์ การประเมินการทำหน้าที่ของร่างกายคุณภาพชีวิต และภาวะโภชนาการ การวางแผนการรักษาล่วงหน้า การติดตามผู้ป่วย การพัฒนาความสามารถของทีมสหวิชาชีพ การติดต่อสื่อสารและการประกันคุณภาพ⁽¹³⁾ ทั้งนี้ ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้มีการจัดตั้งคลินิกหัวใจล้มเหลวที่มีการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการจากสหวิชาชีพ ดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่มีค่าความสามารถในการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (Left Ventricular Ejection Fraction: LVEF) น้อยกว่าร้อยละ 40 มีการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาลมากกว่าหรือเท่ากับ 2 ครั้ง/ปี และไม่ร่วมมือในการรับประทานยา

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในการรักษา ระยะยาวคือ การส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยการรับประทานอาหาร และควบคุมความสมดุลของน้ำ การจำกัดอาหาร โซเดียมสูง การรับประทานยาตามแผนการรักษา การดูแลตนเองด้านจิตสังคม การติดตามอาการ ด้วยตนเองและการจัดการอาการผิดปกติที่เกิดขึ้น การมีกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม^(13,14) การมาพบแพทย์ตามนัด การรักษาสมดุลของการพักผ่อน และการประสานความร่วมมือของ ทีมสหวิชาชีพกับผู้ป่วย เพื่อลดอัตราการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลซ้ำ และทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽¹³⁻¹⁵⁾

โรงพยาบาลอำนาจเจริญ ได้เปิดให้บริการคลินิกหัวใจล้มเหลว เมื่อปี พ.ศ.2558 เพื่อส่งเสริมความสามารถในการดูแลตนเอง เพิ่มความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย การให้ยาตามมาตรฐานลดอัตราการเกิดภาวะหัวใจล้มเหลวกำเริบ เพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วย และลดอัตราการเสียชีวิต⁽¹⁶⁾ ปัจจุบันให้การดูแลผู้ป่วยด้วย สหวิชาชีพ อย่างไรก็ตาม ที่ผ่านมายังไม่มีการวิจัยประเมินผลการพัฒนาคลินิกดังกล่าว ดังนั้น จึงจำเป็นต้องศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิก เพื่อสะท้อนคุณภาพการบริการของคลินิกหัวใจล้มเหลว นำพัฒนาปรับปรุงระบบการบริการให้ดียิ่งขึ้นไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวประเภท HFrEF (HF with reduced EF) ในคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว ต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิต

2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวประเภท HFrEF (HF with reduced EF) ในคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว ต่อผลลัพธ์ทางคลินิก

สมมติฐานการวิจัย

1. ภายหลังผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวประเภท HFrEF (HF with reduced EF) ได้รับการบริการดูแลในคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งผลให้ค่าคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง และคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้น

2. ภายหลังผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวประเภท HFrEF (HF with reduced EF) ได้รับการบริการดูแลในคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว ส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น

ระเบียบวิธีวิจัย

1. ระเบียบวิธีวิจัย เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรศึกษา เป็นกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นภาวะหัวใจล้มเหลว (ICD-10:I501-I509) ที่เข้ารับบริการในคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน-31 ธันวาคม 2565 จำนวน 241 คน⁽¹⁷⁾ **กลุ่มตัวอย่าง** เป็นการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่เข้ารับบริการในคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว ตามเกณฑ์คัดเลือก ได้แก่ เป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ มารับบริการต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ โดยผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมโครงการ จำนวน 45 คน โดยเกณฑ์คัดเข้า 1) เป็นผู้ป่วยที่มาใช้บริการ

ต่อเนื่องตามแผนการรักษาของแพทย์ 2) เป็นผู้ป่วยที่อาศัยอยู่ในพื้นที่จังหวัดอำนาจเจริญ

3) ผู้ป่วยยินยอมให้เก็บข้อมูลจากเวชระเบียนและสมัครใจเข้าร่วมโครงการ

3. เครื่องมือในการวิจัย การให้บริการผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในคลินิกโรงพยาบาลอำนาจเจริญ โดยสาขาชีพ 5 ขั้นตอน 4 ระดับ ความรุนแรง มีรายละเอียดดังนี้

บริการ	รายละเอียดบริการหลัก	รายละเอียดบริการเสริม	
ประเมินภาวะสุขภาพ	ประเมินด้วย NYHA functional class, Chest x ray, Electrocardiogram, Echocardiogram	พิจารณาเพิ่มเติมในรายที่จำเป็น ได้แก่ Plasma BNP หรือ NT pro BNP แยกตามกลุ่มที่ NYHA FC III, IV, 6 Minute walk test ในกลุ่ม NYHA FC I-II	
จำแนกระดับความรุนแรง			
สีแดง	สีส้ม	สีเหลือง	สีเขียว
พบความผิดปกติทุกอาการ 1. นอนราบไม่ได้ (orthopnea) 2. หายใจหอบเหนื่อยหลังนอนหลับ (PND) 3. บวมตามแขนขา (extremity edema) 4. เอกซเรย์ปอดพบภาวะน้ำเกิน (pulmonary congestion)	พบความผิดปกติ 3 ใน 4 ของการประเมิน	พบความผิดปกติ 2 ใน 4 ของการประเมิน	พบความผิดปกติไม่เกิด 1 ใน 4 หรือไม่พบความผิดปกติของการประเมิน
การรักษา			
-จัดแผนการรักษาด้วยยา -จำกัดปริมาณน้ำไม่เกิน 1 ลิตร/วัน	-จัดแผนการรักษาด้วยยา -จำกัดปริมาณน้ำไม่เกิน 1ลิตร/วัน	-จัดแผนการรักษาด้วยยา -จำกัดปริมาณน้ำไม่เกิน 1 ลิตร/วัน	-จัดแผนการรักษาด้วยยา -จำกัดปริมาณน้ำไม่เกิน 1 ลิตร/วัน

สีแดง	สีส้ม	สีเหลือง	สีเขียว
-จำกัดปริมาณเกลือน้อยกว่า 2 กรัม/วัน -ให้ยาขับปัสสาวะแบบฉีด -กำกับกิจกรรมทางกายและการติดตามตนเองรายวัน	-จำกัดปริมาณเกลือน้อยกว่า 2 กรัม/วัน -ให้ยาขับปัสสาวะแบบรับประทาน -กำกับกิจกรรมทางกายและการติดตามตนเองทุก 2 วัน	-จำกัดปริมาณเกลือน้อยกว่า 2 กรัม/วัน -กำกับกิจกรรมทางกายและการติดตามตนเองรายสัปดาห์	-กำกับกิจกรรมทางกายและการติดตามตนเองรายสัปดาห์
การติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่อง			
นัดติดตามอาการอีก 3 วัน โดยทีมสหวิชาชีพ	นัดติดตามอาการอีก 7 วัน โดยทีมสหวิชาชีพ	นัดติดตามอาการอีก 7 วัน โดยแพทย์	นัดติดตามอาการอีก 14 วัน โดยแพทย์
การนัดพบแพทย์เพื่อตรวจประเมินซ้ำ			
นัดประเมินซ้ำอีก 7 วัน	นัดประเมินซ้ำอีก 14 วัน	นัดประเมินซ้ำอีก 14 วัน	นัดประเมินซ้ำอีก 28 วัน

4. เครื่องมือในการวิจัย

4.1 การพัฒนาเครื่องมือ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามและแบบประเมินที่ประยุกต์จากงานวิจัยของ ไวยพร พรหมวงศ์ และคณะ⁽¹⁸⁾ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามแบบเติมคำและเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 2 ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยผู้วิจัยบันทึกข้อมูลจากเวชระเบียนประกอบด้วย 1) ค่าดัชนี New York Heart Association (NYHA) แบ่งออกเป็น 4 ระดับ Class ไม่มีข้อจำกัดในการออกกำลังกายจนถึง Class IV มีอาการเหนื่อยแม้ในขณะที่พัก 2) ค่าการทดสอบความทนทานในการเดิน ด้วย 6-minute walk test 3) ค่า Left Ventricular

Ejection fraction 4) กลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปี และการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ประกอบด้วย ด้านการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ 10 ข้อ การดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ 6 ข้อ และความมั่นใจในการดูแลตนเอง 6 ข้อ ลักษณะการให้คะแนนเป็น rating scale 5 ระดับ คะแนน ยิ่งสูงแสดงว่าผู้ป่วยยิ่งดูแลตนเองได้ดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว The Minnesota Living with Heart Failure Questionnaires ของ Rector, Kubo & Cohn⁽¹⁹⁾ แปลเป็นภาษา

ไทยโดยพวงผกา กรีทอง ผ่านตรวจค่า CVI จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ประกอบด้วยคำถาม 21 ข้อ เกี่ยวกับอาการและอาการแสดงของโรค ในระยะ 1 เดือนที่ผ่านมา ลักษณะเป็น rating scale 6 ระดับ ตั้งแต่ 0-5 คะแนน คะแนนเต็ม 105 คะแนน การแปลผลคะแนนมากคือมี คุณภาพชีวิตสูงคะแนนน้อย คือ คุณภาพชีวิตต่ำ ซึ่งระดับคะแนนแบ่งออกเป็น 3 ระดับ คือ คุณภาพชีวิตต่ำ (0-35 คะแนน) คุณภาพชีวิต ปานกลาง (36-70 คะแนน) และคุณภาพชีวิตสูง (71-105 คะแนน)⁽²⁰⁾

4.2 การตรวจสอบคุณภาพ เครื่องมือ ผู้วิจัยได้นำเครื่องมือมาปรับปรุง และส่งให้ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบเครื่องมือ ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.66-1 จากนั้นนำเครื่องมือไปทดสอบกับผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวใน โรงพยาบาลโสธร จำนวน 30 คน ได้ค่าความ เชื่อมั่นเท่ากับ 0.83

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล จัดทำหนังสือ ขออนุญาตดำเนินการวิจัย โดยการเก็บข้อมูลจาก เวชระเบียนของโรงพยาบาล และเก็บข้อมูลใน ผู้ป่วยโดยบุคลากรของโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ที่ผ่านการอบรมในการจัดเก็บข้อมูล และ ดำเนินการเก็บข้อมูลในผู้รับบริการตามขั้นตอน โดยผ่านการการรับรองจากคณะกรรมการวิจัย ในมนุษย์ โรงพยาบาลอำนาจเจริญ หมายเลข 13/2565

6. การวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบและ บันทึกรายข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป เพื่อวิเคราะห์ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิง

อนุมาน เพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการ ทดลอง ด้วยสถิติ Paired Sample T test และ Chi-squared test

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อายุเฉลี่ย 56.07 (S.D.=13.63)จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนไม่เกิน 4,999 บาท มีสามี - ภรรยาเป็นผู้ดูแลหลัก มีโรคความดัน โลหิตสูงร่วมด้วย มีระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัย จากแพทย์ระหว่าง 6-10 ปี ร้อยละ 46.7 และมีระยะเวลาที่เข้าสู่กระบวนการรักษาระหว่าง 1-5 ปี ร้อยละ 46.7 ภายหลังการทดลองส่งผล ต่อผู้ป่วยดังนี้

1. พฤติกรรมการดูแลตนเอง และ คุณภาพชีวิต ภายหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมดูแลตนเองรายข้อเพิ่มขึ้น มีค่า เฉลี่ยพฤติกรรมรายด้าน ได้แก่ พฤติกรรมการ ดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ พฤติกรรมการ ดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ พฤติกรรมที่ แสดงออกถึงความมั่นใจในการดูแลตนเอง และ พฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมดีขึ้นจากก่อน ทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 1) ด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ก่อนการทดลอง ส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับสูง ร้อยละ 75.6 ภายหลังการทดลองเพิ่มเป็น ร้อยละ 80.0 โดยค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 80.44 (S.D.=17.66) เป็น 83.60 (S.D.=17.93) ซึ่งสะท้อนว่า คุณภาพชีวิตดีขึ้นจากก่อนทดลอง อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเอง คุณภาพชีวิตและผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับบริการในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	M.D.	S.D.	95% CI	t	sig
พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อรักษาสุขภาพ	5.16	3.34	4.15, 6.16	10.34	<.001
พฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อจัดการอาการ	3.31	2.75	2.48, 4.14	8.07	<.001
พฤติกรรมที่แสดงออกถึงความมั่นใจในการดูแลตนเอง	4.11	2.84	3.26, 4.90	9.72	<.001
ภาพรวมพฤติกรรมการดูแลตนเอง	12.58	7.04	10.46, 14.69	11.98	<.001
คุณภาพชีวิต	-3.16	3.54	-4.32, -2.09	-5.98	<.001
6 minute walk test	34.87	51.9	19.36, 56.37	4.53	<.001
ค่า LVEF	5.28	13.78	1.14, 9.43	2.57	.013

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละของคุณภาพชีวิต ความทนในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับบริการในคลินิกของโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ก่อนและหลังการทดลอง

ผลลัพธ์	จำนวน (ร้อยละ)	
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง
ระดับคุณภาพชีวิต		
ระดับต่ำ (0 - 35 คะแนน)	1 (2.2)	1 (2.2)
ระดับปานกลาง (36 - 70 คะแนน)	10 (22.2)	8 (17.8)
ระดับสูง (71 - 105 คะแนน)	34 (75.6)	36 (80.0)
Mean (S.D.)	80.44 (17.66)	83.60 (17.93)
Min-Max	7 - 104	8 - 105
สมรรถภาพทางกายด้วยการเดิน (6 minute walk test)		
Mean (S.D.)	383.87 (70.83)	418.73 (81.08)
Min-Max	118 - 504	106 - 570

2. ผลลัพธ์ทางคลินิก ด้านความทนในการทำกิจกรรม ด้วยการทดสอบการเดิน (6 minute walk test) ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 383.87 (S.D.=70.83) ภายหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 418.73 (S.D.=81.08) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2) ค่าดัชนี NY HA ก่อนการทดลองส่วนใหญ่อยู่ในระดับไม่เหนื่อยเลย ร้อยละ 73.3 ภายหลังการทดลองผู้ป่วยที่มีระดับไม่เหนื่อยเลยเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 97.8 ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 2) ส่วนการทำงานของหัวใจ พบว่า

ค่าการบีบตัวของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33.95 (S.D.=4.33) ภายหลังการทดลองเพิ่มขึ้นเป็น 50.60 (S.D.=4.37) อย่างมีนัยสำคัญ (ตารางที่ 1) อัตราการกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปี ลดลงจากร้อยละ 86.7 เหลือร้อยละ 53.3 ส่วนการเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ลดลงจากก่อนทดลองซึ่งพบร้อยละ 86.7 เหลือร้อยละ 55.6 โดยทั้งสองอัตราลดลงจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ที่มารับบริการในโรงพยาบาลอำนาจเจริญ ก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)		χ^2	sig
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง		
ระดับความผิดปกติของหัวใจ (NYHA)			10.97	.004
ไม่เหนื่อยเลย	33 (73.3)	44 (97.8)		
เดินไกลแล้วมีอาการเหนื่อย	9 (20.0)	1 (2.2)		
เดินใกล้แล้วมีอาการเหนื่อย	3 (6.7)	0 (0.0)		
การกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปี			11.91	.001
เคย	39 (86.7)	24 (53.3)		
ไม่เคย	6 (13.3)	21 (46.7)		
การรักษาที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน			10.60	.001
เคย	39 (86.7)	25 (55.6)		
ไม่เคย	6 (13.3)	20 (44.4)		

อภิปรายผลการศึกษา

1. พฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนการทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยประมาณ 3 ใน 5 คะแนน ซึ่งชี้ให้เห็นว่า แม้คลินิกโรคหัวใจล้มเหลว จะดำเนินการต่อเนื่องมาโดยตลอด แต่การเสริมสร้างพฤติกรรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วย ยังอยู่ในระดับที่ยังไม่เหมาะสม แต่ภายหลังการพัฒนากระบวนการดูแลทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตนเองดีขึ้น มีค่าเฉลี่ยรายด้านและภาพรวมเพิ่มขึ้นจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ประชุมสุข โคตรพันธ์ และคณะ ที่พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โดยใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ ทำให้ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการจัดการตนเอง มีค่ามากกว่าก่อนการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²¹⁾ การศึกษาของ ไวยพร พรหมวงศ์ และคณะ ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในคลินิกหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยที่มีการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการจากสหสาขาวิชาชีพ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยภาพรวมอยู่ระดับดี โดยสรุปการพัฒนาคลินิกหัวใจล้มเหลวจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทั้งระดับความรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น⁽²²⁾ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ธิรัตน์ หนชัย และคณะ และ การศึกษาของ ไวยพร พรหมวงศ์ และคณะ ซึ่งสรุปได้ว่าการยกระดับคุณภาพคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว โดยให้ความรู้ คำปรึกษาเพื่อบังคับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ป่วย มีผลต่อการ

เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการดูแลตัวเองของผู้ป่วย และผลลัพธ์ทางคลินิก^(22, 23)

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนการทดลอง ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีคุณภาพชีวิตระดับสูง ร้อยละ 75.6 ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของอนันตยา ชื่อตรง, ทศนา ชูวรรณะปกรณ์ ศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่า ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้ อาจเป็นผลจากกระบวนการ ซึ่งทำให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตแย่ลงอยู่แล้ว ประกอบกับการศึกษาดังกล่าว พบว่า ผู้สูงอายุเหล่านี้มีโรคร่วมตั้งแต่ 3 โรคขึ้นไป ถึงร้อยละ 54.17 ซึ่งภาวะโรคร่วมเป็นปัจจัยที่ร่วมกับปัจจัยอื่นในการทำนายคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวได้ ร้อยละ 53⁽²⁴⁾ อาชีพ เป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้มีรายได้ ซึ่งรายได้จากการประกอบอาชีพสามารถนำไปใช้จ่ายบริการต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดูแลรักษาโรคที่เป็นอยู่ให้มีอาการที่ดีขึ้น⁽²⁵⁾ ซึ่งอาจจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นได้

ภายหลังการทดลองทำให้กลุ่มตัวอย่างมีคุณภาพชีวิตระดับสูง เพิ่มขึ้น ร้อยละ 80.0 โดยดีขึ้นจากก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งจะเห็นว่าการพัฒนาคุณภาพบริการของคลินิกที่ดูแลผู้ป่วยที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ซึ่งองค์การอนามัยโลก ได้กำหนดให้เป็นยุทธศาสตร์บริการสุขภาพสำคัญ และได้พัฒนารอบการทำงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย⁽²⁶⁾ ซึ่งครั้งนี้ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยการออกแบบบริการที่สอดคล้องกับสภาพของผู้ป่วยที่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ ประชุมสุข โคตรพันธ์ และ

คณะที่⁽²¹⁾ และธิดารัตน์ หนชัย และคณะ⁽²³⁾ รวมถึงการศึกษาของ ไวยพร พรหมวงศ์ และคณะ และการศึกษาของกมลรัตน์ ทองปลั่ง ศึกษาผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกหัวใจล้มเหลวที่มีการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ เช่นกันทำให้ ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และอยู่ในระดับสูง สรุปได้ว่า การปรับบริการที่ยืดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ให้ความสำคัญตั้งแต่การประเมินอาการ **จำแนกระดับความรุนแรง การรักษา การติดตามเยี่ยมดูแลต่อเนื่อง และการนัดพบแพทย์เพื่อตรวจประเมินซ้ำ** ทำให้ผู้ป่วยได้ดูแลที่สอดคล้องกับสภาวะโรค และพฤติกรรมเสี่ยง^(22, 27)

3. ความทนในการทำกิจกรรม จากการทดสอบด้วยค่าดัชนี NYHA พบว่า ก่อนการทดลองส่วนใหญ่ผู้ป่วยอยู่ในระดับไม่เหนื่อยเลย ร้อยละ 73.3 ซึ่งถือได้ว่า ผู้ป่วยที่เข้ารับบริการในคลินิก มีพยาธิสภาพที่บ่งชี้ว่ายังสามารถพึ่งพาตนเอง ทำกิจกรรมที่เป็นกิจวัตรต่างๆ ด้วยตนเองได้ และภายหลังการทดลองทำให้ผู้ป่วยที่มีระดับไม่เหนื่อยเลยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 97.8 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value}=.004$ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กมลรัตน์ ทองปลั่ง ศึกษาผลของการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกหัวใจล้มเหลวที่มีการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ ซึ่งสามารถลดความรุนแรงจากการประเมินโดยใช้ NYHA functional class ได้เกือบทั้งหมด⁽²⁷⁾ และการศึกษาของ ไวยพร พรหมวงศ์ และคณะ ศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการจากสหสาขาวิชาชีพ ก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มี NYHA FC II-III น้อยกว่า

ร้อยละ 40 หลังเข้ารับการรักษาในคลินิกส่วนใหญ่มี NYHA FC I-II มากกว่าร้อยละ 40⁽²²⁾

4. ความทนในการทำกิจกรรม จากการทดสอบการเดิน (6 minute walk test) ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 583.87 (S.D.=70.83) ภายหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 418.73 (S.D.=81.08) โดยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ บุญส่ง นาคอ่อน และคณะ ศึกษาผลลัพธ์ของโปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม หลังการใช้โปรแกรม ผู้ป่วยมีค่าระดับคะแนนเฉลี่ยความสามารถการเดินใน 6 นาที มากกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลตามปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽²⁸⁾ การศึกษาของ ประชุมสุข โคตรพันธ์ และคณะ ที่พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พบว่าผู้ป่วยมีความทนต่อการออกกำลังกาย พบค่าเฉลี่ยระยะทางเดินบนพื้นราบนาน 6 นาทีเพิ่มขึ้น⁽²¹⁾ และการศึกษาของ ไวยพร พรหมวงศ์ และคณะ ศึกษาผลลัพธ์ระบบการบริการโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ก่อนเข้ารับรักษาในคลินิก กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เดินพื้นราบใน 6 นาที ระยะทางน้อยกว่า 300 เมตร แต่หลังจากเข้ารับรักษาในคลินิก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเดินพื้นราบใน 6 นาที ระยะทางมากกว่า 300 เมตร⁽¹⁸⁾

5. ค่าการทำงานของหัวใจห้องล่างซ้าย (LVEF) ก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 33.95 (S.D.=4.33) ส่วนภายหลังการทดลอง หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น 50.60 (S.D.=4.37) ซึ่งเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของกมลรัตน์ ทองปลั่ง ศึกษาผล

ของการดูแลรักษาผู้ป่วยในคลินิกหัวใจล้มเหลวที่มีการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ สามารถลดความรุนแรงของภาวะหัวใจล้มเหลว รวมทั้งสมรรถภาพการทำงานของหัวใจดีขึ้นอย่างชัดเจนที่เวลา 6 เดือนหลังเข้าคลินิก⁽²⁷⁾ และการศึกษาของไวพร พรหมวงศ์ และคณะ ศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกในคลินิกหัวใจล้มเหลวโดยการดูแลจากสหสาขาวิชาชีพ ก่อนทดลองกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีค่า LVEF น้อยกว่าร้อยละ 40 หลังได้รับการรักษาในคลินิก ส่วนใหญ่มีค่า LVEF มากกว่าร้อยละ 40⁽²²⁾

6. การกลับมารักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่รับการรักษาในคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว ก่อนการทดลอง เท่ากับร้อยละ 86.7 ซึ่งถือเป็นอัตราที่สูงเมื่อเทียบการศึกษาที่ผ่านมาโดยการศึกษาของชานนท์ มหารักษ์ พบว่าร้อยละ 34.6⁽²⁹⁾ และการศึกษาของ ศุภวัณณ์ เลิศพงศ์ภาคภูมิ และคณะ พบร้อยละ 51 ซึ่งบ่งชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นที่พัฒนาคุณภาพของดูแลผู้ป่วยที่รับบริการในคลินิก⁽³⁰⁾ ทั้งนี้ภายหลังการทดลอง ส่งผลให้อัตราการกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปี ลดลงเหลือร้อยละ 53.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พัฒนาคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลวโดยสหวิชาชีพ ที่ทำให้อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลในช่วง 1 ปี ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^(18,22,27) แสดงให้เห็นว่าพัฒนาคุณภาพการบริการที่เน้นการดูแลต่อเนื่องให้ความสำคัญกับความรุนแรงรายบุคคล จะทำให้อัตราการกลับเข้ารับบริการซ้ำลดลง^(21,23,27,31)

7. การเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภายหลังการทดลองส่งผลให้การเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินในโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน ลดลงจากก่อนทดลองซึ่งพบ ร้อยละ 86.7 เหลือร้อยละ 55.6 โดยลดลงจากก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ไวพร พรหมวงศ์ และคณะ ศึกษาผลลัพธ์ระบบการบริการโดยทีมสหวิชาชีพ⁽¹⁸⁾ เช่นกันเดียวการของศึกษาของไวพร พรหมวงศ์ และคณะ ที่ศึกษาในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ โดยการดูแลจากสหวิชาชีพ⁽²²⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1) คลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว ควรนำรูปแบบบริการในคลินิกไปขยายผลเพื่อพัฒนา Service Plan ระดับเขตสุขภาพที่ 10 เพื่อให้โรงพยาบาลที่มีแพทย์เฉพาะทางร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแล

2) นำรูปแบบการพัฒนาระบบดูแล 5 ขั้นตอน ตามการจำแนกความรุนแรง 4 ระดับ มายกระดับพัฒนาเป็นหลักสูตรอบรมพัฒนาศักยภาพแพทย์ทั่วไปและทีมสหวิชาชีพในโรงพยาบาลที่ยังไม่มีแพทย์เฉพาะทางในการดูแลผู้ป่วยในระบบคลินิกภาวะหัวใจล้มเหลว และร่วมกับระบบการ Telemedicine

3) ควรนำรูปแบบการออกแบบระบบบริการแบบคลินิกโดยสหวิชาชีพไปประยุกต์ ใช้สำหรับคลินิกโรคอื่นในสถานการณ์ ที่มีข้อจำกัดในการรับบริการต่อเนื่องในสถานพยาบาล

2. ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ควรศึกษาและพัฒนาระบบบริการผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวแบบองค์รวมต่อเนื่องโดยการประสานบริการของทีม 3 หมอ
- 2) ควรศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพและประสิทธิผลการดูแลผู้ป่วยแบบรายกรณี กับการดูแลแบบจัดกลุ่มความรุนแรง

เอกสารอ้างอิง

1. Braunwald E. The war against heart failure: Lancet. 2015; 385(9970): 812-24.
2. Lee AA, Aikens JE, Janevic MR, Rosland A-M, Piette JD. Functional support and burden among out-of-home supporters of heart failure patients with and without depression. Health Psychol. 2020; 39(1): 29-36.
3. McDonald K. Disease management of chronic heart failure in the elderly. Dis Manag Health Out 2007; 15: 333-9.
4. Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA, Bluemke DA, Butler J, Fonarow GC, et al. Forecasting the impact of heart failure in the United States: a policy statement from the American Heart Association. Circ Heart Fail. 2013; 6(3): 606-19.
5. Laothavorn P, Hengrussamee K, Kanjanavanit R, Moleerergpoom W, Laorakpongse D, Pachirat O, et al. Thai acute decompensated heart failure registry (Thai ADHERE). CVD Prevention and Control. 2010; 5(3): 89-95.
6. Bosworth HB, Steinhauer KE, Orr M, Lindquist, J. H., Grambow, S. C., Oddone, E. Z. Congestive heart failure patients' perceptions of quality of life: The integration of physical and psychosocial factors. Aging Ment Health 2004; 8: 83-91.
7. Sousa MM de, Oliveira JS, Soares MJGO, Araújo A de, Oliveira HS. Quality of life of patients with heart failure: integrative review. Journal of Nursing UFPE on line. 2017; 11(3): 1289-98.
8. Hwang SL, Liao WC, Huang TY. Predictors of quality of life in patients with heart failure. Japan Journal of Nursing Science. 2014; 11(4): 290-8.
9. Barbara R, Terri EW. Poor sleep and impaired self-care: Towards a comprehensive model linking sleep, cognitive, and heart failure outcomes. Eur J Cardiovasc Nurs 2009; 8(5): 337-44.
10. สมาคมแพทย์โรคหัวใจแห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. แนวทางเวชปฏิบัติเพื่อการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว พ.ศ. 2557. กรุงเทพฯ: เอ-พลัส พริน, 2557.

11. European Society of Cardiology. 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur J Heart Fail 2016; 1-85.
12. Rerkluenrit J. Nurse's roles in the multidisciplinary team to prevent prehospitalization of persons with heart failure: Using King's goal attainment theory. Journal of Nursing and Health Care 2014; 32(4): 6-17.
13. Heart Failure Society of America, JoAnn Lindenfeld, Nancy M Albert, John P Boehmer, Sean P Collins, Justin A Ezekowitz, et al. Executive summary: HFSA 2010 Comprehensive heart failure practice guideline. J Card Fail 2010; 16(6): e1-194.
14. Jaarsma T, Stromberg A, Gal TB, Cameron J, Driscoll A, Duengen H, et al. Comparison of self-care behaviors of heart failure patients in 15 countries worldwide. Patient Education and Counseling 2013; 92: 114-20.
15. รังสฤษฏ์ กาญจนะวณิชย์, อรินทยา พรหมนิธิกุล. (บรรณาธิการ). คู่มือการดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบบูรณาการ. เชียงใหม่: โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2561.
16. กระทรวงสาธารณสุข. Service plan สาขาโรคหัวใจ [online]. 2556. [cited 1 มิถุนายน 2564]; Available from: http://watphlenghospital.go.th/httpdocs/DATA/Service%20Plan/Service_Plan10.pdf.
17. ศูนย์ข้อมูล โรงพยาบาลอำนาจเจริญ. คลังข้อมูลผู้รับบริการคลินิกโรคหัวใจล้มเหลว. อำนาจเจริญ: โรงพยาบาลอำนาจเจริญ, 2564.
18. ไวยพร พรมงคล, อภิญญา ศิริพิทยาคุณกิจ, ชนิดฐา หาญประสิทธิ์คำ. การประเมินผลลัพธ์ระบบการบริการโดยทีมสหสาขาในคลินิกหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลรามารามธิบดี. Rama Nurs J 2019; 25(2): 166-180.
19. Rector TS, Kubo SH, Cohn JN. Patient's self-assessment of their congestive heart failure: Content, reliability, validity of a new measure: The Minnesota living with heart failure questionnaire. Heart Failure 1987; 3: 198-219.
20. พวงผกา กรีทอง. โมเดลเชิงสาเหตุของคุณภาพชีวิตผู้ป่วยที่มีภาวะหัวใจวาย. [วิทยานิพนธ์ ปริญญาโทชั้นปริญญาโท]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
21. ประชุมสุข โคตรพันธ์, อังศุมาลิน โคตรสมบัติ, สุพัตรา บัวที. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว โรงพยาบาลยโสธร. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2559; 34(1): 133-142.

22. ไวยพร พรหมวงศ์, จรูญศรี มีหนองหว่า, สุมิตรา วีระกุล, วิไลวรรณ ปลุกเจริญ. ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในคลินิกหัวใจล้มเหลว. วารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2564; 65(5): 373-86
23. ธิดารัตน์ หนชัย, ปนัดดา อินทรลาวัณย์, กาญจนา สนิท, วันชพร จอมกัน, ไพจิตร พรหมวิชัย. เปรียบเทียบผลการลดระดับความรุนแรงของอาการ คุณภาพชีวิต และการกลับมาอนโรงพยาบาลซ้ำ ในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวที่ได้รับโปรแกรมการปฏิบัติตัวภาวะหัวใจล้มเหลวเปรียบเทียบกับผู้ป่วยที่ได้รับการแนะนำตามปกติ. เชียงรายเวชสาร 2563; 12(1): 20-30.
24. อดิศา ชื่อตรง, ทศนา ชูวรรณะปรกรณ์. ปัจจัยทำนายคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2559; 27(2): 58-70.
25. อภิเชษฐ์ จำเนียรสุข, พิชสุดา เดชบุญ, กฤติเดช มิ่งไม้, ศศิมล โพธิ์ภักตร์, สานุรักษ์ โพธิ์หา, สุขานรี พานิชเจริญ. คุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอสีชมพู จังหวัดขอนแก่น. วารสารราชพฤกษ์ 2560; 15(2): 16-26.
26. World Health Organization. (2016). Framework on Integrated, People Centered Health Service, Retrieve March 3, 2017 from http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-en.pdf?ua=1
27. กมลรัตน์ ทองปลั่ง. การดูแลผู้ป่วยหัวใจล้มเหลวเรื้อรังแบบสหสาขาวิชาชีพในคลินิกหัวใจล้มเหลวโรงพยาบาลนครปฐม. วารสารแพทย์เขต 4-5 2561; 37(2): 108-118.
28. บุญส่ง นาคอ่อน, ศากุล ช่างไม้, สมพันธ์ หิญาชีระนันท์. ผลลัพธ์ของการใช้โปรแกรมการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมโดยประยุกต์ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2559; 27(1): 13-29.
29. ชานนท์ มหารักษ์. อัตราตายและอัตราการเข้ารับการรักษาซ้ำของผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลวในโรงพยาบาลพังงา. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11 2562; 33(2): 311-326.
30. ศุภวัลย์ เลิศพงศ์ภาคภูมิ, เจนเนตร พลเพชร, จอม สุวรรณโณ. ปัจจัยทำนายการกลับเข้าพักรักษาซ้ำภายในช่วงเวลา 1 ปี หลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลด้วยภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2562; 30(2): 126-140.
31. อัมราภัสร์ อรรถชัยวัจน์, ไศภิชฐ์ สุวรรณ เกศาวงษ์, ศิริมาลีละวงศ์, ศศมน ศรีสุทธิศักดิ์, หทัยรัตน์ บุญแก้ว. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการสร้างเสริมสุขภาพในผู้ป่วยภาวะหัวใจล้มเหลว. วารสารกองการพยาบาล 2563; 47(3): 185-202.



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทรศัพท์ 043-235-904 ต่อ 2109 / 2591 หรือ 098-586-2136
Email: anamai.plan7@gmail.com