



กรมอนามัย
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น



Approved by TCI during 2022 - 2024

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

JOURNAL OF REGIONAL HEALTH PROMOTION
CENTRE 7 KHONKAEN **2024**

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 (มกราคม - เมษายน 67)

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

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

JOURNAL OF REGIONAL HEALTH PROMOTION

CENTRE 7 KHONKAEN

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2567

Vol.16 No.1 January - April 2024

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 ฉบับนี้เดินทางมาถึงปีที่ 16 แล้ว ซึ่งเป็นฉบับที่มีการเปลี่ยนแปลงเนื่องจากกองบรรณาธิการได้มีมติเลื่อนกำหนดการออกของวารสารจากเดิมเดือนมกราคม เป็นเดือนเมษายน 2567 ตามระบบของศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (TCI) ซึ่งผู้นิพนธ์หลายท่านตลอดจนกองบรรณาธิการต่างก็เฝ้ารอวารสารฉบับนี้เป็นพิเศษ อย่างไรก็ตามกองบรรณาธิการยังดำรงไว้ซึ่งระบบวารสาร มีผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาบทความ จำนวน 3 ท่าน และยังคงรักษามาตรฐานไว้เช่นเคย

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ฉบับนี้ประกอบไปด้วยบทความที่น่าสนใจมากมาย เช่น การศึกษาหญิงตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ใหญ่ การวิจัยและพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอบริการบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ผลของโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน การประเมินโครงการรณรงค์วัคซีนป้องกันโรคหัดในเด็กอายุ 1-12 ปี การพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ฯลฯ ถือเป็นอีกฉบับหนึ่งที่มีความหลากหลาย ให้ความรู้ด้านวิชาการด้านส่งเสริมอนามัยและสิ่งแวดล้อมได้เป็นอย่างดี

ในวาระดิถีขึ้นปีใหม่ 2567 ผมและกองบรรณาธิการ ขออาราธนาสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทั้งหลายในสากลโลกที่ท่านผู้อ่านนับถือ จงดลบันดาลให้ท่านและครอบครัวประสบแต่ความสุขความเจริญ ยิ่งๆขึ้นไป

ดร.อิวัฒน์ บุตรดาบุตร

บรรณาธิการ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

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.) กำหนดตีพิมพ์ปีละ 3 ครั้ง ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม และฉบับที่ 3 กันยายน - ธันวาคม

1.2 การพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เป็นบทความที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม เผยแพร่ผลงานทางวิชาการและงานวิจัยของแพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข และทีมสหสาขาวิชาชีพรวมทั้งงานวิจัยด้านการศึกษาและด้านการสอน ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ทั้งในศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น และเครือข่ายวิชาการด้านสาธารณสุข ทั้งในและนอกเขตสุขภาพที่ 7 และผู้สนใจ โดยต้องเป็นงานที่ไม่เคยถูกนำไปตีพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาลงในวารสารใดๆ สามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะ ดังนี้

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

1.3 กองบรรณาธิการจะพิจารณาต้นฉบับ (Manuscript) ตามข้อกำหนดของรูปแบบวารสาร ในกรณีบทความวิจัยจะมีผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 ท่านเป็นผู้พิจารณา ส่วนกรณีบทความทั่วไปจะมีผู้ทรงคุณวุฒิในสาขา (Peer review) จำนวน 3 ท่านเป็นผู้พิจารณาเช่นกัน

1.4 ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบต่อเนื้อหาของสิ่งพิมพ์ของตน หากผู้พิมพ์ใช้เนื้อหาที่นำมาจากนักวิจัยคนอื่นโดยตรง หรือของตนเองที่เข้าข่ายการคัดลอกผลงาน (Plagiarism) และได้กำหนดความซ้ำของผลงาน ด้วยโปรแกรม CopyCatch Thaijo ในระดับ ไม่เกิน 25%

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

ให้ผู้นิพนธ์ ส่ง file ต้นฉบับในรูปแบบ Word document ในระบบการ Submission ใน <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johpc7> เท่านั้น หากการ Submission สำเร็จ ผู้นิพนธ์จะได้รับ E-mail แจ้งเตือนการได้รับบทความเพื่อเข้าสู่กระบวนการพิจารณาต่อไป โดยการส่งต้นฉบับเข้ารับการตีพิมพ์ในฉบับที่ 1 ควรส่งก่อนวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ฉบับที่ 2 ควรส่งต้นฉบับก่อนวันที่ 1 มิถุนายน และ ฉบับที่ 3 ควรส่งต้นฉบับก่อนวันที่ 1 ตุลาคม

4. การเรียงลำดับเนื้อหา

4.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง มีความสั้นกระชับสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง
- ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง เป็นความหมายเดียวกับชื่อเรื่อง

4.2 ชื่อผู้นิพนธ์ (Authors) - ชื่อผู้นิพนธ์ (ทุกคน) ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ชื่อวุฒิการศึกษา ขนาด 14 point ตัวหนาจัดชิดขวา ใต้ชื่อเรื่อง

ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้นิพนธ์ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนา จัดชิดซ้าย ท้ายบทความย่อ - E-mail address ของผู้นิพนธ์ประสานงาน (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 สรุปผลการ วิจัยและข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหา ที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

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) การอ้างอิงใน เนื้อหา (In- text citation) 2)การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือ เอกสารอ้างอิง (Reference)

1) การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่น ไม่ว่าบางส่วน หรือ ทั้งหมด มาอ้างอิงในผลงานวิชาการ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง หลังชื่อผู้นิพนธ์ หรือ หลัง ข้อความที่อ้างอิง และใช้เลขลำดับเดิมในกรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายเล่ม จัด เรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา โดยมีวิธีการอ้างอิง ดังนี้

1.1) การอ้างอิงที่เน้นผู้นิพนธ์ หรือ ผู้นิพนธ์เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับ การอ้างอิงตาม หลังชื่อผู้นิพนธ์

1.2) การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา หรือ ผู้นิพนธ์ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหาให้ใส่ตัวเลขลำดับ การอ้างอิง ตามหลังข้อความที่อ้างอิง

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

1.2.2) การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่ตัวเลขลำดับการอ้างอิง เป็น ลำดับที่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายยัติภังค์ (-) คั่นระหว่างตัวเลข แต่ถ้าตัวเลขลำดับการอ้างอิง ไม่ ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายจุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลข

2) การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือ เอกสารอ้างอิง (Reference)

ในการอ้างอิงถึงเอกสารวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ ให้เรียงลำดับของเอกสาร ตามลำดับเลข ที่มีการอ้างอิงในเนื้อหารายงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อนั้น จะต้องตรงกับ หมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุด ท้าย (1, 2, 3,...) ให้เขียนหมายเลขอยู่ในวงเล็บ () ต่อท้ายข้อความที่นำมาอ้างอิงในรายงาน

2.1) ผู้นิพนธ์ 1-6 คน รายชื่อผู้นิพนธ์ภาษาอังกฤษ ให้เรียงตามลำดับ โดยเริ่มจาก นามสกุล แล้วตามด้วยชื่อ ไม่ต้องใส่เครื่องหมายวรรคตอนต่อท้ายนามสกุล ใช้เครื่องหมาย , หลังชื่อ ทุกคน 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. จริยา เลิศอรรมยมนิ, เอมอร รักษมณี, อนุพันธ์ ต้นติวงศ์, กรรณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒิพรณี 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: พรรณี ปิตุสุทธิธรรม ชัยนัต์ พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: อัมรินทร์ พรินท์ติ้ง; 2552. หน้า 255-78. วีระพล จันทรดียิ่ง, สนธิศ สุทธิจำรูญ, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยาเด็กและหญิงวัยรุ่น. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลา นครินทร์; 2531.

2.6) หน่วยงานเป็นผู้นิพนธ์

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

2.7) วิทยานิพนธ์

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

ตัวอย่าง

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

2.8) บทความในเอกสารการประชุมวิชาการ

รูปแบบพื้นฐาน ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง. ใน(In): ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ (editor(s)). ชื่อการประชุม; วัน เดือน ปี ที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์. 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 ปีที่ประชุม; 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 [เข้าถึงเมื่อวันที่ เดือน 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. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ

เมื่อบทความที่ลงทะเบีย่นผ่านการพิจารณาแล้วกรองเบื้องต้นจากกองบรรณาธิการโดยมีรูปแบบการพิมพ์ ขอบเขตเนื้อหา รวมถึงความเหมาะสมตามเกณฑ์คุณภาพของวารสารแล้ว ผู้นิพนธ์ภายนอกศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ต้องชำระค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ในอัตรา 3,500 บาท ต่อ 1 บทความ

ผู้นิพนธ์ภายในศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ได้รับการยกเว้นเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ ทั้งนี้ ผู้นิพนธ์ภายนอกไม่สามารถขอคืนเงินค่าธรรมเนียมดังกล่าวได้ภายหลังการชำระเงินแล้ว ซึ่งจะเริ่มเก็บค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์ตั้งแต่ปีที่ 15 ฉบับที่ 2 (กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม 2566) เป็นต้นไป

หมายเหตุ : กรณีที่มีรายชื่อผู้นิพนธ์หลายคน ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรทั้งภายในและภายนอก ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กองบรรณาธิการถือชื่อผู้นิพนธ์อันดับแรกเป็นสำคัญ และการพิจารณาจากกองบรรณาธิการถือเป็นที่สุด

6. การติดต่อบรรณาธิการวารสาร

กลุ่มส่งเสริมการวิจัย นวัตกรรมและพัฒนาการเรียนรู้ 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 บทความนี้ต้องไม่เคยเผยแพร่มาก่อนและไม่ได้รับการพิจารณาให้ตีพิมพ์ที่อื่นมาก่อน
- 1.2 ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบต่อเนื้อหาของสิ่งพิมพ์ของตน หากผู้พิมพ์ใช้เนื้อหาที่นำมาจากนักวิจัยคนอื่นโดยตรง ต้องมีการอ้างอิงหรือยกมาอย่างเหมาะสม
- 1.3 ผู้พิมพ์ต้องเขียนบทความวิจัยให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดไว้ใน “คำแนะนำสำหรับผู้พิมพ์”
- 1.4 ผู้พิมพ์ที่มีชื่อปรากฏในบทความทุกคน ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนในการดำเนินการวิจัยจริง
- 1.5 ผู้พิมพ์จะต้องรับผิดชอบในการเปิดเผยแหล่งที่มาของการสนับสนุนทั้งหมด สำหรับโครงการวิจัย โดยอธิบายไว้ในต้นฉบับที่ส่งมา รวมทั้งระบุผู้พิมพ์ร่วมทั้งหมดที่อำนวยความสะดวกในการวิจัย
- 1.6 ผู้พิมพ์ต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (หากมี)
- 1.7 ผู้พิมพ์ต้องรับผิดชอบต่อเนื้อหาของสิ่งพิมพ์ของตน หากผู้พิมพ์ใช้เนื้อหาที่นำมาจากนักวิจัยคนอื่นโดยตรง ต้องมีการอ้างอิงหรือยกมาอย่างเหมาะสม
- 1.8 การกล่าวขอบคุณผู้มีส่วนช่วยเหลือในกิจกรรมประชานั้น หากสามารถทำได้ผู้พิมพ์บทความควรขออนุญาตจากบุคคลที่ประสงค์จะขอบคุณเสียก่อน
- 1.9 ผู้พิมพ์จะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จ หรือการปลอมแปลง บิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือ เลือกลงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้องกับข้อสรุป
- 1.10 กรณีที่ผลงานเป็นการศึกษาวิจัยและทำการทดลองในคนหรือสัตว์ทดลอง โดยการทดลองในคนอาจส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรี สิทธิ ความปลอดภัยของอาสาสมัคร ควรแนบหนังสือรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง ทั้งนี้ การอนุมัติให้ลงตีพิมพ์ขึ้นอยู่กับ การพิจารณาจากกองบรรณาธิการวารสารฯ ถือเป็นที่สุด

2. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของบรรณาธิการ (Duties of Editors)

- 2.1 บรรณาธิการวารสารมีหน้าที่พิจารณาคุณภาพของบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารโดยคัดกรองตรวจสอบ บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ด้วยหลักการทางวิชาการ
- 2.2 บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความในระหว่างการประเมินบทความ
- 2.3 บรรณาธิการควรดำเนินการทุกอย่างเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพของบทความที่ตีพิมพ์เพื่อรับรองคุณภาพของงานวิจัยที่ตีพิมพ์ และตระหนักว่าวารสาร และแต่ละส่วนของวารสารมีวัตถุประสงค์ และมาตรฐานที่ต่างกัน

2.4 การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการยอมรับหรือปฏิเสธบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์ ควรขึ้นอยู่กับความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความสำคัญ ความใหม่ และความชัดเจนของบทความวิจัย ตลอดจนความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของวารสาร

2.5 บรรณาธิการควรมีการชี้แจงหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจสอบประเมินบทความ(peer review) นอกจากนี้ควรมีความพร้อมในการชี้แจงความเบี่ยงเบนต่าง ๆ จากกระบวนการตรวจสอบที่ได้รับไว้

2.6 บรรณาธิการควรจัดพิมพ์คำแนะนำแก่ผู้เขียนในทุกประเด็นที่บรรณาธิการคาดหวัง ในทุกเรื่องที่ผู้เขียนควรรับทราบ และควรมีการปรับปรุงคำแนะนำให้ทันสมัยอยู่เสมอ พร้อมทั้งควรมีการอ้างอิงหรือการเชื่อมโยงกับระเบียบดังกล่าวนี้ด้วย

2.7 บรรณาธิการไม่ควรเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในการตอบรับบทความที่ถูกปฏิเสธการตีพิมพ์ไปแล้ว ยกเว้นมีปัญหาร้ายแรงเกิดขึ้นในระหว่างการส่งบทความมารับการพิจารณา

2.8 บรรณาธิการพิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตรงตามสาขาของบทความและส่งบทความให้ผู้พิจารณาบทความโดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้เขียนจะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาบทความ (Double blind)

2.9 บรรณาธิการต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้ประพันธ์ผู้ประเมิน และทีมผู้บริหาร

2.10 หากบรรณาธิการตรวจพบว่า บทความมีการลอกเลียนบทความอื่นโดยมิชอบ หรือมีการปลอมแปลงข้อมูล ซึ่งสมควรถูกถอดถอน แต่ผู้เขียนปฏิเสธที่จะถอนบทความ บรรณาธิการสามารถดำเนินการถอนบทความได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ประพันธ์

3. บทบาทหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ (Duties of Reviewers)

3.1 ผู้ประเมินบทความต้องไม่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับต้นฉบับที่ส่งมาเพื่อการประเมินแก่บุคคลอื่นนอกเหนือจากผู้ประพันธ์และผู้ประเมิน

3.2 ผู้ประเมินบทความควรแจ้งและปฏิเสธการประเมินกับบรรณาธิการหากมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับบทความที่ส่งมาให้พิจารณา

3.3 ผู้ประเมินบทความควรประเมินบทความในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญโดยพิจารณาความสำคัญของเนื้อหา คุณภาพการวิเคราะห์และความเข้มข้นของผลงาน ไม่ควรใช้ความเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ

3.4 ผู้ประเมินบทความต้องระบุผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน แต่ผู้ประพันธ์ไม่ได้อ้างอิงด้วยหากมีความซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่นต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย

3.5 ผู้ประเมินควรตรวจสอบและส่งบทวิจารณ์ภายในระยะเวลาที่คณะกรรมการบรรณาธิการเห็นชอบ หากไม่สามารถตรวจสอบต้นฉบับได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้ประเมินจะต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบทันที

4. ความขัดแย้งทางผลประโยชน์ (Conflict of Interest)

ผู้สมัคร บรรณาธิการ และผู้ประเมินบทความควรหลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อนในทุกขั้นตอนของกระบวนการจัดเตรียมสิ่งพิมพ์ หากมีผลประโยชน์ทับซ้อนในรูปแบบใด ๆ บุคคลที่เป็นคนแรกที่จะระบุความขัดแย้งดังกล่าวมีหน้าที่ต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบทันที

กระบวนการพิจารณาบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร

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

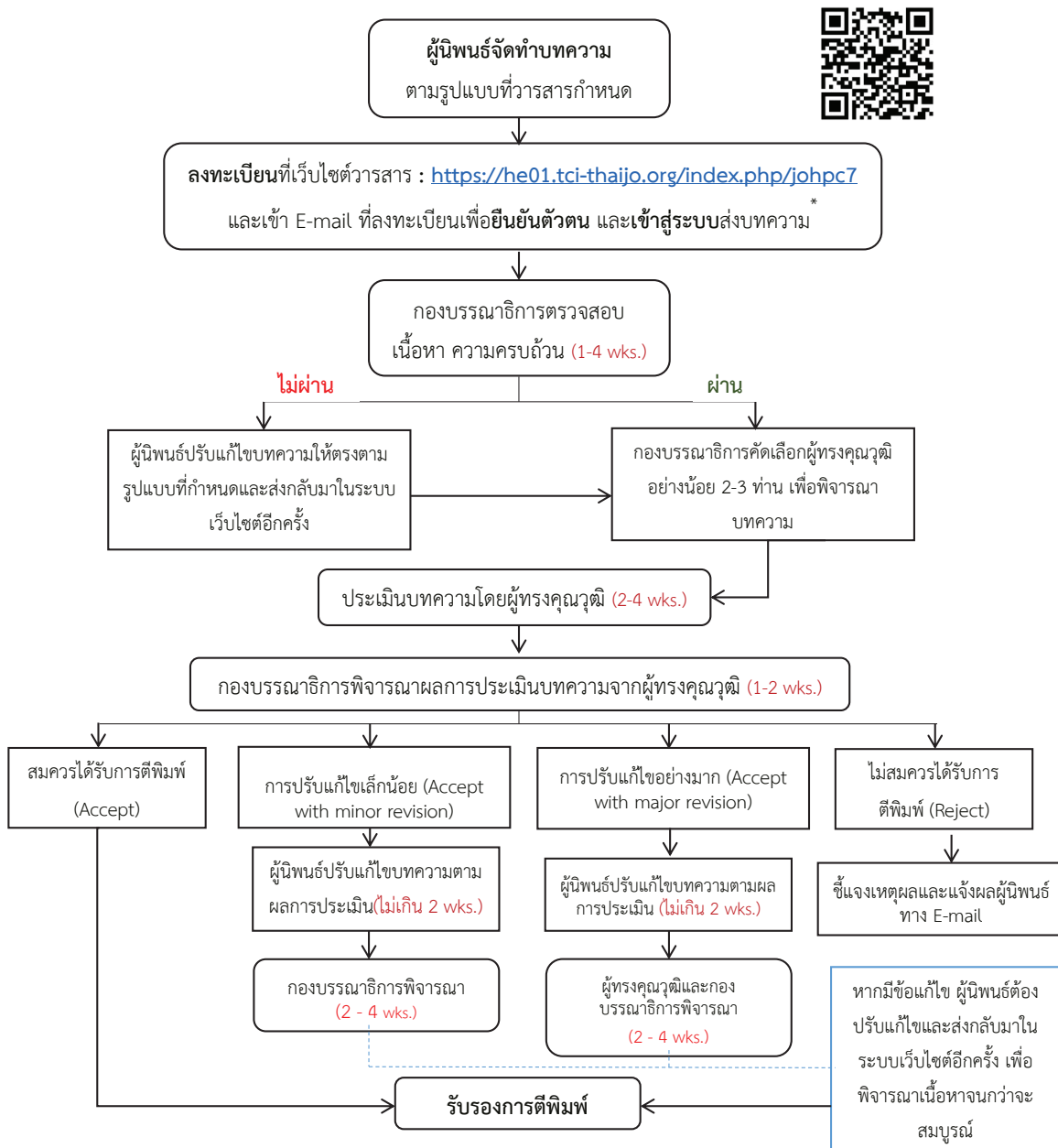
2. การประเมินบทความ พิจารณาความถูกต้อง-เหมาะสม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (2-4 สัปดาห์): บทความที่ผ่านการพิจารณาขั้นที่ 1 แล้ว กองบรรณาธิการจะพิจารณาคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2-3 ท่าน เพื่อพิจารณาบทความดังกล่าวในรูปแบบ Double-Blind ก่อนดำเนินการทบทวน และจัดส่งบทความแก่ผู้ทรงคุณวุฒิต่อไป โดยระดับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจะประกอบด้วย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

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

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

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

แผนผังขั้นตอนการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
ในระบบ Thai Journals Online (ThaiJO) Link: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johpc7>



*สามารถศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่

<https://docs.google.com/document/d/1lq97FmQkaGOzJzXTsxJifq00vBXdlYxRK2zTn828KKM/mobile-basic?usp=gmail#h.13ju08w3j55>

สารบัญ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2567

บทความวิชาการ

หน้า

1. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
กฤษณา คำลอยฟ้า 1

บทความวิจัย

1. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับภาวะสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดหนองคาย
สันทนา หมั่นพลศรี, นาฏนภา ทิพย์แก้ว ปัตตชาสุวรรณ์ 18
2. ผลการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของกรมอนามัยในเขตสุขภาพที่ 7
ปาลิชาติ ชนะหาญ 31
3. การวิจัยและพัฒนาศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยนาท
ไพศาล ขุนวิเศษ, มยุรี บุญทัด 43
4. สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการสูงตีสมส่วน ของนักเรียนในโรงเรียนสังกัดเทศบาลนครอุดรธานี
รุ่งลีนี เพิ่มพูล, ภัทระ แสนไชยสุริยา 61
5. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลหลักในครอบครัว
ฤทธิรงค์ เรื่องฤทธิ์, พิสมัย ศรีทำนา 77
6. ผลของโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และผลน้ำตาลในเลือด
ศิริวรรณ สงจันทร์, สุรางรัตน์ โฆษิตธนสาร, ชลรดาร์ก พันธุชิน, อรุมา แก้วเกิด, อาภัสรา มาประจักษ์ 94
7. การพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา กรณีนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลชุมชนอย่างต่อเนื่อง อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม
อรนุช ไชยสันต์, กาญจนา จันทะนุญ, ภริญา พินิจกลาง, ประครอง ประกิจระนะ 108

สารบัญ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ปีที่ 16 ฉบับที่ 1 มกราคม - เมษายน 2567

หน้า

- | | |
|---|-----|
| 8. การพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลพนพิสัย จังหวัดหนองคาย
มณฑิรา บุทเสน, บุรณศักดิ์ วงศ์ศิริภักดิ์ดี, ทิพย์ภาภรณ์ แยมใส, พิศตะวัน สุวจันทร์ | 125 |
| 9. รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ : การทบทวนอย่างเป็นระบบ
รัตติยากร ถือวัน, กิตติพงษ์ สอนล้อม | 139 |
| 10. ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ
กลุ่มเสี่ยงเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร
ละอองดาว ศรีวะรมย์, บรรจบ แสนสุข, สวิณีเย์ ทองแก้ว, ประเสริฐ ประสมรักษ์ | 160 |
| 11. การถอดบทเรียนกระบวนการรูปแบบการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ
ด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19
ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย
วัชรวิ แก้วสา, นันทะกานต์ ขาวดา, จิตภินันท์ แสนหลวงอินทร์, รัตติยา บุญเกียรติบุตร | 175 |
| 12. การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม
ศิริรัตน์ จำภูษร, ปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย | 188 |
| 13. การประเมินโครงการรณรงค์วัคซีนป้องกันโรคหัดในเด็กอายุ 1-12 ปี เขตสุขภาพที่ 7
พ.ศ.2563-2564
กัลยา สกุลไทย, ภทริยา พอจิต, อนุวัตร กองแสน | 202 |
| 14. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอแก้งคร้อ
จังหวัดชัยภูมิ
นิภาพร ลักขุ, ลำพึง วอนอก, สุทิน ชนะบุญ, วรณศรี แวงวาม | 214 |
| 15. การศึกษาการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ในเขตสุขภาพที่ 7
มูริตา อันทะเกต, รัตติกานต์ รักษาภักดิ์ | 231 |

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน:
กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย

กฤษฎณา คำลอยฟ้า

(วันที่รับบทความ: 3 ตุลาคม 2566, วันที่แก้ไข: 2 มกราคม 2567, วันที่ตอบรับ 3 มกราคม 2567)

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา (case study) เพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) เวชระเบียนผู้ป่วยนอกและใน 2) การสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบตามแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการแสดง และการรักษา 3) แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อให้ทราบปัญหาของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟู และระยะก่อนจำหน่าย

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้สูงอายุที่ยังไม่เลิบบุหรี่ มารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง และมีประวัติการติดเชื้อทางเดินหายใจร่วมด้วย ซึ่งทำให้มีโอกาสสูงที่จะทำให้เกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน การประเมินผู้ป่วยในภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็วและการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความรุนแรง ลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยได้ การวางแผนจำหน่ายและการดูแลอย่างต่อเนื่องด้วยความร่วมมือของทีมนสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติจะช่วยลดอุบัติการณ์อาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและวิกฤตซึ่งต้องมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญที่เป็นพิเศษในการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานสอดคล้องกับแผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : กระบวนการพยาบาล, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, อาการหอบกำเริบเฉียบพลัน, 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

Nursing Care for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Experiencing Acute Exacerbations: Two Comparative Case Studies

Krisana Kumloypha

(Received 3rd October 2023; Revised : 2nd January 2024; Accepted 3rd January 2024)

Abstract

This case study compares two chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients with acute exacerbations who were admitted to Khon Kaen Hospital. The tools used to collect data include 1) outpatient and inpatient medical records and 2) observation and interviews with patients and relatives. Analyze comparative data according to health patterns, pathology, symptoms, and treatment. 3) Nursing record form. The study utilized the concept of patient assessment based on Gordon's 11 health patterns to understand the patient's problems. To understand the patient's problems, use the information obtained to plan nursing care for COPD patients with acute exacerbations, determine nursing diagnoses, and evaluate nursing results in 3 phases: the critical, rehabilitation, and pre-discharge phases.

Results: Both case studies involve elderly individuals who have not yet quit smoking, receive intermittent treatment, and have a history of respiratory infections, which increases the likelihood of experiencing acute exacerbations. Swiftly assessing patients during a crisis and providing effective nursing care can reduce the severity and mortality rate. Discharge planning and ongoing care, with the collaboration of a multidisciplinary team, patients, and their relatives, can help reduce the incidence of acute exacerbations. Therefore, nurses play a crucial role in caring of patients in typical and critical situations, necessitating special knowledge, skills, and expertise inpatient care. The aim is to play standard nursing procedures consistent with the treatment plan from the initial admission until discharge, ensuring patient ensuring patient safety and quality of life.

Keywords : Nursing Care, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Acute Exacerbation
Gordon's 11 health patterns

Professional Nurse, Outpatient Department, Khon Kaen Hospital

Corresponding author: Krisana Kumloypha, E-mail: krisana.1802@gmail.com

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstruction Pulmonary Disease) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease) เกี่ยวข้องกับการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในระดับต้นๆ ของประชากรโลกโดยมีสาเหตุหลักที่สำคัญ คือ ควันบุหรี่ ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อหลอดลมและถุงลมนำไปสู่การอักเสบเรื้อรังความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง หลักการดูแลรักษาที่สำคัญคือป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดการติดเชื้อซ้ำคงสภาพร่างกายให้ดีที่สุด ถ้ามีระบบการหายใจล้มเหลวต้องใส่เครื่องช่วยหายใจหรืออาจเสียชีวิตได้ การรักษาจึงต้องทำหลายๆ ด้านพร้อมกันทั้งการรักษาโดยการสูดยาและการรักษาโดยไม่สูดยา⁽¹⁾ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของ COPD คือการสูบบุหรี่ในประเทศไทยจากการสำรวจล่าสุดปี พ.ศ. 2557 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 20.7 (11.4 ล้านคน) และอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ 16.8 ปี (พ.ศ. 2550) เป็น 15.6 ปี (พ.ศ. 2557) แม้ว่าจะมีการรณรงค์งดสูบบุหรี่ในประเทศไทยมาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการป้องกันไม่เกิดผู้สูบบุหรี่ใหม่ทั้งบุหรี่ยาสูบและบุหรี่ไฟฟ้า และการช่วยเหลือผู้ที่สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันการเกิด COPD ส่วนปัจจัยอื่นที่มีผลและกำลังเป็นปัญหาในประเทศไทยคือมลพิษในอากาศ และในบางการศึกษาายังแสดงให้เห็นว่าระดับมลพิษในอากาศที่สูงขึ้นยังส่งผลต่ออัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยอีกด้วย⁽²⁾

การกำเริบของโรค (Exacerbations) เป็นการเปลี่ยนแปลงของอาการหายใจลำบาก ไอและ/หรือการมีปริมาณเสมหะเพิ่มขึ้นจากภาวะที่เป็นอยู่ทุกวันทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงการรักษา การกำเริบของโรคจะพบเมื่อมีสิ่งกระตุ้น เช่น การติดเชื้อทั้งแบคทีเรีย และไวรัส มลภาวะในสิ่งแวดล้อม และปัจจัยที่ยังไม่ทราบสาเหตุ การติดเชื้อทำให้เกิดการอักเสบในทางเดินหายใจมากขึ้น การคั่งของอากาศเพิ่มขึ้น การระบายอากาศออกน้อยลงทำให้หายใจลำบากมากขึ้น V/Q mismatch เพิ่มขึ้นทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในกระแสเลือดได้ ภาวะอื่น ๆ เช่น ปอดอักเสบ การมีก้อนอุดกั้นในหลอดเลือด (thromboembolism) และภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน อาการที่เกิดอาจคล้ายคลึงกันกับอาการกำเริบและจะทำให้อาการกำเริบรุนแรงขึ้น⁽¹⁾

การเกิดการกำเริบมีผลต่ออัตราการเสียชีวิตและสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย COPD จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Health Data Center : HDC) ของประเทศไทย พบว่าผู้ป่วย COPD ในประเทศไทยมีอัตราการกำเริบปี พ.ศ. 2562 และพ.ศ. 2563 จำนวน 134 และ 124.8 ครั้งต่อ 100 ราย ผู้ป่วย COPD และมีผู้เสียชีวิต จำนวน 18,925 และ 18,169 คนตามลำดับ⁽²⁾ ของจังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้ป่วย COPD อัตราการกำเริบปี พ.ศ. 2562 และพ.ศ. 2563 จำนวน 87.88 และ 92.99 ครั้งต่อ 100 รายผู้ป่วย COPD และมีผู้เสียชีวิต จำนวน 2,039 และ 2,142 คนตามลำดับ และโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่นพบว่าผู้ป่วย COPD อัตราการกำเริบ

ปี พ.ศ. 2562 และพ.ศ. 2563 จำนวน 73.97 และ 83.60 ครั้งต่อ 100 รายผู้ป่วย COPD และ (THIP II โรงพยาบาลขอนแก่น) อัตราการเสียชีวิตปี พ.ศ. 2562 และพ.ศ. 2563 ร้อยละ 1.97 และ 2.17⁽³⁾ ตามลำดับ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอาการหอบกำเริบเฉียบพลันที่นำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลวจากความรุนแรงของโรคเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในระยะปกติ และระยะฉุกเฉินโดยการให้ความรู้ ติดตามการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง แนะนำการปรับรูปแบบการดำเนินชีวิต เช่น การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกายฟื้นฟูสภาพปอดที่เหมาะสมกับบุคคล การดูแลสิ่งแวดล้อมสิ่งกระตุ้นต่างๆ และการพักผ่อนที่เพียงพอ นอกจากนี้พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้บริหารจัดการในการวางแผนและดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยและเป็นผู้ร่วมทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเฝ้าระวังเพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบของโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และสมรรถภาพทางกาย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองได้อย่างมีความสุข ดังนั้นผู้เขียนบทความจึงได้นำกรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี มาถอดบทเรียนเพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย COPD และวิเคราะห์กรณีศึกษาตามกรอบแนวคิดประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน นำไปสู่การพัฒนากระบวนการให้การพยาบาลผู้ป่วย COPD อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย COPD ที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาล และกรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁽⁴⁾ กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีดำเนินการศึกษา

ศึกษาในผู้ป่วย COPD ที่มารับบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผู้ป่วยนอก และมีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายโรงพยาบาลขอนแก่น และติดตามอาการต่อเนื่องที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยนอก ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2565-กันยายน 2566 มีขั้นตอนดังนี้ 1) คัดเลือกผู้ป่วยที่จะทำการศึกษาแบบเจาะจง จำนวน 2 รายที่มารับการการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ศึกษาข้อมูลจาก 1) เวชระเบียน สังเกต และสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ 2) ทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย บทความทางวิชาการ แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁽⁴⁾ การวินิจฉัย การรักษาและกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง 3) วางแผนให้การพยาบาลกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ติดตามประเมินผล และสรุปผลการพยาบาล ผลลัพธ์การพยาบาลใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะก่อนจำหน่าย

1. ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการเจ็บป่วย

ตารางที่ 1 สรุปเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการเจ็บป่วย ของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1.ข้อมูลทั่วไป	เพศชาย อายุ 77 ปี ส่วนสูง 172 เซนติเมตร น้ำหนัก 45 กิโลกรัม BMI 15.21 สถานภาพ คู่ การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพ เกษตรกรรม ศาสนาพุทธ จำนวน สมาชิกในครอบครัว 5 คน สิทธิบัตร บัตรทอง	เพศชาย อายุ 80 ปี ส่วนสูง 165 เซนติเมตร น้ำหนัก 65 กิโลกรัม BMI 23.88 สถานภาพ คู่ การศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น อาชีพ ข้าราชการบำนาญ ศาสนาพุทธ จำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คน สิทธิบัตรเบิกจ่ายตรง
2.อาการสำคัญ	หายใจหอบ 1 ชั่วโมงก่อนมา โรงพยาบาล	ไข้ ไอ หอบ 10 ชั่วโมงก่อนมา โรงพยาบาล
3.ประวัติการรักษา	เข้ารับการรักษาที่คลินิก COPD โรงพยาบาลขอนแก่นปี พ.ศ.2560 ด้วยอาการ ไอเรื้อรัง หายใจเหนื่อย หอบ ตรวจสไปโรเมทรี แพทย์ให้การ วินิจฉัยว่าเป็นโรค COPD	เข้ารับการรักษาที่คลินิก COPD โรงพยาบาลขอนแก่นปี พ.ศ.2563 ด้วยอาการ ไอเรื้อรัง หายใจเหนื่อย หอบ ตรวจสไปโรเมทรี แพทย์ ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรค COPD
4.ประวัติการเจ็บป่วย ในปัจจุบัน	4 ชั่วโมงก่อนมา ไอ หายใจเหนื่อย หอบ 1 ชั่วโมงหายใจเหนื่อยหอบ มากขึ้น พ้นยาที่บ้านไม่ทุเลาจึงมา โรงพยาบาล	3 วันก่อนมา ไอ หายใจเหนื่อยหอบ 2 วันก่อนมา ไข้ แน่นหน้าอก 10 ชั่วโมง ไข้ ไอและเหนื่อยหอบมากขึ้นจึงมาโรงพยาบาล
5.โรคร่วมในปัจจุบัน	Old pulmonary TB, Post COVID-19	Old pulmonary TB, HT, DLP
6.ประวัติการแพ้ยา	ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา อาหารและ สารใดๆ	แพ้ยา Penicillin มีอาการผื่นคัน ไม่มีประวัติแพ้อาหารและสารใดๆ
7.ประวัติการเจ็บป่วย ในครอบครัว	ปฏิเสธการเป็นโรคร้ายแรงใน ครอบครัว	ภรรยาเป็นโรคความดันโลหิตสูง
8.ประวัติการดื่มสุรา และสูบบุหรี่	ไม่ดื่มสุรา เคยสูบบุหรี่ 20 มวน/วัน เป็นเวลาประมาณ 20 ปีปัจจุบันสูบ วันละ 2-3 มวน/วัน	ไม่ดื่มสุรา เคยสูบบุหรี่ 20 มวน/วันเป็นเวลาประมาณ 40 ปีเลิกสูบ ประมาณ 10 ปี มีลูกเคยสูบบุหรี่ทั้ง ภายในและภายนอกบ้าน

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการเจ็บป่วย พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นเพศชาย อยู่ในวัยผู้สูงอายุ เข้ารับการรักษาด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบ มีประวัติเคยติดเชื้อไวรัสโคโรนามาก่อน กรณีศึกษารายที่ 1

ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ และมีประวัติติดเชื้อ COVID-19 กรณีศึกษารายที่ 2 มีลูกเขยสูบบุหรี่ทั้งในและนอกบ้านและมีโรคร่วมคือ HT,DLP ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วย COPD ที่มีอาการหอบกำเริบต้องเข้ารับการรักษาด้วยในโรงพยาบาล⁽¹⁾

ตารางที่ 2 สรุปเปรียบเทียบข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจ	ค่าปกติ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
CBC : WBC	4.5-10.0 cell/mm ³	16.33 cell/mm ³	15.7 cell/mm ³
: Hemoglobin	12.0-16.0 g/dL	11.8 g/dL	13.2 g/dL
: Hematocrit	37.0-47.0 %	38.3 %	38.2 %
: Platelet	140-440 10 ³ /uL	367 10 ³ /uL	280 10 ³ /uL
: Albumin	3.4 g/dL	3.3 g/dL	3.2 g/dL
กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมี Hematocrit และ Albuminต่ำ มีภาวะร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ			
BUN	6-19 mg/dL	8 mg/dL	10 mg/dL
Creatinine	0.50-1.50 mg/dL	0.4 mg/dL	0.87 mg/dL
eGFR(CKDEPI)	≥90.00 mL/min1.73m ²	88.10 mL/min1.73m ²	81.93 mL/min1.73m ²
กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 2			
Sodium	130-147	141	123
Potassium	3.40-4.7	3.29	3.08
กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีค่า Potassium ต่ำได้ให้การรักษาและติดตามผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการต่อเนื่องจนค่าโปแตสเซียมอยู่ในระดับปกติ			
pH	7.35-7.45	7.403	7.402
pO ₂	80-100 mmHg	45.5 mmHg	34.8 mmHg
pCO ₂	35-45 mmHg	36.7 mmHg	33.7 mmHg
HCO ₃	22-26 mEq/L	23 mEq/L	21.1 mEq/L

ตารางที่ 2 สรุปเปรียบเทียบข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

การตรวจ	ค่าปกติ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีค่า pO ₂ ต่ำ แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลวได้ให้การรักษาและติดตามผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการต่อเนื่องจนค่า pO ₂ อยู่ในระดับปกติ			
Sputum gram stain	Not found	Few gram +ve cocci, Few WBC	Few gram -ve bacilli, Moderate WBC
X-ray Chest	No active pulmonary disease	Infiltration at RUL both lung	Infiltration at RUL both lung
กรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบการกระจายของเสมหะหรือสารคัดหลั่ง แบบฝ้าขาว (infiltration) ที่ตำแหน่งปอดข้าง ขวาด้านบน แผลผลมีภาวะปอดอักเสบ			

2. การประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการ ประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน

ภาวะสุขภาพตาม กรอบ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน(4) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน

แบบแผนประเมินภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	รับรู้ว่าคุณเองมีภาวะเจ็บป่วยด้วย โรค COPD มีอาการหอบ กำเริบเฉียบพลัน คิดว่าเป็นโรคที่รักษาหายผู้ป่วยใช้ยาพ่นไม่สม่ำเสมอ จะมาโรงพยาบาลเมื่อหายหมด	ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองมี ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรค COPD ที่มีอาการหอบ กำเริบเฉียบพลัน รู้ว่าเป็นโรคเรื้อรัง แต่ผู้ป่วยใช้ยาพ่นสลับกัน	รายที่ 1 รับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาหายขาด ใช้ยาพ่นไม่สม่ำเสมอ รายที่ 2 ใช้ยาพ่นขยายหลอดลมไม่ถูกต้องนำไปสู่ข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากความรู้ ความตระหนัก และการจัดการดูแลตนเองที่บ้านไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่อง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน (ต่อ)

แบบแผนประเมิน ภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
โภชนาการและการ เผาผลาญสารอาหาร	น้ำหนัก 45 กก. BMI 15.2 ผล Albumin 3.3 มีภาวะขาดสารอาหาร ได้รับอาหารทางสายยางหลังจากนั้นอาการดีขึ้นรับประทานอาหารอ่อนได้ น้ำหนักเท่าเดิม	น้ำหนัก 65 กก. BMI 23.88 ผล Albumin 3.2 มีภาวะขาดสารอาหารได้รับอาหารทางสายยางหลังจากนั้นอาการดีขึ้นรับประทานอาหารอ่อนได้ น้ำหนักเท่าเดิม	รายที่ 1 BMI 15.2 ผล Albumin 3.3 รายที่ 2 BMI 23.88 ผล Albumin 3.2 ได้รับอาหารทางสายยาง ทั้ง 2 ราย นำไปสู่ข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีภาวะไม่สมดุลของน้ำ สารอาหาร และเกลือแร่ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย
การขับถ่าย	สามารถปัสสาวะ อุจจาระได้เอง	สามารถปัสสาวะ อุจจาระได้เอง	รายที่ 1 และ 2 ไม่มี ปัญหาเรื่องการขับถ่าย
กิจวัตรประจำวันและ การออกกำลังกาย	ทำกิจวัตรประจำวันได้ เอง แต่มีอาการเหนื่อย ง่าย เดินไกลไม่ได้ ไม่ ออกกำลังกาย การ ทำกิจกรรมจำกัดอยู่ ภายในบริเวณบ้าน	ทำกิจวัตรประจำวัน ด้วยตนเองได้น้อย ต้องมีภรรยาและ ลูกสาวช่วย มีอาการ เหนื่อยง่าย เดินเซต้อง มีคนพยุง/ไม่ทำช่วย สามารถเดินรอบบ้าน ได้นานๆ ครั้ง	รายที่ 1 และ 2 ทำ กิจวัตรประจำวันได้เอง แต่มีอาการเหมือนกัน คือเหนื่อยง่าย นำไปสู่ ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1. มีภาวะเนื้อเยื่อของ ร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจาก ประสิทธิภาพ ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ ลดลง 2. ผู้ป่วยสูญเสีย ความสามารถใน การเคลื่อนไหวและ ความทนต่อการปฏิบัติ กิจกรรมลดลงเนื่องจาก พร่องออกซิเจนและ หายใจลำบาก

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน (ต่อ)

แบบแผนประเมิน ภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับวันละ 6-7 ชั่วโมง ขณะนอนโรงพยาบาลหลับๆตื่นๆ เหนื่อย หายใจไม่เต็มปอด	นอนหลับวันละ 6-7 ชั่วโมง ขณะนอนโรงพยาบาลหลับๆตื่นๆ ไอบ่อย เหนื่อย ใฝ่สว่าง เสียงดัง	รายที่ 1 และ 2 นอนหลับๆ ตื่นๆ รายที่ 1 จากเหนื่อย หายใจไม่เต็มปอด รายที่ 2 จากไอบ่อย เหนื่อย ใฝ่สว่าง เสียงดังนำไปสู่ข้อวินิจฉัยการพยาบาล แบบแผนการพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีอาการเหนื่อยหอบ
สติปัญญาและการรับรู้	อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ ได้รับความรู้เรื่องโรค COPD ตั้งแต่เริ่มการรักษา แต่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ ขณะนอนโรงพยาบาลรู้สึกตัวดี	อ่านหนังสือออก เขียนหนังสือได้ ได้รับความรู้เรื่องโรค COPD ตั้งแต่เริ่มการรักษา แต่มีอาการหลงลืม ใฝ่ยา พ้นผิดบ่อย ขณะนอนโรงพยาบาลรู้สึกตัวดี	รายที่ 1 อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ ยังสูบบุหรี่ รายที่ 2 มีอาการหลงลืม ใฝ่ยา พ้นผิดบ่อยนำไปสู่ข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากความรู้ความตระหนัก และการจัดการดูแลตนเองที่บ้านไม่ถูกต้อง และไม่ต่อเนื่อง
การรับรู้ตนเอง และ อัตมโนทัศน์	รับทราบว่าตนเองมีภาวะเจ็บป่วย ลูกสาวต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน กลัวกลับไปอยู่บ้านจะเป็นภาระของครอบครัว	รับทราบว่าตนเองมีภาวะเจ็บป่วย ภรรยาและลูกสาวต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน กลัวกลับไปอยู่บ้านจะเป็นภาระของครอบครัว	รายที่ 1 และ 2 มีการรับรู้ตัวเองเจ็บป่วย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน (ต่อ)

แบบแผนประเมิน ภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำ ไปสู่การพยาบาล
บ ท บ า ท แ ล ะ สัมพันธ์ภาพ	มีบทบาทเป็นหัวหน้า ครอบครัว เมื่อเจ็บ ป่วยดูแลตนเองได้ น้อย ทำให้บุตรสาว ต้องหยุดงานมาดูแล และในครอบครัวมี สัมพันธ์ภาพดี	มีบทบาทเป็นหัวหน้า ครอบครัวต้องดูแล ภรรยา มีรายได้จากเงิน บำนาญ บุตรชายต้อง ทำงานเลี้ยงครอบครัว แทน และในครอบครัว มีสัมพันธ์ภาพดี	รายที่ 1 และ 2 บทบาทเป็นหัวหน้า และในครอบครัวมี สัมพันธ์ภาพดี
เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่มีเพศสัมพันธ์จาก อายุมาก ต้องการกำลังใจ ใจจากภรรยาและ ลูกสาว	ไม่มีเพศสัมพันธ์จาก อายุมาก ต้องการกำลังใจ ใจจากภรรยาและ ลูกสาว	รายที่ 1 และ 2 เพศ และการเจริญพันธุ์ เหมาะสม
การปรับตัวและการ เผชิญกับความเครียด	มีความวิตกกังวล เนื่องจากเจ็บป่วย รุนแรง ต้องนอนรักษา ในโรงพยาบาลนาน กว่าทุกครั้ง ภรรยา และลูกสาวกลัว ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	มีความวิตกกังวล เนื่องจากเจ็บป่วย รุนแรง ต้องนอนรักษา ในโรงพยาบาลนาน กว่าทุกครั้ง ภรรยา และลูกสาวกลัวช่วย เหลือตัวเองไม่ได้	รายที่ 1 และ 2 มีความ วิตกกังวลเนื่องจาก เจ็บป่วยรุนแรงเหมือน กัน นำไปสู่ข้อวินิจฉัย การพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัวมีความ วิตกกังวลต่อภาวะ เจ็บป่วย
คุณค่าและความเชื่อ	ครอบครัวของผู้ป่วยมี ความเชื่อและปฏิบัติ ตามหลักศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องบาปบุญ	ครอบครัวของผู้ป่วยมี ความเชื่อและปฏิบัติ ตาม หลักศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องบาปบุญ	รายที่ 1 และ 2 มีความ เชื่อที่ไม่แตกต่างกัน

3. การพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วย COPD ที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ให้การพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟู และระยะวางแผนจำหน่าย ในแต่ละระยะมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลและวางแผนการพยาบาล รายละเอียดดังนี้

การพยาบาลระยะวิกฤต

1) มีภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมิน

1. ระดับความรู้สึกตัว รู้สึกตัวดี
2. ไม่มีปลายมือปลายเท้า และริมฝีปากซีด ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
3. ความดันโลหิต MAP > 65 mmHg, SBP > 90 mmHg
4. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที
5. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95%

6. ไม่มีเสียงปอดผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดควรมากกว่า 95 % และประเมินระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการหายใจ สภาพสีผิว ปลายมือปลายเท้า และริมฝีปากซีด มีอาการกระสับกระส่าย และสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง รายงานแพทย์เมื่อผิดปกติ
2. ฟังเสียงปอดเพื่อประเมินการหดตัวของหลอดลม และช่วยทำกายภาพบำบัดทรวงอก

3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จัดให่นอนศีรษะสูง 45 องศา

4. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา

การประเมินผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง ไม่มีปลายมือปลายเท้า และริมฝีปากซีด ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ฟังเสียงปอดไม่มี wheezing both lung กรณีศึกษารายที่ 1 อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส, ชีพจร 90 ครั้ง/นาที, การหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 120/75 มิลลิเมตรปรอท และ O₂ saturation 98-100% กรณีศึกษารายที่ 2 อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส, ชีพจร 90 ครั้ง/นาที, การหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 150/75 มิลลิเมตรปรอท และ O₂ saturation 97-100%

2) มีภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจ

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมิน

1. อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส
2. อาการไอลดลง ไม่เหนื่อยหอบ
3. ผลตรวจ Sputum gram stain not found
4. ผลตรวจ Sputum culture no growth
5. ผลเอกซเรย์ปอดปกติ
6. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการหายใจทุก 4 ชั่วโมง อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที รายงานแพทย์
2. วัดอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามีไข้ อุณหภูมิมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ให้การพยาบาลลดไข้
3. ประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 95 % รายงานแพทย์
4. ดูแลการจัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่าศีรษะสูง ประมาณ 45 องศา ดูแลให้ออกซิเจนและพ่นยา
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่งหรือพลิกตะแคงตัว และฝึกให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษา และติดตามผลข้างเคียงของยา
7. ติดตามผลเอกซเรย์ปอด ผลตรวจ Sputum gram stain, Sputum culture ตามแผนการรักษา

การประเมินผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีไข้ หลัง Admit วันที่ 2 อาการไอลดลง ไม่เหนื่อยหอบในวันที่ 5 หลัง Admit ผลตรวจ Sputum culture no growth กรณีศึกษา รายที่ 1 O₂ saturation 98-100% และผลตรวจ Neutrophil 66.4% กรณีศึกษา รายที่ 2 O₂ saturation 97-100% และผลตรวจ Neutrophil 65.1%

3) มีภาวะไม่สมดุลของน้ำ สารอาหาร และเกลือแร่ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของน้ำ สารอาหาร และเกลือแร่

เกณฑ์การประเมิน

1. ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน
2. สามารถรับอาหารทางปากได้
3. ค่า Albumin > 3.5 U/dl
4. น้ำหนักเพิ่มขึ้น 0.5 กิโลกรัมใน 2 สัปดาห์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินค่า BMI และประเมินน้ำหนักทุก 1 สัปดาห์
2. ดูแลการให้สารน้ำ สารอาหารอย่างเพียงพอ
3. ดูแลให้ได้รับอาหารทางสายยาง (NG tube) BD (1:1) 300 ml x3 feed ขณะให้อาหารควรจัดท่าให้บนศีรษะสูง 30-45 องศา กรณีรับประทานได้น้อย
4. กรณีสามารถรับประทานอาหารได้เองให้รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่เพิ่มจำนวนมื้อเป็น 5-6 มื้อต่อวัน
5. ดูแลให้ได้รับอาหารที่เหมาะสมกับโรคและสภาพผู้ป่วยเร็วที่สุดตามแผนการรักษาของแพทย์
6. ติดตามค่า Albumin ในเลือด
7. ประสานนักโภชนาการในการคำนวณสารอาหารในแต่ละมื้อ และการให้อาหารเสริมระหว่างมื้ออาหาร

การประเมินผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีอาการสับสน และกล้ามเนื้ออ่อนแรง ผลการตรวจ Electrolyte ปกติ

การพยาบาลระยะฟื้นฟู

4) ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว และความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมลดลง เนื่องจากพร่องออกซิเจนและหายใจลำบาก

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองได้มากขึ้น

เกณฑ์การประเมิน

1. ระดับความรู้สึกตัว ตื่นรู้สึกตัวดี
2. ความดันโลหิต MAP > 65 mmHg, SBP > 90 mmHg
3. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที
4. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95%
5. ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองได้มากขึ้น
6. ญาติให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ขณะทำกิจกรรม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน
2. จัดระบบกิจวัตรประจำวัน และสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
3. สังเกตและประเมินอาการของผู้ป่วยขณะทำกิจกรรม เช่น เหนื่อยหอบมากขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น อ่อนเพลีย หน้ามืด
4. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ เรื่องพยาธิสภาพของโรคและผลข้างเคียงของยา ทำให้ทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง
5. กระตุ้นให้ญาติให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ขณะทำกิจกรรม

การประเมินผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รู้สึกตัวดี ยังอ่อนเพลีย เริ่มทำกิจวัตรประจำวันได้เองบางส่วน เช่น การรับประทานอาหาร แปรงฟัน ส่วนไปห้องน้ำ ใส่เสื้อผ้าต้องมีญาติช่วย กรณีศึกษา รายที่ 1 ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที, การหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที และ O₂ saturation 98-100 % กรณีศึกษารายที่ 2 ชีพจร 80-110 ครั้ง/นาที, การหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที และ O₂ saturation 97-100 %

5) แบบแผนการพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากมีอาการเหนื่อยหอบ

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยนอนหลับ และหลับสนิทมากขึ้น

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยนอนหลับ และหลับสนิทมากขึ้น
2. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสาเหตุการนอนไม่หลับ และปริมาณการนอนหลับทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ
2. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ และแสงสว่างพอเพียง
3. ให้มีกิจกรรมในตอนกลางวัน เช่น การดูทีวี การฟังวิทยุ
4. สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยไว้วางใจ และระบายความวิตกกังวลแก่ญาติผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่
5. ปรึกษาพยาบาลจิตเวชประเมินผู้ป่วย และส่งพบจิตแพทย์ ในการรักษาให้ยาคลายเครียด
6. ขอความร่วมมือกับญาติผู้ป่วยในการ

ลดสิ่งเร้า ไม่ให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล

การประเมินผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย นอนหลับพักผ่อน ได้มากขึ้นวันละ 6-7 ชั่วโมงไม่บ่นเหนื่อยหอบ สิ้นหายใจขึ้นขึ้น

6) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลต่อภาวะเจ็บป่วย

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลดลง และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา

เกณฑ์การประเมิน

1. สิ้นหายใจขึ้นขึ้น
2. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาเกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วย และแนวทางการรักษา
2. ทบทวนให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค และแผนการรักษา
3. ประสานให้ทีมแพทย์ผู้รักษาและทีมสหสาขาวิชาชีพ เยี่ยมผู้ป่วย
4. สอนแนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ การทำจิตใจให้สงบ อ่านหนังสือ ฟังเพลง สวดมนต์
5. รายงานแพทย์ในกรณีผู้ป่วยวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

การประเมินผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล เข้าใจในอาการแผนการรักษาให้ความร่วมมือและยอมรับความเจ็บป่วย สิ้นหายใจขึ้นขึ้น

ระยะวางแผนจำหน่าย

7) มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจาก **ความรู้ ความตระหนัก และการจัดการดูแลตนเองที่บ้านไม่ถูกต้อง และไม่ต่อเนื่อง**

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และลดอุบัติเหตุการกลับมารักษาซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกถึงพยาธิสภาพ วิธีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเพิ่มสมรรถภาพปอด การใช้ยา การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นการรักษาต่อเนื่อง และอาการผิดปกติได้

กิจกรรมการพยาบาล

การวางแผนการจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

1. D-Diagnosis อธิบายผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสาเหตุการดำเนินของโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อลดอุบัติเหตุการกลับมารักษาซ้ำ
2. M-Medicine แนะนำความจำเป็นของการใช้ยาให้ถูกต้องและต่อเนื่องของยาพ่น steroid และอื่นๆครอบคลุมถึงสรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ และอาการข้างเคียง เช่น ลื่นเป็นฝ้าขาว และวิธีป้องกัน รักษา
3. E-Environment แนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาดโล่ง จัดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน และหลีกเลี่ยงการเข้าไปในชุมชนแออัด เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากเป็นวัยสูงอายุมีโอกาสที่จะติดเชื้อได้ง่าย
4. T-Treatment ผู้ป่วยและญาติได้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับแผนและแนวทางการ

รักษาเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่พยาบาลอธิบายการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและจำเป็นต้องมารักษาตามนัดและต่อเนื่อง

5. H-Health แนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การจัดการตนเองให้มีความต่อเนื่องเพื่อลดอุบัติการณ์อาการหอบกำเริบเฉียบพลัน และจะทำให้การ Progress ของพยาธิสภาพของปอดมีมากขึ้น

6. O-Out patient แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสิทธิการรักษา การมาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และหากมีอาการผิดปกติให้มาตรวจก่อนแพทย์นัด หรือกรณีฉุกเฉินสามารถติดต่อผ่าน 1669

7. D-Diet แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายและมีสารอาหารครบ 5 หมู่เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การดื่มน้ำอุ่นหรือน้ำสะอาดวันละ 2-3 ลิตร เพื่อขับเสมหะออกอย่างง่าย

การประเมินผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายผู้ป่วยและญาติตั้งใจฟัง เมื่อสอบถามถึงวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อวางแผนกลับบ้าน สามารถบอกได้ถูกต้องและเน้นย้ำ ทวนซ้ำ กับผู้ป่วยและญาติเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุ มีอาการหลงลืมง่าย

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นเพศชาย อยู่ในวัยผู้สูงอายุ มีประวัติเคยติดเชื้อวัณโรคมาก่อนรักษาหายแล้ว มีประวัติสูบบุหรี่มากกว่า 20 pack/year มาโรงพยาบาลด้วยอาการไอ หายใจเหนื่อยหอบ ตรวจร่างกายฟังเสียงปอดพบ Wheezing both lungs, Film chest

พบ Infiltration at RUL both lung ผลการตรวจ CBC พบ WBC และ Neutrophil สูง และมี Hemoglobin, Hematocrit และ Albumin ต่ำ ผลการตรวจอิเล็กโตรไลต์พบ Potassium ต่ำ ตรวจเสมหะ Sputum G/S พบเชื้อแบคทีเรียและเม็ดเลือดขาว ได้รับการวินิจฉัยว่า COPD with acute exacerbation ส่วนข้อที่แตกต่างกันคือ กรณีศึกษารายที่ 1 ยังไม่เลิกสูบบุหรี่และเคยติดเชื้อ COVID 19 เมื่อปี พ.ศ.2564 กรณีศึกษารายที่ 2 มีโรคประจำตัว HT,DLP มีประวัติไข้ยาไม่ถูกต้อง และมีลูกเขยสูบบุหรี่ทั้งในและนอกบ้าน และยังพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันทั้งหมด 7 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือระยะวิกฤต ประกอบด้วย 1) มีภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง 2) มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ 3) มีภาวะไม่สมดุลของน้ำ สารอาหาร และเกลือแร่ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย ระยะฟื้นฟู ประกอบด้วย 4) ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว และความทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมลดลง เนื่องจากพร่องออกซิเจนและหายใจลำบาก 5) แบบแผนการพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีอาการเหนื่อยหอบ 6) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลต่อภาวะเจ็บป่วย และระยะการวางแผนจำหน่าย 7) มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากความรู้ความตระหนัก และการจัดการดูแลตนเองที่บ้านไม่ถูกต้อง และไม่ต่อเนื่องกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการดูแลจนกระทั่งอาการดีขึ้น และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะเวลาดอนรักษาในโรงพยาบาลรวม 6 วัน

นัดติดตามผลการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นเวลา 2 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

อภิปรายผล

ความรุนแรงของโรค COPD ที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย คือเกิดภาวะอุดกั้นของหลอดลมอย่างรุนแรง เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันจึงต้องใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อไม่ให้เสียชีวิตจากภาวะการหายใจล้มเหลว⁽⁵⁾ กระบวนการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยคือการประเมินการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนได้อย่างรวดเร็วตั้งแต่ผู้ป่วยตรวจรักษา พยาบาลสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเพิ่มปริมาณออกซิเจนที่เข้าปอดทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากโรค COPD เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การป้องกันการเกิดโรคถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่สุด ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้สูงอายุ มีประวัติสูบบุหรี่ มีอาการหลงลืม ตาฝ้าฟางกรณีศึกษารายที่ 1 ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ กรณีศึกษารายที่ 2 ยังมีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ และมีอาการหลงลืมใช้ยาพ่นผิดบ่อยครั้ง แต่ยังไม่ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ การวางแผนจำหน่ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ⁽⁶⁾ การทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ถือว่ามีความยุ่งยาก เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีอาการ

หลงลืม ตาฝ้าฟาง พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการสอน ให้ความรู้ แนะนำ รวมทั้งให้กำลังใจ เสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ และลดการกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรมีการพัฒนาทักษะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากสถานการณ์และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ตลอดแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแตกต่างกันออกไป อาจทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนและผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้
2. การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านเป็นสิ่งสำคัญเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรงได้อีก จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง สารภูมิแพ้ต่างๆอยู่ในบริเวณที่อากาศถ่ายเทดี การปฏิบัติตนเมื่ออยู่บ้าน การรับประทานยาและการปฏิบัติตัวการพ่นยาที่ถูกวิธี การกลับมาตรวจตามนัดเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง
3. พยาบาลควรใช้การเสริมพลังและแรงจูงใจมีการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยร่วมกับญาติทุกครั้ง ก่อนให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับแบบแผนการดูแลตนเองที่บ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์ จำกัด; 2565.

2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติโรคกรมการแพทย์. รายงานสถิติโรค ปีงบประมาณ 2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
3. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลขอนแก่น. รายงานประจำปี 2565. จังหวัดขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น; 2565.
4. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล และแบบแผนสุขภาพ. การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร; 2561
5. พลอยศุภางค์ ชุ่มสระน้อย. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน. Journal of Health and Environment. 2021; 6(3): 51-54.
6. กรรณิการ์ นิยะสม. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจล้มเหลว : กรณีศึกษา. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563; 13(2): 70-77.
7. บุญสว่าง พิลาสภา. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย.วารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566; 8(1): 232-242.
8. พวงเพชร ใจคำ, เดชา ทำดี, ศิวพร อังวัฒนา. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. พยาบาลสาร. 2563; 47(4): 142-151.
9. เพ็ญศิริ สิริกุล, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, รสสุคนธ์ แสงมณี. ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนหลังจำหน่าย. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2560; 28(1): 57-68.
10. สุนิศา คำหาญ, สันติ สิลัยรัตน์. ภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบเฉียบพลัน. วชิรเวชสาร และวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2564; 65(5): 399-413

ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับภาวะสุขภาพช่องปาก ของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดหนองคาย

สันทนา หมั่นพลศรี¹, นาฏนภา ทิพย์แก้ว ปัตตชาสุวรรณ^{2*}

(วันที่รับบทความ: 1 กันยายน 2566, วันที่แก้ไข: 9 ตุลาคม 2566, วันที่ตอบรับ 10 ตุลาคม 2566)

บทคัดย่อ

ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งของหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากขณะตั้งครรภ์มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย รวมถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสมก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับภาวะสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดหนองคาย ประชากรคือหญิงตั้งครรภ์ในแผนกสูติรีเวชโรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย ขนาดตัวอย่าง 503 คน สุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามวัดความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก และแบบเก็บข้อมูลภาวะสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสถิติถดถอยพหุคูณ

ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีภาวะสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีร้อยละ 86.48 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี ได้แก่ ระดับการศึกษา (OR adj 41.99, 95% CI: 13.74 - 128.36, p-value=<0.001) กลุ่มรายได้ต่ำกว่า 6,000 บาท (OR adj 20.88, 95% CI: 2.19 - 199.00, p-value=0.002) ทักษะความรู้ความเข้าใจ (OR adj 5.71, 95% CI: 1.45 - 22.54, p-value= 0.012) ทักษะการสื่อสาร (OR adj 5.25, 95% CI: 1.78 - 15.46, p-value=0.003) และทักษะการตัดสินใจ (OR adj 14.70, 95% CI: 3.48 - 62.09, p-value=<0.001)

สรุปผลและข้อเสนอแนะจากการศึกษานี้ ควรที่จะนำปัจจัยด้านการศึกษารายได้ต่อเดือน ทักษะความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร และทักษะการตัดสินใจ มาใช้ในการวางแผนเพื่อออกแบบกิจกรรมในการส่งเสริมและพัฒนางานด้านทันตสาธารณสุขในหญิงตั้งครรภ์

คำสำคัญ : ความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก, ภาวะสุขภาพช่องปาก, หญิงตั้งครรภ์

⁽¹⁾ ทันตแพทย์ชำนาญการพิเศษ โรงพยาบาลหนองคาย, ⁽²⁾ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding author: นาฏนภา ทิพย์แก้ว ปัตตชาสุวรรณ , e-mail: Natnpa@kku.ac.th

Association Between Oral Health Literacy and Oral Health Status in Pregnant Women, Nongkhai Province

Santana Munpolsri¹, Natnapa Heebkaew Padchasuwan^{2*}

(Received 1st September 2023; Revised : 9th October 2023; Accepted 10th October 2023)

Abstract

Oral health problems are one of the most important problems for pregnant women. Because during pregnancy there are hormonal changes in the body, inappropriate oral health care behaviors cause oral health problems. This cross-sectional analytical research aimed to study the relationship between oral health literacy and oral health status of pregnant women, Nong Khai Province. The population was pregnant women in the obstetrics and gynecology department of a public hospital in Nong Khai Province, with a sample size of 503, using multistage random sampling. Data were collected using a general information questionnaire and the oral examination record of pregnant women data were analyzed by descriptive statistics and multiple logistic regression statistics.

The result showed that percentage of pregnant women with poor oral health is 86.48 (438/503 people). Factors associated with poor oral health status were: Education level (OR adj 41.99, 95% CI: 13.74 – 128.36, p-value=<0.001), Income which below 6,000 baht per month group (OR adj 20.88, 95% CI: 2.19-199.00, p-value=0.002), Dental health cognitive skills (OR adj 5.71, 95% CI: 1.45 – 22.54, p-value=0.012), Dental health communication skills (OR adj 5.25, 95% CI: 1.78 – 15.46, p-value=0.003), Dental health decision-making skills (OR adj 14.70, 95% CI: 3.48 – 62.09, p-value=<0.001).

Summary of results and recommendations from this study Therefore, educational, Monthly income, Dental health cognitive skills, Dental health communication skills and Dental health decision-making skills used in planning and designing activities in Promoting and developing dental public health work for pregnant women

Keywords: oral health literacy, oral health status, pregnant women

¹Dentist (Senior Professional level) at Nong Khai Hospital, ²Assistant Professor at Faculty of Dentistry, Khon Kaen University

Corresponding author : Natnapa Heebkaew Padchasuwan, e-mail: Natnpa@kku.ac.th

บทนำ

ปัญหาสุขภาพช่องปากเป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่งของหญิงตั้งครรภ์ เนื่องจากขณะตั้งครรภ์ มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนในร่างกาย รวมถึงพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากที่ไม่เหมาะสม อาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพช่องปาก ได้แก่ โรคฟันผุ ซึ่งหากปล่อยไว้ไม่ได้รับการรักษา อาจมีการลุกลามเข้าสู่ชั้นโพรงประสาทฟัน ทำให้เกิดประสาทฟันอักเสบ ซึ่งเป็นความเจ็บปวดทุกข์ทรมานแก่หญิงตั้งครรภ์ กระทั่งต่อการดำเนินกิจกรรมประจำวัน และการมีฟันผุจำนวนหลายซี่จะเพิ่มโอกาสที่เชื้อก่อโรคฟันผุถ่ายทอดจากแม่สู่ลูกมากขึ้น ทำให้ลูกมีความเสี่ยงสูงในการเกิดโรคฟันผุมากกว่าปกติ ปัญหาสุขภาพช่องปากอีกอย่างคือ โรคเหงือกอักเสบ โรคปริทันต์อักเสบ หญิงตั้งครรภ์จะมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเหงือกอักเสบมากกว่าปกติ และลุกลามกลายเป็นโรคปริทันต์อักเสบ หากมีการดูแลอนามัยในช่องปากที่ไม่ดี มีการศึกษาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคปริทันต์อักเสบ มีโอกาสคลอดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะปริทันต์ปกติ 2-4 เท่า⁽¹⁾ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงกำหนดนโยบายให้บริการส่งเสริมป้องกันสุขภาพช่องปากในหญิงตั้งครรภ์ (Fee Schedule) โดยมีเป้าหมายให้หญิงตั้งครรภ์ควรได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากและขัดทำความสะอาดฟันโดยทันตบุคลากรไม่น้อยกว่า ร้อยละ 35 แต่ผลการดำเนินงานในระดับประเทศที่ผ่านมาพบว่า ปี 2563 และปี 2564 ผลการดำเนินงานคิดเป็นร้อยละ 17.83, 15.36 ตามลำดับ และผลการดำเนินงานในจังหวัดหนองคายคิดเป็น

ร้อยละ 11.2 และ 36.22⁽²⁾ นั้นหมายถึงมีหญิงตั้งครรภ์จำนวนมากที่ไม่เข้ารับการบริการทางทันตกรรมที่รัฐจัดให้ เพื่อดูแลสุขภาพช่องปากของตนเองและเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ได้ถูกนำมาใช้ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในหลายประเทศ รวมถึงประเทศไทย และครอบคลุมงานด้านทันตสาธารณสุข⁽³⁾ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่เพียงพอ มักมีปัญหาโรคปริทันต์อักเสบ อาจนำไปสู่ภาวะไม่พึงประสงค์ขณะตั้งครรภ์ แต่ในทางกลับกัน หญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่เพียงพอ จะมีความสามารถในการเข้าถึงข้อมูลความรู้ด้านการส่งเสริมป้องกันทันตสุขภาพ และมีความเข้าใจเป็นแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองให้มีสุขอนามัยที่ดี⁽⁴⁾ จากการศึกษา Baskaradoss J. K.⁽⁵⁾ เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับภาวะสุขภาพช่องปากของอาสาสมัครในสหรัฐอเมริกา พบว่า ชาวแอฟริกันอเมริกันโดยส่วนใหญ่ระดับการศึกษาต่ำมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่เพียงพอ ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่เพียงพอ มีค่าเฉลี่ยฟันผุถอนสูง และค่าเฉลี่ยการอุดฟันต่ำ ผู้เข้าร่วมการศึกษาที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่ไม่เพียงพอ มีโรคปริทันต์อักเสบรุนแรงเมื่อเปรียบเทียบกับผู้เข้าร่วมการศึกษาที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากที่เพียงพอ การวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณโลจิสติก (multiple logistic regression) พบว่าโรคปริทันต์อักเสบ

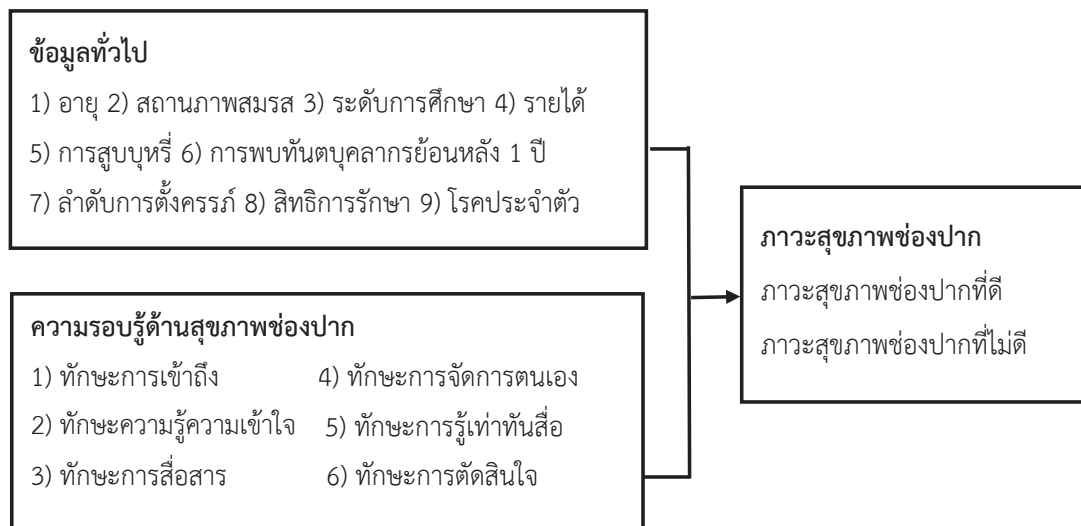
มีสัมพันธ์กับคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาของ จินตนา รัตนะ⁽³⁾ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากมีความสัมพันธ์กับการตัดสินใจเข้ารับบริการด้านทันตกรรมของหญิงตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้ความเข้าใจด้านทันตสุขภาพที่เพียงพอ จะได้รับการตรวจรักษาด้านทันตกรรมเพื่อให้มีภาวะสุขภาพช่องปากที่ดี คือ ปราศจากฟันผุในช่องปาก และมีปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันและเหงือกในระดับดีเยี่ยม (Plaque Index: PI) มีค่า 0.1-1.9 แต่ ณ ปัจจุบัน ข้อมูลความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากและภาวะสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทย ยังมีจำกัด จากปัญหาและความสำคัญดังกล่าว

จึงควรมีการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับภาวะสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ ในจังหวัดหนองคาย เพื่อนำมาใช้ในการวางแผนออกแบบกิจกรรมในการส่งเสริมและพัฒนางานทันตสาธารณสุขในหญิงตั้งครรภ์ต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาความชุกของภาวะสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์
- 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับภาวะสุขภาพช่องปากของ หญิงตั้งครรภ์

กรอบแนวคิด



วิธีดำเนินการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Research)

ประชากรที่ศึกษา หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ในกลุ่มงานสูตินรีเวช โรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดหนองคาย ทั้งหมด 9 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มงาน สูติรีเวช โรงพยาบาลท่าบ่อ, โรงพยาบาลสระใคร และโรงพยาบาลโพธิ์ตาก จำนวน 503 คน

เกณฑ์การคัดเลือกผู้เข้าร่วมการศึกษา (Inclusion criteria) 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 18-40 ปี 2) ภูมิลำเนาในจังหวัดหนองคาย 3) สามารถอ่านออกเขียนได้ 4) สมัยใจยินดีเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) 1) เป็นผู้ป่วยจิตเภทที่อาจมีปัญหาด้านการสื่อสารและการตัดสินใจ

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง ขนาดตัวอย่างในการศึกษานี้ใช้สูตรการคำนวณของ Hsieh, Bloch and Larson⁽⁴⁾ โดยอ้างอิงข้อมูลจากการทบทวนวรรณกรรม Baskaradoss⁽⁵⁾ ที่ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากกับภาวะสุขภาพช่องปาก ซึ่งใช้สูตรการคำนวณดังนี้

$$n = \frac{\left(Z_{1-\alpha/2} \sqrt{\frac{P(1-P)}{B}} + Z_{1-B} \sqrt{P_0(1-P_0) + \frac{P_1(1-P_1)(1-B)}{B}} \right)}{[(P_0-P_1)(1-B)]}$$

เมื่อแทนค่าในสูตรดังกล่าวจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาคือ 503 คน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับ 0.3 ซึ่งเป็นจำนวนที่เป็นไปได้ และเพื่อให้สอดคล้องกับงบประมาณและระยะเวลาที่ใช้ในการดำเนินการ โดยเก็บข้อมูลในวันที่ 10 มีนาคม 2566 ถึง วันที่ 30 เมษายน 2566

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้เทคนิคการสุ่มแบบหลายขั้นตอน (The multi-stage random Sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 แบ่งชั้นตามขนาดของโรงพยาบาล (Stratified Random Sampling) เป็น 2 ชั้นคือ โรงพยาบาลขนาดใหญ่ 3 แห่ง และโรงพยาบาลขนาดเล็ก 6 แห่ง

ขั้นที่ 2 สุ่มเลือกตัวอย่างอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ในสัดส่วน 3 ต่อ 1

- 1) กลุ่มโรงพยาบาลขนาดใหญ่ จำนวน 1 อำเภอ
- 2) กลุ่มโรงพยาบาลขนาดเล็ก จำนวน 2 อำเภอ

ขั้นที่ 3 เมื่อได้ตัวอย่างอำเภอมารแล้วทั้งหมด 3 อำเภอ ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้กับหญิงตั้งครรภ์ที่สมัยใจและยินดีตอบแบบสอบถามจำนวนกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด 3 อำเภอรวมกันเป็น 503 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ลำดับการตั้งครรภ์ พฤติกรรมการสูบบุหรี่ การพบทันตบุคลากรย้อนหลัง 1 ปี สิทธิการรักษา โรคประจำตัว

2) แบบสอบถามประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปาก มีจำนวน 6 ทักษะประยุกต์จาก ศุภศิลป์ ดิรัक्षा⁽⁶⁾

2.1 แบบสอบถามทักษะการเข้าถึง ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจ เป็นแบบสอบถามประเมินอัตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์แต่ละระดับดังนี้

ทุกครั้ง หมายถึงมีการปฏิบัติ 7 ครั้ง ต่อสัปดาห์ มีค่าคะแนน 5 คะแนน

บ่อยครั้ง หมายถึงมีการปฏิบัติ 5-6 ครั้งต่อสัปดาห์ มีค่าคะแนน 4 คะแนน

บางครั้ง หมายถึงมีการปฏิบัติ 3-4 ครั้งต่อสัปดาห์ มีค่าคะแนน 3 คะแนน

นานๆ ครั้ง หมายถึงมีการปฏิบัติ 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ มีค่าคะแนน 2 คะแนน

ไม่เคยปฏิบัติ หมายถึงไม่เคยกระทำ เช่นนี้เลย มีค่าคะแนน 1 คะแนน

ประกอบด้วยทักษะละ 10 ข้อ รวมเป็น 60 ข้อ แต่ละทักษะคะแนนเต็ม 50 คะแนน ใช้เกณฑ์การประเมินผลแบบช่วงของ Best (1977) โดยแบ่งเป็น 3 ระดับดังนี้ ระดับดีมากมีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 36.68 - 50.00 คะแนน ระดับพอใช้มีช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 23.34 - 36.67 ระดับไม่ดีมีพอช่วงคะแนนอยู่ระหว่าง 10.00 - 23.33

2.2 ทักษะความรู้ความเข้าใจ เป็นตัวเลือกตอบถูก ผิด มีคำตอบถูกเพียงข้อเดียว จำนวน 10 ข้อ รวมทั้งหมด 10 คะแนน เกณฑ์การประเมินประยุกต์เกณฑ์ของ Bloom (1975) แบ่งออกเป็น 3 ระดับ ดังนี้ ระดับดีมากมีคะแนนอยู่ในช่วง 8-12 คะแนน ระดับพอใช้มีคะแนนอยู่ในช่วง 4-7 คะแนน ระดับไม่ดีพอมีคะแนนอยู่ในช่วง 0-3 คะแนน

3. แบบเก็บข้อมูลภาวะสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์ ประกอบด้วยข้อมูลการเกิดฟันผุ และปริมาณคราบจุลินทรีย์ ข้อมูลการเกิดฟันผุเป็นข้อมูลการตรวจสุขภาพช่องปากของหญิงตั้งครรภ์ที่ทันตภิบาลปฏิบัติงานตามปกติ หากพบว่าผลการตรวจเป็น “ฟันไม่ผุ” ทันตภิบาลจะทำการย้อมคราบจุลินทรีย์เพื่อวัดปริมาณคราบจุลินทรีย์

การวัดปริมาณคราบจุลินทรีย์ ทำการตรวจด้วยตาเปล่า บริเวณด้านใกล้แก้มและด้านใกล้ลิ้น ในฟันที่เป็นตัวแทน 6 ซี่ 12 31 16 24 34 46 เกณฑ์การให้คะแนนเป็นดังนี้ 0 = ไม่มีคราบจุลินทรีย์ 1 = มีคราบจุลินทรีย์เกาะติดขอบเหงือกและบริเวณข้างเคียงของฟันโดยการใส่โพรบ (probe) 2 = มีการสะสมในระดับปานกลางบนขอบเหงือก และ/หรือพื้นผิวฟัน 3 = การสะสมมีความหนา 1- 2 มม. ทั้งบนตัวฟันและขอบเหงือก

$$\text{ปริมาณคราบจุลินทรีย์} = \frac{\text{ผลรวมคะแนนที่ได้}}{\text{จำนวนตำแหน่งที่ได้รับตรวจ}}$$

ภาวะสุขภาพช่องปากที่ดี หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่พบฟันผุในช่องปากและปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันและเหงือก มีค่า 0.1-1.9

ภาวะสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่มีฟันในช่องปาก หรือปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันและเหงือก มีค่า 2.0-3.0

การตรวจสอบคุณภาพ ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดมุ่งหมายในการวัด (Item objective congruence :IOC) แต่ละข้อมากกว่า 0.5 และทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากทั้ง 6 ทักษะมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคอยู่ระหว่าง 0.73 - 0.95

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปประเภทต่อเนื่องนำเสนอข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลประเภทแจกแจง นำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ

2. สถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) การวิเคราะห์คราวละหลายๆ ตัวแปร (Multivariable analysis) โดยใช้ Multiple logistic regression แล้วนำเสนอค่า OR adjusted พร้อมช่วงค่าความเชื่อมั่น (95%CI) และ p-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

จริยธรรมการศึกษา โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE652289 วันที่รับรอง 6 มีนาคม 2566

ผลการศึกษา จากการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 4 ส่วนรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่าง 503 คน พบว่าส่วนใหญ่มีอายุ 20 ถึง 35 ปี คิดเป็น ร้อยละ 76.94 อายุเฉลี่ย 26.42 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.93 สถานะภาพสมรส/คู่ร้อยละ 83.10 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาร้อยละ 58.05 รายได้เฉลี่ยตั้งแต่ 6,000 บาทขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 60.84 ไม่เคยสูบบุหรี่ร้อยละ 96.44 ไม่เคยพบทันตแพทย์ในรอบ 1 ปีร้อยละ 58.85 มีการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 42.54 สิทธิการรักษาเป็นสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 55.07 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวร้อยละ 88.87

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์จังหวัดหนองคาย (n=503)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ		
ต่ำกว่า 20 ปี	73	14.51
อายุ 20-35 ปี	387	76.94
อายุ 35 ปีขึ้นไป	43	8.55
Mean (SD), Median (Min, Max)	26.42 (5.93), 26 (16,43)	
2. สถานภาพสมรส		
โสด	79	83.10
สมรส/คู่	418	15.71
หย่าร้าง/หม้าย	6	1.19
3. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	26	5.17
มัธยมศึกษา	292	58.05
อนุปริญญาตรี	95	18.89
ระดับปริญญา	90	17.89
4. รายได้ตนเองเฉลี่ยต่อเดือน		
ไม่มีรายได้	107	21.27
ต่ำกว่า 6,000 บาท	90	17.89
6,000-15,0000	229	45.53
ตั้งแต่ 15,000 บาทขึ้นไป	77	15.31
5. ประวัติการสูบบุหรี่		
ไม่เคยสูบบุหรี่	470	93.44
สูบบุหรี่	33	6.56
6. การพบทันตบุคลากรย้อนหลัง 1 ปี		
ไม่เคย	296	58.85
เคย	207	41.15

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์จังหวัดหนองคาย (n=503) (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน	ร้อยละ
7. ลำดับการตั้งครรภ์		
ครั้งแรก	214	42.54
ครั้งที่ 2	182	36.18
ครั้งที่ 3	84	16.71
มากกว่า 3 ครั้งขึ้นไป	23	4.57
8. สิทธิการรักษา		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	63	12.52
ประกันสังคม	163	32.41
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	277	55.07
9. โรคประจำตัว		
มีโรคประจำตัว	56	11.13
ไม่มีโรคประจำตัว	447	88.87

ส่วนที่ 2. ภาวะสุขภาพช่องปากหญิงตั้งครรภ์ จากการตรวจสุขภาพช่องปากพบว่า หญิงตั้งครรภ์มีฟันผุ 432 คน และเมื่อนำผู้ที่ไม่มีฟันผุ 71 คนไปตรวจค่าปริมาณคราบจุลินทรีย์พบว่า ปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันและเหงือก มีค่า 0.1-1.9 จำนวน 68 คน ปริมาณคราบจุลินทรีย์บนตัวฟันและเหงือกมีค่า 2.0-3.0 จำนวน 3 คน ดังนั้นมีหญิงตั้งครรภ์มีภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีจำนวน 68 คนคิดเป็นร้อยละ 13.52 และหญิงตั้งครรภ์มีภาวะสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีจำนวน 435 คนคิดเป็นร้อยละ 86.48

ส่วนที่ 3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับภาวะสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีเมื่อควบคุมปัจจัย อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ การพบทันตแพทย์ 1 ปี ที่สิทธิการ

รักษาและทักษะความรู้ด้านทันตสุขภาพ ทั้ง 6 ทักษะ พบว่า ปัจจัยการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรีมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพช่องปากช่องปากที่ไม่ดี 41.99 เท่าเมื่อเทียบกับการศึกษาตั้งแต่ระดับปริญญาตรีขึ้นไป (OR adj 41.99, 95% CI: 13.74 - 128.36; p-value=< 0.001) ปัจจัยรายได้ต่ำกว่า 6,000 บาทมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี 20.88 เท่าเมื่อเทียบกับรายได้ 15,000 บาทขึ้นไป (OR adj 20.88, 95% CI: 2.19-199.00; p-value=0.002) ทักษะความรู้ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี 5.71 เท่าเมื่อเทียบกับทักษะความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอ (OR adj 5.71, 95% CI: 1.45 - 22.54; p-value=0.013) ทักษะการสื่อสารที่ไม่เพียงพอ

มีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี 5.25 เมื่อเทียบกับทักษะการสื่อสารที่เพียงพอ (OR adj 5.25, 95% CI: 1.78 - 15.46; p-value=0.02) ทักษะการที่ไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพ

ช่องปากที่ไม่ดี 14.70 เท่าเมื่อเทียบกับทักษะการตัดสินใจที่เพียงพอ (OR adj 14.70, 95% CI: 3.48 - 62.09; p-value=<0.001)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับภาวะสุขภาพช่องปากที่ไม่ดีจากการวิเคราะห์ทุกปัจจัยในคราวเดียวกัน

ตัวแปร	จำนวน	% ภาวะสุขภาพ ช่องปาก ที่ไม่ดี	Crude OR	Adjusted OR	95%CI	p-value
1. ระดับการศึกษา						<0.001
ตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป	90	35.56	1	1		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	413	97.58	73.04	41.99	13.74 - 128.36	
2. รายได้						0.002
15,000 บาทขึ้นไป	77	37.66	1	1		
6,000-15,000 บาท	229	91.70	18.29	4.78	1.66 - 13.78	
ต่ำกว่า 6,000 บาท	197	99.49	324.41	20.88	2.19 - 199.00	
3. ทักษะความรู้ความเข้าใจ						0.013
เพียงพอ	316	80.06	1	1		
ไม่เพียงพอ	187	97.33	9.06	5.71	1.45 - 22.54	
4. ทักษะการสื่อสาร						0.003
เพียงพอ	138	63.77	1	1		
ไม่เพียงพอ	365	95.07	10.95	5.25	1.78 - 15.46	
5. ทักษะการตัดสินใจ						<0.001
เพียงพอ	218	74.31	1	1		
ไม่เพียงพอ	285	95.79	7.86	14.70	3.48 - 62.09	

การอภิปรายผล

การศึกษา พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพช่องปากช่องที่ไม่ดี 41.99 เท่าเมื่อเทียบกับการศึกษาตั้งแต่ปริญญาตรีขึ้นไป สอดคล้อง

กับการศึกษาของ Muralidharan S, Mallaiah P, Garale S, and Acharya, A⁽⁷⁾ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้ในระดับอุดมศึกษามีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพช่องปากที่ดีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value=<0.05) และการศึกษา

ของ Mohammed B A Sarhan et al.⁽⁸⁾ พบว่าหัวหน้าครอบครัวที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สัมพันธ์กับบุตรมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} \leq 0.001$) บุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจที่เพียงพอที่จะทำให้แสวงหาแนวทางในการดูแลสุขภาพช่องปากให้แก่ตนเองไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม และลดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากปัญหาสุขภาพช่องปาก

รายได้ต่อเดือน พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 6,000 บาทมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี 20.88 เท่าเมื่อเทียบกับรายได้ตั้งแต่ 15,000 บาทขึ้นไป สอดคล้องกับการศึกษาของ Maybury et al.⁽⁹⁾ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัญหาด้านเศรษฐกิจ การเงินภายในครอบครัว จะไม่ตระหนักความสำคัญในเข้ารับบริการด้านทันตกรรมขณะตั้งครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์เหล่านี้มีปัญหาสุขภาพช่องปากเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นขณะตั้งครรภ์

ทักษะความรู้ความเข้าใจ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีความรู้ความเข้าใจด้านทันตสุขภาพที่ไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี 5.71 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ Vann, Jr, Lee, Baker and Divaris⁽¹⁰⁾ พบว่า ผู้ดูแลเด็กที่มีระดับทักษะความรู้ความเข้าใจที่ไม่เพียงพอ สัมพันธ์กับภาวะสุขภาพช่องปากของเด็กเล็กที่ไม่ดี ทำให้เด็กเล็กมีโอกาสที่จะมีภาวะสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี 1.44 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ดูแลเด็กที่มีระดับทักษะความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอ (OR adj 1.44, 95% CI 1.02, 2.05; $p\text{-value} \leq 0.05$) แต่ไม่สอดคล้องกับสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย⁽¹⁴⁾ พบว่าเด็กนักเรียนในช่วงอายุ 11

-12 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอร้อยละ 72 แต่มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการแปรงฟันเพียงร้อยละ 9.5 แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน ร้อยละ 59.7 และมีพฤติกรรมบริโภคอาหารเสี่ยง ได้แก่ ดื่มน้ำหวาน น้ำอัดลม มากกว่า 2 ครั้งต่อวันร้อยละ 52 จะเห็นได้ว่ายังมีปัจจัยอื่นๆ ที่เชื่อมถึงการมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ดี ที่นอกเหนือจากความรู้ด้านสุขภาพช่องปาก เช่น การสนับสนุนจากสิ่งแวดล้อมโดยการจัดการสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมการมีพฤติกรรมสุขภาพช่องปากที่ดีจึงมีความสำคัญในการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็ก

ทักษะการสื่อสาร พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีทักษะการสื่อสารข้อมูลด้านทันตสุขภาพที่ไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี 5.25 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารัตน์ โสตะ และคณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษาความรู้ด้านสุขภาพในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุพบว่า การผลิตสื่อทางการแพทย์สมัยใหม่ที่ใช้ประกอบการให้ข้อมูลความรู้แก่ผู้ป่วยในปัจจุบัน ส่งผลต่อความน่าเชื่อถือและส่งเสริมความเข้าใจที่ถูกต้องให้แก่ผู้ป่วยในการทำความเข้าใจเนื้อหาสาระที่ได้มีการถ่ายทอด และการได้พูดคุยแลกเปลี่ยนถือเป็นกลไกการสื่อสารที่สำคัญอย่างหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย ที่ช่วยส่งเสริมความเข้าใจข้อมูลให้ถูกต้องนำมาซึ่งผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย

ทักษะการตัดสินใจ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีความสามารถในการตัดสินใจด้านทันตสุขภาพที่ไม่เพียงพอมีโอกาสเกิดภาวะสุขภาพช่องปากที่ไม่ดี 14.70 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ

Koster et al.⁽¹⁴⁾ พบว่าผู้ป่วยที่เตรียมตัวผ่าตัดที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ไม่เพียงพอ อาจมีปัญหาที่ซับซ้อน ซึ่งจะแสดงให้เห็นจากคะแนนที่ต่ำในทักษะการตัดสินใจด้านสุขภาพ ลักษณะดังกล่าวส่งผลต่อการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในระหว่างการทำคำปรึกษาและการตัดสินใจในการเลือกวิธีการรักษาสำหรับตนเอง ซึ่งหากมีทักษะที่ไม่เพียงพอจะส่งผลกระทบต่อเชิงลบในแง่ของขั้นตอนการผ่าตัดล่าช้าหรือยกเลิกการรักษาที่ควรได้รับ

ข้อเสนอแนะ จากการศึกษาควรรณำปัจจัย ด้านการศึกษา รายได้ เข้าทักษะความรู้ ความเข้าใจข้อมูล ทักษะการสื่อสาร และทักษะการตัดสินใจเข้าไปร่วมบูรณาการในการวางแผนการดำเนินงาน เช่น การกำหนดนโยบาย การลดจำนวนครั้งการมาโรงพยาบาลเพื่อลดค่าใช้จ่าย โดยมีระบบการส่งต่อเมื่อผู้ป่วยที่ถูกนัดโดยสูตินรีแพทย์ หากพบว่ามีปัญหา ด้านทันตสุขภาพควรมีช่องทางให้ได้รับการรักษาให้เสร็จในวันเดียวกันหรือระบบการนัดในรอบการนัดของสูตินรีแพทย์ครั้งถัดไป

การศึกษาครั้งถัดไป ควรศึกษาพัฒนาโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพช่องปากแก่หญิงตั้งครรภ์โดยมุ่งเน้นการสื่อสารที่ยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยและให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลตนเองที่ครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกายและ จิตใจ ภายใต้การบูรณาการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการสนับสนุนกิจกรรม

เอกสารอ้างอิง

1. สุอัมพร คำทวี. สภาวะสุขภาพช่องปากที่เกี่ยวข้องกับภาวะทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยของหญิงตั้งครรภ์. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2563; 39(2): 154-62.
2. กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐานการรับบริการทันตกรรมในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=fc73b811
3. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนการบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชนอายุ 7-14 ปีและกลุ่มประชาชนที่มี อายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุง ปี 2561. นนทบุรี: กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนการบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
4. Institute of Medicine. Health literacy. Washington DC: National Academies Press; 2004.
5. Baskaradoss JK. Relationship between oral health literacy and oral health status. BMCoral health. 2018; 18(1): 172.
6. ศุภศิลป์ ดีรักษา. ผลของโปรแกรมความรอบรู้ด้านทันตสุขภาพขั้นพื้นฐานเพื่อส่งเสริมสุขภาพช่องปาก ของผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7. วารสารสาธารณสุขชุมชน. 2564; 3(1): 65-76.

7. Muralidharan S, Mallaiah P, Garale S, Acharya A. Oral health literacy and oral health knowledge among 2,263 first-time pregnant Urban Women: A cross-sectional questionnaire study. *J Contemp Dent Pract.* 2019; 20(9): 1029-32
8. Muralidharan S, Mallaiah P, Garale S, Acharya A. Oral health literacy and oral health knowledge among 2,263 first-time pregnant Urban Women: A cross-sectional questionnaire study. *J Contemp Dent Pract.* 2019; 20(9): 1029-32.
9. Chaichit R, Deeraksa S. The association between functional oral health literacy and periodontal disease among adults with type 2 diabetes mellitus in the northeast region of Thailand. *J Int Oral Health.* 2020; 12(5): 432.
10. Muralidharan S, Mallaiah P, Garale S, Acharya A. Oral health literacy and oral health knowledge among 2,263 first-time pregnant Urban Women: A cross-sectional questionnaire study. *J Contemp Dent Pract.* 2019; 20(9): 1029-32.
11. Sarhan MBA, Fujii Y, Kiriya J, Fujiya R, Giacaman R, Kitamura A, et al. Exploring health literacy and its associated factors among Palestinian university students: a cross-sectional study. *Health Promotion International.* 2019; 36(3), 854-65.
12. Maybury C, Horowitz AM, La Touche-Howard S, Child W, Battanni K, Qi Wang M. Oral Health Literacy and Dental Care among Low-Income Pregnant Women. *American journal of health behavior.* 2019; 43(3), 556-68.
13. Vann WF, Lee JY, Baker D, Divaris K. Oral health literacy among female caregivers: impact on oral health outcomes in early childhood. *Journal of dental research.* 2010; 89(12): 1395-1400.
14. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กรุงเทพมหานคร. แนวทางเวชปฏิบัติทางทันตกรรมสำหรับคลินิกทันตกรรมสำนักงานอนามัย. กรุงเทพฯ: ธนพรพานิช; 2563.
15. จุฬารักษ์ โสตะ. แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2554.
16. Koster EA, Philbert D, Van De Garde EMW, Bouvy ML. Health literacy of patients admitted for elective surgery. *Journal of Public Health.* 2017; 25: 181-6.

ผลการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัยในเขตสุขภาพที่ 7

ปาลิชาติ ชนะหาญ

(วันที่รับบทความ: 3 ตุลาคม 2566; วันที่แก้ไข: 7 พฤศจิกายน 2566; วันที่ตอบรับ: 11 มกราคม 2567)

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ สภาพปัญหา ความสามารถในการปฏิบัติการณ์ดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุเขตสุขภาพที่ 7 โดยมีกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตร 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย จำนวน 220 คน โดยใช้แบบสอบถามการประเมินความสามารถและการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุของผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ผลการศึกษาพบว่า ด้านความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 41.4 ($\bar{X}$ = 12.78, S.D. = 1.7) ด้านสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ เป็นปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 55.7 เช่น มีภาระงานมาก ขาดความรู้ มีปัญหาสุขภาพ ด้านความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในระดับมากที่สุด ร้อยละ 81.4 ($\bar{X}$ = 13.2, S.D. = 1.0) ด้านระดับในการปฏิบัติการณ์ดูแลผู้สูงอายุระดับมากที่สุด ร้อยละ 89.5 ($\bar{X}$ = 17.9, S.D. = 0.9) ข้อเสนอแนะเพื่อเป็นการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรมีการพัฒนาความรู้อย่างต่อเนื่อง จัดหลักสูตรทบทวนความรู้ สร้างระบบพี่เลี้ยงในการช่วยแก้ไขปัญหา และสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : ผู้ดูแลผู้สูงอายุ, การพัฒนาศักยภาพ, ผู้สูงอายุ

Result of Development Potential of Caregivers among Passed Caregiver Course 70 Hours of the Department of Health in Regional Health 7

Palichat Chanaharn

(Received 3rd October 2023; Revised: 7th November 2023; Accepted 11th January 2024)

Abstract

This study was descriptive research. Aimed to studied the level of caregiver's knowledge, problem conditions, competences and practices of caregivers in the 7th Health Region. The samples were 220 caregivers who had completed the 70-hour training course of the Department of Health. The research tool ware questionnaire to assess the ability and performance of caregivers Health Center 7 Khon Kaen

The study found that caregivers knowledge was at the highest level, 41.4 percentage ($\bar{X}$ = 12.78, S.D. = 1.7). Problem conditions was a 55.7 percentage of the elderly caregivers, such as having a lot of workloads, lack of knowledge, having health problems. The ability to take care of the elderly at the highest level 81.4 percentage ($\bar{X}$ = 13.2, S.D. = 1.0). The practice to take care of the elderly at the highest level 89.5 percentage ($\bar{X}$ = 17.9, S.D. = 0.9). Suggestions for enhancing the potential of caregivers for the elderly to be able to work efficiently. Knowledge should be developed continuously. Organize a refresher course. Create a mentoring system to help resolve problems that and health promotion for elderly caregivers to be healthy and have a good quality of life.

Keywords: caregiver, potential development, elderly person

บทนำ

ในปัจจุบัน โลกเผชิญปรากฏการณ์การเพิ่มขึ้นของประชากรสูงวัย โดยในปี พ.ศ. 2559 โลกมีประชากรผู้สูงอายุกว่า 929 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.5 ของประชากรโลก โดยในประเทศกลุ่มอาเซียนพบว่า ประเทศสิงคโปร์ ประเทศเวียดนาม และประเทศไทย มีแนวโน้มของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ โดยเริ่มก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548⁽¹⁾ ในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีผู้สูงอายุจำนวน 12.5 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19 ของประชากรทั้งหมด ทำให้ภายในปี 2565 ประเทศไทยจะก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ จากการพยากรณ์ในอีก 20 ปีข้างหน้า ประชากรรวมของประเทศจะเพิ่มช้าลง และอัตราการเพิ่มของประชากรจะต่ำลงจนถึงขั้นติดลบ แต่ประชากรกลุ่มผู้สูงอายุจะเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว โดยผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นเฉลี่ยร้อยละ 4 ต่อปี และผู้ที่มีอายุ 80 ปีขึ้นไปจะเพิ่มขึ้นด้วยอัตราเฉลี่ย ร้อยละ 7 ต่อปี⁽²⁾ จากสถานการณ์ผู้สูงอายุที่มีความสำคัญต่อโครงสร้างของสังคม ประเทศไทยได้บัญญัติหลักการที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560 จำนวน 2 หมวด คือ หมวด สิทธิและเสรีภาพของปวงชนชาวไทย และหมวด 6 แนวนโยบายแห่งรัฐ นอกจากนี้ ยังมีพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 และที่แก้ไขเพิ่มเติม เพื่อให้เกิดการดำเนินงานในการคุ้มครอง ส่งเสริม และสนับสนุนสิทธิและประโยชน์ ความช่วยเหลือจากรัฐ ที่ผู้สูงอายุควรได้รับ เป็นต้น นอกจากนี้ รัฐบาลได้มีนโยบายที่สำคัญในการให้การดูแลผู้สูงอายุเพื่อส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยการจัดเตรียม

ระบบการดูแลทั้งในบ้าน สถานพักฟื้น และโรงพยาบาล⁽³⁾ จากพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ และการให้ความสำคัญของรัฐบาลในการดูแลผู้สูงอายุ กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมอนามัย ได้พัฒนาหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง เพื่อเป็นแนวทางให้แก่ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในการดูแลผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้ได้รับการดูแลที่ดี อยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี เข้าถึงบริการสุขภาพที่มีคุณภาพอย่างเท่าเทียมด้วยระบบการดูแลและเยี่ยมบ้านของผู้ดูแลผู้สูงอายุ⁽⁴⁾

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ตระหนักถึงความสำคัญดังกล่าว จึงได้ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในเขตสุขภาพที่ 7 เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุให้มีประสิทธิภาพสามารถขับเคลื่อนระบบการดูแลส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในเขตสุขภาพที่ 7 ได้เป็นอย่างดี อีกทั้งผู้สูงอายุได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ สมศักดิ์ศรี และมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพดีทั้งกายและใจ สามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพชีวิตที่ดี จึงมีการศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver) ในเขตสุขภาพที่ 7 โดยใช้การประเมินใน 3 ด้าน คือ 1. ด้านปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ 2. ด้านความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ และ 3. ด้านการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งประกอบด้วยด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ เพื่อติดตามผลของการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังจากการอบรม และนำความรู้ความสามารถและทักษะการดูแล

ไปใช้ในการดูแลผู้สูงอายุถึงคุณภาพในการดูแลผู้สูงอายุให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีทั้งสุขภาพร่างกายและจิตใจเพื่อนำผลที่ได้ไปพัฒนาศักยภาพในการอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุต่อไปจะช่วยให้เกิดการพัฒนาดังต่อเนื่องและมีการบริหารจัดการการฝึกอบรมได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินการจัดโครงการเพื่อให้สามารถวางแผนหาแนวทางแก้ไขปรับปรุงพัฒนากระบวนการ พัฒนาหลักสูตรและวิธีการดำเนินงานการจัดโครงการอบรมให้ได้มาตรฐานและมีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 หลังได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง
2. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 หลังได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง
3. เพื่อศึกษาระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 หลังได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง
4. เพื่อศึกษาการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 หลังได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยศึกษา

ในผู้ดูแลผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 หลังการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงของกรมอนามัย ที่เข้ารับการอบรมในปีงบประมาณ 2558-2560 ที่ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษา คือ ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมงจากศูนย์อนามัยที่ 7 ในปีงบประมาณ 2558 - 2560 จำนวน 12,684 คน คำนวณหาขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรประมาณค่าเฉลี่ย โดยการคำนวณอ้างอิงข้อมูลจากการศึกษาของปภาสิณี แซ่ตัว และคณะ⁽⁵⁾ ซึ่งได้ศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลังจาการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษฏร์ธานี ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 220 คน และสุ่มตัวอย่างการวิจัยโดยใช้วิธีสุ่มแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Sampling Randomization) จาก 2 จังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาค้นคว้า ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับการประเมินความสามารถและการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุของผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ประกอบด้วย ข้อมูล 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุมีจำนวน 3 ประเด็น ดังนี้

2.1 ปัญหาในการดูแลผู้สูง

อายุ

2.2 ความสามารถในการ

ดูแลผู้สูงอายุ

2.3 การปฏิบัติการดูแลผู้สูง

อายุ มี 4 ด้าน

- 1) ด้านร่างกาย
- 2) ด้านจิตใจ
- 3) ด้านสังคม
- 4) ด้านจิตวิญญาณ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความรู้จาก การอบรมหลักสูตร อบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Caregiver)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยให้ความเห็นชอบในด้านความตรงเชิงเนื้อหาและความเหมาะสมของภาษา นำแบบสอบถามมาปรับปรุง และตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) จำนวน 30 ตัวอย่าง เพื่อวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) มากกว่า 0.70 ในทุกข้อคำถาม

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยเก็บข้อมูลในระหว่างเดือน 1 มีนาคม พ.ศ. 2563 - 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2563 โดยผู้วิจัยทำหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูลถึงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์และจังหวัดร้อยเอ็ด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) รายงานด้วยจำนวน ความถี่ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้มีการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างตามกระบวนการวิจัย และผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เลขที่ 009 ลงวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2563

3. ผลการวิจัย

1) ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 95.0 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 45.3 ($\bar{X}$ = 47.6, S.D. = 8.22) สถานภาพสมรส ร้อยละ 80.3 ส่วนใหญ่สำเร็จระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 68.7 ส่วนใหญ่ได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ให้การดูแลผู้สูงอายุ จากกระทรวงสาธารณสุข ร้อยละ 93.8 และมีจำนวนผู้สูงอายุที่ดูแลน้อยกว่า 5 คน

ภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์อ้วน ร้อยละ 35.9 รองลงมาคือเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 34.6 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีรอบเอวอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 52.6 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 52.6 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 21.3 โดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นโรคเบาหวาน ร้อยละ 11.2

ด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีการรับประทานผักสด ผลไม้สดเป็นประจำทุกวัน ร้อยละ 98.1 รองลงมาคือ ไม่สูบบุหรี่/ยาเส้น ร้อยละ 94.8 มีกิจกรรมทางกาย/ออกกำลังกาย อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ครั้งละ 30 นาที/สัปดาห์ 150 นาที/สัปดาห์ ร้อยละ 95.7 มีการดื่มน้ำอย่างน้อยวันละ 8 แก้ว ร้อยละ 94.8 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ (เช่น สุรา เบียร์ ยาแดงเหล้า) ร้อยละ 90.8 และกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพที่ครบทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ 80.6

พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการแปรงฟัน คิดเป็นร้อยละ 99.5 โดยส่วนใหญ่จะแปรงฟันในตอนเช้า ร้อยละ 100 รองลงมาคือแปรงฟันก่อนนอน และแปรงฟันช่วงกลางวัน คิดเป็นร้อยละ 99.5 และ 89.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่ามีผู้ที่ไม่แปรงฟัน คิดเป็นร้อยละ 0.5

2) ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 หลังได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 41.4 รองลงมาได้แก่ ระดับมาก ร้อยละ 36.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 15.5 และระดับน้อย ร้อยละ 6.8 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 12.78 (S.D. 1.7) เมื่อพิจารณาข้อมูลรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้รายข้อมากที่สุด ได้แก่ ปัจจุบันประเทศไทยก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุแล้ว โดยมีผู้สูงอายุมากกว่าร้อยละ 15 ร้อยละ 99.1 และบทบาทและหน้าที่ของผู้ดูแลผู้สูงอายุ คือ

ผู้ที่ให้การดูแล ช่วยเหลือ ประคับประคองให้การสนับสนุน และเป็นผู้ประสานงานเชื่อมโยงในการดูแลผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพและบริบทของผู้สูงอายุ ร้อยละ 99.1 รองลงมาการทำความสะอาดช่องปากผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่ควรกระทำเพราะอาจทำให้ผู้สูงอายุสำลักได้ ร้อยละ 96.4 และการดูแลผู้สูงอายุนานๆ ทำให้ผู้ดูแลมีความเครียดสะสมได้ง่ายวิธีที่ดีที่สุดคือ ระบายกับผู้สูงอายุเพราะเป็นผู้ที่ใกล้ชิดผู้ดูแลมากที่สุด ร้อยละ 95.9 ในส่วนประเด็นข้อคำถามความรู้ที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ ภาวะอัตราการเต้นของชีพจรผิดปกติ คือ ภาวะที่อัตราการเต้นของหัวใจมากกว่า 100 ครั้ง/นาที หรือภาวะที่อัตราการเต้นของหัวใจน้อยกว่า 60 ครั้ง/นาที ตอบได้ถูกต้องร้อยละ 58.6 รองลงมาคือ โรคอัลไซเมอร์เป็นโรคในกลุ่มสมองเสื่อม ซึ่งส่งผลเกี่ยวกับความจำ ความคิด เข้าวินิจฉัย การใช้เหตุผล และการแก้ไขปัญหาที่ตอบถูกเพียง ร้อยละ 64.5 และหลักการให้ยาที่นิยามกันเป็นสากล คือ 5 ถูก ได้แก่ 1. ให้ลูกกับคน 2. ให้ลูกชนิดของยา 3. ให้ลูกขนาดยา 4. ให้ลูกทาง เช่นทางปาก ทางผิวหนัง และ 5. ให้ลูกเวลาเช่น ก่อนหรือหลังอาหาร ร้อยละ 66.8 ตามลำดับ

3) สภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

จากการศึกษา พบว่า สามารถจำแนกปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 2 ประเด็น ได้แก่

(1) ปัญหาของผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยพบว่า ร้อยละ 55.7 มีปัญหา ซึ่งปัญหาที่พบ คือ การมีภาระงานมาก ร้อยละ 60.7 ขาดความ

รู้ในการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 25.2 มีปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 15.9 และไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 9.3 ตามลำดับ

(2) ปัญหาของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลพบว่า ร้อยละ 61.7 ไม่มีปัญหา และร้อยละ 38.3

มีปัญหาในการดูแล โดยปัญหาที่พบ ได้แก่ ผู้สูงอายุมักทำตามใจตนเอง ร้อยละ 55.6 ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือ ร้อยละ 30.6 และผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยที่เกินขอบเขตของการให้การดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 6.9 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 สภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

ปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ปัญหาของผู้ดูแลเอง (n=192)		
ไม่มีปัญหา	85	44.3
มีปัญหา	107	55.7
การมีภาระงานมาก	65	60.7
ขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ	27	25.2
มีปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ	17	15.9
ไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ	10	9.3
ปัญหาของผู้สูงอายุ (n=188)		
ไม่มี	116	61.7
มีปัญหา	72	38.3
ทำตามใจตัวเอง	40	55.6
ไม่ให้ความร่วมมือ	22	30.6
อาการหนัก	5	6.9

4) ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 81.4 รองลงมาคือระดับมาก ร้อยละ 16.4 และ

ปานกลาง ร้อยละ 2.3 ($\bar{X}=13.2$, S.D.=1.0) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า พุดคุยกับผู้สูงอายุให้รู้สึกมีความสุข ร้อยละ 100 ประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL) ร้อยละ 99.5 มีความสามารถบันทึกหรือรายงานผลการดูแลผู้สูงอายุให้ผู้จัดการการดูแลผู้สูง

อายุ และความสามารถให้คำแนะนำในการจัดสภาพแวดล้อมเพื่อป้องกันอุบัติเหตุแก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 98.6 สำหรับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุประเด็นที่มีความสามารถปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ ให้อาหารเหลวทางสายยางแก่ผู้สูงอายุ ร้อยละ 65.0 รองลงมาคือ ให้การดูแลเบื้องต้นแก่ผู้สูงอายุในภาวะวิกฤต เช่น เป็นลมหมดสติ ลมชักและจัดเตรียมยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ร้อยละ 87.3 และ ร้อยละ 92.7 ตามลำดับ

5) การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีระดับการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระดับมากที่สุด ร้อยละ 89.5 ($\bar{X}$ = 17.9, S.D. = 0.9) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างด้านร่างกาย พบว่าการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติได้มากที่สุด คือ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงเพื่อช่วยเหลือทันทั่วทั้ง และการกระตุ้นให้มีการออกกำลังกาย

ร้อยละ 98.6 และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุที่ปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ ดูแลด้านอาหารการกินให้ครบทุกมื้อ ร้อยละ 85.9

ด้านจิตใจ พบว่าที่ปฏิบัติได้มากที่สุด คือ การให้ความรักเอาใจใส่แก่ผู้สูงอายุ และสร้างความรู้สึกรักมีคุณค่าในตนเองโดยให้กำลังใจ ร้อยละ 100 และปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ กระตุ้นให้มีกิจกรรมผ่อนคลายเป็นประจำ ร้อยละ 91.1

ด้านสังคม พบว่าที่ปฏิบัติได้มากที่สุด คือ สนับสนุนให้พบปะเพื่อนฝูงและด้านจิตใจ ร้อยละ 98.2 และปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ สนับสนุนให้เข้าร่วมกิจกรรมนอกบ้าน ร้อยละ 93.2

ด้านจิตวิญญาณ พบว่าที่ปฏิบัติได้มากที่สุด ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจให้ผู้สูงอายุ ร้อยละ 99.1 และปฏิบัติได้น้อยที่สุด คือ ส่งเสริมให้ปฏิบัติกิจกรรมตามความเชื่อ ร้อยละ 4.1

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ

ระดับความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุ		
ระดับน้อย (น้อยกว่า 10 คะแนน)	15	6.8
ระดับปานกลาง (10-11 คะแนน)	34	15.5
ระดับมาก (12-13 คะแนน)	80	36.4
ระดับมากที่สุด (14-15 คะแนน)	91	41.4
$\bar{X}$ = 12.78, S.D. = 1.7		

ตารางที่ 2 ระดับความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ (ต่อ)

ระดับความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ		
ระดับน้อย (น้อยกว่า 9)	0	0
ระดับปานกลาง (9-10)	5	2.3
ระดับมาก (11-12)	36	16.4
ระดับมากที่สุด (13-14)	179	81.4
$\bar{X} = 13.2, S.D. = 1.0$		
ระดับความสามารถในการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ		
ระดับน้อย (น้อยกว่า 13 คะแนน)	3	1.4
ระดับปานกลาง (13-14 คะแนน)	1	0.5
ระดับมาก (15-16 คะแนน)	19	8.6
ระดับมากที่สุด (17-19 คะแนน)	197	89.5
$\bar{X} = 17.9, S.D. = 0.9$		

4. อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ระดับความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุของเขตสุขภาพที่ 7 หลังได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้อยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 41.4 รองลงมาได้แก่ ระดับมาก ร้อยละ 36.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 15.5 และระดับน้อย ร้อยละ 6.8 ตามลำดับ โดยกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 12.78 (S.D. 1.7) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปภาสสินี แซ่ตัว, ชไมพร จินต์คนาพันธ์, ศราวุฒน์ เรืองสวัสดิ์ และธนิดา ทีปะปาล ซึ่งศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังจากอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราช

ชนนีสุรชาญธานี พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมมีความรู้เรื่องโรคเรื้อรังและการดูแลผู้สูงอายุหลังจากได้รับการอบรมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.1⁽⁵⁾ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของนัทธมน หรืออินทร์ ซึ่งศึกษาผลการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้กระบวนการ Care Management อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งพบว่า ระดับความรู้ และทักษะในการดูแลของผู้ช่วยเหลือผู้ดูแลผู้สูงอายุ อยู่ในระดับดีร้อยละ 84.69 และ 72.45⁽⁶⁾ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของชนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล ซึ่งศึกษาประสิทธิภาพโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขต

อำเภอแม่สอด จังหวัดตาก ซึ่งภายหลังการทดลอง ผู้ดูแลผู้สูงอายุ มีทักษะการดูแล ($p\text{-value}=0.001$), ความรู้ในการดูแล ($p\text{-value}<0.001$) มีค่าคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ⁽⁷⁾ จากผลการศึกษาที่กล่าวมาข้างต้น เป็นผลจากการเข้าร่วมการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตร 70 ชั่วโมง กระทรวงสาธารณสุขได้ผ่านการอบรมโดยใช้กระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ เพื่อพัฒนาทักษะของผู้ดูแลผู้สูงอายุ⁽⁴⁾

สภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ สามารถจำแนกปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุเป็น 2 ประเด็น ได้แก่ ผู้ดูแลผู้สูงอายุ ร้อยละ 55.7 มีปัญหา เช่น การมีภาระงานมาก ขาดความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุ มีปัญหาสุขภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุ และไม่มีผู้ช่วยเหลือในการดูแลผู้สูงอายุ และปัญหาของผู้สูงอายุที่ได้รับการดูแลร้อยละ 38.3 โดยปัญหาที่พบ ได้แก่ ผู้สูงอายุมักทำตามใจตนเอง ผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือ และผู้สูงอายุมีอาการเจ็บป่วยที่เกินขอบเขตของการให้การดูแลจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนัทธมน หรืออินทร์ ซึ่งศึกษาผลการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้กระบวนการ Care Management อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น ซึ่งพบว่าเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานมีภาระงานมาก ขาดความเข้าใจในการดำเนินงาน ขาดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ขั้นตอนในการดำเนินงานมีความยุ่งยากวิธีการเบิกจ่ายงบประมาณยังไม่ชัดเจน ผู้ช่วยเหลือดูแลบางคนขาดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งจากสภาพปัญหาดังกล่าว เพื่อ

ลดสภาพปัญหาในการดูแลผู้สูงอายุ จึงควรมีการอบรมเพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพจำนวน 10 ทักษะให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ หลักสูตรอบรมฟื้นฟู Caregiver หลักสูตร 70 ชั่วโมง (Caregiver ฟื้นฟู 18 ชั่วโมง) ซึ่งประกอบด้วย การให้ยาทางปาก, การวัดอุณหภูมิ ซีพจร อัตราการหายใจ, การวัดความดันโลหิต, การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ, การทำแผล Dry dressing, การทำแผล Wet dressing, การเช็ดตัวลดไข้, การดูดเสมหะ, การให้อาหารทางสายยาง, การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน⁽⁶⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ รวีวรรณ ศิริสมบุรณ์ และ ณภัทรกฤต จันทวงศ์ ได้ศึกษาเรื่อง การวิจัยประเมินผลโครงการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านลำ อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี ซึ่งมีข้อค้นพบจากการศึกษา คือควรเพิ่มศักยภาพทีมสนับสนุนให้มีความรู้ความเข้าใจในการดูแลผู้สูงอายุ เสริมสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติงาน มีการคัดเลือกนักบริหารจากผู้ที่มีจิตอาสาด้วยใจจริง ควรมีค่าตอบแทนให้แก่ผู้บริหารอย่างต่อเนื่อง เพียงพอ และเหมาะสมกับภาระงาน ควรมีช่องทางการติดต่อสื่อสารอย่างเป็นทางการเพื่อการประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องอย่างราบรื่น และควรมีงบประมาณเพื่อจัดซื้อจัดหาอุปกรณ์จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง⁽⁸⁾

ความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่าเฉลี่ยความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 81.4 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปภาสินี แซ่ตัว, ชไมพร จินต์คณาพันธ์, ศราวุฒน์ เรืองสวัสดิ์ และธนิดา ทีปะपाल

ซึ่งศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังจากอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษณ์ธานี พบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมมีทักษะการปฏิบัติในการจัดการช่วยเหลือผู้สูงอายุ โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.98$, $S.D. = 0.88$)⁽⁶⁾

การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีค่าเฉลี่ยคะแนนระดับการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุระดับมากที่สุด ร้อยละ 89.5 ($\bar{X} = 17.9$, $S.D. = 0.9$) การปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุของกลุ่มตัวอย่างด้านร่างกาย ผู้สูงอายุที่ปฏิบัติได้มาก คือ การสังเกตอาการเปลี่ยนแปลง เพื่อช่วยเหลือทันทั่วทั้งที่ และการกระตุ้นให้มีการออกกำลังกาย ด้านจิตใจ พบว่าการให้ความรักเอาใจใส่แก่ผู้สูงอายุ และสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเองโดยให้กำลังใจ ด้านสังคม พบว่า มีการสนับสนุนให้พบปะเพื่อนฝูงและด้านจิตใจ และด้านจิตวิญญาณ พบว่า ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุมีสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจให้ผู้สูงอายุ ซึ่งเมื่อมีการพัฒนาทักษะผู้ดูแลอย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอจะทำให้ผู้ดูแลเกิดความมั่นใจในการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงและช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ ซึ่งทักษะที่มีความสำคัญต่อผู้ดูแลผู้สูงอายุ ได้แก่ การให้ยาทางปาก, การวัดอุณหภูมิ, ชีพจร, อัตราการหายใจ, การวัดความดันโลหิต, การดูแลผู้ป่วยที่ใส่สายสวนปัสสาวะ, การทำแผล Dry dressing, การทำแผล Wet dressing, การเช็ดตัวลดไข้, การดูดเสมหะ, การให้อาหารทางสายยาง, การดูแลผู้ป่วยใส่สายออกซิเจน เป็นต้น⁽⁴⁾

จากการศึกษา จึงสามารถสรุปได้ว่าการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ผ่านการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ของกรมอนามัยในเขตสุขภาพที่ 7 นั้นสามารถเสริมสร้างความรู้ให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ รวมไปถึงการเสริมสร้างทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ ทั้งในด้านความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุ และการปฏิบัติการดูแลผู้สูงอายุ แต่อย่างไรดียังพบสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นการดูแลผู้สูงอายุของผู้ดูแลผู้สูงอายุ ทั้งจากตัวผู้สูงอายุเอง และจากผู้ดูแลผู้สูงอายุ ซึ่งมีความจำเป็นจะต้องพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุให้มีศักยภาพ และสามารถในการดูแลผู้สูงอายุอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษา

1) ควรมีการพัฒนาฟื้นฟูความรู้ และทักษะให้กับผู้ดูแลผู้สูงอายุ โดยเฉพาะทักษะที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อนเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติงานได้อย่างชำนาญ และมีประสิทธิภาพ

2) ควรมีการจัดระบบพี่เลี้ยงในการช่วยแก้ไขปัญหผู้ดูแลผู้สูงอายุ และสร้างเสริมสุขภาพให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุเป็นผู้ที่มีสุขภาพแข็งแรง และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

3) จากการศึกษาพบว่าผู้สูงอายุไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงานของผู้ดูแล ดังนั้นควรมีการสร้างการมีส่วนร่วมของญาติ หรือผู้ใกล้ชิดผู้สูงอายุ ในการให้การดูแลผู้สูงอายุร่วมกับผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างราบรื่น และผู้สูงอายุได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรมีการศึกษารูปแบบและแนวทางในการสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้สูงอายุ โดยชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือนำไปสู่การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ เพื่อเสริมสร้างให้ผู้สูงอายุ มีคุณภาพชีวิตที่ดี

2) ควรศึกษาระดับคุณภาพชีวิต และความเครียดของผู้ดูแลผู้สูงอายุ เพื่อเป็นแนวทางในการเสริมสร้างให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดี และมีคุณภาพชีวิตที่เหมาะสม

3) ควรศึกษาความสัมพันธ์ของภาระงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุและระบบการจ่ายค่าตอบแทนที่มีความเหมาะสม เพื่อเป็นแนวทางในการยกระดับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้สูงอายุ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ศูนย์อนามัยที่ 7 ที่ให้การสนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมกิจการผู้สูงอายุ. มาตรการขับเคลื่อนระเบียบวาระแห่งชาติ เรื่องสังคมผู้สูงอายุ 64. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2562.
2. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2564. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน); 2565.
3. กรมกิจการผู้สูงอายุ. ยุทธศาสตร์กรมกิจการผู้สูงอายุ 20 ปี ประจำปี พ.ศ. 2561-2580. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สามลดา; 2561.
4. สำนักอนามัยผู้สูงอายุ. คู่มือแนวทางการอบรมฟื้นฟู Caregiver หลักสูตร 70 ชั่วโมง (Caregiver ฟื้นฟู 18 ชั่วโมง). กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดแสงจันทร์การพิมพ์; 2563.
5. ปภาสินี แซ่ตี้ว, ชไมพร จินต์คณาพันธ์, และศราวุธ เรืองสวัสดิ์. การศึกษาศักยภาพของผู้ดูแลผู้สูงอายุหลังจากอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสราษณ์ธานี. วารสารพยาบาลทหารบก. 2562; 20 (1): 300-310.
6. นัทธมน หรืออินทร์. ผลการพัฒนาการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ภายใต้กระบวนการ Care Management อำเภอหนองสองห้อง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2564; 3 (1): 55-69.
7. ขนิษฐา ก่อสัมพันธ์กุล. 2562. ประสิทธิผลโปรแกรมการพัฒนาทักษะผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเขตอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2562; 2 (2): 25-37.
8. รวีวรรณ ศิริสมบุญ และณภัทรกฤต จันทวงศ์. การวิจัยประเมินผลโครงการระบบการดูแลระยะยาว สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลบ้านลำ อำเภอวิหารแดง จังหวัดสระบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2558; 24(6): 1075-1085.

การวิจัยและพัฒนาศักยภาพ อสม. หมอประจำบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยง โรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยนาท

ไพศาล ขุนวิเศษ¹, มยุรี บุญทัด²

(ที่รับบทความ: 25 กันยายน 2566; วันที่แก้ไข: 12 พฤศจิกายน 2566; วันที่ตอบรับ: 15 มกราคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน ในการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงจังหวัดชัยนาท โดยเจาะจงเลือกพื้นที่ และกลุ่มตัวอย่างจาก อสม. หมอประจำบ้าน 30 คน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 30 คน และบุคลากรสาธารณสุข 2 คน เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบสอบถามความรู้ทักษะของ อสม. หมอประจำบ้าน แบบสอบถามพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test ระดับนัยสำคัญที่ .05 และใช้แนวทางการสนทนากลุ่มเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า อสม.หมอประจำบ้านส่วนใหญ่ขาดความรู้ ทักษะ และไม่เชื่อมั่นตนเอง ในการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง แนวทางการพัฒนาศักยภาพที่พัฒนาขึ้นเป็น โปรแกรมการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ประกอบด้วย 1) ชุดเรียนรู้การพัฒนาความรู้ 2) ชุดเรียนรู้ การเพิ่มทักษะ และ 3) ชุดเรียนรู้ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผลลัพธ์ภายหลังการพัฒนาศักยภาพ พบว่า กลุ่ม อสม.หมอประจำบ้าน มีระดับค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง มีระดับค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) และระดับค่าเฉลี่ยความดันโลหิต systolic blood pressure และ diastolic blood pressure ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) กลุ่มบุคลากรสาธารณสุขเกิดการเรียนรู้วิธีการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน จากการปฏิบัติสามารถลดภาระงานด้านการดูแลสุขภาพในชุมชนมากขึ้น ซึ่งควรพัฒนาสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขด้านโปรแกรมการเรียนรู้เพื่อเป็นพี่เลี้ยงแก่ อสม.หมอประจำบ้านอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ; กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง; อสม.หมอประจำบ้าน

¹ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท, ²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท

Research and Potential Development of Village Health Volunteer for the Care of Hight Blood Pressure at Risk Group, Chai Nat Province

Paisan Khunvised¹, Mayuree Boontad²

(Received 25th September 2023; Revised: 12th November 2023; Accepted 15th January 2024)

Abstract

The action research focused on developing potential development of village health volunteers (VHV) for high blood pressure risk group, Chai Nat province. Samples were selected specifically from 30 VHV who have passed the training course, 30 people at risk for high blood pressure, and 2 public health workers. Qualitative Data were collected using the knowledge and skills questionnaire for VHV, health care behavior questionnaire for the high blood pressure risk group that analyzed by percentage distribution, paired t-test defines a significance level of .05 and using focus group discussion guideline, collecting qualitative data through content analysis.

The research finding revealed that most VHV lacked knowledge, skills and were not confident in their roles to take care for high-blood pressure risk groups. The developmental strategy for VHV in the healthcare of high blood pressure at-risk groups in Chai Nat province involved a learning program through practice experience, consisting: 1) Developing knowledge 2) Enhancing skills and 3) Knowledge sharing. The results after capacity development showed that VHV group had increased knowledge and skills to a high level with statistical significance ($p < 0.05$). The at-risk group had increased behavior with statistical significance ($p < 0.05$) and systolic blood pressure and diastolic blood pressure decreased statistically significantly ($p < 0.05$) The group of healthcare workers learned from the practice of capacity development, thus reducing the burden of healthcare work at the local level. It should develop the competencies of healthcare professionals in learning programs to serve as ongoing mentors to VHV. It should develop the competencies of healthcare professionals in learning programs to serve as ongoing mentors to VHV.

Keywords: Potential development, high blood pressure at risk group, Village Health Volunteer

¹Public Health Technical Officer (Senior Professional Level) Sapphaya District Public Health Office,

²Registered Nurse (Senior Professional Level) Boromrajonani College of Nursing, Chai Nat, Corresponding author: Paisan Khunvised, e-mail: koonvisas2516@gmail.com

บทนำ

จากรายงานสถิติขององค์การอนามัยโลกในปี 2563 พบว่า ประชากรกลุ่มอายุ 30-79 ปี มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเกือบ 1.3 พันล้านคน ประเทศไทยมีประชากรอายุ 18 ปีขึ้นไป เป็นโรคความดันโลหิตสูง เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.4 ในปี 2551-2552 เป็นร้อยละ 25.4 ในปี 2562-2563 รวมถึงพบอัตราการตายของโรคความดันโลหิตสูง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่ปี 2559-2563 เท่ากับ 12.2, 13.1, 13.1, 14.2 และ 14.2 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽¹⁾ ซึ่งจังหวัดชัยนาทมีอัตราการสูงกว่าระดับประเทศ ตั้งแต่ปี 2561-2565 เท่ากับ 18.2, 27.6, 24.1, 29.2 และ 17.1 ตามลำดับ ปี 2563-2565 ผลการคัดกรองค้นหาความเสี่ยงประชาชนอายุ 35 ปีขึ้นไป พบจำนวนกลุ่มเสี่ยงสงสัยป่วยรายใหม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อัตราการควบคุมความดันโลหิตได้มีแนวโน้มลดลงต่อเนื่องในปี 2562-2565 เท่ากับ 52.7, 50.0, 43.9 และ 40.7 พบมากที่สุดในพื้นที่อำเภอเมืองชัยนาท สะท้อนถึงผลลัพธ์การจัดการสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร ส่งผลต่อกระทบต่อภาระงานของบุคลากรเพิ่มขึ้น อีกทั้งความเชื่อและค่านิยมการรับบริการติดตามวัดความดันโลหิตในกลุ่มสงสัยป่วยรายใหม่และกลุ่มป่วยแออัดในคลินิกความดันของสถานบริการสาธารณสุขมากกว่าการให้ความร่วมมือจัดบริการเชิงรุกที่บ้านโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือ อสม.หมอบประจำบ้าน⁽²⁾ ในขณะที่ กระทรวงสาธารณสุขกำหนดวิสัยทัศน์ “ประชาชนสุขภาพดีปลอดจากภาวะ

โรคไม่ติดต่อที่ป้องกันได้” เพื่อเป็นทิศทางการขับเคลื่อนสู่การลดปัญหาโรคไม่ติดต่อภายใต้กรอบยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านการพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพคน รวมทั้งการปรับสมดุลและพัฒนาระบบการบริหารจัดการภาครัฐ โดยเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีบทบาทดำเนินงานเชิงรุก ด้านการส่งเสริมพฤติกรรม การดูแลตนเอง และควบคุมความเสี่ยงแก่ประชาชน แต่ก็ยังพบว่ารูปแบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคไม่ติดต่อที่ดำเนินงานอยู่ยังไม่เพียงพอต่อการจัดการปัญหาและลดผลกระทบที่เกิดขึ้นได้อย่างครอบคลุมและมีประสิทธิภาพเท่าที่ควร⁽³⁾ จึงปรับกลยุทธ์การพัฒนาศักยภาพ อสม. ให้เป็น อสม.หมอบประจำบ้านทำงานร่วมกับทีม 3 หมอ เน้นบทบาทดูแลกลุ่มเป้าหมาย 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กลุ่มโรคไตเรื้อรัง และกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงติดบ้านติดเตียง เพื่อเป้าหมายการมีคุณภาพชีวิตที่ดี ลดโรคและปัญหาสุขภาพ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2563 ถึงปัจจุบัน^(4,5) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า การลดอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องให้ความสำคัญต่อการรณรงค์ค้นหาความเสี่ยงหรือป่วยตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ซึ่งกลไก อสม. ที่ผ่านการอบรมโรคความดันโลหิตสูง การเฝ้าระวังโรค การรวบรวมข้อมูลการค้นหาปัจจัยเสี่ยง การคัดกรองโรคและการรายงานตามระบบอย่างเหมาะสม จะสามารถส่งเสริมพฤติกรรม ทำให้กลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยเกิดความตระหนักต่อการดูแลสุขภาพตนเอง ลดการเกิดโรครายใหม่และผู้ป่วย รวมถึงลดการเกิดโรคแทรกซ้อนและลดค่าใช้จ่ายของครอบครัวใน

การดูแลผู้ป่วยได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรมีการส่งเสริมความรู้ ทักษะให้ อสม.เพื่อดูแลติดตามกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ป่วยสม่ำเสมอ เพราะอสม.ส่วนใหญ่เป็นจิตอาสา จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอายุมากและมีปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้ขีดความสามารถและศักยภาพการปฏิบัติงานตามภารกิจที่กำหนดไว้อาจลดลง เช่น เข้าไม่ถึงกลุ่มเป้าหมาย ขาดความเชื่อมั่นในศักยภาพตนเอง ไม่มีเทคนิคการสื่อสารหรือให้คำปรึกษา เป็นต้น^(6,7,8,9)

ผู้วิจัยได้ศึกษาบริบทพื้นที่และผลการดำเนินงานส่งเสริม เฝ้าระวังและควบคุมโรคความดันโลหิตสูงที่ผ่านมาของอำเภอเมืองชัยนาท พบว่า ตำบลหาดท่าเสา มี 8 หมู่บ้าน ประชากร 5,036 คน 1,484 ครัวเรือน เป็นพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบท ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม วิถีชีวิตเป็นระบบเครือญาติ มีกลุ่มวัยที่อยู่บ้านเป็นหลัก คือ กลุ่มผู้สูงอายุ และกลุ่มเด็กวัยเรียนวัยรุ่น มีสถานบริการสาธารณสุข 2 แห่ง อสม. 227 คน ผ่านการอบรมหลักสูตร อสม.เชี่ยวชาญ อสม.นักจัดการสุขภาพและอสม.หมอประจำบ้านเฉลี่ยหมู่ละ 5 คน รวม 40 คน โดยมีผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มอายุ 35 ปี ต่อเนื่องตั้งแต่ ปี 2563-2565 เท่ากับ ร้อยละ 94.1, 91.4 และ 94.6 ตามลำดับ ซึ่งพบความเสี่ยงและเสี่ยงสูง ร้อยละ 17.4, 24.4 และ 20.9 ตามลำดับ แต่กลับมีแนวโน้มกลุ่มเสี่ยงที่สงสัยป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้น ร้อยละ 35.3, 36.8 และ 37.7 ตามลำดับ⁽¹⁰⁾ โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงาน จึงสนใจที่จะศึกษาและพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน เพื่อการดูแลสุขภาพ

กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยนาท ด้วยวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งจะทำให้ อสม.หมอประจำบ้าน และผู้ร่วมวิจัยในพื้นที่ มีการรับรู้ถึงความเป็นเจ้าของต่อปัญหาที่เกิดขึ้น เกิดความรู้และทักษะการจัดการปัญหา มีความมั่นใจและปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น ประสานงานและส่งต่อเพื่อสนับสนุนกระบวนการพัฒนาปรับเปลี่ยนแก้ไขปัญหาพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงได้อย่างเป็นระบบ อันจะทำให้เกิดการยอมรับ และให้ความร่วมมือสนับสนุนกิจกรรมแก้ไขปรับปรุงพัฒนาตนเองอย่างสม่ำเสมอ นำไปสู่วิธีการพึ่งตนเองและเป็นพื้นที่สุขภาวะต้นแบบการพัฒนาต่อยอดหรือขยายผลแก่พื้นที่อื่นสอดคล้องแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี และสอดคล้องเจตนารมณ์นโยบาย “คนไทยทุกคนครอบครัวมีหมอประจำตัว 3 คน”

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันของ อสม. ในการปฏิบัติงานตามบทบาทหมอประจำบ้านด้านการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดชัยนาท
2. เพื่อศึกษาแนวทางการพัฒนา ศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดชัยนาท
3. เพื่อประเมินผลลัพธ์ของการพัฒนา ศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดชัยนาท

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดของ Lewin's Change Mode⁽¹¹⁾ เพื่อสะท้อนกระบวนการพัฒนาศักยภาพของ อสม.หมอประจำบ้าน ในการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่เกิดขึ้นและส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม แบ่งวิธีการศึกษาเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 ผู้วิจัยศึกษาสภาพปัจจุบัน การดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของ อสม.หมอประจำบ้าน

ขั้นตอนที่ 2 กำหนดแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้าน โดยใช้ผลการศึกษาจากขั้นตอนที่ 1 ร่วมกับการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง 4 ประการ ได้แก่ 1) แนวคิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ของ ชีรพันธ์ เชิญรัมย์⁽¹²⁾ เพื่อออกแบบชุดโปรแกรมการเรียนรู้ที่เสริมสร้างความเข้าใจเหตุผลเป้าหมาย และกระบวนการเปลี่ยนแปลง ศักยภาพร่วมกันระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัย 2) แนวคิดระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติ ของวิชัย เทียนถาวร⁽¹³⁾ เพื่อสร้างชุดความรู้และทักษะสำคัญด้านการจัดการโรคความดันโลหิตสูงสำหรับ อสม.หมอประจำบ้าน 3) คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อการยกระดับ อสม.เป็น อสม.หมอประจำบ้าน ของ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข⁽¹⁴⁾ เพื่อสร้างเสริมการรับรู้และเข้าใจ ต่อบทบาทหน้าที่ของ อสม.หมอประจำบ้าน และ 4) แนวคิดการโค้ชด้านสุขภาพรายบุคคล

แบบสั้น ของ อัจฉรา ภักดีพินิจ⁽¹⁵⁾ เพื่อเพิ่ม ศักยภาพด้านการเสริมพลัง ให้คำแนะนำและ เป็นพี่เลี้ยงเชิงรุกในระดับพื้นที่แก่กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอย่างต่อเนื่อง

ขั้นตอนที่ 3 ปฏิบัติการแบบกึ่งทดลองตามแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้านที่พัฒนาขึ้นเป็นชุดโปรแกรมการเรียนรู้จากการปฏิบัติร่วมกันระหว่างกลุ่ม อสม.หมอประจำบ้าน 30 คน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 30 คน และบุคลากรสาธารณสุข 2 คน ในพื้นที่ตำบลหาดท่าเสา อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท เป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ ตั้งแต่เดือนพฤษภาคม 2566- สิงหาคม 2566 โดยเก็บข้อมูลและทบทวน ผลการเรียนรู้ระหว่างปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้านในการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ต่อการเปลี่ยนแปลงผลลัพธ์เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา ได้แก่ 1) ผลต่อกลุ่ม อสม.หมอประจำบ้านด้านความรู้ และทักษะ 2) ผลต่อกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงด้านพฤติกรรมและค่าความดันโลหิต และ 3) ผลต่อบุคลากรสาธารณสุขด้านข้อเรียนรู้และโอกาสพัฒนาต่อยอด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรผู้ร่วมวิจัยอาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลหาดท่าเสา อำเภอเมือง จังหวัดชัยนาท ซึ่งผู้วิจัยเลือกแบบเจาะจงจากผู้ให้ข้อมูลหลักที่สามารถให้ข้อมูลในเรื่องที่จะทำวิจัยได้รวม 62 คน แบ่งเป็น 3 กลุ่มได้แก่ (1) กลุ่มตัวอย่าง อสม.หมอประจำบ้าน โดยเลือกแบบเจาะจงแบ่งไควต้าหมู่บ้านละ 5 คน จำนวน 6 หมู่ รวมเป็น 30 คน **เกณฑ์**

การคัดเข้า ได้แก่ เป็นผู้ผ่านการอบรมหลักสูตร อสม.หมอประจำบ้านหรือหลักสูตร อสม.เชี่ยวชาญ หรือ อสม.นักจัดการสุขภาพ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่วิจัยไม่น้อยกว่า 6 เดือน สามารถอ่านออกเขียนได้ ใช้โทรศัพท์สื่อสาร และมีกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในละแวกบ้านที่รับผิดชอบอย่างน้อย 1 คน (2) ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง 30 คน เลือกแบบเจาะจงแบ่งโคตต้าหมู่บ้านละ 5 คน จำนวน 6 หมู่ รวมเป็น 30 คน **เกณฑ์คัดเข้า** ได้แก่ เป็นประชาชนอายุระหว่าง 35-59 ปี ที่มีผลการคัดกรองโรคความดันโลหิตสูงและมีค่าความดันโลหิตน้อยกว่า 140/90 มม.ปรอท อาศัยอยู่ในละแวกบ้าน ที่มี อสม.หมอประจำบ้านรับผิดชอบดูแล สามารถเข้าใจและสื่อสารภาษาไทยได้ดี และ (3) ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข 2 คน เลือกแบบเจาะจงคือ เป็นบุคลากรสาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหาดท่าเสา ที่ปฏิบัติหน้าที่เกี่ยวข้องกับ อสม.และการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง **โดยเกณฑ์การคัดออก**ของผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ผู้ร่วมวิจัยขอยุติการเข้าร่วมวิจัย 2) ผู้ร่วมวิจัยเข้าร่วมการวิจัยได้ไม่ครบตามกิจกรรมและระยะเวลาที่กำหนด และ 3) ผู้ร่วมวิจัยไม่สามารถสื่อสารหรือให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยได้

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ เครื่องมือที่ใช้ปฏิบัติการแบบกึ่งทดลอง และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ปฏิบัติการแบบกึ่ง

ทดลอง คือ โปรแกรมการเรียนรู้จากการปฏิบัติ ประกอบด้วย 3 ชุดการเรียนรู้หลัก ได้แก่ (1) ชุดการเรียนรู้ด้านความรู้เรื่องบทบาท อสม.หมอประจำบ้านและโรคความดันโลหิตสูง (2) ชุดการเรียนรู้ด้านทักษะการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่สำคัญ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการวัดความดันโลหิต ด้านการค้นหาปัจจัยเสี่ยง ด้านการสื่อสารและส่งต่อ ด้านการเป็นโค้ชรายบุคคล และด้านการติดตามผลลัพธ์ และ (3) ชุดการเรียนรู้ด้านการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน นำข้อเสนอปรับปรุงแก้ไข และนำไปปฏิบัติการแบบกึ่งทดลองกับกลุ่ม อสม.หมอประจำบ้าน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และบุคลากรสาธารณสุข เป็นระยะเวลา 16 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-2 (พฤษภาคม 2566) กิจกรรมประกอบด้วย (1) การเตรียมความพร้อมก่อนพัฒนาโดยการประเมิน (Pre-test) กลุ่มอสม.หมอประจำบ้านด้านความรู้ และทักษะ การดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง และวัดระดับค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (2) ผู้วิจัยนำข้อมูลการประเมินทั้ง 2 กลุ่มมาวิเคราะห์และสะท้อนคืนข้อมูลให้แก่ผู้ร่วมวิจัย และ (3) ฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพด้านโรคความดันโลหิตสูง และบทบาทหน้าที่ของ อสม. หมอประจำบ้าน โดยจัดกระบวนการฝึกทักษะสำคัญด้านการใช้เครื่องมือวัดความดันโลหิตที่ถูกต้อง และ (4) ลงพื้นที่ฝึกทักษะการสำรวจค้นหากลุ่มเป้าหมาย การวัดค่าความดันโลหิต และสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูง

สัปดาห์ที่ 3-4 (พฤษภาคม 2566) กิจกรรมประกอบด้วย (1) จัดเวทีสนทนากลุ่มโดยให้อสม.สะท้อนคืนข้อมูล ประสพการณ์จากการฝึกปฏิบัติในพื้นที่จากสัปดาห์ที่ 1 (2) ผู้วิจัยสรุปชื่นชม ชวนตั้งข้อสังเกต และเสริมความรู้ ทักษะด้านการสื่อสาร การส่งต่อ รวมถึงออกแบบการให้คำปรึกษาและติดตามผลลัพธ์รายบุคคล และ (3) ลงพื้นที่ฝึกทักษะด้านการสื่อสาร การส่งต่อและการเป็นโค้ชให้คำปรึกษา

สัปดาห์ที่ 5-8 (มิถุนายน 2566) กิจกรรมประกอบด้วย (1) ผู้วิจัยทบทวนผลการลงพื้นที่โดยให้อสม.หมอประจำบ้านแลกเปลี่ยนข้อมูลประสพการณ์ ข้อเรียนรู้ที่ได้จากการปฏิบัติจริง (2) ผู้วิจัยช่วยสรุปบทเรียนและข้อควรปรับปรุงแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การลดปัจจัยเสี่ยง และ (3) ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านติดตามผลลัพธ์ ค่าความดันโลหิตครั้งที่ 1

สัปดาห์ที่ 9-12 (กรกฎาคม 2566) กิจกรรมประกอบด้วย (1) ผู้วิจัยทบทวนผลการลงพื้นที่โดยให้อสม.หมอประจำบ้านแลกเปลี่ยนข้อมูลประสพการณ์ ข้อเรียนรู้ที่ได้จากการปฏิบัติจริง (2) ผู้วิจัยช่วยสรุปบทเรียนและข้อควรปรับปรุงแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การลดปัจจัยเสี่ยง และ (3) ลงพื้นที่เยี่ยมบ้านติดตามผลลัพธ์ค่าความดันโลหิตครั้งที่ 2

สัปดาห์ที่ 13-16 (สิงหาคม 2566) กิจกรรมประกอบด้วย (1) ผู้วิจัยทบทวนผลการลงพื้นที่โดยให้อสม.หมอประจำบ้านแลกเปลี่ยนข้อมูลประสพการณ์ ข้อเรียนรู้ที่ได้จากการปฏิบัติจริง (2) ผู้วิจัยช่วยสรุปบทเรียนและข้อควรปรับปรุงแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การลดปัจจัยเสี่ยง และ (3) ลงพื้นที่เยี่ยมบ้าน

ติดตามผลลัพธ์ค่าความดันโลหิตครั้งที่ 3

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลผลการศึกษา ได้แก่

2.1 แนวทางการสนทนากลุ่ม โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์ใช้แนวคิดคู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อการยกระดับ อสม.เป็น อสม.หมอประจำบ้าน⁽¹⁴⁾ และคู่มือระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติ⁽¹³⁾ เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของ อสม.หมอประจำบ้าน ลักษณะคำถามเป็นปลายเปิด จำนวน 4 ข้อ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ กลุ่ม อสม.หมอประจำบ้าน กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และบุคลากรสาธารณสุขเข้าร่วมวิจัย

2.2 แนวทางการทบทวนกิจกรรม โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์ใช้แนวคิดโมเดลการเปลี่ยนแปลงของเลวิน⁽¹¹⁾ และแนวคิดเทคนิคและกระบวนการถอดบทเรียนหลังการเรียนรู้ (After Action Review : AAR)⁽¹⁶⁾ ลักษณะคำถามเป็นปลายเปิด จำนวน 5 ข้อ กลุ่มผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ กลุ่ม อสม.หมอประจำบ้าน และบุคลากรสาธารณสุขที่เข้าร่วมวิจัย

2.3 แบบสอบถาม โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการประยุกต์ใช้แนวคิดระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย: นโยบายสู่การปฏิบัติ⁽¹³⁾ ร่วมกับแนวคิดการโค้ชด้านสุขภาพรายบุคคลแบบสั้น⁽¹⁵⁾ และแบบประเมินพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มวัยทำงาน 25-59 ปี⁽¹⁷⁾ เพื่อศึกษาผล

การเปลี่ยนแปลงทั้งก่อนและหลังการพัฒนา ศักยภาพ แบ่งเป็น 2 ชุด ได้แก่

ชุดที่ 1 สำหรับ อสม.หมอบประจำบ้าน เพื่อศึกษาผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงด้าน ความรู้ ทักษะ ความพึงพอใจ และข้อเรียนรู้ เพื่อการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน โลหิตสูง ทั้งก่อนและหลังการวิจัยพัฒนา ศักยภาพของ อสม. ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ส่วน จำนวน 58 ข้อ ได้แก่ (1) ข้อมูลด้าน คุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบ และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 10 ข้อ (2) ข้อมูล ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สาเหตุ อาการ ภาวะแทรกซ้อน การดูแลรักษา และ บทบาทหน้าที่ของ อสม.หมอบประจำบ้านต่อการ ดูแลเฝ้าระวังกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นแบบเลือกตอบ “ใช่” และ “ไม่ใช่” จำนวน 10 ข้อ มีข้อความเชิงลบจำนวน 4 ข้อ (ข้อ 1 ข้อ 2 ข้อ 7 และ ข้อ 8) เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิด ได้ 0 คะแนน และเกณฑ์การแปลผลใช้การพิจารณาแบ่ง ระดับค่าคะแนนเฉลี่ยอิงเกณฑ์โดยประยุกต์จาก หลักเกณฑ์ของ เบสท์⁽¹⁸⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ความรู้ระดับสูง ได้คะแนนเฉลี่ย 0.68-1.00 ความรู้ระดับปานกลาง ได้คะแนนเฉลี่ย 0.34-0.67 และความรู้ระดับต่ำ ได้คะแนนเฉลี่ย น้อยกว่า หรือเท่ากับ 0.33 (3) ข้อมูลทักษะการปฏิบัติงานด้านการดูแลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ของ อสม.หมอบประจำบ้าน 5 ด้าน ได้แก่ ด้าน การวัดความดันโลหิต ด้านการค้นหาปัจจัยเสี่ยง ด้านการสื่อสารและส่งต่อ ด้านการเป็นโค้ชราย บุคคล และด้านการติดตามผลลัพธ์ เป็นแบบ วัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 4

ระดับ จำนวน 35 ข้อ โดยเกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น ทำได้ถูกต้องทั้งหมด ได้ 4 คะแนน ทำได้ถูกต้องบางส่วน ได้ 3 คะแนน ทำได้แต่ไม่มั่นใจ ความถูกต้อง ได้ 2 คะแนน และ ทำไม่ได้ ได้ 1 คะแนน ซึ่งเกณฑ์การแปลผล ใช้การพิจารณา แบ่งระดับค่าคะแนนเฉลี่ยอิงเกณฑ์โดยประยุกต์ จากหลักเกณฑ์ ของ เบสท์⁽¹⁸⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 2.68-4.00 ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 1.34 - 2.67 และ ระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย น้อยกว่าหรือเท่ากับ 1.33 และ (4) ข้อมูลความ พึงพอใจ ข้อเรียนรู้และข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เปรียบเทียบก่อน-หลังเข้าร่วมวิจัยพัฒนา ศักยภาพ อสม.หมอบประจำบ้านเพื่อการดูแล กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เป็นคำถาม แบบปลายเปิด จำนวน 3 ข้อ โดยผู้วิจัยนำ แบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้องและ ชัดเจนของการใช้ภาษา โดยนำเครื่องมือที่ ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่ม อสม.หมอบประจำบ้านที่ตำบลนางสี อำเภอ เมือง จังหวัดชัยนาท ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับ กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานาน 30 คน และ นำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง นำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธี ครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.85

ชุดที่ 2 สำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน โลหิตสูง เพื่อศึกษาผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลง ด้านพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิต สูง และค่าความดันโลหิตทั้งก่อนและหลังเข้า ร่วมการวิจัยพัฒนาศักยภาพของ อสม.หมอบ

ประจำบ้าน ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ส่วน จำนวน 24 ข้อ ได้แก่ (1) ข้อมูลด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล เป็นแบบเลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง จำนวน 7 ข้อ (2) ข้อมูลพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 15 ข้อ

เกณฑ์การให้คะแนน แบ่งเป็น ปฏิบัติเป็นประจำ ได้ 5 คะแนน ปฏิบัติบ่อยครั้งได้ 4 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง ได้ 3 คะแนน ปฏิบัตินานครั้ง ได้ 2 คะแนน และไม่ได้ปฏิบัติ ได้ 1 คะแนน และเกณฑ์การแปลผลใช้การพิจารณาแบ่งระดับค่าคะแนนเฉลี่ยอิงเกณฑ์ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ ของ เบสท์⁽¹⁸⁾ แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตระดับสูง ค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 3.67-5.00 ระดับปานกลาง ค่าคะแนนเฉลี่ย 2.34-2.66 และระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ย 1.00-2.33 และ (3) ข้อมูลค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เปรียบเทียบก่อน-หลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอบะจ๊ะบ้านโดยการบันทึกค่าความดันตัวบน (ขณะหัวใจบีบตัว: Systolic pressure) และค่าความดันตัวล่าง (ขณะหัวใจคลายตัว: Diastolic pressure) จำนวน 4 ครั้ง ได้แก่ ครั้งที่ 1 ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ ครั้งที่ 2-4 คือ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ 1 เดือน 2 เดือน และ 3 เดือน โดยเกณฑ์การแปลผล ใช้การพิจารณาตามแนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงเวชปฏิบัติทั่วไป⁽¹⁹⁾ คือ ระดับความดันโลหิตเหมาะสม (Optimal)

หมายถึง systolic pressure <120 and diastolic <80 mm.Hg. ระดับความดันโลหิตปกติ (Normal) หมายถึง systolic pressure 120-129 and/or diastolic 80-84 mm.Hg. และ ระดับความดันโลหิตสูงกว่าเกณฑ์ปกติ แต่ยังไม่เป็นโรค (High normal) หมายถึง systolic pressure 130-139 and/or diastolic 85-89 mm.Hg. และ (4) ข้อมูลความพึงพอใจ และข้อเสนอแนะเพิ่มเติมต่อการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของ อสม.หมอบะจ๊ะบ้าน เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำจำนวน 2 ข้อ โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ความถูกต้อง และชัดเจนของการใช้ภาษา โดยนำเครื่องมือที่ปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้ (Try out) กับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ตำบลนางลือ อำเภอมะนัง จังหวัดชัยนาท ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาจำนวน 30 คน และนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไขให้ถูกต้อง นำมาวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาตามวิธีครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงรวมทั้งฉบับเท่ากับ 0.90

2.4 เครื่องวัดความดันโลหิต ที่ผ่านการสอบเทียบมาตรฐานเครื่องมือโดยเครือข่ายโรงพยาบาลชัยนาทนเรนทร และใช้เครื่องวัดความดันโลหิตเดิมทุกครั้งที่ทำเนิการ

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา และข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ

ใช้สถิติอนุमान paired t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 วิเคราะห์ความแตกต่างของความรู้ ทักษะของ อสม.หมอบประจำบ้าน พฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง และค่าความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยง ก่อนและหลังการเข้าร่วมพัฒนาศักยภาพ

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ การวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ชัยนาท เลขที่ใบรับรอง BCNC-IRB 03/2566 วันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2566 พิทักษ์สิทธิ์ผู้ร่วมวิจัยและกลุ่มตัวอย่าง โดยชี้แจงถึงสิทธิที่สามารถเข้าร่วมการวิจัยหรือปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมได้โดยไม่มีผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น มีแบบบันทึกลงนามยินยอมเข้าร่วมวิจัย และข้อมูลที่ได้ไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหาย จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวมเพื่อใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการวิจัย

1. การศึกษาสภาพปัจจุบัน พบว่าจากการสนทนากลุ่ม อสม.หมอบประจำบ้าน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 93.33 อายุเฉลี่ย 55 ปี (SD=10.03) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ระยะเวลาเป็น อสม.เฉลี่ย 18.57 ปี มีตำแหน่งอื่นทางสังคม ร้อยละ 40 สะท้อนข้อมูลถึงการทำงานในบทบาทตนเองว่ามีงานมากทั้งด้านสุขภาพและเข้าร่วมช่วยเหลือหน่วยงานอื่นทางสังคม มีความสุขที่ได้เป็น อสม.คอยช่วยทีมหมอส่งข่าวสารและประสานงานติดตามดูแลที่บ้านทั้งภาวะปกติและเร่งด่วน ที่ผ่านมามีการอบรมความรู้แต่จำกัดเรื่องระยะเวลาและจำนวนคน

ขาดการฝึกปฏิบัติโดยเฉพาะทักษะการตรวจคัดกรองประเมินความเสี่ยงด้านสุขภาพ การติดตามเยี่ยมบ้านให้คำแนะนำปรึกษาดูแลกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วย ด้านส่งเสริมสุขภาพหรือป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ทำให้ไม่เชื่อมั่นตนเองตามบทบาทของหมอบประจำบ้านที่ได้รับมอบหมาย และพบว่า ผู้ให้ข้อมูลกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.67 อายุเฉลี่ย 56.57 ปี (SD=4.89) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา อาชีพเกษตรกร รายได้ไม่พอใช้ และมีโรคประจำตัวอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 83.33 ไม่ได้วัดความดันสม่ำเสมอ เพราะไม่มีอาการ และไม่กลัวอันตรายจากโรคความดัน เพราะคิดว่าเป็นโรคตามวัยแต่ยินดีให้ความร่วมมือกับหมอบและ อสม.ชอบไปตรวจที่โรงพยาบาล เพราะได้เจอหมอบใหญ่ ได้ยารักษาและมั่นใจมากกว่าแต่ต้องทนรอคิวยาวนานเป็นวัน ในขณะที่บุคลากรสาธารณสุข กล่าวถึงปัญหาของการจัดการสุขภาพในชุมชนว่าปัจจุบัน อสม.อาวุโสมีปริมาณมาก การทำงานไม่คล่องตัวเหมือนเดิม และใช้ระบบการสื่อสารที่ทันสมัยไม่เป็น และทักษะการประเมินอาการหรือบอกระดับความรุนแรงไม่แม่นยำ ทำให้ชาวบ้านเลือกที่จะเชื่อและรอหมอบมาจัดการให้ เป็นแบบนี้มาตั้งแต่ช่วงระบาดโควิด ซึ่งควรมีการพัฒนา อสม.ให้มีศักยภาพที่สูงขึ้นโดยเฉพาะ อสม.กลุ่มวัยทำงาน เพื่อให้สามารถเป็นตัวอย่างที่ดีด้านการจัดการสุขภาพและเป็นแกนนำการขับเคลื่อนการทำงานเป็นทีมร่วมกับ อสม.อาวุโสตามนโยบาย 3 หมอ

2. แนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอบประจำบ้าน พบว่า ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยได้ออกแบบแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม.

หมอประจำบ้าน เป็นโปรแกรมการเรียนรู้จากการปฏิบัติในระยะเวลา 16 สัปดาห์ ประกอบด้วย 3 ชุดการเรียนรู้ ได้แก่ 1) การพัฒนาความรู้เรื่องบทบาท อสม.หมอประจำบ้านและโรคความดันโลหิตสูง 2) การเพิ่มทักษะ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการวัดความดันโลหิต ด้านการค้นหาปัจจัยเสี่ยง ด้านการสื่อสารและส่งต่อ ด้านการเป็นโค้ชรายบุคคล และด้านการติดตามผลลัพธ์ และ 3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ โดยจัดกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยภายหลังที่ดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรม รวมจำนวน 4 ครั้ง สรุปข้อค้นพบได้ว่า **ความสำเร็จตามแผน** คือการพัฒนาความรู้และทักษะแก่ อสม.หมอประจำบ้านที่จดจำง่ายและนำไปใช้ปฏิบัติทันทีหลังการอบรมในห้องเรียนมีการใช้สื่อจากภาษากาย “มือ-โอเลิฟยู” เพื่อเน้นย้ำวิธีการจัดการปัจจัยเสี่ยง โดย 3 นิ้วที่ชู คือ นิ้วโป้ง=คุมอาหารเป็นหลัก นิ้วชี้=เพิ่มการออกกำลังกาย และนิ้วก้อย=อารมณ์ดีคิดดีพูดดีและทำดีทุก ๆ วัน ส่วน 2 นิ้วที่อ คือ นิ้วกลางและนิ้วนางแทนค่าความดันโลหิตตัวบนและความดันโลหิตตัวล่างที่ต้องหมั่นตรวจทานและควบคุมให้ไม่เกินมาตรฐานหรือค่าเป้าหมายของตนเอง **สิ่งที่ไม่เป็นไปตามแผน** คือ การเลื่อนนัดหมายเวลาปฏิบัติกิจกรรมร่วมกันระหว่าง อสม.หมอประจำบ้านและกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นการเลื่อนของ อสม.เพราะมีงานจรแทรกซ้อน **ข้อปรับปรุง** คือ ทบทวนหลักการสำคัญและกิจกรรมสำคัญที่ต้องกำกับให้เป็นไปตามมาตรฐานคู่มือที่กำหนด โดยผู้วิจัยและบุคลากรสาธารณสุขร่วมกันเชื่อมโยงแนวคิดศักยภาพ และสะท้อนถึงผลดี ผลเสียและ

ผลกระทบต่อการประเมินผลลัพธ์ที่แท้จริง และการนำผลไปใช้ประโยชน์ต่อเนื่องซึ่งสร้างความเข้าใจและตระหนักความสำคัญต่อบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ และปรับปรุงวิธีการโดยจัดบันทึกนัดหมายของตนเองและกลุ่มเสี่ยง หัวหน้าทีมแจ้งเตือนล่วงหน้าอย่างน้อย 1 วัน ในห้องไลน์กลุ่ม และจับคู่บัดดี้ อสม.หมอประจำบ้านเพื่อสามารถปฏิบัติหน้าที่แทนกันได้ในช่วงที่มีความจำเป็น และทุกครั้งที่จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ผู้วิจัยและผู้ร่วมวิจัยจะสรุปข้อเรียนรู้ เสริมพลังชื่นชมกันและกัน สาธิตย้อนกลับและยกตัวอย่างบุคคลหรือทีมที่มีความเข้มแข็ง

3. ผลลัพธ์ของการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอประจำบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงของจังหวัดชัยนาท พบว่า ผู้ร่วมวิจัยทั้ง 3 กลุ่มเกิดผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงเปรียบเทียบก่อนและหลังเข้าร่วมวิจัย ดังนี้

3.1 กลุ่ม อสม.หมอประจำบ้าน ผลการพัฒนาศักยภาพด้านความรู้และบทบาทการเป็น อสม. หมอประจำบ้าน พบว่า ภายหลังการพัฒนาศักยภาพ อสม.มีความรู้ เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านความรู้โรคความดันโลหิตสูงและบทบาทหน้าที่ของ อสม.หมอบริการบ้าน ทั้งก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ

ด้านความรู้	จำนวนตัวอย่าง	ระดับ	Mean	S.D.	t-test	df	p-value
ก่อนการพัฒนา	30	ปานกลาง	0.56	0.49	9.68	29	<0.001
หลังการพัฒนา	30	สูง	0.92	0.27			

*มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

และมีผลการเปลี่ยนแปลงศักยภาพ ด้านทักษะของ อสม.หมอบริการบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตาราง 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยด้านทักษะการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตของ อสม.หมอบริการบ้าน ทั้งก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ

ด้านทักษะ	จำนวนตัวอย่าง	ระดับ	Mean	S.D.	t-test	df	p-value
ก่อนการพัฒนา	30	ปานกลาง	1.64	0.88	14.68	29	<0.001*
หลังการพัฒนา	30	สูง	3.41	0.43			

*มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3.2 กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ภายหลังการวิจัย พบว่า มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจากระดับปานกลางเป็นระดับสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยพฤติกรรมในการป้องกันโรคความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ทั้งก่อนและหลังการวิจัย

พฤติกรรม การป้องกันโรค ความดันโลหิตสูง	จำนวน ตัวอย่าง	ระดับ	Mean	S.D.	t-test	df	p-value
ก่อนการพัฒนา	30	ปานกลาง	2.39	1.02	14.46	29	<0.001*
หลังการพัฒนา	30	สูง	3.93	0.75			

*มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

และผลการเปลี่ยนแปลงระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิต เปรียบเทียบความแตกต่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาเมื่อครบระยะเวลา 3 เดือน พบว่า ค่าเฉลี่ยความดันซิสโตลิก

(systolic blood pressure) และความดันไดแอสโตลิก (diastolic blood pressure) ลดลง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) (ดังตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความดันโลหิตก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาเมื่อครบระยะเวลา 3 เดือน ของ กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ($n=30$)

ความดันโลหิต	จำนวนตัวอย่าง	Mean	S.D.	t-test	df	p-value
systolic ก่อนการพัฒนา	30	136.23	2.09	19.620	29	$<0.001^*$
systolic หลังการพัฒนา	30	123.80	4.42			
diastolic ก่อนการพัฒนา	30	84.73	4.87	9.213	29	$<0.001^*$
diastolic หลังการพัฒนา	30	77.63	3.95			

*มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

3.3 ผลการเปลี่ยนแปลงข้อเรียนรู้และโอกาสพัฒนาต่อยอดสำหรับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน รพ.สต. พบว่า ได้เรียนรู้ว่า อสม.หมอบริการบ้านมีศักยภาพเพิ่มขึ้นมากทั้งระดับบุคคลและทีม สามารถประเมินความเสี่ยงและใช้เทคนิคโค้ช พูดคุยแนะนำให้กลุ่มเสี่ยงตัดสินใจเลือกวิธีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดละเลิก ปัจจัยเสี่ยงโดยกำหนดเป็นข้อตกลงร่วมกันระหว่างกลุ่มเสี่ยง และ อสม. ได้ช่วยลดเวลาและภาระการดูแลต่อเนื่องที่บ้านของ รพ.สต.ได้มากขึ้น โอกาสพัฒนาเสนอให้มีการกระบวนการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขเพิ่มเติม เพื่อเรียนรู้โปรแกรมการพัฒนาศักยภาพ อสม.อย่างแม่นยำและนำไปประยุกต์ใช้ต่อยอดในการพัฒนากลุ่ม อสม.ที่ยังไม่ได้เข้าร่วมวิจัย เพื่อส่งเสริมศักยภาพการ

ดูแลประชาชนแต่ละครอบครัวทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยให้สามารถเข้าถึงบริการสุขภาพเชิงรุกมากขึ้น

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่า ภายหลังการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอบริการบ้าน มีค่าเฉลี่ยความรู้และทักษะเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) ผลมาจากโปรแกรมการเรียนรู้จากการปฏิบัติด้านความรู้เรื่องโรคและทักษะที่จำเป็นทั้ง 5 ด้าน โดยการจัดกระบวนการมุ่งเน้นการฝึกปฏิบัติจริงแบบเป็นทีม เพื่อลดช่องว่างความถนัดและข้อจำกัดด้านศักยภาพของ อสม.แต่ละคน และใช้เครื่องมือการสื่อสารด้วยภาษากาย “มือ-โอเลิฟยู” เป็นหลัก ซึ่งพกพาง่าย ใช้สะดวก กลุ่มเสี่ยง

มีความคุ้นเคย สร้างความสุขสนุกสนาน ง่ายต่อการจดจำร่วมกัน รวมถึงการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อนำประสบการณ์มาทบทวนข้อเรียนรู้ระหว่างกัน ทำให้สามารถสรุปบทเรียนและนำไปปรับปรุงทำใหม่ซ้ำไปซ้ำมาในแต่ละชุดเรียน โดยผู้วิจัยและบุคลากรสาธารณสุขของ รพ.สต. ร่วมกันทำหน้าที่เป็นคุณอำนวย เชื่อมโยงแนวคิด ศักยภาพและสะท้อนผลลัพธ์การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจริงเปรียบเทียบกับความคาดหวังสู่ “Good leader” ทำให้ผู้ร่วมวิจัยขัดแย้งด้านองค์ความรู้และทักษะ ตระหนักถึงคุณค่าและแรงจูงใจในการปฏิบัติหน้าที่ อสม.หมอบประจำบ้าน ซึ่งต้องมีทักษะเชิงคุณภาพมากขึ้นตามระดับมาตรฐานของกระทรวงสาธารณสุข สอดคล้องกับแนวคิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติโดยธีรพันธ์ เจริญรัมย์⁽¹²⁾ สรุปไว้ว่า การเรียนรู้ที่เกิดคู่กับการกระทำจำเป็นต้องทำงาน

เป็นทีมเพื่อเปิดโอกาสให้สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา การบ่นข้อมุลย้อนกลับ ตลอดจนการสื่อสารที่ชัดเจน เพื่อให้ได้ข้อมูลในการตัดสินใจร่วมกัน เป็นผลดีในการสร้างความสามัคคีและทำให้ผู้ปฏิบัติงานเกิดความผูกพัน ผลที่ได้รับ จะเป็นผลสำเร็จและความภาคภูมิใจตนเอง เป็น อสม.คุณภาพ ดังผลการศึกษาแนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คุณภาพเพื่อสนับสนุนกำลังคนด้านสาธารณสุขสำหรับระบบสุขภาพในอนาคตของ วิเชียร เทียนจารุวัฒนา กิตติพร เนาว์สุวรรณ และสายสมร วชิระประพันธ์⁽²⁰⁾ ที่มีองค์ประกอบความรู้พื้นฐาน การพัฒนาชุมชน เทคโนโลยีและการสื่อสาร และมีทักษะทางสุขภาพ ความเชี่ยวชาญเฉพาะ

ด้าน และทักษะพิเศษ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์ นฤมล เปรมมาสวัสดิ์ อารีย์รัตน์ เปสุงเนิน นงนภัทร รุ่งเนย และผุสดี ด้านกุล⁽²¹⁾ พบว่า กลวิธีการพัฒนาศักยภาพ อสม.ควรใช้การมีส่วนร่วมของ อสม.ทำให้ อสม. มีความรู้ และมีความเชื่อมั่นในการเยี่ยมชมครอบครัวกลุ่มเสี่ยงมากขึ้น รวมถึงการศึกษาของ พวงเพชร เติตฉันทพิพัฒน์ และปิยะณัฐ นามชู⁽²²⁾ ที่พบว่า การรับรู้บทบาทหน้าที่ของ อสม.มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติงานของ อสม.มากที่สุด ซึ่งหนุนเสริมความเชื่อมั่นต่อผลการวิจัยแนวทางการพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอบประจำบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง จังหวัดชัยนาทอย่างยิ่ง

จากผลการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ก่อนและหลังพัฒนาศักยภาพ อสม.หมอบประจำบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตามแนวทางที่กำหนด 3 เดือน พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และมีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต systolic blood pressure และ diastolic blood pressure ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) อธิบายได้ว่า อสม.หมอบประจำบ้าน สามารถประยุกต์ใช้ความรู้และทักษะตามแนวทางการพัฒนาศักยภาพให้แก่กลุ่มเสี่ยงได้เป็นอย่างดีนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับค่าความดันโลหิตที่ลดลง ทักษะสำคัญที่ใช้เป็นหลักคือ การสื่อสารผลการวัดความดันโลหิตเปรียบเทียบกับสัญญาณจราจร แดง เหลือง เขียว และติดตามผลอย่างต่อเนื่องร่วมกับทักษะการ

โค้ชรายบุคคลเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงรับรู้สมรรถนะตนเอง ตัดสินใจทางเลือกการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความมั่นใจถึงความเป็นไปได้ โดยมีการกำหนดข้อตกลงสัญญาใจเป็นคู่หูบัดดี้ร่วมกันระหว่าง อสม.หมอประจำบ้านและกลุ่มเสี่ยง สอดคล้องกับการศึกษาของ วลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ และสุปรีชา แก้วสวัสดิ์⁽²³⁾ พบว่า กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงขึ้นหลังเข้าร่วมโปรแกรม และการศึกษาของ ศราวุธ บุญญะรัง⁽²⁴⁾ พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับมาก และมีระดับ Systolic น้อยลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รวมถึงสอดคล้องกับข้อเสนอการศึกษาของ กรรณิกา บัวทะเล ทิวากรณ์ ราชธร⁽⁹⁾ ที่ว่า เจ้าหน้าที่ควรให้ความรู้ เพิ่มทักษะที่เน้นการปฏิบัติการสร้างเสริมสุขภาพ มีการติดตามอย่างต่อเนื่องและกระตุ้นกลุ่มเสี่ยงให้มีการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. บุคลากรสาธารณสุขระดับพื้นที่ ควรสนับสนุนและเยี่ยมเสริมพลังกลุ่มเสี่ยงระดับสูงกว่าเกณฑ์ปกติแต่ยังไม่เป็นโรค ร่วมกับ อสม.หมอประจำบ้านเพื่อวิเคราะห์ช่องว่างปัญหาและสื่อสารส่งต่อการดูแลต่อเนื่องให้แก่สมาชิกครอบครัวหรือทีมสหวิชาชีพในประเด็นที่เกี่ยวข้อง และควรจัดเวทีเรื่องเล่าเร้าพลังเพื่อยกย่อง ชื่นชมแก่ อสม.หมอประจำบ้าน ที่ร่วมดำเนินการวิจัย โดยมีการมอบใบประกาศเกียรติคุณทั้ง อสม.หมอประจำบ้านและกลุ่ม

เสี่ยงที่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมจนมีค่าระดับความดันโลหิตลดลงอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการถ่ายทอดความรู้และทักษะแก่เพื่อน ๆ อสม.

2. ชมรม อสม.ประจำหมู่บ้านหรือตำบล หรือผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรประสานแหล่งทุนจากภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วน เพื่อระดมทุนทรัพยากรการจัดหาเครื่องมืออุปกรณ์ขั้นพื้นฐานสำหรับใช้ปฏิบัติหน้าที่ด้านการคัดกรองประเมินความเสี่ยงสุขภาพกลุ่มโรคเรื้อรังของประชาชนทุกกลุ่มวัยแก่ อสม.หมอประจำบ้าน

ข้อเสนอเพื่อการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรทำการวิจัยสังเคราะห์งานวิจัยด้านนวัตกรรมการจัดกระบวนการเรียนรู้หรือโปรแกรมการจัดการสุขภาพที่ส่งผลสัมฤทธิ์ต่อการดูแลสุขภาพประชาชนทั้งกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยโรคเรื้อรัง เพื่อเป็นชุดความรู้ให้แก่บุคลากรสาธารณสุขได้ศึกษาและนำมาประยุกต์ใช้การพัฒนาศักยภาพ อสม.

2. ควรวิจัยพัฒนาสมรรถนะบุคลากรสาธารณสุขด้านการจัดกระบวนการเรียนรู้หรือโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยงที่สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาเร่งด่วนของบริบทพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณที่ปรึกษาและผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้คำปรึกษาแนะนำงานวิจัย รวมถึงภาคีเครือข่ายวิชาการจากศูนย์อนามัยที่ 3 นครสวรรค์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ สำนัก 6

สร้างสรรค์โอกาสที่สนับสนุนความร่วมมือ
กระบวนการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. แผนปฏิบัติการระยะ 5 ปี (พ.ศ. 2566-2570) ของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
2. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. รายงานประจำปี 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.cnto.moph.go.th/>
3. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อระดับชาติ 5 ปี (พ.ศ. 2560-2564). กรุงเทพมหานคร: โอโมชั่น อาร์ต; 2560
4. ศูนย์พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์แผนงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ข้อเสนอ (ร่าง) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการการป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อในประเทศไทยที่ตอบสนองต่อ 9 เป้าหมายโลก ปี พ.ศ. 2560-2568. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. 2559.
5. กรมสนับสนุนบริการสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ 2565 [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: https://hss.moph.go.th/HssDepartment/file_reference/20210506935772122.pdf
6. เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ, จีรพงศ์ วสุวิภา, ยลฤดี ตันขลิทธิ. การเฝ้าระวังโรคความดันโลหิตของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลหัวทุ่ง อำเภอฟล จังหวัดขอนแก่น. การประชุมวิชาการการพัฒนาชนบทที่ยั่งยืน ครั้งที่ 4 ประจำปี 2557; 11-13 มิถุนายน 2557; มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น: 2557.454-69
7. ฉลาด ภูระหงษ์, มาลี ไชยเสนา, กุลชญา ลอยหา. ศักยภาพการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดระยอง. วารสารสันติศึกษาปริทรรศน์ มจร 2564;9(1):369-79.
8. คมสันต์ ธงชัย, สุชาดาณีน บุญจรัส. การปรับตัวของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านภายใต้บริบทการเปลี่ยนแปลงในพื้นที่กิ่งเมืองกิ่งชนบท บ้านท่าบ่อ ตำบลแจระแม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่ 2560;9(3):206-20.
9. กรรณิกา บัวทะเล, ทิพาภรณ์ ราชูธร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพสำหรับพนักงานขับรถบรรทุกที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2566;30(2):121-30.
10. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. ข้อมูลเพื่อ

- ตอบสนอง Service Plan สาขาโรคไม่ติดต่อ [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://cnt.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>
11. Lewin K. Action research and minority problems. *Journal of Social Issues* 1946;2(4):34-46.
 12. ชีรพันธ์ เชิญรัมย์. องค์การแห่งการเรียนรู้: การเรียนรู้จากการปฏิบัติ. *วารสารวิจัยวิชาการ* 2563;3(1): 185-95.
 13. วิชัย เทียนถาวร. ระบบการเฝ้าระวัง ควบคุม ป้องกัน โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงในประเทศไทย : นโยบายสู่การปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 3 (ปรับปรุง). กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2556.
 14. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่เพื่อการยกระดับ อสม. เป็น อสม.หมอประจำบ้าน. ม.ป.ท.: 2562.
 15. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. หลักสูตรพยาบาลผู้ประสานงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในชุมชน (โรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง). กรุงเทพมหานคร: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์ แก้วเจ้าจอมมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2560.
 16. เกรียงไกร ฐะพันธ์. เทคนิคการมีส่วนร่วมในกระบวนการพัฒนาสังคม. [ดุชนิพนธ์]. อุตรธานี: มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี; 2560
 17. อังศินันท์ อินทรกำแหง. รายงานผลการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรค ภายใต้โครงการพัฒนารูปแบบดำเนินงานอำเภอรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรค โดย สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 10 กุมภาพันธ์ 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://bsris.swu.ac.th/upload/283350.pdf>
 18. Best, John W. *Research in Education*. 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc.; 1977.
 19. สมาคมโรคความดันโลหิตสูงแห่งประเทศไทย. แนวทางการรักษาโรคความดันโลหิตสูงในเวชปฏิบัติทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: อีวันพรีนติ้ง; 2555.
 20. วิเชียร เทียนจารูวัฒนา, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, สายสมร วชิระประพันธ์. แนวทางการพัฒนาอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คุณภาพเพื่อสนับสนุนกำลังคนด้านสาธารณสุขสำหรับระบบสุขภาพในอนาคต. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2564;30(2):353-66.
 21. ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบูลย์, นฤมล เปรมาสวัสดิ์, อารีย์รัตน์ เปสุงเนิน, นงนภัทร รุ่งเนย, ผุสดี ด่านกุล. แนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง. *วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข* 2563;30(3):74-89.
 22. พวงเพชร เฉิดฉันทพิพัฒน์, ปิยะฉัตร นามชู. การศึกษาปัจจัยที่มีผลกับความ

- สามารถในการปฏิบัติงานของ อสม. หมอประจำบ้าน ปีงบประมาณ 2563-2565. วารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ 2566; 33(2):34-45
23. วลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ, สุปรีชา แก้วสวัสดิ์. ผลการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มเสี่ยงระยะก่อนความดันโลหิตสูง ตำบลร่อนพิบูลย์ อำเภอ ร่อนพิบูลย์ จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2562;28(ฉบับพิเศษ): 116-24.
24. ศราวุฒิ บุญญะรัง. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง อำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 61.

สถานการณ์และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการสูงตีสมส่วน ของนักเรียนในโรงเรียนสังกัดเทศบาลนครอุดรธานี

รุ่งสินี เพิ่มพูล, ภัทระ แสนไชยสุริยา

(วันที่รับบทความ: 26 ตุลาคม 2565; วันที่แก้ไข: 3 สิงหาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 4 กันยายน 2566)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะโภชนาการสูงตีสมส่วน และวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการสูงตีสมส่วนของนักเรียน กลุ่มตัวอย่างเป็น เด็กนักเรียนในโรงเรียนสังกัดเทศบาลนครอุดรธานี โดยการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ จำนวน 458 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ใช้สถิติเชิงพรรณนาในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคล ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัว ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร กับภาวะสูงตีสมส่วน โดยใช้สถิติทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะโภชนาการสูงตีสมส่วน ร้อยละ 65.3 ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 87.6 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสูงตีสมส่วนที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การเจ็บป่วยถึงขั้นที่ต้องรับประทุษร้ายหรือเข้ารับการรักษา ใน 1 เดือนที่ผ่านมา การออกกำลังกายแต่ละครั้ง ติดต่อกันมากกว่า 20 นาที และมีความถี่ในการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว ได้แก่ สถานะภาพสมรสของบิดา มารดา จำนวนพี่น้อง และเงินที่ใช้จ่ายเกี่ยวกับอาหารและเครื่องดื่ม และปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ได้แก่ การรับประทานอาหารเช้า การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ การรับประทานผัก การรับประทานผลไม้ การรับประทานอาหารประเภทดิบ เลือด ข้อเสนอแนะ สถานศึกษาควรมีการจัดการเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับภาวะโภชนาการของเด็กแบบรายบุคคล ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ โรงเรียนและครอบครัวควรมีการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยจัดการความรู้ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่และประเด็นสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพนักเรียนให้ถูกต้องจนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

คำสำคัญ : ภาวะสูงตีสมส่วน, ภาวะโภชนาการ, วัยเรียนวัยรุ่น

¹นักวิชาการสาธารณสุขปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี, ²ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding author: รุ่งสินี เพิ่มพูล, e-mail: njaysunday@gmail.com

Situation and Affecting Factors to Optimum Growth of Students in school under Udon Thani Municipality

Rungsinee Permpoon, Pattara Sanchaisuriya

(Received 26th October 2022; Revised: 3rd August 2023; Accepted 4th September 2023)

ABSTRACT

The aim of this cross-sectional descriptive study was to evaluate the prevalence to optimum growth status among students and examine the factors associated with it. The sample for this study comprised 458 students from schools under the Udon Thani Municipality, selected using by systematic random sampling. Data were collected through a questionnaire. Descriptive statistics were employed to analyze the data and assess the relationship between personal factors, economic and social factors, family factors, knowledge about food consumption, and food consumption behavior, with respect to optimum growth. The chi-square test statistic was used to examine these relationships.

The study revealed that 65.3% of the participants exhibited a favorable nutritional status. Factors associated with optimum growth status were at a significant level of 0.05. The personal factors examined in the study included gender, age, consumption of alcoholic beverages, smoking habits, and recent illness requiring medication or medical treatment within the past month. Additionally, exercise habits were assessed, with participants engaging in workouts lasting more than 20 minutes at least three times per week. Economic, social, and family factors, such as the marital status of parents, the number of siblings, and the amount of money spent on food and beverages. Lastly, dietary behavioral factors, including breakfast consumption, regularity of three meals per day, vegetable consumption, fruit consumption, and consumption of liver foods, were considered in the analysis. Recommendations, schools and families can collaborate to create an environment that supports the overall health and well-being of students. Providing individualized food management, promoting physical activity, and building health literacy will

contribute to the development of healthy behaviors and empower students to make informed decisions about their health.

Keywords: Elevation, Nutritional Status, School age, Teenager

¹Practitioner Public Health Academician at Regional Health Promotion Center 8 Udonthani,

²Lecturer at Faculty of Public Health, Khon Kaen University,

Corresponding author, Rungsinee Permpoon, e-mail: njoysunday@gmail.com

บทนำ

เด็กวัยเรียนคืออนาคตสำคัญของชาติ จึงจำเป็นต้องส่งเสริมให้เด็กวัยเรียนมีสุขภาพร่างกายแข็งแรงและเจริญเติบโตอย่างเต็มศักยภาพ ในอดีตประเทศไทยเผชิญกับปัญหาพหุโภชนาการในเด็กวัยเรียน ซึ่งพบภาวะโภชนาการขาด ได้แก่ ภาวะเตี้ย ภาวะอ้วน ภาวะผอม และภาวะโลหิตจาง ทั้งนี้ภาวะเตี้ย มีสาเหตุมาจากการขาดอาหารเรื้อรัง ทำให้เด็กเตี้ย แคระแกร็น ภูมิคุ้มกันรับประทันโรคต่ำ เจ็บป่วยบ่อย และมีสติปัญญาต่ำ ในปัจจุบันภาวะโภชนาการรับประทัน ได้แก่ ภาวะอ้วน พบมากขึ้น และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ปัญหาภาวะอ้วนมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารที่มากเกินไป ความต้องการของร่างกาย มีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ มีผลนำไปสู่การเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable Chronic Diseases : NCDs) ซึ่งองค์การอนามัยโลกแนะนำว่า การมีกิจกรรมทางกาย (Physical Activity; PA) แบบแอโรบิก ด้วยความหนักระดับปานกลางถึงหนักมากทุกวัน อย่างน้อยวันละ 60 นาทีต่อสัปดาห์จะเป็นผลดีต่อสุขภาพ การฝึกความแข็งแรงกล้ามเนื้อร่วมด้วย อย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์จะส่งผลต่อการเจริญเติบโต และหากทำกิจกรรมที่มีแรงกระแทกของข้อต่อ เช่น การวิ่ง การกระโดด จะทำให้มีการเจริญเติบโตเพิ่มขึ้นอีกด้วย⁽¹⁾

จากรายงานประจำปี สำนักโภชนาการ กรมอนามัย ปี 2562 พบร้อยละ 61.5 ของเด็กวัยเรียนอายุ 6-14 ปี สูงดีสมส่วน ซึ่งมีแนวโน้มสูงดีสมส่วนลดลงจากปี 2561 ซึ่งพบร้อยละ 65.5 ในปี 2562 พบเด็กเตี้ย ร้อยละ 8.7 ภาวะผอม

ร้อยละ 5.1 เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 13.4 และพบวัยรุ่นอายุ 15-18 ปี ร้อยละ 59 สูงดีสมส่วน ซึ่งลดลงจากปี 2561 ซึ่งพบร้อยละ 63.8⁽²⁾ เมื่อพิจารณาความแตกต่างระหว่างเขตการปกครอง โดยใช้เกณฑ์อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงฯ ของประชาชนไทย พ.ศ. 2542 สำหรับปัญหาเตี้ย เด็กกลุ่มอายุ 6-11 ปี ที่มีปัญหาเตี้ย ต่ำกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล ส่วนกลุ่มอายุ 12-14 ปี ไม่พบความแตกต่างระหว่างเขตการปกครอง เด็กทุกกลุ่มอายุในเขตเทศบาลมีปัญหา น้ำหนักน้อยต่ำกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล ในขณะที่เด็กในเขตเทศบาลทุกกลุ่มอายุมีปัญหาผอมสูงกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล สำหรับปัญหาน้ำหนักเกินและอ้วน เด็กทุกกลุ่มอายุในเขตเทศบาลมีปัญหาทั้งสองรวมกันสูงกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล⁽³⁾

จากการสำรวจสถานการณ์วัยรุ่นสูงดีสมส่วนและพฤติกรรมสุขภาพวัยรุ่นอายุ 15-21 ปี โดยสำนักโภชนาการ พ.ศ. 2559-2560 พบว่าวัยรุ่นชายอายุ 19 ปี มีส่วนสูงเฉลี่ย 170.9 เซนติเมตร และหญิง 158.1 เซนติเมตร วัยรุ่นอายุ 15 - 21 ปี กว่าครึ่งหนึ่งไม่ได้กินอาหารเช้า โดยเพศชายกินอาหารเช้าทุกวันมากกว่าเพศหญิงคือร้อยละ 47.0 และร้อยละ 35.8 ตามลำดับ วัยรุ่นทั้งชายและหญิงมีเพียง 1 ใน 4 เท่านั้นที่กินอาหารครบ 3 มื้อต่อวัน ซึ่งมีการงดอาหารมื้อใดมื้อหนึ่งหรือมากกว่า โดยเป็นเพศชายร้อยละ 38.0 และเพศหญิงร้อยละ 24.7 โดยเฉลี่ยต่อวัน วัยรุ่นชายกินอาหารกลุ่มข้าวแป้ง 7 ทัพพี และหญิงวัยรุ่นหญิงกินอาหารกลุ่มข้าวแป้ง 6 ทัพพี ซึ่งปริมาณที่แนะนำอยู่ที่ 10 ทัพพีต่อวัน วัยรุ่นชายกินเนื้อสัตว์ 9 ช้อนกินข้าว และวัยรุ่นหญิงกินเนื้อสัตว์ 6 ช้อนกินข้าว ซึ่งปริมาณที่แนะนำ

อยู่ที่ 9 ชั่วโมงข้าวต่อวัน ส่วนการดื่มนม พบ วัยรุ่นชายดื่มนมวันละ 225 มิลลิลิตร และวัยรุ่นหญิงดื่มนม 220 มิลลิลิตร ซึ่งน้อยกว่าปริมาณที่แนะนำคือ 250 มิลลิลิตรต่อวัน อีกทั้งยังกินผักและผลไม้ไม่เพียงพอต่อวัน โดยวัยรุ่นชายกินผักเพียง 3 ทัพพี และวัยรุ่นหญิงกินผักเพียง 2 ทัพพี ซึ่งปริมาณที่แนะนำอยู่ที่ 5 ทัพพีต่อวัน และยังกินผลไม้เพียง 2 ส่วน ซึ่งปริมาณที่แนะนำอยู่ที่ 4 ส่วนต่อวัน ส่วนการใช้เวลาวางนอน วัยรุ่นใช้เวลาว่างในการเล่นกีฬาโดยเฉลี่ยต่อวัน ในเพศชายอยู่ที่ 24.1 นาที และเพศหญิงอยู่ที่ 17.5 นาที ซึ่งยังน้อยกว่าระยะเวลาการมีกิจกรรมทางกายที่แนะนำคือ 60 นาทีต่อวัน ในขณะที่พฤติกรรมเนือยนิ่งที่ทำทุกวันและสูงเป็นอันดับหนึ่งคือการนั่งเล่นคอมพิวเตอร์หรือโทรศัพท์มือถือ ซึ่งมีสูงถึงร้อยละ 92 โดยใช้เวลาวันละ 3 ชั่วโมง ส่วนพฤติกรรมการนอนนั้นอยู่ที่ 7.3 ชั่วโมงในวันปกติ และในวันหยุดมีพฤติกรรมการนอน 9 ชั่วโมง และยังพบอีกว่าในช่วง 13 ปีที่ผ่านมา เด็กไทยมีการเติบโตทางกายดีขึ้นทั้งเด็กชายและเด็กหญิง โดยมีส่วนสูงเพิ่มขึ้นประมาณ 5 เซนติเมตร อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังเผชิญทั้งภาวะโภชนาการพร่องและภาวะโภชนาการเกินแม้ว่าในเด็กอายุ 6-14 ปี ภาวะเตี้ยและภาวะน้ำหนักน้อยจะลดลงตามลำดับแล้วก็ตาม แต่บางภาคความชุกของภาวะเตี้ยก็ยังสูงกว่าร้อยละ 5 เด็กไทยอายุ 6-14 ปี จำนวน 400,000 คน มีภาวะเตี้ยและ จำนวน 470,000 คน มีน้ำหนักน้อย ซึ่งลดลงเมื่อเทียบกับการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการสัมภาษณ์และตรวจร่างกายครั้งที่ 4 ในปี 2551-2552 อย่างไรก็ตาม เด็กเหล่านี้ยังเสี่ยงต่อสุขภาพที่ไม่แข็งแรงซึ่งบั่นทอนคุณภาพ

ประชากรในอนาคต หากการเจริญเติบโตทางร่างกายไม่เต็มศักยภาพอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและความสูญเสียทางเศรษฐกิจในอนาคตได้ เนื่องจากต้องเพิ่มค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ และการสูญเสียสุขภาวะจากภาวะพิการและการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จึงเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างรีบด่วน⁽³⁾

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พบว่า เด็กทุกกลุ่มอายุในเขตเทศบาลมีปัญหา น้ำหนักน้อย ต่ำกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล ในขณะที่เด็กในเขตเทศบาลทุกกลุ่มอายุ มีปัญหา ผอมสูงกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล สำหรับปัญหา น้ำหนักเกินและอ้วน เด็กทุกกลุ่มอายุในเขตเทศบาลมีปัญหาทั้งสองรวมกันสูงกว่าเด็กนอกเขตเทศบาล⁽³⁾ จากข้อมูล Health Data Center ของกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในเขตสุขภาพที่ 8 สถานการณ์สูงตีสมีส่วนในช่วงอายุ 6-14 ปี ประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในปี 2558-2563 พบร้อยละ 64.93, 64.71, 65.91, 65.51, 60.62 และ 65.78 แต่ช่วงอายุ 15-18 ปี ประเทศไทยมีแนวโน้มลดลงโดยในปี พ.ศ. 2558-2563 พบว่า วัยเรียนวัยรุ่นมีภาวะสูงตีสมีส่วน ร้อยละ 70.12, 69.01, 70.4, 61.75, 59.52, และ 64.39 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2558-2563 พบวัยเรียนวัยรุ่นจังหวัดอุดรธานี อายุ 6-14 ปี สูงตีสมีส่วนลดลง ร้อยละ 66.86, 65.07, 65.43, 64.06, 62.26 และ 65.92 อายุ 15-18 ปี มีแนวโน้มภาวะสูงตีสมีส่วนลดลงเช่นเดียวกันพบร้อยละ 74.14, 73.28, 73.21, 61.62, 61.38, และ 64.82 ตามลำดับ⁽⁴⁾ จากการวิจัยในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมาบ่งชี้ว่า อาหารและโภชนาการในช่วงต้น

ของชีวิตมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อสุขภาพในระยะยาว ภาวะทุพโภชนาการโดยเฉพาะในสองปีแรกของชีวิตเป็นปัจจัยสำคัญที่ขัดขวางพัฒนาการและสติปัญญาของเด็กส่งผลให้เรียนรู้ช้า ฉ้อเฉย สติปัญญาต่ำ ภูมิคุ้มกันโรคบกพร่อง ทำให้เจ็บป่วยบ่อย เป็นนาน และรุนแรงและยังมีผลเสียเมื่อโตเป็นผู้ใหญ่ มีโอกาสที่จะเป็นโรคเรื้อรังไม่ติดต่อกันมากขึ้น เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันเลือดสูง และโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคปอดเรื้อรัง และโรคมะเร็งในวัยผู้ใหญ่ จากปัญหาดังกล่าวผู้ศึกษาจึงมีความสนใจในการศึกษาภาวะสูงตีสมส่วนและปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสูงตีสมส่วนของนักเรียน ในโรงเรียนสังกัดเทศบาลนครอุดรธานี เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการส่งเสริมให้นักเรียนสูงตีสมส่วน และเพื่อนำไปสู่การวางแผนในการป้องกันและแก้ไขปัญหามาตรฐานโภชนาการในกลุ่มนักเรียนต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะโภชนาการและภาวะสูงตีสมส่วนของนักเรียนในโรงเรียนสังกัดเทศบาลนครอุดรธานี
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการสูงตีสมส่วนของนักเรียนในโรงเรียนสังกัดเทศบาลนครอุดรธานี

วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อการศึกษาสถานการณ์ภาวะสูงตีสมส่วน และปัจจัยที่มีผลต่อภาวะสูงตีสมส่วนของนักเรียนในโรงเรียนสังกัดเทศบาล

นครอุดรธานี จำนวน 3 แห่ง รวมทั้งสิ้น 458 คน ระหว่างเดือน มีนาคม ถึง มิถุนายน 2565 เก็บข้อมูลจากแบบสอบถามและประเมินการเจริญเติบโตตามเกณฑ์มาตรฐานของกรมอนามัย ได้แก่ ส่วนสูงเทียบเกณฑ์อายุ ใช้ประเมินภาวะสูงตีส และน้ำหนักเทียบเกณฑ์ส่วนสูงใช้ประเมินภาวะสมส่วน และน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ปัจจัยด้านสังคม เศรษฐกิจ และครอบครัว การประเมินความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร การประเมินพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และการประเมินภาวะโภชนาการ ใช้วิธีการเปรียบเทียบกราฟการเจริญเติบโต น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ และน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง ของกรมอนามัย ชุดใหม่ ปี พ.ศ. 2564⁽⁵⁾ ส่วนของข้อมูลการชั่งน้ำหนัก-วัดส่วนสูง เก็บรวบรวมโดยผู้วิจัยเอง ใช้เครื่องมือมาตรฐานและการปรับมาตรฐาน การวิจัยของผู้ซึ่งน้ำหนักวัดส่วนสูง ด้วยวิธีการวัดส่วนสูงและวัดรอบเอว 2 ครั้ง หากต่างกันเกิน 0.5 ซม. ให้วัดครั้งที่ 3 และนำค่าเฉลี่ยมาใช้

ประชากรที่ศึกษา

คือ นักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ปีการศึกษา 2564 ของโรงเรียนในสังกัดเทศบาลนครอุดรธานี มีจำนวนทั้งสิ้น 2,214 คน ซึ่งเป็นฐานข้อมูลจำนวนนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ของกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2564⁽⁶⁾ โดยมีเกณฑ์คัดเข้าและคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- 1) เป็นนักเรียนที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับชั้นมัธยมศึกษา (มัธยมศึกษาปีที่ 1-6) ในโรงเรียนสังกัดกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นในเทศบาลนครอุดรธานี
- 2) ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับเรื่องการได้ยินและการสื่อสาร
- 3) สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้
- 4) ยินดีและสมัครใจให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลวิจัย โดยตอบแบบสอบถามและให้เก็บข้อมูลภาวะโภชนาการ
- 5) ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมในการเก็บข้อมูลวิจัย โดยตอบแบบสอบถามและให้เก็บข้อมูลภาวะโภชนาการ

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

- 1) ผู้ที่อยู่ในระหว่างลาพักการศึกษา
- 2) ผู้ที่มีโรคเกี่ยวกับภาวะโภชนาการหรืออยู่ระหว่างการพักฟื้นจากการรักษาโรคที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ ได้แก่ โรคมะเร็ง วัณโรค หรือได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหัวใจและโรคธาลัสซีเมีย

ในการศึกษาครั้งนี้เลือกโรงเรียน 3 แห่ง ที่มีการเรียนการสอนตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 เพื่อให้ได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้คำนวณไว้ แล้วจึงใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic sampling) การกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษานี้ ใช้สูตรการคำนวณเพื่อกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรสำหรับคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วน (ทราบจำนวนประชากร)

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

กำหนดให้

n = ขนาดตัวอย่าง
 $Z_{\alpha/2}$ = ค่าสัมประสิทธิ์ของการแจกแจงแบบ Z ที่ระดับนัยสำคัญ (α) เท่ากับ 1.96

N = จำนวนประชากรที่นำมาพิจารณา เท่ากับ 2,254 คน

p = ค่าสัดส่วนของตัวแปรผลหลัก ได้แก่ จากผลการศึกษาการวิเคราะห์ภาวะโภชนาการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพของวัยรุ่นไทย พบกลุ่มตัวอย่าง

มีภาวะโภชนาการสูงดีสมส่วน ร้อยละ 61.7 ($p = 0.617$)⁽²⁾

e = ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดในการประมาณสัดส่วน เท่ากับ 0.02

เมื่อนำไปแทนค่าในสูตรข้างต้น จะได้ $n = 381$ คน เนื่องจากการศึกษาภาวะโภชนาการ ภาวะสูงดีสมส่วนและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการสูงดีสมส่วน โดยใช้แบบสอบถามที่ตอบด้วยตนเอง คาดว่าจะได้รับแบบสอบถามคืนประมาณ ร้อยละ 80⁽⁷⁾

ดังนั้น จึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 เพื่อทดแทนในกรณีที่ผู้ตอบแบบสอบถามตอบ ไม่ครบถ้วนหรือไม่ส่งแบบสอบถามกลับ ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่เก็บข้อมูลในการศึกษารั้งนี้ คือ 458 คน แล้วจึงใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ จากนั้นนำจำนวนนักเรียนแต่ละโรงเรียนมาคิด สัดส่วนกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงเรียนและแต่ละ ชั้นเรียน แล้วจึงสุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่ม อย่างเป็นระบบ (Systematic sampling)

การแปลผล

การแปลผลภาวะโภชนาการในกลุ่ม ตัวอย่างที่อายุ 5 ปี ขึ้นไป ตามคู่มือการใช้เกณฑ์ อ้างอิงการเจริญเติบโต ของเด็กอายุ 6-19 ปี สำนักโภชนาการ กรมอนามัย พ.ศ. 2563(6)

การแปลผลภาวะโภชนาการ ใช้เกณฑ์ อ้างอิงน้ำหนัก ส่วนสูงและเครื่องชี้วัดภาวะ โภชนาการของประชาชนไทย ปี 2564 ได้แก่ เกณฑ์ส่วนสูงตามอายุ เกณฑ์น้ำหนักตามส่วนสูง และเกณฑ์สูงตีสัดส่วน⁽⁶⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลปัจจัยโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าสูงสุด ต่ำสุด ค่าเฉลี่ย และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของปัจจัย โดยใช้ค่าสถิติ ไค-สแควร์ และการประมาณ ค่าความเชื่อมั่น 95%

จริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้มีการดำเนินงานโดยยึด หลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยมี ใ้ความยินยอมด้วยความสมัครใจในการตอบ แบบสอบถาม โดยอธิบายสร้างความเชื่อมั่นกับ ผู้ให้ข้อมูลถึงการพิทักษ์สิทธิ จะเก็บข้อมูลไว้

เป็นความลับอย่างเคร่งครัด และการนำเสนอ ผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะถูกทำลายทันทีตาม ขั้นตอนทางราชการ ผ่านการพิจารณาและ เห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น รหัสโครงการวิจัย HE 642287 รับรอง ณ วันที่ 1 มีนาคม 2565 ถึง วันที่ 3 มกราคม 2566

ผลการศึกษา

ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคลในการศึกษารั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 61.4 อายุเฉลี่ย 15 ปี ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน 1.8 ปี สัดส่วนระดับชั้นที่นักเรียน กำลังศึกษาอยู่ค่อนข้างใกล้เคียงกัน ส่วนมากอยู่ ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ร้อยละ 21.0 ทราบ ภาวะโภชนาการของบิดา ร้อยละ 57.2 ทราบ ภาวะโภชนาการของ มารดา ร้อยละ 58.3 นับถือ ศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 ไม่ได้ทานมังสวิรัต ร้อยละ 98.0 ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 67.5 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 90.6 ไม่มี โรคประจำตัว ร้อยละ 86.7 ภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย 1 เดือนที่ผ่านมาไม่เจ็บป่วย ร้อยละ 72.9 กินผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ช่วยเพิ่ม ความสูง ร้อยละ 97.6 การออกกำลังกายแต่ละ ครั้ง ติดต่อกันมากกว่า 20 นาที และมีความถี่ ในการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ร้อยละ 71.0 นอนหลับ 7-8 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 43.0 แปร่งฟันตอนเช้าร้อยละ 94.1 ไม่มีปัญหาเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากเลย ร้อยละ 45.0 รอบปีที่ผ่านมาเคยไปพบทันตแพทย์

ร้อยละ 100.0 เป็นการตรวจฟัน 76.4 ถอนฟัน ร้อยละ 63.1

ภาวะโภชนาการ

จากการประเมินภาวะโภชนาการ เมื่อใช้ดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีน้ำหนักตามเกณฑ์ร้อยละ 76.0 น้ำหนักค่อนข้างน้อยถึงน้ำหนักน้อย ร้อยละ 10.5 น้ำหนักค่อนข้างมากถึงน้ำหนักมาก ร้อยละ 13.5 เมื่อใช้ดัชนีส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีสูงตามเกณฑ์ ร้อยละ 85.8

ค่อนข้างสูงและสูง ร้อยละ 9.0 ค่อนข้างเตี้ย และเตี้ย ร้อยละ 5.2 เมื่อใช้ดัชนีน้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างสมส่วน ร้อยละ 67.7 ค่อนข้างผอมและผอม ร้อยละ 13.6 ท้วม เริ่มอ้วนและอ้วน ร้อยละ 18.8 ส่วนภาวะสูงดีสมส่วนพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีภาวะสูงดีสมส่วน ร้อยละ 65.3 พบภาวะไม่สูง และไม่สมส่วน ร้อยละ 2.8 ไม่สูง หรือ ไม่สมส่วน ร้อยละ 31.9 รายละเอียด ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ภาวะโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนสังกัดเทศบาลอุดรธานี จำนวน 458 คน

ภาวะโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ
น้ำหนักตามเกณฑ์อายุ		
น้ำหนักน้อย	22	4.8
น้ำหนักค่อนข้างน้อย	26	5.7
น้ำหนักตามเกณฑ์	348	76.0
น้ำหนักค่อนข้างมาก	19	4.1
น้ำหนักมาก	43	9.4
ส่วนสูงตามเกณฑ์อายุ		
เตี้ย	2	0.4
ค่อนข้างเตี้ย	22	4.8
สูงตามเกณฑ์	393	85.8
ค่อนข้างสูง	20	4.4
สูง	21	4.6
น้ำหนักตามเกณฑ์ส่วนสูง		
ผอม	37	8.1
ค่อนข้างผอม	25	5.5

ตารางที่ 1 ภาวะโภชนาการ กลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนสังกัดเทศบาลอุดรธานี
จำนวน 458 คน (ต่อ)

ภาวะโภชนาการ	จำนวน	ร้อยละ
สมส่วน	310	67.7
ท้วม	31	6.8
เริ่มอ้วน	38	8.3
อ้วน	17	3.7
สูงดีสมส่วน		
ไม่สูง และ ไม่สมส่วน	13	2.8
ไม่สูง หรือ ไม่สมส่วน	146	31.9
สูงดีสมส่วน	299	65.3

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสูงดีสมส่วน

พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสูงดีสมส่วน ได้แก่ เพศ ($p\text{-value} = < 0.001$) อายุ ($p\text{-value} = 0.018$) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ($p\text{-value} = < 0.001$) การสูบบุหรี่ ($p\text{-value} = 0.003$) การเจ็บป่วยถึงขั้นที่ต้องกินยาหรือเข้ารับการรักษานใน 1 เดือนที่ผ่านมา ($p\text{-value} = 0.015$) การออกกำลังกายแต่ละครั้ง ติดต่อกันมากกว่า 20 นาที และมีความถี่ในการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ($p\text{-value} = 0.004$)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสูงดีสมส่วน ได้แก่ สถานะภาพสมรสของบิดามารดา ($p\text{-value} = 0.024$) จำนวนพี่น้อง (รวมตัวนักเรียน) ($p\text{-value} = 0.045$) และเงินที่ใช้จ่ายเกี่ยวกับอาหารและเครื่องดื่ม ($p\text{-value} = 0.001$)

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง

ปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารกับภาวะสูงดีสมส่วน พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสูงดีสมส่วน ได้แก่ การกินอาหารเช้า ($p\text{-value} = 0.017$) การกินอาหารครบ 3 มื้อ ($p\text{-value} = 0.027$) การกินผัก ($p\text{-value} = 0.011$) การกินผลไม้ ($p\text{-value} = 0.030$) การกินอาหารประเภทตับเลือด ($p\text{-value} = 0.040$) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัวกับภาวะโภชนาการสูงดี
สมส่วน กลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนสังกัดเทศบาลอุดรธานี จำนวน
458 คน

ปัจจัยด้านบุคคล จำนวน (ร้อยละ)	ภาวะโภชนาการ		χ^2 (p-value)	Fisher's Exact
	ไม่สูงดี สมส่วน	สูงดี สมส่วน		
เพศ				
ชาย	91 (19.9)	86 (18.8)	< 0.001*	
หญิง	68 (14.8)	213 (46.5)		
อายุ				
12-15 ปี	88 (30.7)	199 (69.3)	0.018*	
16-18 ปี	71 (41.5)	100 (58.5)		
การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์				
ไม่ดื่ม	124 (27.1)	185 (40.4)	< 0.001*	
ดื่มเป็นบางครั้ง หรือ ดื่มเป็นประจำ	35 (7.6)	114 (24.9)		
การสูบบุหรี่				
ไม่สูบ	153 (33.4)	262 (57.2)	0.003*	
สูบ และเคยสูบแต่เลิกแล้ว	6 (1.3)	37 (8.1)		
การเจ็บป่วยที่ต้องรับประทานยาหรือ เข้ารับการรักษาใน 1 เดือนที่ผ่านมา				
ไม่ป่วย	127 (27.7)	207 (45.2)	0.015*	
ป่วย	32 (7.0)	92 (20.1)		
การออกกำลังกายแต่ละครั้งติดต่อกัน ไม่น้อยกว่า 20 นาที อย่างน้อย 3 ครั้ง ต่อสัปดาห์				
ไม่ใช่	33 (7.2)	100 (21.8)	0.004*	
ใช่	126 (27.5)	199 (43.4)		

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารกับภาวะโภชนาการ
สูงดีสมส่วน กลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนสังกัดเทศบาลอุดรธานี
จำนวน 458 คน

ความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร	ภาวะโภชนาการ		χ^2 (p-value)	Fisher's Exact
	จำนวน (ร้อยละ)			
	ไม่สูงดี สมส่วน	สูงดี สมส่วน		
ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร				
ต่ำ	20 (4.4)	30 (6.6)	0.406	
ปานกลาง - สูง	139 (30.3)	269 (58.7)		

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมการบริโภคอาหารกับภาวะโภชนาการ
สูงดีสมส่วน กลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนสังกัดเทศบาลอุดรธานี
จำนวน 458 คน

พฤติกรรมการบริโภคอาหาร	ภาวะโภชนาการ		χ^2 (p-value)	Fisher's Exact
	จำนวน (ร้อยละ)			
	ไม่สูงดี สมส่วน	สูงดี สมส่วน		
การรับประทานอาหารเช้า				
น้อยกว่าหรือเท่ากับ 3 วัน/สัปดาห์	103 (22.5)	159 (34.7)	0.017*	
มากกว่าหรือเท่ากับ 4 วัน/สัปดาห์	56 (12.2)	140 (30.6)		
การรับประทานอาหารครบ 3 มื้อ				
ไม่ครบทุกวัน	124 (27.1)	204 (44.5)	0.027*	
รับประทานทุกวัน	35 (7.6)	95 (20.7)		
การรับประทานอาหารผัก				
ไม่ครบทุกวัน	90 (19.7)	205 (44.8)	0.011*	
รับประทานทุกวัน	69 (15.1)	94 (20.5)		

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหารกับภาวะโภชนาการ
สูงตีสมส่วน กลุ่มตัวอย่างนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา โรงเรียนสังกัดเทศบาลอุดรธานี
จำนวน 458 คน (ต่อ)

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร	ภาวะโภชนาการ		χ^2 (p-value)	Fisher's Exact
	จำนวน (ร้อยละ)			
	ไม่สูงตีสมส่วน	สูงตีสมส่วน		
การรับประทานอาหารประเภทตับ				
เลือด				
ไม่ครบทุกวัน	146 (31.9)	288 (62.9)	0.040*	
รับประทานทุกวัน	13 (2.8)	11 (2.4)		

อภิปรายผล

ภาวะสูงตีสมส่วน

จากผลการศึกษาพบว่ามี ความชุก ภาวะสูงตีสมส่วน ร้อยละ 65.3 สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลพร สุขุมาลตระกูล และ ลักษณะิน รุ่งตระกูล ที่ศึกษาการประเมินภาวะโภชนาการ และพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นไทย กลุ่มตัวอย่างคือวัยรุ่นอายุ 15-17 ปี ในเขต จังหวัดนนทบุรีพบว่า มีภาวะสูงตีสมส่วน 66.5⁽⁸⁾ แต่การศึกษานี้ได้ศึกษาวิเคราะห์ภาวะโภชนาการ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นไทย ในกลุ่มวัยรุ่น 15-21 ปี เพิ่มเติม และพบว่า มีภาวะสูงตีสมส่วน 61.7 จากผลในการศึกษาครั้งนี้เทียบกับการศึกษาในอดีตแสดงให้เห็นว่าภาวะสูงตีสมส่วนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น⁽⁹⁾ อาจเนื่องจากลักษณะสังคมไทยในยุคปัจจุบัน มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนมากกว่าเดิม สิ่งแวดล้อมที่มีการเอื้อให้มีสุขภาพดีมากขึ้น เช่น มีพื้นที่ส่งเสริมให้มีกิจกรรม

ทางกาย รวมถึงการเข้าถึงแหล่งอาหารที่มีประโยชน์ และสถานบริการด้านสุขภาพง่ายขึ้น จึงทำให้ภาวะสูงตีสมส่วนเพิ่มขึ้น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสูงตีสมส่วน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับภาวะสูงตีสมส่วน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านบุคคลกับภาวะสูงตีสมส่วน พบว่า ปัจจัยด้านบุคคลมีความสัมพันธ์กับภาวะสูงตีสมส่วนที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ เพศ อายุ การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ การเจ็บป่วยถึงขั้นที่ต้องกินยาหรือเข้ารับการรักษา ใน 1 เดือนที่ผ่านมา,กินผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ช่วยเพิ่มความสูง, การออกกำลังกายแต่ละครั้งติดต่อกันมากกว่า 20 นาที และมีความถี่ในการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ อาจเนื่องจากกลุ่มอายุ และ เพศ โดยเฉพาะเพศหญิง เมื่อเข้าสู่ช่วงวัยรุ่นมักจะมี ความสนใจในการดูแลรูปร่าง

ความสวยงามมากกว่าเมื่อเทียบกับเพศชาย^(9,10) การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับภาวะสูงตีสมส่วน โดยเมื่อเทียบสัดส่วนพบว่าผู้ที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ มีภาวะสูงตีสมส่วนน้อยกว่า ส่วนการออกกำลังกายแต่ละครั้งติดต่อกันมากกว่า 20 นาที และมีความถี่ในการออกกำลังกายอย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ส่งผลต่อภาวะสูงตีสมส่วน สอดคล้องกับการศึกษาของ เทวรัณย์ หรรษ์หิรัญ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนประชาวิทย จังหวัดลำปาง พบว่า การออกกำลังกายมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ⁽¹¹⁾ อาจเป็นผลมาจากการออกกำลังกายเป็นปัจจัยสำคัญในการเพิ่มการใช้พลังงานที่เก็บสะสมไว้ในรูปของไขมัน ซึ่งการออกกำลังกายสามารถควบคุมน้ำหนัก และยังพบว่าการออกกำลังกายในรูปแบบการกระแทกของข้อต่อ เช่น บาสเกตบอล วอลเลย์บอล กระโดดเชือก กระโดดตบ เป็นอีกรูปแบบกิจกรรมทางกายที่กระตุ้นความสูง

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว กับภาวะสูงตีสมส่วน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม และครอบครัวกับภาวะสูงตีสมส่วน พบว่า ปัจจัยด้านเศรษฐกิจ สังคม ครอบครัวมีความสัมพันธ์กับภาวะสูงตีสมส่วนที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ สถานะภาพสมรสของบิดามารดา ($p\text{-value} = 0.024$) จำนวนพี่น้อง (รวมตัวนักเรียน) ($p\text{-value} = 0.045$) และเงินที่ใช้จ่ายเกี่ยวกับ อาหารและเครื่องดื่ม

($p\text{-value} \leq 0.001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เทวรัณย์ หรรษ์หิรัญ ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนประชาวิทย จังหวัดลำปาง พบว่า สถานะภาพสมรสของบิดามารดา เงินที่ใช้จ่ายเกี่ยวกับอาหารและเครื่องดื่ม มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ อาจเป็นผลมาจาก นักเรียนได้รับเงินจากผู้ปกครองมาใช้จ่ายที่โรงเรียนค่อนข้างมาก ส่งผลให้นักเรียนสามารถเลือกซื้ออาหารและเครื่องดื่มที่มีประโยชน์ต่อร่างกาย ได้รับสารอาหารและพลังงานเพียงพอต่อความต้องการ และในการศึกษาครั้งนี้พบว่า จำนวนพี่น้องมีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ โดยพบว่ามีพี่น้อง น้อยกว่าหรือเท่ากับ 2 คน มีภาวะสูงตีสมส่วนมากกว่าเมื่อเทียบกับการมีพี่น้องมากกว่า 2 คน อาจเป็นผลมาจากความเพียงพอของอาหาร รวมไปถึงการดูแลภาวะโภชนาการของพ่อแม่ที่มีต่อลูกได้อย่างทั่วถึง⁽¹¹⁾

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารกับภาวะสูงตีสมส่วน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารกับภาวะสูงตีสมส่วน พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหาร ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับภาวะสูงตีสมส่วนที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ กริช เรืองไชย และอภิญญา อุดระชัย ที่ศึกษาเรื่อง ความรู้ด้านโภชนาการ การบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการในวัยรุ่น จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ที่พบว่าความรู้ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับ

ภาวะโภชนาการที่ระดับ 0.05⁽¹²⁾ และสรุปว่า ความรู้ด้านโภชนาการไม่สามารถบ่งบอกถึงความบกพร่องด้านโภชนาการของเด็กวัยรุ่น อาจเป็นผลมาจากกลไกของการเกิดความรู้ก่อนการเข้าสู่การปฏิบัติทั้งในปัจจุบันและอนาคต ต้องเป็นความรู้ที่มาจากข้อมูลที่มีความน่าเชื่อถือ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมบริโภคอาหารกับภาวะสูงตีสมส่วน

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านพฤติกรรมบริโภคอาหารกับภาวะสูงตีสมส่วนพบว่า ปัจจัยด้านพฤติกรรมบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์กับภาวะสูงตีสมส่วนที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ได้แก่ การกินอาหารเช้า (p-value = 0.017) การกินอาหารครบ 3 มื้อ (p-value = 0.027) การกินผัก (p-value = 0.0011) การกินผลไม้ (p-value = 0.030) การกินอาหารประเภทแป้ง เลือด (p-value = 0.040) สอดคล้องกับการศึกษาของ กุลพร สุขุมลตระกูล และลักษณะ รุ่งตระกูล ที่ศึกษาการประเมินภาวะโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นไทย พบว่า การกินผัก การกินอาหารประเภทแป้ง เลือด มีความสัมพันธ์กับภาวะโภชนาการ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05⁽⁸⁾

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

ข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนา

ภาวะโภชนาการวัยรุ่นเป็นพื้นฐานสำคัญที่จะนำไปสู่ชีวิตที่มีคุณภาพและเติบโตอย่างมีศักยภาพเมื่อเป็นวัยรุ่นผู้ใหญ่ ซึ่งจากผลการศึกษาครั้งนี้พบภาวะโภชนาการสูงตีสมส่วนร้อยละ 65.3 ดังนั้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควร

มีการส่งเสริมภาวะโภชนาการให้มีภาวะสูงตีสมส่วนเพิ่มมากขึ้น ดังนี้

1. สถานศึกษา ควรมีการจัดการเกี่ยวกับอาหารที่เหมาะสมกับภาวะโภชนาการของเด็กแบบรายบุคคล ส่งเสริมการมีกิจกรรมทางกายที่เพียงพอ รวมไปถึงการลดปัจจัยเสี่ยงที่มีผลต่อภาวะทุพโภชนาการ

2. โรงเรียนและครอบครัว ควรมีการสร้างความรู้ด้านสุขภาพโดยการจัดการความรู้ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้ใหม่และประเด็นสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพนักเรียนให้ถูกต้องจนเกิดพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ข้อเสนอแนะงานวิจัยต่อไป

การศึกษาวิจัยครั้งต่อไป ควรศึกษาความรู้ด้านพฤติกรรมสุขภาพของวัยรุ่น โดยเฉพาะการศึกษาความรู้ด้านโภชนาการเพื่อนำไปสู่การสร้างความรู้ด้านพฤติกรรมบริโภคให้ถูกต้องและภาวะโภชนาการที่เหมาะสม อันจะเป็นแนวทางการดำเนินงานที่จะทำให้เด็กมีสุขภาพดี ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ เกี่ยวกับภาวะโภชนาการสูงตีสมส่วน เพื่ออธิบายลักษณะรูปแบบพฤติกรรมที่มีผลต่อภาวะโภชนาการ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาเจ็บป่วยถึงขั้นที่ต้องกินยาหรือเข้ารับการรักษาร้อยละ 27 ซึ่งในส่วนนี้อาจส่งผลต่อภาวะโภชนาการของบุคคล และทำให้ผลภาวะโภชนาการคลาดเคลื่อน ดังนั้นควรกำหนดเกณฑ์การคัดออก Exclusion criteria

อ้างอิง

1. World Health Organization. (2010). Global recommendations on physical activity for health. World Health Organization.
2. กลุ่มบริหารยุทธศาสตร์ สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, บรรณาธิการ. รายงานประจำปี 2562 สำนักโภชนาการ. นนทบุรี: อักษรกราฟฟิค แอนด์ ดีไซน์; 2562.
3. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 ฉบับสุขภาพเด็ก พ.ศ. 2557. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2559.
4. HDC กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละของเด็กอายุ 6 - 14 ปี สูงดีสมส่วน เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2563 [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 12 กุมภาพันธ์ 2563] ; เข้าถึงได้จาก : <https://shorturl.asia/bJF3o>
5. Memon et al. K. Eating disorders in medical students of Karachi, Pakistan-a cross-sectional study. BMC research notes, 2012 . 5(1), 1-7.
6. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการใช้เกณฑ์อ้างอิงการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 6 - 19 ปี. กรุงเทพฯ: ทำด้วยใจ ; 2564. 61
7. นางกุลพร สุขุมลตระกูล, นางสาวลักษณิณ รุ่งตระกูล. การประเมินภาวะโภชนาการและพฤติกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นไทย. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย 2562
8. วิชัย เอกพลากร. พฤติกรรมสุขภาพ. ใน : วิชัย เอกพลากร, บรรณาธิการ. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2552. 47-114.
9. เต็มศักดิ์ คทวนิช. General Psychology จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพฯ: ซีเอ็ดดูเคชั่น; 2556.
10. เทวรัณย์ ทรัพย์ศิริ. ปัจจัยที่มีผลต่อภาวะโภชนาการของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนประชาวิทย์ จังหวัดลำปาง (การค้นคว้าแบบอิสระ) ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนาการศึกษาศาสตร์ศึกษา. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2556.
11. กริช เรืองไชย, อภิญญา อุดระชัย. ความรู้ด้านโภชนาการ การบริโภคอาหารและพฤติกรรมการออกกำลังกายที่ส่งผลต่อภาวะโภชนาการในวัยรุ่น จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. วารสารวิจัยและพัฒนาสุขภาพ. 2565; 15(1): 101-115.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ในการช่วยเหลือสนับสนุน ผู้ดูแลหลักในครอบครัว

ฤทธิ์รงค์ เรืองฤทธิ์¹ พิสมัย ศรีทำนา²

(วันที่รับบทความ: 2 ตุลาคม 2566; วันที่แก้ไข: 12 ธันวาคม 2566; วันที่ตอบรับ: 22 ธันวาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลหลักในครอบครัว เป็นวิจัยแบบ Quasi Experimental สองกลุ่มวัดซ้ำ โดยวัดก่อนและหลังการทดลอง 3 เดือน กลุ่มตัวอย่างคือผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องในการรับรู้และมีภาวะสมองเสื่อมมีอาการผิดปกติทางพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมอย่างน้อยหนึ่งอาการและผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยในครอบครัวเดียวกัน ในจังหวัดมหาสารคาม จำนวน 172 คู่ เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 86 คู่ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลหลักในครอบครัว ภายใต้การกำกับดูแลของ Care Manage และ Care Giver ระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลปกติตามแผน Long term care

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุกลุ่มทดลอง หลังทดลองโปรแกรมการดูแลสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ มีความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันดีขึ้นและเมื่อเปรียบเทียบกับความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาระการดูแลของผู้ดูแลหลักในกลุ่มทดลองพบว่า หลังทดลอง ภาระการดูแลลดลงจากก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเมื่อเปรียบเทียบกับความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนภาระการดูแลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง พบว่า มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอมีความเหมาะสม ส่งผลเชิงบวกต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีความบกพร่องทางการรับรู้หรือมีภาวะสมองเสื่อมและผู้ดูแลหลักในครอบครัว ทำให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ : ประสิทธิภาพ, การดูแลสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ, ผู้ดูแลหลัก, ผู้สูงอายุ

¹⁻²นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ สสจ.มหาสารคาม

Corresponding author: ฤทธิ์รงค์ เรืองฤทธิ์, e-mail: ruangrith07@gmail.com

Effectiveness of the Program to Provide Adequate Care for the Elderly with Dementia to Helping and Supporting Caregivers in the Family

Rittirong Reaungrit¹ Pisamai Sritumna²

(Received 2nd October 2023; Revised : 12th December 2023; Accepted 22nd December 2023)

Abstract

This research aims to determine the effectiveness of the program for providing adequate care for the elderly with dementia for helping and supporting the primary caregiver in the family in Maha Sarakham Province, this was a Quasi Experimental research with two repeated measures groups. Measurements were taken before and after the experiment for 3 months. The sample group was the elderly, who are cognitively impaired and have dementia, have at least one behavioral disorder related to dementia, and caregivers of elderly living in the same family in Maha Sarakham Province, there were 172 couples, there were an experimental group and a control group, 86 couples in each group. The experimental group received an adequate care program for the elderly with dementia in helping and supporting the caregiver in the family under the supervision of Care Manager and Care Giver for a period of 12 weeks, the control group received normal care according to the Long term care plan.

The results found that Elderly people in the experimental group after testing a program the ability to carry out daily activities improved and when comparing the differences in the average scores for ability to carry out daily living activities. Between the experimental group and the control group after the experiment, it was found that there were statistically significant. The burden of care for the caregiver in the experimental group, it was found that after the experiment, the burden of care decreased from before the experiment statistically significant, and when comparing the difference in mean care burden scores between the experimental and control groups after the experiment, it was found that there was a statistically significant.

Adequate care programs for elderly people with dementia are appropriate on the care of elderly people with cognitive impairments or dementia and their family caregivers.

Keyword: Effectiveness, dementia care, caregivers, elderly

¹⁻²Public Health Technical Officer (Professional Level)

Corresponding author: Rittirong Reaungrit, e-mail: ruangrith07@gmail.com

1. บทนำ (Introduction)

ประเทศไทยกำลังเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์แบบ ประชากรผู้สูงอายุที่เพิ่มขึ้นมีผลทำให้จำนวนผู้ป่วยสมองเสื่อมเพิ่มขึ้นตามจำนวนประชากรผู้สูงอายุ ดังพบว่าความชุกของภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นตามช่วงอายุ อายุ 60-69 ปี ร้อยละ 7.1 อายุ 70-79 ปี ร้อยละ 14.7 และอายุ 80 ปีขึ้นไปร้อยละ 32.5⁽¹⁾ แนวโน้มภาวะสมองเสื่อมจึงเป็นปัญหาสำคัญในผู้สูงอายุและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จังหวัดมหาสารคามประชากรผู้สูงอายุตามทะเบียนราษฎร มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจะเห็นได้จากข้อมูลอัตราผู้สูงอายุ ดังนี้ ปี 2563 ร้อยละ 15.22 ปี 2564 ร้อยละ 17.98 ปี 2565 ร้อยละ 18.74 ปี 2566 และร้อยละ 20.61 ตามลำดับ (ฐานข้อมูล HDC มหาสารคาม, มกราคม 2566) จากการนำข้อมูลการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 (2557) มาเป็นข้อมูลในการคาดประมาณจำนวนผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมพบว่าในปี พ.ศ. 2559 มีจำนวน 617,000 คน และในปี พ.ศ. 2580 จะมีจำนวนผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมเพิ่มขึ้น 1,350,000 คน และพบว่าปัญหาด้านการวินิจฉัยยังเป็นปัญหาเกือบทุกประเทศเนื่องจากต้องอาศัยแพทย์เฉพาะทาง เช่น อายุรแพทย์ อายุรแพทย์ระบบประสาท อายุรแพทย์เวชศาสตร์ผู้สูงอายุ และจิตแพทย์ สำหรับการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมถือเป็นความท้าทายอย่างมาก เนื่องจากปกติผู้สูงอายุก็นมีปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อนมากอยู่แล้ว โดยจะต้องได้รับการดูแลที่ต่างจาก ผู้ป่วยอื่นๆ แต่หากเป็นผู้สูงอายุที่มีภาวะ

สมองเสื่อมด้วย ก็ยังต้องการความดูแลมากขึ้น⁽²⁾ ภายใต้สถานการณ์ “สังคมผู้สูงอายุแบบสมบูรณ์แบบ” การพัฒนาระบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมจึงเป็นสิ่งจำเป็นและมีความสำคัญต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะ สมองเสื่อมในอนาคต อย่างไรก็ตามการดูแลรักษาผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมส่วนใหญ่เป็นแบบประคับประคองและได้ผลจำกัด เนื่องจากการพร่องความรู้ ความเข้าใจในการคัดกรองและพัฒนาศักยภาพสมองเพื่อป้องกันชะลอภาวะสมองเสื่อมที่ไม่ต่อเนื่องส่งผลให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมมากขึ้นและเป็นภาระในการดูแลของคนในครอบครัวเพิ่มมากขึ้น^(3,4)

การศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมที่ผสมผสานการออกกำลังกายและการจัดการพฤติกรรมสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะสมองเสื่อมภายใต้การกำกับดูแลของผู้จัดการดูแล (Care Manager) ให้ผู้ดูแล (Care Giver) ดำเนินการตามแผนการดูแล (Care plan) และมีผู้จัดการดูแลเป็นผู้ควบคุมการดูแลและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว ดำเนินการตามแผนการดูแลตามชุดสิทธิประโยชน์ของระบบการดูแลระยะยาว⁽⁵⁾ ในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลหลักในครอบครัว จังหวัดมหาสารคาม เป็นส่วนหนึ่งของการวิจัยเรื่อง การสร้างความร่วมมือเพื่อการดูแลรักษาผู้ป่วยสมองเสื่อมสูงอายุ เขตสุขภาพที่ 7: โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ (The Partnership in Implementation Science for Geriatric Mental Health (PRISM) In Health Region no

7: Sufficient Care for Dementia) เพื่อให้การดูแลตามโปรแกรมการดำเนิน การแทรกแซงที่ส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่มีภาวะสมองเสื่อมด้วยการออกกำลังกายและส่งเสริมให้ผู้ดูแลในครอบครัวได้รับความรู้เกี่ยวกับวิธีการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยสมองเสื่อม (BPSD) อย่างมีประสิทธิภาพและสอดคล้องกับนโยบายพัฒนาระบบบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่มีภาวะพึ่งพิง Long Term Care

2. วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลหลักในครอบครัว

3. วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology) - ประกอบไปด้วย

3.1 ประชากร คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนในจังหวัดมหาสารคาม ที่มีความบกพร่องในการรับรู้และมีภาวะสมองเสื่อมและมีอาการผิดปกติทางพฤติกรรมและอาการทางด้านจิตที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (BPSD) อย่างน้อยหนึ่งอาการ และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ครอบครัวเดียวกันกับผู้สูงอายุ

3.2 กลุ่มตัวอย่างและขนาดตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุ อายุ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในชุมชนในจังหวัดมหาสารคาม ที่มีความบกพร่องในการรับรู้และมีภาวะสมองเสื่อมและมีอาการผิดปกติทางพฤติกรรมและอาการทางด้านจิตที่สัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อม (BPSD) อย่างน้อยหนึ่งอาการ และผู้ดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ครอบครัว

เดียวกันกับผู้สูงอายุที่เข้าตามเกณฑ์และสามารถศึกษาได้

คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน โดยใช้โปรแกรม G*Power กำหนดค่า effect size = 0.5 error prob = 0.05 Power (1- err prob) = 0.90 ได้ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม เท่ากับ 86 คน สุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมโดยการสุ่มอย่างง่ายตามพื้นที่อำเภอ โดยเลือกพื้นที่กลุ่มทดลอง จำนวน 7 อำเภอ และพื้นที่กลุ่มควบคุม จำนวน 6 อำเภอ จากนั้นสุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ ให้ได้จำนวน 86 คู่ ผู้สูงอายุและผู้ดูแล รวมสองกลุ่มเป็น 172 คู่

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria)

1. ผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ
2. ยินยอมและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานจนสิ้นสุดโครงการ
3. ผู้ใหญ่ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปโดยอ้างอิงจากฐานข้อมูลเวชระเบียนของหน่วยบริการการดูแลระยะยาวที่เข้าร่วมการศึกษาหรือจากหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ
4. มีอาการที่สงสัยภาวะสมองเสื่อม ประเมินโดยแบบสอบถาม Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE) จำนวน 16 ข้อ
5. ผลการประเมินภาวะบกพร่องทางการรับรู้หรือมีประวัติได้รับการวินิจฉัยภาวะสมองเสื่อม
6. มีผู้ดูแลในครอบครัว (อายุ 18 ปีขึ้นไป) ที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยหรือใช้เวลาอย่างน้อย 4 ชั่วโมงทุกวันกับผู้ป่วยอย่างเต็มที่ซึ่งตกลง

ที่จะเข้าร่วมและช่วยเหลือผู้ป่วยในการดำเนินการตาม Care plan

เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

1. ผู้ป่วยไม่ได้ให้ความยินยอมในการเข้าร่วมการศึกษา
2. ผู้ดูแลในครอบครัว ไม่ได้ให้ความยินยอมสำหรับการเข้าร่วมของผู้ป่วยในการดำเนินการแทรกแซงตามการศึกษา
3. ผู้สูงอายุมีประวัติโรคหัวใจ
4. ผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง มีระดับความดันโลหิตสูงของค่า SBP และค่า DBP เกินค่าที่กำหนด ได้แก่ 180/109 mmHg ขึ้นไป

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย,

ชุดที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมและผู้ดูแล: เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัยในกลุ่มทดลอง คือ โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อม อย่างเพียงพอ^(5,6) ภายใต้การกำกับดูแลของ Care Manager และ Care Giver ดำเนินการตามแผนการดูแล (Care plan) และมีผู้จัดการดูแลเป็นผู้ควบคุมการดูแลและสนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว จำนวน 12 ครั้ง ในช่วงระยะเวลา 12 สัปดาห์ในกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมระบบการดูแลระยะยาวปกติ

ชุดที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินการคัดกรอง การประเมินผลการคัดกรอง แบบประเมิน Informant Questionnaire on Cognitive Decline (IQCODE) ในผู้สูงอายุ: เป็นแบบสอบถามที่สั้น ได้จากการรายงานของ

ผู้ดูแลที่ประเมินความบกพร่องทางการรับรู้ในผู้สูงอายุ (ตามที่ญาติที่ใกล้ชิดหรือเพื่อนสังเกตเห็น) กรณีผลบวกคือมีคะแนนเฉลี่ย ≥ 3.47 หมายถึงเป็นไปได้ที่จะมีภาวะสมองเสื่อม

ชุดที่ 3 เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินผล

1. เครื่องมือประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต (Activity of daily livings: ADLs) โดยใช้เครื่องมือประเมิน Modified Barthel index มีทั้งหมดจำนวน 10 ข้อ คะแนนรวม 20 คะแนน มีจุดตัดคะแนนการพึ่งพิงระยะยาว คือคะแนนน้อยกว่า 12 คะแนน^(7,8) ดำเนินการทดสอบเครื่องมือได้ค่าสัมประสิทธิ์ของอัลฟา (Alpha) เท่ากับ 0.84⁽⁹⁾

2. แบบสอบถามภาระการดูแล (Zarit Burden Index :ZBI) เป็นการประเมินจากผู้ดูแลหลักในครอบครัวเกี่ยวกับความรู้สึกต่อภาระในการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมในช่วงระยะเวลา 12 สัปดาห์ที่ผ่านมา มีทั้งหมดจำนวน 12 ข้อ ซึ่งแบ่งความรู้สึกออกเป็น 5 ระดับให้เลือกตอบ คือ ไม่เคยเลย นาน ๆ ครั้ง เป็นบางครั้ง ค่อยข้างบ่อย หรือ เกือบจะเป็นประจำ จุดตัดคะแนน มากกว่าหรือเท่ากับ 17 คะแนน หมายถึง รู้สึกเป็นภาระ⁽¹⁰⁾ เครื่องมือได้รับการแปลและถูกทดสอบในประเทศไทย⁽¹¹⁾

4. วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ช่วงก่อนเริ่มดำเนินการ ดำเนินการเก็บข้อมูลพื้นฐานและประเมินความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของผู้สูงอายุและภาระการดูแลของผู้ดูแลหลักในครอบครัว

2. จากนั้นทดลองใช้โปรแกรมการดูแล

ผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลหลักในครอบครัว เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ ประกอบด้วย

สัปดาห์ที่ 1 เยี่ยมบ้านโดย CM ร่วมกับแพทย์ หรือ ทีมสหสาขาวิชาชีพและ CG : ดูแลภาวะสุขภาพ การเจ็บป่วย ให้ความรู้เรื่องโรคสมองเสื่อม

สัปดาห์ที่ 2-4 เยี่ยมบ้านโดย CG ทำกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย จัดการพฤติกรรมที่สัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อม สนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว และทำกิจกรรมสร้างสุข

สัปดาห์ที่ 4 เยี่ยมบ้านโดย CM : สร้างเครือข่ายการดูแลและดูแลสิทธิและสวัสดิการทางสังคม

สัปดาห์ที่ 5-8 เยี่ยมบ้านโดย CG ทำกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย จัดการพฤติกรรมที่สัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อม สนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว ทำกิจกรรมสร้างสุข ดูแลภาวะโภชนาการ ดูแลสิ่งแวดล้อม และเข้าร่วมกิจกรรมในสังคมและศาสนา

สัปดาห์ที่ 8 เยี่ยมบ้านโดย CM : สร้างเครือข่ายการดูแลและดูแลสิทธิและสวัสดิการทางสังคม

สัปดาห์ที่ 9-12 เยี่ยมบ้านโดย CG ทำกิจกรรมทางกายหรือออกกำลังกาย จัดการพฤติกรรมที่สัมพันธ์ต่อภาวะสมองเสื่อม สนับสนุนผู้ดูแลในครอบครัว และทำกิจกรรมสร้างสุข

สัปดาห์ที่ 12 เยี่ยมบ้านโดย CM : สร้างเครือข่ายการดูแลและดูแลสิทธิและสวัสดิการทางสังคม

3.ประเมินผลของโปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ในการช่วยเหลือสนับสนุนผู้ดูแลหลักในครอบครัว หลังการดำเนินการครบ 12 สัปดาห์

5. สรุปข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของข้อมูล

6. บันทึกข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ เพื่อเตรียมวิเคราะห์ผลการทดลอง

7. ระยะเวลาดำเนินการระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ 2566 ถึง พฤษภาคม 2566

5. สถิติที่ใช้ในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน และคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test และเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันและคะแนนภาระการดูแลของผู้ดูแลหลัก ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติทดสอบ Independent t-test

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จากวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เลขที่ IRB-BCNKK-5-2022 ลงวันที่ 2 พฤษภาคม 2565

7. ผลการวิจัย (Result)

ลักษณะทั่วไปของประชากร

ผู้สูงอายุ: กลุ่มทดลอง พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.4 มีอายุเฉลี่ย 75 ปี (Sd.= 6.93) อายุต่ำสุด 65 ปี สูงสุด 88 ปี กลุ่มอายุ 70-79 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 54.70 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรส หมาย ร้อยละ 57 ระดับการศึกษาประถมศึกษา มากที่สุดร้อยละ 82.6 หยุดทำงานแล้วและอาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 33.7 อาศัยอยู่ร่วมกับ ผู้ดูแลหลักในครอบครัว 88.4 เคยสูบบุหรี่ แต่เลิกแล้วร้อยละ 88.40 เคยดื่มแต่เลิกแล้ว ร้อยละ 88.45 ส่วนมากป่วยเป็นโรคเบาหวาน

และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 29.10 กลุ่มควบคุม พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.4 มีอายุเฉลี่ย 75.5 ปี (Sd.= 6.95) อายุต่ำสุด 64 ปี สูงสุด 88 ปี กลุ่มอายุ 70-79 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 60.5 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพ สมรส หมาย ร้อยละ 57 ระดับการศึกษาประถม ศึกษามากที่สุด ร้อยละ 82.6 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 37.2 อาศัยอยู่ร่วมกับผู้ดูแลหลัก ในครอบครัว ร้อยละ 87.2 เคยสูบบุหรี่แต่ เลิกแล้ว ร้อยละ 87.2 เคยดื่มแต่เลิกแล้ว ร้อยละ 87.2 ส่วนมากป่วยเป็นความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.0 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=86)		กลุ่มควบคุม (n=86)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศหญิง				
- ชาย	28	32.6	28	32.6
- หญิง	58	67.4	58	67.4
กลุ่มอายุ				
- กลุ่มอายุ 60-69 ปี	14	16.3	16	18.6
- กลุ่มอายุ 70-79 ปี	47	54.7	52	60.5
- มากกว่า 79 ปี	25	29.1	18	20.9
อายุเฉลี่ย (sd) min, max	75.9(6.93)	65,88	75.5(6.95)	64,88
ศาสนา				
- พุทธ	86	100	86	100
สถานภาพสมรส				
- โสด	8	9.3	7	8.1

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=86)		กลุ่มควบคุม (n=86)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- สมรส	29	33.7	30	34.9
- หม้าย	49	57	49	57.0
ระดับการศึกษา				
- ประถมศึกษา	71	82.6	71	82.6
- มัธยมศึกษา	12	14	12	14.0
- ปริญญาตรี ขึ้นไป	2	2.3	3	3.5
- อื่นๆ (ปวช.)	1	1.2	0	0
อาชีพในอดีต				
- หยุดทำงานแล้ว	29	33.7	27	31.4
- เกษตรกรรม	29	33.7	32	37.2
- รับจ้าง	28	32.6	27	31.4
บทบาทสถานะในครอบครัว				
- หัวหน้าครอบครัว	4	4.7	5	5.8
- สมาชิกในครอบครัว	76	88.4	76	88.4
- ผู้อาศัย	6	7	5	5.8
อาศัยรวมกับผู้ดูแลหลักในครอบครัว				
- ไม่มีผู้ดูแล อาศัยอยู่คนเดียว	4	4.7	5	5.8
- มีผู้ดูแลอาศัยอยู่ร่วมด้วยในครอบครัว	76	88.4	75	87.2
- มีผู้ดูแลแต่ไม่ได้อาศัยอยู่ร่วมด้วยในครอบครัว	6	7	6	7.0
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ				
- ไม่มีผู้ดูแล	4	4.7	5	5.8
- คู่สมรส	76	88.4	75	87.2
- บุตร	6	7	6	7.0

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุ จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=86)		กลุ่มควบคุม (n=86)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ประวัติการสูบบุหรี่				
- ไม่เคยสูบ	4	4.7	4	4.7
- เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	76	88.4	75	87.2
- ยังสูบบุหรี่	6	7	7	8.1
ประวัติการดื่มสุรา				
- ไม่เคยสูบ	4	4.7	4	4.7
- เคยสูบบุหรี่แต่เลิกแล้ว	76	88.4	75	87.2
- ยังสูบบุหรี่	6	7	7	8.1
โรคประจำตัว				
- ความดัน	25	29.1	26	30.2
- เบาหวาน	25	29.1	25	29.1
- โรคหัวใจ	24	27.9	24	27.9
- ข้อเสื่อม	12	14	11	12.8

ผู้ดูแลหลักในครอบครัว : กลุ่มทดลอง
 ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.4 มีอายุเฉลี่ย 43 ปี (Sd.= 5.03) อายุต่ำสุด 34 ปี สูงสุด 53 ปี กลุ่มอายุ 40-49 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 59.3 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 57 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 82.6 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,000 บาท อาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เป็นบุตรสาว ร้อยละ 80.8 อาศัยอยู่รวมบ้านเดียวกัน ร้อยละ 98.21 ระยะเวลาที่ดูแลกว่า 8 ปี มีคนมาช่วยดูแล 2 คน ร้อยละ 65.3 รองลงมา มีคนช่วยดูแลมากกว่า 2 คน ร้อยละ

24.10 มีโรคประจำตัวโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 32.45 รองลงมาเบาหวาน 13.50

กลุ่มควบคุม ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.4 มีอายุเฉลี่ย 46 ปี (Sd.= 7.03) อายุต่ำสุด 35 ปี สูงสุด 54 ปี กลุ่มอายุ 40-49 ปี มีจำนวนมากที่สุด ร้อยละ 60.1 ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58 ระดับการศึกษามัธยมศึกษา มากที่สุด ร้อยละ 81.5 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 8,000 บาท อาศัยอยู่ร่วมกับผู้สูงอายุ มีความสัมพันธ์เป็นบุตรสาว ร้อยละ 81.0 อาศัยอยู่รวมบ้านเดียวกัน ร้อยละ 97.85 ระยะเวลาที่ดูแลกว่า 8 ปี มีคนมาช่วยดูแล

2 คน ร้อยละ 64.6 รองลงมา มีคนช่วยดูแล โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 28.45 รองลงมา มากกว่า 2 คน ร้อยละ 25.21 มีโรคประจำตัว เบาหวาน ร้อยละ 10.80 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=86)		กลุ่มควบคุม (n=86)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศหญิง				
- ชาย	28	32.6	34	39.5
- หญิง	58	67.4	52	60.5
อายุ				
- 30-39 ปี	24	27.9	17	19.8
- 40-49 ปี	51	59.3	52	60.5
- 50-59 ปี	11	12.8	17	19.8
อายุเฉลี่ย (sd) min, max	43.2 (5.03)	34,53		
ศาสนา				
- พุทธ	86	100	86	100
สถานภาพสมรส				
- โสด	8	9.3	7	8.1
- สมรส	29	33.7	34	39.5
- หม้าย	49	57	45	52.3
ระดับการศึกษา				
- ประถมศึกษา	71	82.6	74	86.0
- มัธยมศึกษา	12	14	10	11.6
- ปริญญาตรี ขึ้นไป	2	2.3	2	2.3
- อื่นๆ (ปวช.)	1	1.2	0	0
อาชีพ				
- หยุดทำงานแล้ว	29	33.7	28	32.6
- เกษตรกรรม	29	33.7	32	37.2
- รับจ้าง	28	32.6	26	30.2

ตารางที่ 2 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแล จำแนกตามกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ต่อ)

ข้อมูล	กลุ่มทดลอง (n=86)		กลุ่มควบคุม (n=86)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
บทบาทสถานะในครอบครัว				
- หัวหน้าครอบครัว	4	4.7	5	5.8
- สมาชิกในครอบครัว	76	88.4	74	86.0
- ผู้อาศัย	6	7	7	8.1
อาศัยรวมกับผู้ดูแลหลักในครอบครัว				
- ไม่ได้อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน	10	11.6	11	12.8
- อาศัยอยู่ในบ้านหลังเดียวกัน	76	88.4	75	87.2
ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลกับผู้สูงอายุ				
- ผู้ดูแลรับจ้าง	4	4.7	1	1.2
- คู่สมรส	76	88.4	78	90.7
- บุตร	6	7	7	8.1

คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ สถิติ ที่ค่าผลต่างของคะแนนเท่ากับ 1.61 (95%CI:1.18,2.04) และในกลุ่มควบคุมพบว่า ก่อนและหลังทดลองคะแนนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ค่าผลต่างของคะแนนเท่ากับ 0.08 (95 %CI:-0.01,0.18) ดังแสดงในตารางที่ 3

กลุ่มทดลอง พบว่า ภายหลังการทดลองผู้สูงอายุมีคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน มากกว่าก่อนการทดลอง และมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทาง

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันก่อนและหลังการทดลอง

คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)	ก่อนการทดลอง (n=86)		หลังการทดลอง (n=86)		Mean differences 95%CI	p-value
	$\bar{X}$	Sd.	$\bar{X}$	Sd.		
กลุ่มทดลอง	8.88	1.81	10.50	0.85	1.61 (1.18, 2.04)	<0.001*
กลุ่มควบคุม	8.93	1.77	9.01	1.78	0.08 (-0.01, 0.18)	0.10

* นัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนแตกต่างกับ

กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ค่าผลต่างของคะแนนเท่ากับ 1.48 (95%CI: 1.06, 1.90) ดังแสดงตารางที่ 4

ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คะแนนความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน (ADL)	หลังการทดลอง (n=86)		Mean differences (95%CI)	p-value
	$\bar{X}$	Sd.		
กลุ่มทดลอง	10.50	0.85	1.48 (1.06, 1.90)	<0.001*
กลุ่มควบคุม	9.01	1.78		

* นัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ภาระการดูแล (Zarit Burden Index :ZBI) ของผู้ดูแลในครอบครัว

ภาระการดูแลของผู้ดูแลในครอบครัว พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนภาระการดูแลแตกต่างกับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยมีค่าคะแนนภาระการดูแลลดลงที่ค่าผลต่างของคะแนนเท่ากับ -15.06

(95%CI:-16.58, -13.55) โดยหลังทดลองมีคะแนนลดลงเฉลี่ย 15.06 และในกลุ่มควบคุมพบว่า ภายหลังการทดลองมีคะแนนภาระการดูแลแตกต่างกับก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่าคะแนนภาระการดูแลเพิ่มขึ้นที่ผลต่างของคะแนนเท่ากับ 1.93 (95%CI:1.57,2.29) ดังแสดงตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบคะแนนภาระการดูแล (ZBI) ของผู้ดูแลในครอบครัว ก่อนและหลังการทดลอง

ภาระการดูแล (ZBI) ของผู้ดูแลในครอบครัว	ก่อนการทดลอง (n=86)		หลังการทดลอง (n=86)		Mean differences (95%CI)	p-value
	$\bar{X}$	Sd.	$\bar{X}$	Sd.		
กลุ่มทดลอง	24.08	6.98	9.01	0.96	-15.06 (-16.58,-13.55)	<0.001*
กลุ่มควบคุม	23.93	6.98	25.91	6.19	1.93 (1.57,2.29)	<0.001*

* นัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

การการดูแล (ZBI) ของผู้ดูแล ผลต่างของคะแนนเท่ากับ -16.9 (95%CI: ในครอบครัวพบว่า ภายหลังการทดลอง -18.24,-15.57) โดยหลังทดลองมีคะแนนลดลง กลุ่มทดลองมีคะแนนการดูแลแตกต่าง เฉลี่ย 16.9 ดังแสดงในตารางที่ 6 กับกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ค่า

ตารางที่ 6 การเปรียบเทียบคะแนนการดูแล (ZBI) ของผู้ดูแลในครอบครัว หลังการทดลอง

การการดูแล (ZBI) ของผู้ดูแลในครอบครัว	หลังการทดลอง(n=86) $\bar{X}$	Sd.	Mean differences (95%CI)	p-value
กลุ่มทดลอง	9.01	0.96	-16.9 (-18.24,-15.57)	<0.001*
กลุ่มควบคุม	25.91	6.19		

* นัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ความพึงพอใจต่อกิจกรรมตามโปรแกรม

ผลการประเมินความพึงพอใจต่อโปรแกรมของผู้ดูแลหลักพบว่า มีคะแนนความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง ทั้งหมด โดยในภาพรวมมีค่าเท่ากับร้อยละ 80 ความพึงพอใจต่อการ

ฝึกปฏิบัติตามทักษะที่ได้รับมอบหมายที่บ้านเท่ากับร้อยละ 100 อยากทำ ชอบกิจกรรมตามโปรแกรมนี้อย่างยอมรับกิจกรรมตามโปรแกรมนี้นี้เท่ากับร้อยละ 90 ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 ความพึงพอใจต่อกิจกรรมตามโปรแกรมของผู้ดูแลหลักในครอบครัว

รายการประเมิน	ร้อยละ
(1) ฉันฝึกปฏิบัติตามทักษะที่ได้รับมอบหมายที่บ้าน	100
(2) กิจกรรมตามโปรแกรมนี้นำมาทำให้ฉันอยากทำ ฉันชอบกิจกรรมตามโปรแกรมนี้นี้	90
(3) ฉันยอมรับกิจกรรมตามโปรแกรมนี้นี้	90
(4) ฉันตั้งใจที่จะเข้าร่วมกิจกรรมตามแผนนี้และกิจกรรมทั้งหมดเหมาะสมกับชีวิตของฉัน	80
(5) ฉันพบว่ากิจกรรมตามโปรแกรมสามารถช่วยเหลือฉันได้	80
(6) ฉันมีความพึงพอใจกับกิจกรรมตามโปรแกรมโดยรวม	80
(7) กิจกรรมตามโปรแกรมนี้นี้เป็นไปตามความปรารถนาของฉัน	70

8. อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

1. การใช้โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ ในการช่วยเหลือสนับสนุน ผู้ดูแลหลักในครอบครัว มีข้อดีคือ ช่วยเพิ่มความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุ โดยพบว่าก่อนทดลองกลุ่มทดลอง มีคะแนน เฉลี่ยความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันจัดอยู่ในกลุ่มติดบ้าน (ADL5-11) ภายหลังการทดลองมีคะแนน ADL เพิ่มขึ้นแต่ยังจัดอยู่ในกลุ่มติดบ้านเหมือนเดิม เช่นเดียวกันกับกลุ่มควบคุม สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา^(12,13) ที่พบว่าความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวันของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมในผู้สูงอายุ

2. ภาระการดูแล (ZBI) ของผู้ดูแลในครอบครัวพบว่า ภายหลังการทดลองมีภาระการดูแลลดลงกว่าก่อนการทดลองและน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้เป็นเพราะ กิจกรรมที่ให้ความรู้เรื่องสมองเสื่อม ทำให้ผู้ดูแลเข้าใจในโรคสมองเสื่อมที่ผู้สูงอายุเป็นอยู่และการทำกิจกรรมร่วมกันของสหวิชาชีพ Care managers และ Care giver และผู้ดูแลหลักได้ฝึกปฏิบัติตามทักษะที่ได้รับมอบหมายที่บ้าน ทำให้เกิดความร่วมมือที่ดีและยอมรับกิจกรรมตามโปรแกรมของผู้ดูแลหลัก ทำให้จัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้สูงอายุได้ ส่งผลทำให้เกิดพึงพอใจกับกิจกรรมตามโปรแกรมและเกิดบรรยากาศสงบสุขภายในบ้านสอดคล้องกับการศึกษาของสาธิตา แรกกำนวน และพิรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย⁽¹⁴⁾ พบว่าปัจจัยด้านปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแล

ของผู้ดูแล ได้แก่ ผลกระทบของปัญหาพฤติกรรมผู้ป่วยต่อผู้ดูแลในระดับปานกลางถึงมาก และ สอดคล้องกับหลายการศึกษาที่ผ่านมา^(15,16) ที่พบว่าหลังโปรแกรมการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุดีขึ้น

ดังนั้น โปรแกรมการดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ จึงเป็นรูปแบบที่ดีเหมาะสม อันจะส่งผลให้ผู้สูงอายุสมองเสื่อมได้รับบริการดูแลและส่งเสริมให้ผู้ดูแลหลักในครอบครัวได้รับความรู้การศึกษาเกี่ยวกับวิธีการจัดการพฤติกรรมที่เป็นปัญหาของผู้ป่วยสมองเสื่อม เพื่อลดภาระของผู้ดูแล ทำให้ผู้สูงอายุและผู้ดูแลหลักในครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

9. กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement)

ขอขอบพระคุณ รศ.นพ.ธวัชชัย ฤกษ์ณะ ประกรกิจ จิตแพทย์โรงพยาบาลชุมแพ ดร.ศิราณี ศรีหาภาค วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น ที่ให้กำลังใจ ความช่วยเหลือ แนะนำ ในการทำงานวิจัยชิ้นนี้จนสำเร็จลุล่วงด้วยดี

10. เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. วิชัย เอกพลากร. รายงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
2. กรมการแพทย์. รายงานผลการศึกษาระบบการคุ้มครองด้านสุขภาพและสังคม สำหรับผู้ที่มีภาวะสมองเสื่อมที่มีปัญหาและความต้องการการดูแลระยะยาว ในชุมชนชนบท. กรุงเทพฯ; 2560.

3. ปิ่นนเรศ กาศอุดม, ฆนรศ อภิญญาลังกร, กัญญ์สินี จันทร์เจริญ, นิมิตฺตฺรา แว. บทบาทครอบครัวในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ ในสถานการณ์การเปลี่ยนแปลง. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2561;5(3):300–10.
4. วิณา ลิ้มสกุล, อุไรวรรณ แ่งจ้อย และอาภรณ์ สุขโสดา. ผลของการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้มีภาวะสมองเสื่อม ต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้มีภาวะสมองเสื่อมและความเครียดของผู้ดูแล. วารสารพยาบาล. 2557;4(63).
5. ธวัชชัย กฤษณะประกรกิจ และคณะ. การดูแลผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอสำหรับแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว. ขอนแก่น: บริษัทเพ็ญพรินตึง จำกัด; 2565.
6. ศิราณี ศรีหาภาคและคณะ. คู่มือพัฒนาศักยภาพผู้จัดการดูแลและบุคลากรสุขภาพ การดูแล ผู้สูงอายุสมองเสื่อมอย่างเพียงพอ. พิมพ์ครั้งที่ 1. ขอนแก่น : บริษัทเพ็ญพรินตึง จำกัด; 2565.
7. Wade DT, Collin C. The Barthel ADL Index a standard measure of physical disability. Int Disabil Stud. 1988;10(2):64-7.
8. Jitapunkul S, Kamolratanakul P, Ebrahim S. The meaning of activities of daily living in a Thai elderly population: development of a new index. Age Ageing. 1994;23(2):97-101.
9. Chen H, Levkoff S, Chuengsatiansup K, Sihapark S, Hinton L, Gallagher-Thompson D, et al. Implementation Science in Thailand: Design and Methods of a Geriatric Mental Health Cluster-Randomized Trial. Psychiatr Serv. 2022;73(1):83–91.
10. Bédard M, William Molloy D, Squire L, Dubois S, Lever JA. The Zarit Burden Interview: A New Short Version and Screening Version. The Gerontologist. 2001; 41(5),652-657.
11. Pinyopornpanish K, Soontornpun A, Wongpakaran T, Wongpakaran N, Tanprawate S, Pinyopornpanish K, et al. Impact of behavioral and psychological symptoms of Alzheimer's disease on caregiver outcomes. Sci Rep. 2022;12(1)
12. เพชรรัตน์ พิบาลวงศ์และคณะ. การศึกษาสถานการณ์ภาวะสมองเสื่อมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร. 2561;8(2).
13. ชุติมา ทองวชิระ. ความชุก ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะสมองเสื่อมของผู้สูงอายุ และการพัฒนาคู่มือการให้ความรู้ : กรณีศึกษาชุมชนเขตบางพลัด. มหาวิทยาลัยสวนดุสิต:กรุงเทพฯ. 2559. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2565]; เข้าถึงได้ จาก: https://doi.nrct.go.th/ListDoi/listDetail?Resolve_DOI=10.14457/SDU.res.2016.13

14. สาธิตา แรกค่านวน, พีรพนธ์ ลือบุญธวัชชัย. ปัญหาพฤติกรรมและจิตใจของผู้ป่วยภาวะสมองเสื่อมชนิดอัลไซเมอร์และการดูแล ของผู้ดูแล ที่แผนกจิตเวชศาสตร์ โรงพยาบาล จุฬาลงกรณ์. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย. 2555;57(3).
15. อัครา ภาษาและคณะ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมกลุ่มการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มี ความผิดปกติทางจิตจากกลุ่มโรคสมองเสื่อม. วารสารป้องกันการฆ่าตัวตายแห่งประเทศไทย. 2563;1(1).
16. น้ำทิพย์ ยิ้มแย้ม, ยุวดี รอดจากภัย. ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลในการดูแล ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลแก่งดินสอ อำเภอนาดี จังหวัดปราจีนบุรี. สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2560;24(2).

ผลของโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัว ต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และผลน้ำตาลในเลือด

ศิริวรรณ สงจันทร์¹ สุรางรัตน์ โฆษิตนสาร²
ชลรดา กัณฐิณี³ อรุณา แก้วเกิด⁴ อาภัสรา มาประจักษ์⁵

(วันที่รับบทความ: 13 กันยายน 2566, วันที่แก้ไข: 15 มกราคม 2567, วันที่ตอบรับ 24 มกราคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองแบบสองกลุ่มเปรียบเทียบก่อนหลังมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัวต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และระดับน้ำตาลในเลือดของหญิงตั้งครรภ์กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์และครอบครัวที่ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จำนวน 40 คู่ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 20 คู่ สุ่มแบบอย่างง่ายกลุ่มตัวอย่างได้เข้าร่วมโปรแกรมจำนวน 3 ครั้ง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.95 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และทดสอบสถิติด้วยวิธี วิลคอกซัน แมน-วิทนีย์ ยู

ผลการวิจัย พบว่าผลของโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัว ทำให้ 1. คะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ของกลุ่มทดลองภายหลังการทดลอง สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2. ภายหลังการทดลอง หญิงตั้งครรภ์ที่มีปัจจัยเสี่ยงเป็นเบาหวาน กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติมีจำนวนมากกว่ากลุ่มควบคุม จึงควรนำโปรแกรมนี้นำใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานเพื่อไม่เป็นเบาหวานในขณะตั้งครรภ์

คำสำคัญ: โปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์, การควบคุมอาหาร, ออกกำลังกาย, ระดับน้ำตาลในเลือด, การมีส่วนร่วมของครอบครัว

¹⁻²พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, ³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการผดุงครรภ์ คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ⁴อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครพนม มหาวิทยาลัยนครพนม, ⁵นักโภชนาการปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Corresponding author: ศิริวรรณ สงจันทร์, e-mail: siriwansong2005@yahoo.co.th

The Effect of the Program for the Care of Pregnant Women with Diabetes Risk Group by Using Family Participation in Dietary Behavior, Exercise and Blood Sugar Results

Siriwan Songchan¹ Surangrat Kositthanasarn²
Chonrada Pantuchin³ Onuma Kaewkerd⁴ Apusara Maprajak⁵

(Received 13th September 2023; Revised : 15th January 2024; Accepted 24th January 2024)

Abstract

The two-group quasi-experimental study compared before and after aimed to study the effect of a program of caring for pregnant women with diabetes mellitus by using family participation in dietary behaviors, exercise, family participation, and blood sugar in pregnant women. The sample group was pregnant women with risk factors for gestational diabetes and their families of the Health Center 7, Khon Kaen by 40 pairs. The sample was randomly assigned to the experimental group and control group. Each group had 20 pairs. Simple random sampling. The sample group participated in the program 3 times. Data were collected with questionnaires created by the researcher. The Cronbach's alpha coefficient confidence value was 0.95. Data were analyzed by descriptive statistics and statistical testing by Wilcoxon Man-Whitney U.

The results showed that. This program makes 1. Diet Behavior Scores, exercise scores, and participation in caring for pregnant woman scores of the experimental group after using the program were higher than the control group by statistically significantly at .05. 2. After using the program pregnant women with diabetes risk factors in the experimental group had normal blood sugar levels than the control group. Therefore, this program should be used in the care of pregnant women who are at risk of diabetes to avoid gestational diabetes.

Keywords: Program for taking care of pregnant women, Diet behavior control, Exercise behavior, Blood sugar level, Family participation.

¹⁻²Professional nurses Health Center 7, Khon Kaen, ³Assistant professor Midwifery Faculty of Nursing Khon Kaen University, ⁴Lecturer Boromarajonani College of Nursing, Nakhon Phanom University, ⁵Operating nutritionist Health Center 7, Khon Kaen
Corresponding author: Siriwan Songchan, e-mail: siriwansong2005@yahoo.co.th

บทนำ

ภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์เกิดขึ้นในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความทนต่อน้ำตาลบกพร่องเนื่องจากขณะตั้งครรภ์ระดับฮอร์โมนที่รกสร้างมีผลต้านฤทธิ์อินซูลินทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง สมาพันธ์เบาหวานนานาชาติแนะนำให้มีการตรวจคัดกรองภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานได้แก่สตรีตั้งครรภ์ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป เคยเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์มาก่อน ผู้ที่มีประวัติทารกเสียชีวิตในครรภ์หรือทารกตายคลอดไม่ทราบสาเหตุ เคยคลอดทารกที่มีน้ำหนักแรกเกิด 4,000 กรัมขึ้นไป เคยคลอดทารกที่มีความพิการแต่กำเนิด มีญาติสายตรงลำดับแรกเป็นโรคเบาหวาน มีดัชนีมวลกายสูงในช่วงก่อนและระหว่างการตั้งครรภ์ มีประวัติความทนต่อน้ำตาลบกพร่องหรือมีน้ำตาลในปัสสาวะ มีภาวะความดันโลหิตสูง หรือมีภาวะน้ำตาลรั่วมากกว่าปกติ⁽¹⁾ หากพบหญิงตั้งครรภ์มีปัจจัยเสี่ยงอย่างใดอย่างหนึ่งข้างต้น แพทย์จะทำการคัดกรองโดยใช้น้ำตาลกลูโคส 50-gram glucose challenge test หากระดับน้ำตาลในพลาสมาสูงกว่า 140 mg/dl แสดงว่าอยู่ในเกณฑ์ผิดปกติต้องนัดหญิงตั้งครรภ์ มารับการตรวจวินิจฉัยโดยใช้น้ำตาลกลูโคส 100-gram oral glucose tolerance test โดยทำการเจาะเลือดตรวจระดับน้ำตาล ณ ชั่วโมงที่ 0, 1, 2 และ 3 โดยค่าปกติคือ 105, 190, 165 และ 145 mg/dl (ใช้เกณฑ์ของ National Diabetes Data Group) หากผิดปกติ 2 ค่าขึ้นไป จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์^(1, 2) หรือถ้าค่าอยู่ในเกณฑ์ปกติให้นัดมาตรวจวินิจฉัยโดยใช้

น้ำตาลกลูโคส 100 g OGTT ซ้ำอีกครั้งเมื่ออายุครรภ์ 24 - 26 สัปดาห์⁽³⁾

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ได้ติดตามข้อมูลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน พ.ศ. 2562 พบว่าหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่มีระดับน้ำตาลอยู่ในเกณฑ์ปกติในระยะแรกของการฝากครรภ์ แต่เมื่อตรวจซ้ำในช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ พบว่าเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ถึงร้อยละ 27.8 จากจำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ ซึ่งภาวะเบาหวานในหญิงตั้งครรภ์จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ มากขึ้นได้แก่ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ภาวะน้ำตาลรั่วมากกว่าปกติ ทำให้ต้องเพิ่มหัตถการเกี่ยวกับการคลอดเสี่ยงต่อภาวะตกเลือดหลังคลอด การติดเชื้อในช่องคลอดและทางเดินปัสสาวะ^(2, 3) ซึ่งจะส่งผลทำให้ทารกตัวโตเสี่ยงต่อการบาดเจ็บจากการคลอด เสี่ยงต่อการคลอดติดไหล่ ในหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์ Class A1 พบการเกิดภาวะคลอดยากได้ถึงร้อยละ 3 และพบการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 6.28 นอกจากนั้นยังเพิ่มอัตราการผ่าตัดคลอดถึงร้อยละ 47⁽⁴⁾ ในระยะหลังคลอดยังส่งผลให้ทารกแรกเกิดมีความเสี่ยงต่อภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และมีภาวะตัวเหลืองแรกเกิดที่สำคัญคือภาวะทารกตายคลอดซึ่งเกิดจากการเสื่อมของรกส่วนภาวะอื่นๆ ที่พบได้เช่นความผิดปกติแต่กำเนิดทารกมีขนาด ตัวโตกว่าปกติ (macrosomia) โดยทารกจะมีน้ำหนักแรกคลอดมากกว่า 4,000 กรัม⁽³⁾ และที่สำคัญยังส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการรักษาทางการแพทย์ในการดูแล

หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานอีกด้วย

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์นับว่าเป็นที่สำคัญ และเพิ่มมากขึ้นในปัจจุบัน ส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงทั้งต่อหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ ครอบครัวเป็นส่วนที่สำคัญในการดูแลและให้กำลังใจหญิงตั้งครรภ์ให้สามารถดูแลตนเองและป้องกันภาวะแทรกซ้อนได้⁽⁵⁾ และการช่วยหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันไม่เกิดโรคเบาหวาน พยาบาลควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลหญิงตั้งครรภ์ โดยมีเป้าหมายของการดูแลเพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานดำเนินการตั้งครรภ์ได้อย่างปลอดภัย และป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้⁽⁶⁾ หญิงตั้งครรภ์ที่เป็นเบาหวานหากได้รับการสนับสนุนการจัดการตนเองเกี่ยวกับการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้ข้อมูลและฝึกทักษะการจัดการตนเอง และการได้รับการติดตามปัญหา/อุปสรรค แนวทางการแก้ไข จะส่งผลให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสม สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้⁽⁷⁾ ครอบครัวเป็นแรงสนับสนุนที่สำคัญของผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้สามารถควบคุมโรคได้มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพ⁽⁴⁾ การสนับสนุนของครอบครัวเป็นตัวทำนายนที่สำคัญที่สุดที่ทำให้ผู้ป่วยปฏิบัติตามเกณฑ์การรักษา⁽¹⁾ ครอบครัวเมื่อได้รับการฝึกการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดี ทั้งการฝึกการแก้ปัญหาในครอบครัว จะทำให้แก้ปัญหาในครอบครัวและผู้ป่วยควบคุม

น้ำตาลในเลือดได้ดีขึ้น นอกจากนั้นการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวจะช่วยให้ผู้ป่วยเบาหวานที่มีความทุกข์ด้านร่างกาย สังคม และเศรษฐกิจมีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเอง⁽⁷⁾ ปัจจัยที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้แก่การได้รับการสนับสนุนจากคู่สมรส บิดามารดา ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้านและการรับรู้ผลดีของการปฏิบัติตามคำแนะนำ⁽⁸⁾ จากการทบทวนวรรณกรรมที่กล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลสมาชิกที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานหรือกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์มีพลังใจในการดูแลตนเองทั้งการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย เพื่อให้สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ซึ่งจะส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ไม่เป็นเบาหวานในระยะต่อไป ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในระยะแรกของการมาฝากครรภ์ โดยการนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ หากหญิงตั้งครรภ์มีการดูแลตนเองที่ถูกต้องเหมาะสมตามสภาวะสุขภาพและบริบทของตนเอง ผู้วิจัยเชื่อว่าน่าจะส่งผลให้สามารถสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่พัฒนากลายเป็นเบาหวานในระยะยาวต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยมีส่วนร่วมของครอบครัว โดย

1.1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการ

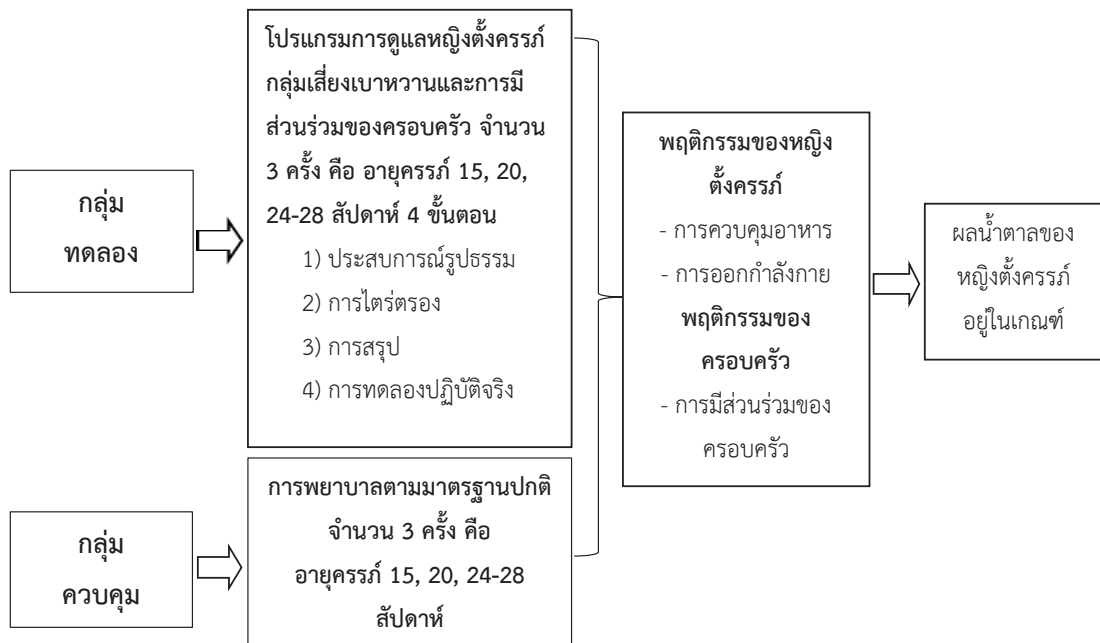
มีส่วนร่วมของครอบครัว ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

1.2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง

1.3 เปรียบเทียบค่าผลน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้โปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยใช้แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ Kolb et al⁽¹¹⁾ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) แบบ 2 กลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

ประชากรที่ศึกษา เป็นหญิงตั้งครรภ์ และครอบครัวทุกราย ที่มาฝากครรภ์ที่ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ทั้งหมด ในช่วงเวลาตั้งแต่

เดือนตุลาคม 2563 - ธันวาคม 2564

กลุ่มตัวอย่าง คือ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ที่มาฝากครรภ์โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นนี้ จำนวน 40 คู่ แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 20 คู่ กลุ่มควบคุม จำนวน 20 คู่ โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจงตาม

เกณฑ์ที่กำหนด จากนั้นจับฉลากแบบไม่ใส่คืน ดำเนินการศึกษาระหว่าง เดือนตุลาคม 2563 - ธันวาคม 2564

การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เกณฑ์ตามคุณสมบัติตามที่กำหนดไว้ ดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) และเกณฑ์การคัดออก (exclusion criteria) ดังนี้

เกณฑ์คัดเข้า 1) หญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ตามเกณฑ์ประเมินความเสี่ยงเบาหวาน 2) ครอบครัว (สามีหรือผู้ดูแลหลัก) 3) ตรวจน้ำตาลกลูโคส 50 กรัม ผลผิดปกติ 4) ตรวจน้ำตาลกลูโคส 100 กรัม ผลปกติ 5) ตรวจน้ำตาลกลูโคส 100 กรัม เมื่ออายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ 6) ฝากครรภ์ครั้งแรก อายุครรภ์น้อยกว่า 12 สัปดาห์ 7) สามารถอ่าน เขียน และเข้าใจภาษาไทยได้เป็นอย่างดี 8) มีโทรศัพท์มือถือที่ใช้แอปพลิเคชันไลน์ได้ 9) ยินดีเข้าร่วมและให้ความร่วมมือในการทำวิจัย

เกณฑ์คัดออก 1) หญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะแทรกซ้อนทางสูติกรรม ได้แก่ เบาหวานในหญิงตั้งครรภ์ class 1 และ class 2 ภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ 2) ไม่ได้ตอบแบบสอบถามก่อนตามกำหนด

เกณฑ์ถอนตัว 1) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้จนครบตามกำหนด 2) ไม่สบายใจและต้องการถอนตัวออกจากงานวิจัย

เครื่องมือในการวิจัย

1. โปรแกรม การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Smart Risk Diabetes Mellitus) ใช้การมีส่วนร่วมของครอบครัว เป็น

โปรแกรมที่ผู้วิจัยคิดขึ้นเอง โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของโคลบ Kolb et al⁽¹¹⁾ จำนวน 3 ครั้ง คืออายุครรภ์ 15, 20, 24-28 สัปดาห์ ให้ในการดูแลกลุ่มทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุมให้การพยาบาลตามมาตรฐานปกติที่ดำเนินการอยู่เดิมตามมาตรฐานประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

ครั้งที่ 1 (อายุครรภ์ 15 สัปดาห์) เก็บข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test)

1.1 พบแพทย์ ทราบผลตรวจคัดกรองน้ำตาล แนวทางการดูแล ตลอดการฝากครรภ์ ใช้เวลา 10 นาที

1.2 พบนักโภชนาการ หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวร่วมกันเล่าประสบการณ์เรื่องการรับประทานอาหาร การควบคุมอาหาร คิดไตร่ตรอง หาแนวทางปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามบริบทของตนเอง และทดลองการจัดเมนูอาหาร ฝึกคำนวณแคลอรีอาหาร สรุปลงและนำไปทดลองปฏิบัติที่บ้าน ใช้เวลา 20 นาที

1.3 พบพยาบาล เล่าประสบการณ์อภิปรายเรื่อง ปัญหาการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย ครอบครัวดูแลอย่างไร (แผนการสอนครั้งที่ 1) ตั้งเป้าหมายร่วมกัน “ครอบครัวช่วยกัน กินถูก ออกกำลังกายดี ไม่เป็นเบาหวาน” สรุปลง เข้ากลุ่มไลน์ Smart Risk Diabetes Mellitus เพื่อเยี่ยมติดตาม ใช้เวลา 20 นาที

ครั้งที่ 2 (อายุครรภ์ 20 สัปดาห์)

2.1 พบแพทย์ เข้ารับการอัลตราซาวด์ ประเมินโครงสร้างทารกในครรภ์ ปริมาณน้ำคร่ำ รับทราบแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ใช้เวลา 10 นาที

2.2 พบนักโภชนาการ เล่าประสบการณ์ อภิปรายเรื่อง การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน การ จัดเมนูอาหาร คำนวณแคลอรี ไตร่ตรองพูดคุย ปัญหาที่เกิดขึ้น สรุปแนวทาง เพื่อนำไปปฏิบัติที่บ้านต่อไป ใช้เวลา 20 นาที

2.3 พบพยาบาล ร่วมอภิปรายถึงการ ดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดความเสี่ยงของการเป็น เบาหวานในขณะตั้งครรภ์ แนะนำการออกกำลังกายที่เหมาะสมตามช่วงอายุครรภ์ (แผนการสอน ครั้งที่ 2) ให้กำลังใจ เสริมพลังครอบครัวในการ ดูแลหญิงตั้งครรภ์ ใช้เวลา 20 นาที

ครั้งที่ 3 (อายุครรภ์ 24-26 สัปดาห์)
เก็บข้อมูลหลังการทดลอง (Post-test)

3.1 พบแพทย์ รับทราบผลการตรวจ วินิจฉัยเบาหวาน และแนวทางการดูแลในระยะ ตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอดต่อไป ใช้ เวลา 10 นาที

3.2 พบนักโภชนาการ ร่วมกันเล่า ประสบการณ์ อภิปรายเรื่อง การปฏิบัติตัว เมื่ออยู่บ้าน การจัดเมนูอาหาร การคำนวณ แคลอรี ไตร่ตรองพูดคุยปัญหาที่เกิดขึ้น สรุป แนวทาง เพื่อนำไปปฏิบัติที่บ้านต่อไปตลอด การตั้งครรภ์ ใช้เวลา 10 นาที

3.3 พบพยาบาล ร่วมปรึกษากันถึง แนวทางในการดูแล การปฏิบัติตัวของหญิง ตั้งครรภ์ และแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ของครอบครัวที่ต่อเนื่อง แจ้งผลน้ำตาลผ่าน กลุ่มไลน์ ให้กำลังใจ เสริมพลังหญิงตั้งครรภ์ที่ ประสบความสำเร็จ และกระตุ้นให้เป็นต้นแบบ เล่าประสบการณ์การปฏิบัติตัวอย่างไรให้ประสบ ความสำเร็จผ่านกลุ่มไลน์ ใช้เวลา 20 นาที

โปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	การพยาบาลตามมาตรฐานปกติ
ครั้งที่ 1 (อายุครรภ์ 15 สัปดาห์) (Pre-test) 1. พบแพทย์ ทราบผลน้ำตาล การดูแลตนเอง 2. พบนักโภชนาการ เล่าประสบการณ์การ รับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การมี ส่วนร่วม 3. พบพยาบาล อภิปรายร่วมกันถึงปัญหา แก่ปัญหา (แผนการสอนครั้งที่ 1) เข้าทาง กลุ่มไลน์	ครั้งที่ 1 (อายุครรภ์ 15 สัปดาห์) (Pre-test) 1. พบแพทย์ ทราบน้ำตาล แนวทางการดูแล ตนเอง 2. พบนักโภชนาการ ให้ความรู้เรื่องการ รับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การดูแล หญิงตั้งครรภ์ 3. พบพยาบาล ให้ความรู้เรื่องอาหาร ตอบ ข้อซักถาม
ครั้งที่ 2 (อายุครรภ์ 20 สัปดาห์) 1. พบแพทย์ เพื่ออัลตราซาวด์ /แนวทางการ ดูแล	ครั้งที่ 2 (อายุครรภ์ 20 สัปดาห์) 1. พบแพทย์ เพื่ออัลตราซาวด์ /แนวทางการ ดูแล

โปรแกรมการดูแลหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน	การพยาบาลตามมาตรฐานปกติ
2. พบนักโภชนาการ เล่าประสบการณ์ การปฏิบัติตัวที่บ้าน การจัดเมนูอาหารคำนวณแคลอรี 3. พบพยาบาล ร่วมอภิปราย (แผนการสอนครั้งที่ 2) ติดตามอาการ/เสริมพลังให้กำลังใจผ่านกลุ่มไลน์	2. พบนักโภชนาการ ให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การดูแลหญิงตั้งครรภ์ 3. พบพยาบาล ให้ความรู้เรื่องอาหาร ตอบข้อซักถาม
ครั้งที่ 3 (อายุครรภ์ 24-26 สัปดาห์) (Post-test)	ครั้งที่ 3 (อายุครรภ์ 24-26 สัปดาห์) (Post-test)
1. พบแพทย์ รับทราบผลการตรวจวินิจฉัยเบาหวาน 2. พบนักโภชนาการ ร่วมกันเล่าประสบการณ์ เรื่อง การปฏิบัติตัวเมื่ออยู่บ้าน สรุปแนวทาง 3. พบพยาบาล ร่วมปรึกษากันถึงแนวทางในการดูแลที่ต่อเนื่อง ส่งเสริมเป็นต้นแบบการดูแลตนเอง 4. ผลตรวจน้ำตาล (OGTT)	1. พบแพทย์ เพื่ออัลตราซาวด์ /แนวทางการดูแล 2. พบนักโภชนาการ ให้ความรู้เรื่องการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การดูแลหญิงตั้งครรภ์ 3. พบพยาบาล ให้ความรู้เรื่องอาหาร ตอบข้อซักถาม 4. ผลตรวจน้ำตาล (OGTT)

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามเลือกตอบ จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ อายุ ดัชนีมวลกาย การตั้งครรภ์ อายุครรภ์ ความเสี่ยง การศึกษา อาชีพ รายได้ ลักษณะครอบครัว ผู้ดูแลหลัก การได้รับความรู้ การได้รับคำแนะนำเรื่องควบคุมอาหาร และข้อมูลทั่วไปของครอบครัว จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรม
ประกอบด้วย การควบคุมอาหาร การออกกำลังกายของหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 25 ข้อ และการมี

ส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำถาม 4 ตัวเลือก ใช้มาตรวัดแบบลิเคอร์ธ และมีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้ ข้อคำถามเชิงบวก ไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย เท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติเป็นส่วนมาก เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 4 คะแนน ส่วนข้อคำถามเชิงลบ ไม่เคยปฏิบัติ เท่ากับ 4 คะแนน ปฏิบัติเป็นส่วนน้อย เท่ากับ 3 คะแนน ปฏิบัติเป็นส่วนมาก เท่ากับ 2 คะแนน ปฏิบัติทุกครั้ง เท่ากับ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบบันทึกผลน้ำตาลในเลือด
ได้แก่ ผลน้ำตาลในเลือด 50 และ 100 กรัม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ประกอบด้วย สุนทิแพทย์ 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ 2 ท่านประจำคลินิกฝากครรภ์ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ได้ค่า IOC เท่ากับ 0.88 นำแบบสอบถามที่แก้ไขปรับปรุงแล้ว ไปทำการทดลองใช้กับหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จำนวน 10 คน ได้ค่าความเที่ยงโดยวิธีสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบัก เท่ากับ 0.95

การเก็บรวบรวมข้อมูล ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข เลขที่ 451/2563 รับรองวันที่ 23 ธันวาคม 2563 จึงทำหนังสือชี้แจงต่อผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เพื่อขออนุมัติดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล บันทึกและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม ด้วยสถิติ ดังนี้

1) สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไป และผลน้ำตาลในเลือดหลังการทดลอง

2) สถิติเชิงอนุมาน ในการเปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการมีส่วนร่วมของครอบครัวระหว่างกลุ่มตัวอย่างใช้สถิติ Mann-Whitney U test และเปรียบเทียบความแตกต่างภายในกลุ่ม ก่อนและหลังดำเนินการ ใช้สถิติ Wilcoxon Signed Rank Test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20 - 35 ปี ร้อยละ 60.0 ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติร้อยละ 75.0 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 55.0 อายุครรภ์เมื่อเข้าร่วมวิจัย ≤ 12 สัปดาห์ร้อยละ 66.0 มีบิดาหรือมารดาเป็นเบาหวานร้อยละ 50.0 อาชีพรับจ้างร้อยละ 60.0 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 70.0 เคยได้รับความรู้เรื่องเบาหวานร้อยละ 65.0 และเคยควบคุมอาหาร/น้ำหนัก ร้อยละ 70.0 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 20 - 35 ปี ร้อยละ 75.0 ดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 65.0 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ร้อยละ 45.0 อายุครรภ์เมื่อเข้าร่วมวิจัย ≤ 12 สัปดาห์ ร้อยละ 85.0 มีบิดาหรือมารดาเป็นเบาหวาน ร้อยละ 50.0 อาชีพรับจ้างร้อยละ 45.0 รายได้ของครอบครัวต่อเดือนมากกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 80.0 เคยได้รับความรู้เรื่องเบาหวาน ร้อยละ 70.0 ตามลำดับ

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรม การควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ภายในกลุ่มตัวอย่าง ด้วยสถิติ Wilcoxon Signed Rank Test พบว่า กลุ่มทดลองก่อนและหลังการทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน โดยรวมแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) โดยค่าคะแนนหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง ส่วนกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง มีค่าคะแนนไม่แตกต่างกัน (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=40)

พฤติกรรม	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		z	p-value
	(n=20)		(n=20)			
	Median	IQR	Median	IQR		
กลุ่มควบคุม						
1. การควบคุมอาหาร	2.48	.20	2.47	.23	-.142	.887
2. การออกกำลังกาย	2.60	.90	2.50	.60	-.363	.716
3. ส่วนร่วมครอบครัว	2.65	.58	2.60	.50	-.414	.679
กลุ่มทดลอง						
1. การควบคุมอาหาร	2.52	.44	2.62	.39	-1.979	.048 *
2. การออกกำลังกาย	2.20	.80	2.80	.40	-2.496	.013 *
3. ส่วนร่วมครอบครัว	2.50	.88	3.00	.50	-2.051	.040 *

* $p < 0.05$

เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ระหว่างกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Mann-Whitney U test พบว่าก่อนการทดลอง ทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

มีคะแนนพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน ไม่แตกต่างกัน ส่วนหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=40)

พฤติกรรม	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		z	p-value
	Median	IQR	Median	IQR		
ก่อนการทดลอง						
1. การควบคุมอาหาร	2.48	.20	2.52	.44	-.543	.587
2. การออกกำลังกาย	2.60	.90	2.20	.80	-1.226	.220
3. ส่วนร่วมครอบครัว	2.65	.58	2.50	.88	-.325	.745

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (N=40) (ต่อ)

พฤติกรรม	กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง (n=20)		z	p-value
	Median	IQR	Median	IQR		
หลังการทดลอง						
1. การควบคุมอาหาร	2.47	.23	2.62	.39	-2.433	.15 *
2. การออกกำลังกาย	2.50	.60	2.80	.40	-2.669	.008 *
3. ส่วนร่วมครอบครัว	2.60	.50	3.00	.50	-3.275	.001 *

* p < 0.05

เปรียบเทียบผลน้ำตาลในเลือด หลังการทดลองตอนอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองมีผลน้ำตาลในเลือดดีกว่ากลุ่มควบคุม คือ กลุ่มทดลองมีค่าผลน้ำตาลในเลือดปกติ ทั้งหมด ส่วนกลุ่มควบคุมมีผลน้ำตาลในเลือดปกติเพียงร้อยละ 25 และผิดปกติร้อยละ 75 (ดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบร้อยละผลน้ำตาลในเลือดหลังการทดลอง ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (N=40)

ผลน้ำตาลในเลือด		กลุ่มควบคุม (n=20)		กลุ่มทดลอง(n=20)	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ครั้งที่ 1 (GCT)	ผิดปกติ	20	100.00	20	100.00
ครั้งที่ 2 (OGTT)	ปกติ	12	60.00	15	75.00
	ผิดปกติ	8	40.00	5	25.00
ครั้งที่ 3 (OGTT)	ปกติ	5	25.00	20	100.00
	ผิดปกติ	15	75.00	-	-

หมายเหตุ : ค่าน้ำตาล GCT >140 mg/dl ผิดปกติ, OGTT ค่าปกติ 105, 190,165 และ 145 mg/dl หากผิดปกติ 2 ค่าขึ้นไป จะวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์

การอภิปรายผล

1. คะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และการมีส่วนร่วมของครอบครัว ภายในกลุ่มเดียวกัน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง คือกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังการทดลอง มีคะแนนพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน โดยรวมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง มีค่าคะแนนทั้ง 3 ด้านไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1) อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองที่เข้าโปรแกรม มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านถูกต้องมากขึ้น หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวได้ร่วมพูดคุยประสบการณ์การปฏิบัติตัวของหญิงตั้งครรภ์ ทำให้สามารถมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นและวางแผนร่วมกันที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ดีขึ้น ทีมสหสาขาวิชาชีพคอยสนับสนุนให้ความรู้ที่ถูกต้องทำให้ควบคุมระดับน้ำตาลได้อยู่ในเกณฑ์ปกติ การที่หญิงตั้งครรภ์จะปฏิบัติตนเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีนั้น ต้องได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวในการช่วยดูแลและเป็นที่กำลังใจ^(1,15) และพยาบาลควรมีการส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวานให้มากขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยที่ศึกษาการส่งเสริมครอบครัวในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน พบว่าครอบครัวเป็นส่วนที่สำคัญในการดูแลและให้กำลังใจสตรีตั้งครรภ์ให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองให้ถูกต้องได้ พยาบาลจึงควรนำครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่เป็นโรคเบาหวาน⁽¹⁾

2. คะแนนพฤติกรรมการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย และการมีส่วนร่วมของครอบครัว

ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม คือ กลุ่มทดลอง หลังการทดลองมีคะแนนพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยคะแนนของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ส่วนกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2) อธิบายได้ว่า กลุ่มทดลองมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทั้ง 3 ด้านไปในทางที่ถูกต้องนั้นเป็นเพราะในการเข้าร่วมโปรแกรม การมีครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีแรงจูงใจมีกำลังใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง⁽¹⁾ และการมีกลุ่มไลน์ช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ได้มีการโต้ตอบซักถามกับพยาบาล ส่งเมนูอาหาร ผลไม้ ที่ตัวเองรับประทานเข้ามาในไลน์กลุ่มเพื่อให้พยาบาลและนักโภชนาการเป็นผู้ประเมินเมนูอาหารที่เหมาะสมให้ทราบ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ท่านอื่นที่อยู่ในกลุ่มได้ทราบด้วย หรือการที่ครอบครัวพาหญิงตั้งครรภ์ออกกำลังกายด้วยการเดินทำให้เป็นแรงกระตุ้นทำให้ท่านอื่นอยากทำไปด้วย⁽⁵⁾ หญิงตั้งครรภ์ที่ประสบความสำเร็จในการควบคุมอาหารมาเล่าประสบการณ์ เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และเสริมสร้างความมั่นใจให้กำลังใจ หญิงตั้งครรภ์รายใหม่จะสามารถดูแลตนเองได้

3. ผลน้ำตาลของกลุ่มทดลอง หลังการทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม คือ หลังการทดลอง ช่วงอายุครรภ์ 24-28 สัปดาห์พบว่า กลุ่มทดลองมีค่าผลน้ำตาลในเลือดปกติ ทั้งหมด ส่วนกลุ่มควบคุมมีผลน้ำตาลในเลือดปกติเพียงร้อยละ 25.0 และผิดปกติร้อยละ 75 (ตารางที่ 3) อธิบายได้ว่า เป็นผลมาจากโปรแกรมทำให้หญิงตั้งครรภ์และครอบครัวมีพฤติกรรมทั้ง 3 ด้าน ที่

ถูกต้องมากขึ้นส่งผลทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในระดับปกติ

ข้อเสนอแนะ

โปรแกรมนี้พัฒนาขึ้นใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ที่ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น และได้ผลลัพธ์ที่ดีในการป้องกันไม่ให้เกิดหญิงตั้งครรภ์เป็นเบาหวานได้ จึงควรดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

ข้อจำกัด

ควรมีการเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาให้ยาวนานขึ้นเพื่อดูประสิทธิภาพของโปรแกรม การศึกษาควรเพิ่มกลุ่มตัวอย่างให้มากขึ้น และศึกษาเพิ่มเติมในการมีส่วนร่วมของครอบครัวด้านอื่น ๆ ในหญิงตั้งครรภ์ทั้งระยะคลอดและหลังคลอด

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น หัวหน้างาน เจ้าหน้าที่ร่วมวิจัย และกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัยครั้งนี้ และผู้เกี่ยวข้องที่ทำให้งานวิจัยนี้ลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Junthong P. The Effects of Participatory Learning Program on Diet Control Behavior Among Pregnant Woman with Gestational Diabetes Mellitus [Master Thesis]. Khon Kaen: Khon Kaen University; 2012. (in Thai).
2. Bodnar LM, Siega-Riz AM, Simhan HN, Himes KP, Abrams B. Severe obesity gestational weight gain and adverse birth outcomes. AJCN. 2010; 91(6):1642-1648.
3. Sansiriphan N. Women with Complications Volume 3, edited by Nantaporn Sansiriphan and Chawee Baotuang. Pimphaluck, Chiang Mai: Textbook Project, Faculty of Nursing. Chiang Mai: Chiang Mai University; 2012. (in Thai).
4. Dimatteo MR. Social support and patient adherence to medical treatment. A meta-analysis. Health Psychol 2004; 23(2):207-218.
5. Chayada Netgrajang. Strengthening Multidisciplinary Approach to Prevent and Control Complications of Diabetes Mellitus in Pregnant Women. The Journal of Prapokklao Hospital Clinical Medical Education Center. 2019; 36(2):168-177. (in Thai).
6. Khungtumneam K. Promotion of Family Care for Pregnant Women with Gestational Diabetes Mellitus. Journal of Phrapokklao College of Nursing, Chanthaburi 2016; 27(1): 194-203. (in Thai).
7. Suwannarat K. Effects of a Self-management Support Program on Diabetes Self-management Behavior

- and Blood Sugar Level in Women with Gestational Diabetes Mellitus. Journal of Phrapokklao Nursing College 2019; 30(2):1-13. (in Thai).
8. Srisawat K, Management for Gestational Diabetes Mellitus. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2014; 15(2):50-59. (in Thai).
 9. Wannasir T. Families Relationship in Self-Care Promotion for Uncontrolling Blood Sugar in Type 2 Diabetes. Kuakarun Journal of Nursing 2016; 23(2):31-50. (in Thai).
 10. Pholyiam R. Education Program, Health Belief, Health behavior, Gestational Diabetes Mellitus, Pregnant women at risk for Gestational Dia. The Journal of Baromarajonani College of Nursing, Nakhonratchasima 2016; 22(1): 77-92. (in Thai).
 11. Kolb DA, Rubin IM, Osliand J. Organization behavior reader. Englewood Cliffs. NJ; Practice-Hall; 1991.
 12. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY. Williams obstetrics (23rd ed.) New York: McGraw-Hill; 2010.
 13. Garnweidner LM, Sverre PK, Mosdøl A. Experiences with nutrition-related information during antenatal care of pregnant women of different ethnic backgrounds residing in the area of Oslo, Norway. Midwifery 2013; 29(12): 130-137.
 14. Glasgow RE, Toobert DJ. Social environment and regimen adherence among Type 2 diabetes mellitus patients. Diabetes care 1988; 11(5): 377-386.
 15. Mitanchez D, Burguet A, Simeoni U. Infants born to mothers with gestational diabetes mellitus: Mild neonatal effects, a long-term threat to global health. The Journal of Pediatrics 2014; 164(3): 445-450.
 16. Wysocki T, et al. Randomized controlled trial of behavioral family systems therapy for diabetes: maintenance and generalization of effects on parentadolescent communication. Behav Ther 2008; 39(1): 33-46.

การพัฒนาแนวทางดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา กรณีนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล สู่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม

อรนุช ไชยสันต์¹, กาญจนา จันทะนุย์², ภิรญา พินิจกลาง³, ประครอง ประภีระนะ⁴

(วันที่รับบทความ: 15 พฤษภาคม 2566, วันที่แก้ไข: 28 ตุลาคม 2566, วันที่ตอบรับ 8 พฤศจิกายน 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและประเมินผลแนวทางดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรากรณีนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง กลุ่มที่ร่วมพัฒนา ได้แก่ แพทย์ พยาบาลเภสัชกร พยาบาลสุขภาพจิต พยาบาลบำบัดยาเสพติด ตัวแทนผู้ป่วยและญาติ รวม 35 คน และกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา จำนวน 210 ราย เครื่องมือในการวิจัย ได้แก่ แบบประเมินอาการขาดสุรา CIWA-Ar. Risk report แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสังเกต และเวชระเบียนผู้ป่วย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ผลการศึกษา พบว่า ได้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราที่เหมาะสมได้แก่ 1) พัฒนาความรู้บุคลากรเกี่ยวกับทักษะการประเมิน CIWA-Ar. 2) จัดทำแนวทางคัดกรองพร้อมกำหนดแนวทางการดูแลตามระดับความรุนแรง 3) เสริมความรู้แก่ผู้ดูแลหลักในครอบครัว 4) พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลไปยังคลินิกเลิกสุราและชุมชน 5) ร่วมกับคลินิกเลิกสุราออกแบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนแบบสืบทอดร่วมกับครอบครัวบำบัดโดยทีมสหวิชาชีพผ่าน Lineกลุ่ม และโทรศัพท์เป็นรายบุคคล ประเมินผลพบว่า ผู้ป่วยได้รับการคัดกรองและเฝ้าระวังภาวะถอนพิษสุรา 75,95,100% มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 18, 13.33 และ 5.30 ตามลำดับ กลับมารักษาซ้ำภายใน ≤ 4 เดือน ร้อยละ 8.6, 8.3 และ 4.0 ตามลำดับ ปีพ.ศ.2561-2563 ร้อยละ 75, 95 และ 100 ตามลำดับ เข้าสู่กระบวนการคลินิกเลิกสุราและการดูแลต่อเนื่อง ต่อมสุราลดลงทุกรายและสามารถเลิกสุราได้ ร้อยละ 19.05

สรุป ผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราพบภาวะแทรกซ้อนจากอาการถอนพิษสุราได้บ่อยครั้ง การที่ได้พัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยส่งผลให้ผู้ป่วยมีความปลอดภัยหายทุเลาสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้ ลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาล มีการส่งต่อข้อมูลเพื่อเข้ารับการรักษาในคลินิกเลิกสุราและการส่งต่อสู่ชุมชนเพื่อการดูแลต่อเนื่อง

คำสำคัญ : ภาวะถอนพิษสุรา, แนวทางการดูแล, ผู้ป่วยใน

⁽¹⁻⁴⁾พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลยางสีสุราช จังหวัดมหาสารคาม

Corresponding author: กาญจนา จันทะนุย์, e-mail: Kanyang@hotmail.com

**The Development of Care Guideline for Patients with Alcohol Withdrawal in
the Case of Hospitalization to the Community Continuously
Yangsisurat District Mahasarakham Province**

Oranuch Chaison, Kanjana Chanthanuy, Phiraya Pinisklang, Prakrong Prakirana

(Received 15th May 2023; Revised : 28th October 2023; Accepted 8th November 2023)

Abstract

This action research aimed to develop and evaluate of care guidelines for patients with alcohol withdrawal in the case of hospitalization to the community continuously. The groups involved in development of care guidelines consisting of doctors, nurses, pharmacists, mental health nurses, addiction treatment nurse, representatives of patients and their relatives total Thirty-five, and a group of 210 patients with alcohol withdrawal syndrome. The research tools were the CIWA-Ar. Risk report, in-depth interview form, observation form, and patient medical records. Analyses of data using descriptive statistics and qualitative data.

Results found that Appropriate forms of care for patients with alcohol withdrawal syndrome were: 1) Developing personnel knowledge about CIWA-Ar. assessment skills 2) Developing guidelines for screening and setting guidelines for care according to their level of severity 3) Enhance knowledge of the main caregivers in the family. 4) Develop a system for referring information to alcohol cessation clinics and in the community. 5) Together with the alcohol cessation clinic, design continuation of community care form of mindfulness therapy and family therapy. By a multi-disciplinary team through Line, a group, and a phone call per person to the alcohol withdrawal clinic. Evaluation found that 75,95,100 % of patients were screened and monitored for Alcohol Withdrawal Conditions, 18,13.33,5.30% had complications 8.6,8.3,4.0% of re-admit illnesses repeated within ≤ 4 months entered the alcohol cessation clinic and received continuous care, drinking decreased in all cases and were able to quit alcohol 19.05%

Patients with withdrawal symptoms are frequently complications. The development of guidelines for inpatient has resulted in patients is safe and can

reduce the complications that will occur. including reducing sleep time Information was sent to receive treatment in the alcohol cessation clinic and referral to the community for continuation of care.

Keywords : alcohol withdrawal, guidelines, hospitalization

Corresponding author Kanjana Chanthanuy e-mail: Kanyang@hotmail.com

บทนำ

สุราหรือเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เป็นเครื่องดื่มที่มีฤทธิ์ต่อระบบประสาทส่วนกลางได้รับความนิยม และมีการบริโภคทั่วโลกเป็นเวลาหลายร้อยปี หากดื่มไม่มากอาจทำให้รู้สึกผ่อนคลายและก่อกำเนิดสำนึกที่คอยควบคุมตนเอง ซึ่งองค์การอนามัยโลกรายงานว่า ในปี 2559 ผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 2.1 ล้านล้านคนทั่วโลก มีการบริโภคสุราในปริมาณที่เท่ากับในปี 2553 คือ เฉลี่ยวันละ 6.4 ลิตร หรือ 32.8 กรัมของแอลกอฮอล์ บริสุทธิ์ โดยผู้ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 3.1 ล้านล้านคน หรือร้อยละ 57 สามารถหยุดดื่มสุราได้นาน 12 เดือน ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ยังคงมีการบริโภคสุราเท่าเดิม คือ 26.3 กรัมของแอลกอฮอล์บริสุทธิ์ต่อวัน ชนิดของแอลกอฮอล์ที่บริโภคสูงสุด ได้แก่ สุรา เบียร์ และไวน์ ในอัตราร้อยละ 44.8, 34.3, และ 11.7 ตามลำดับ⁽¹⁾

มีผู้เสียชีวิตจากการดื่มสุรา 3 ล้านคน หรือร้อยละ 5.3 ของการเสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก และคิดเป็น 132.6 ล้าน Disability adjusted life years (DALYs) หรือร้อยละ 5.1 ของ DALYs ทั้งปี เพศชายเสียชีวิตจากสุรา 2.3 ล้านคน (106.5 ล้าน DALYs) และเพศหญิงเสียชีวิต จากสุรา 0.7 ล้านคน (26.1 ล้าน DALYs) การเสียชีวิตจากสุราสูงกว่าโรคอื่นๆ เช่น วัณโรค HIV/AIDS และเบาหวาน⁽²⁾

การดื่มสุราเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อบุคคลทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพจิตรวม ทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจเนื่องจากสุราเป็นสารเสพติดที่มีฤทธิ์กดประสาท การออกฤทธิ์ของสุราต่อสมองทำให้ผู้เสพสุราเกิดการเปลี่ยนแปลง

ทางความคิดและพฤติกรรม ซึ่งการลดปริมาณการดื่มสุราหรือหยุดดื่มในผู้ที่ดื่มมาเป็นระยะเวลานาน อาจทำให้เกิดอาการถอนพิษสุรา (alcohol withdrawal) ที่รุนแรงขึ้นได้⁽³⁾ อาการและอาการแสดงของภาวะถอนพิษสุราที่พบโดยทั่วไปจะปรากฏหลังจากที่ลดปริมาณการดื่ม อย่างหนัก อาการเบื้องต้นที่พบได้แก่ปวดศีรษะ สั่น เหงื่อออก กระสับกระส่าย วิดกกังวลและหงุดหงิด คลื่นไส้ และอาเจียน มีการตอบสนองที่ไวกว่าปกติต่อแสงและเสียง สับสนในการรับรู้ ไม่มีสมาธิ ในบางรายที่มีอาการถอนพิษสุรา รุนแรงจะมีประสาทหลอนชั่วขณะได้สำหรับภาวะเพ้อคลั่ง (delirium tremens: DTs) มีลักษณะอาการกระสับกระส่าย สั่นสับสนในการรับรู้ประสาทหลอนตลอดเวลา และมีการเพิ่มขึ้นของอัตราการเต้นของหัวใจ การหายใจและความดันโลหิตอย่างมาก ซึ่งอาการภาวะเพ้อคลั่งจากภาวะถอนพิษสุราเกิดประมาณร้อยละ 5 ของผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุราทั้งหมดมักเกิดในช่วงวันที่ 2-4 หลังจากหยุดดื่มและมีโอกาสเกิดการชักประมาณร้อยละ 25 ของช่วงที่มีอาการถอนพิษสุราซึ่งมักเกิดในช่วง 24 ชั่วโมงแรกที่หยุดดื่มนอกจากนี้ยังพบว่าภาวะถอนพิษสุราทำให้เกิดอาการแทรกซ้อนทางกายและเพิ่มจำนวนวันนอนในโรงพยาบาลและค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้น ซึ่งพบว่าการเสียชีวิต (mortality) จากอาการสับสนในระยะถอนฤทธิ์สุราประมาณร้อยละ 20 แต่ด้วยการรักษา และการจัดการที่ดีขึ้นการเสียชีวิตในปัจจุบันได้ลดเหลือเพียงร้อยละ 5⁽⁴⁾

จากการทบทวนข้อมูลการประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยยุ่งยากซับซ้อนที่มารับการรักษา

ที่โรงพยาบาลยางสีสุราช จากข้อมูลปี 2560-2561 มีผู้ป่วยมาด้วยภาวะชักจาก Alcohol แรกรับจำนวน 63,78 รายเกิดภาวะ Alcohol withdrawal ร้อยละ 38.10, 57.69 จากการทบทวน พบว่ามีปัญหา คือ ผู้ป่วยขาดความรู้และไม่สามารถประเมินอาการได้ด้วยตนเอง การคัดกรองผู้ป่วยที่มีข้อบ่งชี้ล่าช้าส่งผลให้วินิจฉัยล่าช้าและรักษาไม่ทันเวลาเจ้าหน้าที่ที่ยังขาดความชำนาญในการใช้เครื่องมือในการคัดกรองและเฝ้าระวัง เพราะบางรายผู้ป่วยไม่ได้มารักษาด้วยภาวะถอนพิษสุราแต่มารักษาด้วยภาวะเจ็บป่วยอื่น แต่ขณะรักษาเกิดภาวะถอนพิษสุราขึ้นภายหลังการเสพติดมี และจากผลการวิเคราะห์การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา ของโรงพยาบาลยางสีสุราช พบว่า การรักษาผู้ป่วยที่มีปัญหาจากการดื่มสุรายังไม่รู้รูปแบบการรักษาที่เป็นมาตรฐานเดียวกันในโรงพยาบาลและมีอุบัติการณ์ผู้ป่วยถอนพิษสุรามีอาการเพื่อ สับสนคงอยู่ยาวนาน และพบอุบัติการณ์ภาวะโรคร่วมทางกายในช่วงระยะถอนฤทธิ์สุรา ได้แก่ บาดเจ็บจากการผูกมัด ติดเชื้อทางเดินปัสสาวะภาวะชักจากการขาดสุราและอัตราผู้ป่วยหายทุเลาจากภาวะถอนพิษสุรา ผู้วิจัยจึงได้วิจัยและพัฒนาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลยางสีสุราช ขึ้นเพื่อให้เกิดแนวปฏิบัติเดียวกันในโรงพยาบาล ซึ่งจะส่งผลต่อการลดปัญหาอุบัติการณ์ภาวะโรคร่วมทางกายในช่วงระยะถอนพิษสุรา

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) กรณี

นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม

2. เพื่อประเมินผลแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) กรณีนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม

วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้แนวคิดของ Kemmis & Mc Taggart^(5,6,7) ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ ประเมินผลใช้แนวการวิจัยเชิงปฏิบัติการใช้แนวทางการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน ปฏิบัติการ สังเกตการณ์ และการประเมินผล ระยะเวลาตั้งแต่ เดือน มกราคม 2561-มีนาคม 2563 แบ่งเป็น 2 วงรอบ ประชากรกลุ่มตัวอย่าง เลือกผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาที่สามารถให้ข้อมูลได้ และตรงประเด็น

2. การเลือกพื้นที่วิจัย ผู้วิจัยเลือกพื้นที่งานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลยางสีสุราช อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม ซึ่งผู้วิจัยปฏิบัติงานในพื้นที่ จึงสามารถเข้าถึงข้อมูลและดำเนินการบววิจัยเป็นไปด้วยดี

3. ผู้มีส่วนร่วมในการศึกษา เลือกผู้มีส่วนร่วมในการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง โดยเป็นบุคคลผู้ที่ สามารถให้ข้อมูลได้ลึกตรงประเด็นและสมัครใจเข้าร่วมศึกษา ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มที่ร่วมพัฒนาแนวทางมี แพทย์พยาบาล เภสัชกร พยาบาลสุขภาพจิต พยาบาลบำบัดยาเสพติด รวม 15 คน ตัวแทนผู้ป่วยและ

ญาติ รวม 20 คน และ 2) กลุ่มผู้ป่วย Alcohol withdrawal ซึ่งเป็นผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยโรคภาวะผิดปกติทางพฤติกรรมและจิตประสาทเนื่องจากการเสพแอลกอฮอล์ได้แก่ F10.0-F10.9 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคขององค์การอนามัยโลก ครั้งที่ 10 (ICD-10) ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลอย่างสืสุราช คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเข้า รวม 210 คน

4. ขั้นตอนการวิจัย

การพัฒนาารูปแบบในวงรอบที่ 1

การพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุรา อ.ย.ยาสืสุราช จ.มหาสารคาม ในวงรอบที่ 1 แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 Plan ในขั้นตอนการวางแผนการทำวิจัยครั้งนี้ได้รวบรวมข้อมูลจากหลายด้าน ได้แก่ 1) ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยที่เจ็บป่วยด้วยภาวะถอนพิษสุราของโรงพยาบาลยาสืสุราช 2) ศึกษา วิเคราะห์ สถานการณ์/สภาพปัญหา ผู้ป่วยถอนพิษสุรา 3) ทบทวน Case ทบทวนองค์ความรู้ แนวคิด ทฤษฎี รายงานการวิจัย บทความวิชาการที่เกี่ยวข้อง และข้อมูลเชิงนโยบายต่างๆ 4) สัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่มกับ กลุ่มที่ร่วมพัฒนา ประกอบด้วย ตัวแทนผู้ป่วย แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ประจํางานเภสัชกรรมปฐมภูมิและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 30 คน รวม 44 คน เพื่อสรุปข้อมูลด้านสถานการณ์ปัญหาสู่การจัดทำรูปแบบการดูแลผู้ป่วยต่อที่บ้าน 5) คืบข้อมูล ประชุมเชิงปฏิบัติการระดมสมองและกำหนดกิจกรรม ผลการวิเคราะห์รูปแบบการปฏิบัติงานเดิมพบว่า มีปัญหา 2 ด้านคือ ด้านผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล

พบว่าขาดความรู้ด้านการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องด้านเจ้าหน้าที่:พบว่ายังไม่มีมีการนำ CIWA-Ar มาใช้ประเมินผู้ป่วย และยังไม่มียาบรรเทาอาการประสาณงานกับทีมสหวิชาชีพการส่งต่อสู่ชุมชน ส่วนการบาดเจ็บจากการถูกมัดได้ประชุมชนทีมและสร้างนวัตกรรม การใช้ผ้าปูเตียงในการ Restained ทำผ้าผูกแบบมีฝารอง

ขั้นตอนที่ 2 Act ผู้วิจัยพัฒนารูปแบบการประเมินผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมิน CIWA-Ar มาใช้กับผู้ป่วยจากการทบทวนนวัตกรรมที่เกี่ยวข้อง และนำผลการวิเคราะห์ปัญหา และสถานการณ์ของขั้นตอนที่ 1 นำเสนอในการสนทนากลุ่มของคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลยาสืสุราช เพื่อร่วมพัฒนารูปแบบการส่งต่อผู้ป่วยเข้าคลินิกเลิกสุราการส่งต่อสู่ชุมชน อำเภอ ยาสืสุราช จังหวัด มหาสารคาม โดยมีกิจกรรมดำเนินการดังนี้ คือ กิจกรรมที่ 1 ขณะผู้ป่วยนอนโรงพยาบาล มีการใช้แบบประเมิน CIWA-Ar ในการดูแลผู้ป่วย การใช้ยามีการปรับปรุงแก้ไขดังนี้ 1) รูปแบบของการให้ยาโดยพิจารณาชนิดของยาที่มีผลน้อยต่อการถอนพิษสุรา เช่น ยาบางตัวมีผลทำให้เกิดการชักได้ง่ายจึงได้เปลี่ยนยาตัวอื่นที่เหมาะสมกว่า 2)รูปแบบการเฝ้าระวังความเสี่ยงที่เกิดจากการได้รับยา Lorazepam, Valium ทั้งแบบกินและแบบฉีดเข้าหลอดเลือดดำเพื่อให้เกิดความปลอดภัยต่อผู้ป่วยโดยปรับการบันทึกข้อมูลการใช้ยาร่วมกับการบันทึกสัญญาณชีพและระดับความรุนแรงการถอนพิษสุราควบคุมกันทำให้สามารถประเมินการรักษาได้อย่างเหมาะสม 3) รูปแบบใบสั่งการรักษาทางการแพทย์ (medical order) ปรับเป็นรูปแบบเฉพาะสำหรับผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีภาวะ

ถอนพิษสุรา แบบผู้ป่วยใน (Standing order for alcohol use disorder) หลังจากนั้นนำ(ต้นร่าง) แนวทางการดูแลรักษา ไปทดลองใช้ ดำเนินการ โดยทดลองใช้ในกลุ่มผู้ป่วยแอลกอฮอล์ (F10-F19) ขั้นตอนการปฏิบัติงานการดูแลรักษาผู้ป่วย แอลกอฮอล์ในระยะถอนพิษสุราของสหวิชาชีพที่เกี่ยวข้องคือ 1) แพทย์ มีบทบาทประเมินอาการถอนพิษสุราและให้การรักษาดูแลรักษาของแพทย์ 2) พยาบาลจิตเวช มีบทบาท ชักประวัติผู้ป่วย ประเมินภาวะถอนพิษสุราด้วยแบบประเมิน AWS และประเมินสัญญาณชีพ ประเมิน และสังเกตอาการของผู้ป่วยแอลกอฮอล์ที่มีการเปลี่ยนแปลงในระยะถอนพิษสุรา การดูแลให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาและการให้ยา Lorazepam, Valium ตามแผนการรักษาของแพทย์ และปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ และ3) เภสัชกร บทบาทในการบริหารยากลุ่ม Lorazepam, Valium แนวทางการให้ยากลุ่ม Lorazepam, Valium เพื่อรักษาภาวะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลยางสีสุราชกำหนดแนวทางการดูแลรักษาและให้ยาในช่วงที่ผู้ป่วยที่ภาวะ Withdrawal หรืออาการ delirium tremens การปรับลดยา Lorazepam, Valium เมื่อครบ 24 ชั่วโมงหลังจากที่ผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุรา Withdrawal หรืออาการ delirium tremens รวมถึงการประสานงานกับพยาบาลคลินิกเลิกสุรา พยาบาลจิตเวช และการส่งต่อข้อมูลสู่ชุมชน,รพ.สต.ผ่าน Lineกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 3 Observe สังเกตการปฏิบัติงานจริงที่ติดผู้ป่วยใน

ขั้นตอนที่ 4 Reflect หลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมและนำแบบประเมินมาใช้ในการ

ดูแลรักษาผู้ป่วยพบปัญหาดังนี้ 1) ญาติวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา 2) เจ้าหน้าที่มีความกังวลในการให้ยาในผู้ป่วยที่มีภาวะWithdrawal 3) บทบาทในการประสานงานยังไม่ชัดเจน 4) พบมีผลจากการผูกมัดผู้ป่วยดังนั้นจะทำอย่างไรให้เจ้าหน้าที่และญาติมีความมั่นใจ จะทำอย่างไรให้เกิดการประสานงานที่ชัดเจน และจะทำอย่างไรไม่ให้เกิดผลจากการผูกมัด

การพัฒนารูปแบบในวงรอบที่ 2

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุรา อ.ยางสีสุราช จ.มหาสารคาม ในวงรอบที่ 2 แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน คือ

ขั้นตอนที่ 1 Revised Plan นำปัญหาจากวงรอบที่ 1 มาวิเคราะห์ พบปัญหา คือ ด้านผู้ป่วย/ญาติ : มีความกังวล เนื่องจากขาดความมั่นใจในการให้ยา ด้านบุคลากร : ขาดทักษะในการให้ยา โดยเฉพาะ เจ้าหน้าที่ที่เริ่มให้ยาคั้งแรก บทบาทการประสานงานไม่ชัดเจน และเกิดผลจากการผูกมัด

ขั้นตอนที่ 2 Act ได้พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยถอนพิษสุราดังนี้ กิจกรรมที่ 1 การใช้แบบประเมิน CIWA-Ar และการให้การพยาบาลตามคะแนนที่ได้จากการประเมินคนไข้จะคืนมาเหมือนเดิมไหม ให้คำปรึกษาในการดูแลผู้ป่วยในระหว่างการให้คำปรึกษา มีคำถามจากญาติผู้ป่วยพยาบาลให้คำแนะนำญาติผู้ดูแล เกี่ยวกับฤทธิ์ทางยา ผลข้างเคียง อาการแพ้ยาที่ อาจเกิดขึ้น และแนวทางแก้ไข ทีมสหวิชาชีพให้คำแนะนำตามบทบาท กิจกรรมที่ 2 สอนทักษะและให้ความรู้ที่จำเป็นแก่เจ้าหน้าที่ที่ให้ยารายใหม่ การสังเกตอาการไม่พึงประสงค์ และการแก้ไข กิจกรรมที่3 จัดการบทบาทการ

ประสานงานให้ชัดเจนโดยพยาบาลตักผู้ป่วย ในส่งต่อ Case ให้พยาบาลคลินิกเลิกสุรา และพยาบาลคลินิกเลิกสุราประสานงาน และส่งต่อสู่ชุมชน การสร้างLineกลุ่ม ส่วนการบาดเจ็บจากการผูกมัดได้ประชุมทีม และสร้างนวัตกรรมการใช้ผ้าปูเตียงในการ Restrain ทำผ้าผูกแบบมีฝารอง

ขั้นตอนที่ 3 Observe ติดตาม สังเกตจากการปฏิบัติงานจริงในตักผู้ป่วยใน

ขั้นตอนที่ 4 Reflect หลังจากการนำรูปแบบการใช้ CIWA-Ar มาใช้จริงตามกิจกรรมที่ 2 เจ้าหน้าที่มีความรู้ในการให้ยา ญาติวิตกกังวลลดลงเกี่ยวกับอาการของผู้ป่วยมีบทบาทการประสานงานที่ชัดเจน และผู้ป่วยมีแผลจากการผูกมัดลดลง

5. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบบันทึกข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ใช้เป็นเครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นเองประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการดื่มแอลกอฮอล์การเกิดอาการถอนฤทธิ์สุรา ข้อมูลการประเมินภาวะถอนพิษสุรา (AWS) ข้อมูลอุบัติการณ์ความเสี่ยงในช่วงถอนพิษสุรา ข้อมูลได้รับยา benzodiazepine เป็นต้น

2. แบบประเมินภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS) ของแพทย์หญิงพันธุภา กิตติรัตน์ไพบูลย์⁽⁸⁾ ซึ่งโรงพยาบาลยางสีสุราชได้นำมาใช้เป็นเอกสารที่ใช้ในงานประจำ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือทุกชุดผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ประกอบด้วย

แพทย์ผู้รักษา 1 ท่าน เภสัชกร 1 ท่าน พยาบาลวิชาชีพประจำตักผู้ป่วยใน 1 ท่าน ที่รับผิดชอบงาน พยาบาลจิตเวชโรงพยาบาลยางสีสุราช 1 ท่าน และพยาบาลบำบัดยาเสพติด 1 ท่าน ตรวจสอบหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Content validity) ผู้วิจัยนำเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเนื้อหาสาระ ตามความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ ความชัดเจนของข้อความ และความครอบคลุมของเนื้อหาสาระ

1) การตรวจสอบความตรงเนื้อหา (Content validity) ผู้วิจัยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยการหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index : CVI) ของเครื่องมือ ซึ่งผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น ได้แก่ 1) แบบบันทึกข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ 2)การส่งต่อสู่ชุมชนผ่าน Line โดยแบบบันทึกข้อมูลการบำบัดรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ มีค่า CVI เท่ากับ 0.89 ส่วนแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงานต่อแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนฤทธิ์สุราแบบผู้ป่วยในโรงพยาบาลยางสีสุราชมีค่า CVI เท่ากับ 0.86 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขอีกครั้งหนึ่งเพื่อความถูกต้อง และครบถ้วนก่อนนำไปทดสอบเบื้องต้น (try out)

2) การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) แบบประเมินภาวะขาดสุรา (Alcohol Withdrawal Scale: AWS) ผู้วิจัยทดสอบโดยหาความเชื่อมั่นระหว่างผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย (inter-rater reliability) ค่าที่ได้เท่ากับ 0.95 ซึ่งเป็นค่าที่ยอมรับได้

การวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่

จำนวน ร้อยละ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยประมวลคำสำคัญและเชื่อมโยงความเป็นเหตุเป็นผลของข้อมูลแล้วนำข้อมูลมาจัดหมวดหมู่มีการตรวจสอบข้อมูลที่ได้จนมีความมั่นใจ ในความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลตรวจสอบสามเส้า (Triangulation) โดยใช้หลายวิธีการในการเก็บข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมศึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการวิเคราะห์ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของโรงพยาบาลยางสีสุราช เลขที่ 01/2561 ซึ่งมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ โดยจะคำนึงถึงจรรยาบรรณของนักวิจัยและให้การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างด้วยการที่ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์

ของการดำเนินการวิจัยต่อกลุ่มตัวอย่างให้ทราบถึงสิทธิการเข้าร่วมการวิจัย ซึ่งเป็นความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่าง การเข้าร่วมงานวิจัยครั้งนี้จะไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่างและต่อการบำบัดรักษาของผู้รับการบำบัด ในขณะที่ดำเนินการวิจัย กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ขอถอนตัวโดยไม่มีข้อแม้ใดๆ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการวิจัยผู้วิจัยจะเก็บไว้เป็นความลับและจะไม่มีการเปิดเผยข้อมูลส่วนตัว การนำเสนอข้อมูลจะเป็นภาพรวมเพื่อประโยชน์เฉพาะสำหรับการวิจัยเท่านั้น

6. ผลการศึกษา จากการศึกษาพบว่า

1. เปรียบเทียบแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) กรณีนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง แบบเดิมและแบบใหม่ รายละเอียดดังตารางที่ 1 ดังนี้

ตารางที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) กรณีนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง แบบเดิมและแบบใหม่

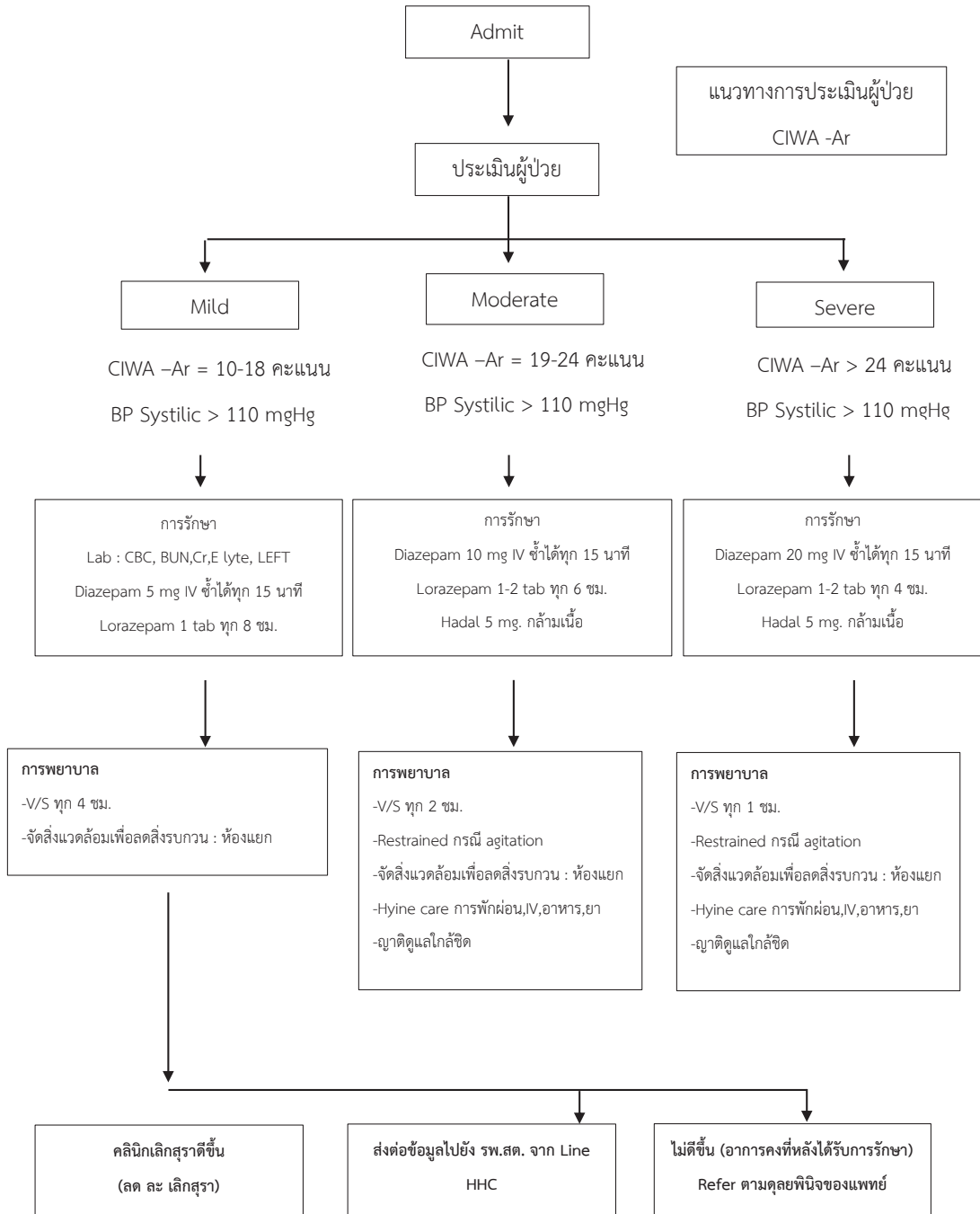
ประเด็น	แนวทางเดิม	แนวทางใหม่
ด้านบุคลากร	- ทีมสหวิชาชีพทำงานแบบแยกส่วน - ไม่มีความรู้เรื่องแบบประเมิน	- กำหนดบทบาทหน้าที่ร่วมกัน - บุคลากรมีความสามารถในการใช้แบบประเมิน อาการขาดสุรา CIWA -Ar ทุกคน
ด้านแนวทางการดูแล	- การดูแลผู้ป่วยแบบทั่วไปไม่ได้กำหนดแนวทางการดูแลตามระดับความรุนแรงที่ได้จากการประเมิน	- กำหนดแนวทางการดูแลตามระดับการประเมิน ผู้ป่วย - เกิดนวัตกรรม การใช้ผ้าในการผูกมัดผู้ป่วย
แนวทางการส่งต่อ	- ไม่ได้กำหนดเกณฑ์ที่ชัดเจนในการส่งต่อไปยังรพ.แม่ข่าย	- มีการกำหนดเกณฑ์ในการส่งต่อผู้ป่วยที่ชัดเจน

ตารางที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) กรณีนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลชุมชนอย่างต่อเนื่อง แบบเดิมและแบบใหม่ (ต่อ)

ประเด็น	แนวทางเดิม	แนวทางใหม่
แนวทางการส่งเข้ารับ การบำบัด	- การให้คำแนะนำขณะอยู่ รพ. เมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านให้มารับ การบำบัด	- ส่งต่อเข้าคลินิกเลิกสุรา ทุกรายตั้งแต่นอนรพ. - ติดตามข้อมูลเป็นระยะๆ
ด้านการส่งต่อข้อมูลเพื่อ ดูแลต่อเนื่อง	- มีการส่งต่อข้อมูลโดยมีแบบฟอร์ม การส่งต่อข้อมูล	- พัฒนาการส่งต่อข้อมูล ผ่าน Line ส่งต่อข้อมูลและ ผู้ป่วยเพื่อรักษาต่อ - รพ.สต. ติดตามเยี่ยมบ้าน ตามสภาพผู้ป่วย

2. สรุปแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มี ภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal)

กรณีนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสู่ชุมชน
อย่างต่อเนื่อง ภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal)
กรณีนอนพักรักษาตัว ในโรงพยาบาลสู่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง

3. ข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (n=210) รายละเอียด ดังตาราง ที่ 2 ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 96.86 อายุที่พบมาก 41-65 ปี พบร้อยละ 54.76 ประเภทแอลกอฮอล์ที่พบเป็นเหล้าขาวร้อยละ 100 ระยะเวลาที่ดื่ม 21-30 ปี ร้อยละ 56.19 รองลงมา 11-20 ปี คิดเป็นร้อยละ 39.05 พบความถี่ในการดื่มต่อสัปดาห์ 7/สัปดาห์ ร้อยละ 69.05

ตารางที่ 2 ข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล

ข้อมูลส่วนบุคคลประวัติการดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	195	92.86
หญิง	15	7.14
อายุ (อายุเฉลี่ย 41.8±8.11 ปี)		
19-25 ปี	5	2.38
26-40 ปี	90	42.86
41-65 ปี	115	54.76
ประเภทเครื่องดื่มแอลกอฮอล์		
เหล้าขาว	210	100
ระยะเวลาที่ดื่มแอลกอฮอล์ (เฉลี่ย 17.4±8.33 ปี)		
1-10 ปี	10	4.76
11-20 ปี	82	39.05
21-30 ปี	118	56.19
ความถี่การดื่มแอลกอฮอล์ต่อสัปดาห์		
2 วันต่อสัปดาห์	2	0.95
5 วันต่อสัปดาห์	48	22.86
6 วันต่อสัปดาห์	15	7.14
7 วันต่อสัปดาห์	145	69.05
ปริมาณดื่มแอลกอฮอล์ต่อวัน (เฉลี่ย 24.7±13.69 ดื่มมาตรฐาน)		
น้อยกว่า 21 ดื่มมาตรฐาน	85	40.48
21-40 ดื่มมาตรฐาน	105	50
ตั้งแต่ 41 ดื่มมาตรฐานขึ้นไป	20	9.52

ตารางที่ 2 ข้อมูลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) ที่นอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาล (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคลประวัติการดื่มแอลกอฮอล์	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ดื่มแอลกอฮอล์ครั้งสุดท้าย (เฉลี่ย 31.3 ± 33.72 ชั่วโมง)		
น้อยกว่า 24 ชั่วโมง	92	43.81
25-48 ชั่วโมง	59	28.09
49-72 ชั่วโมง	48	22.86
73-120 ชั่วโมง	11	5.24

4. ข้อมูลการประเมินถอนพิษสุรา (Withdrawal) ของกลุ่มตัวอย่าง รายละเอียดดังตารางที่ 3 พบว่าคะแนน AWS พบคะแนน ≥ 15 คะแนน จำนวน 103 คน คิดเป็นร้อยละ 49.05 รองลงมา 10-14 คะแนน จำนวน 51 คน คิดเป็นร้อยละ 24.28 ได้รับการรักษาตาม Standing order 198 คน คิดเป็นร้อยละ 94.28 และผู้ป่วยที่ไม่มีภาวะ Withdrawal และได้รับการรักษาตาม regimen 118 คน คิดเป็นร้อยละ 56.19 หลังเริ่มมีการรักษาภาวะถอนพิษสุรา คะแนน AWS ระดับ 5-9 คะแนน จำนวน 76 คน คิดเป็นร้อยละ 36.19 และ 0-4 คะแนน พบ 15 คน คิดเป็นร้อยละ 7.14

ตารางที่ 3 ข้อมูลการประเมินถอนพิษสุรา (Withdrawal) ของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลการประเมินภาวะขาดสุรา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
คะแนน AWS แกร็บ (เฉลี่ย 5.9 ± 5.18 คะแนน)		
0 คะแนน	0	0
1-4 คะแนน (mild Withdrawal)	45	21.43
5-9 คะแนน (moderate Withdrawal)	11	5.24
10-14 คะแนน (Severe Withdrawal)	51	24.28
≥ 15 คะแนน (very Severe Withdrawal)	103	49.05
การรักษาตาม Standing order * เนื่องจากการประเมินแรกรับผู้ป่วยมีคะแนน > 15 คะแนน		
ได้รับการรักษาตาม Standing order	198	94.28
ไม่ได้รับการรักษาตาม Standing order	12	5.72
มีภาวะถอนสุรา และได้รับการรักษาตาม regimen		
มีภาวะ Withdrawal และได้รับการรักษาตาม regimen	92	43.81
ไม่มีภาวะ Withdrawal และได้รับการรักษาตาม regimen	118	56.19

ตารางที่ 3 ข้อมูลการประเมินถอนพิษสุรา (Withdrawal) ของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลการประเมินภาวะขาดสุรา	จำนวน (คน)	ร้อยละ
วันที่ของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลเริ่มมีอาการภาวะถอนพิษสุรา (AWS$\geq$5) (n=210)		
วันแรกรับ	29	13.81
วันที่ 1	22	10.48
วันที่ 2	68	32.38
วันที่ 3	74	35.24
วันที่ 4	17	8.09
ระดับคะแนน AWS สูงสุด หลังได้รับการดูแลมีภาวะถอนพิษสุรา (AWS$\geq$5)(n=71)		
0-4 คะแนน (mild withdrawal)	15	7.14
5-9 คะแนน (moderate withdrawal)	76	36.19
10-14 คะแนน (severe withdrawal)	67	31.91
$\geq$ 15 คะแนน (very severe withdrawal)	52	24.76

5. ประเมินผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ปี 2561-2563 พบว่า ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง และเฝ้าระวังภาวะ Alcohol withdrawal ร้อยละ 75,95.70,100 มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 15,13.33,5.30 ผู้ป่วย Re-admit ซ้ำ ภายใน $\leq$ 4 เดือน คิดเป็นร้อยละ 8.6,5.3 4.0

เข้าสู่กระบวนการคลินิกเลิกสุรา/ได้รับการส่งดูแลต่อเนื่อง ทีมสูราลดลงทุกราย สามารถเลิกสุราได้ร้อยละ 19.05 และจากข้อมูลตลอดระยะเวลาการศึกษาพบว่าผู้ป่วย ทั้ง 210 ราย ได้รับการดูแล ตามรายละเอียด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วย ปี 2561-2563

ประเด็น	จำนวน	ร้อยละ
1. จำนวนผู้ป่วยทั้งหมด	210	100
4. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับยา Restain	103	49.05
5. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับการบำบัด (คลินิกเลิกสุรา)	198	94.28
6. ร้อยละผู้ป่วยที่ได้รับบาดเจ็บ	9	4.28
7. ร้อยละผู้ป่วยที่ส่งต่อ รพ.แม่ข่าย 2	0.95	
8. ร้อยละผู้ป่วยที่ส่งต่อ รพ.สต	198	94.28

วิจารณ์

จากการศึกษาเรื่องการพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา (Alcohol withdrawal) กรณีนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลสุ่มชนอย่างต่อเนื่อง อ. ยางสีสุราช จ. มหาสารคาม ที่เหมาะสมกับบริบท ได้แก่ 1) พัฒนาความรู้บุคลากรเกี่ยวกับทักษะการประเมิน CIWA-Ar. 2) จัดทำแนวทางคัดกรองผู้ป่วยพร้อมกำหนดแนวทางการดูแลตามระดับความรุนแรง 3) เสริมความรู้แก่ผู้ดูแลหลักในครอบครัว 4) พัฒนาระบบการส่งต่อข้อมูลไปยังคลินิกเลิกสุราและในชุมชน 5) ร่วมกับคลินิกเลิกสุราออกแบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชนแบบสติดำเนินการร่วมกับครอบครัวบำบัด โดยทีมสหวิชาชีพผ่าน Lineกลุ่ม และโทรศัพท์เป็นรายบุคคลไปยังคลินิกเลิกสุรา ผลลัพธ์ หลังดำเนินงาน ผู้ป่วยได้รับการคัดกรอง และเฝ้าระวังภาวะ Alcohol withdrawal ร้อยละ 75,95,100 มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 18,13.33,5.30 ผู้ป่วย Re Admit เข้าภายใน ≤ 4 เดือน คิดเป็นร้อยละ 8.6, 8.3, 4.0 เข้าสู่กระบวนการคลินิกเลิกสุรา และได้รับการส่งดูแลต่อเนื่อง ตี๋มสุราลดลงทุกราย และสามารถเลิกสุราได้ร้อยละ 19.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เบญมาศ พฤกษ์กานนท์,ธีระ ศิริสมุต,สุรเดช ดวงทิพย์ สิริกุล,สกวรัตน์ พวงลัดดา, กนกวรรณ สุดศรีวิไล⁽⁹⁾ พบกลุ่มความผิดปกติของพฤติกรรม ตี๋มแอลกอฮอล์ร้อยละ 12.4 ของประชากรที่ศึกษา ข้อมูลการประเมินภาวะถอนพิษสุรา (withdrawal) ของกลุ่มตัวอย่างพบว่าคะแนน AWS แลกรับส่วนมากมีคะแนน AWS อยู่ในช่วง 1-4 คะแนน (mild withdrawal) ร้อยละ 65.1

ซึ่งกลุ่มตัวอย่างเกือบทั้งหมดได้รับการรักษาตาม Standing order ร้อยละ 97.8 โดยกลุ่มตัวอย่างที่เกิดภาวะถอนพิษสุราและได้รับการรักษาตามregimen ร้อยละ 97.8 ส่วนวันที่ของการรับไว้รักษาในโรงพยาบาลที่เริ่มมีอาการถอนพิษสุรา(AWS $\geq$ 5) พบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนมากเริ่มมีอาการถอนพิษสุราเกิดขึ้นในวันที่หนึ่งหลังรับไว้รักษาร้อยละ 49.3 รองลงมาคือวันแรกรับและวันที่สองหลังรับไว้รักษาร้อยละ 19.8 และ 16.8 ตามลำดับโดยกลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่ง มีระดับคะแนนAWS สูงสุดหลังเริ่มมีภาวะถอนพิษสุรา (AWS $\geq$ 5) อยู่ในระดับมากกว่าหรือเท่ากับ 15 คะแนน (very severe withdrawal) ร้อยละ 47.8 และหากได้รับการรักษาตามแนวทาง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะไม่มีอาการถอนพิษสุรากลับเป็นซ้ำในช่วงนอนโรงพยาบาล ร้อยละ 95.5 ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของมาริษา พิทักษ์ธรรม⁽¹⁰⁾ เรื่องผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยในโรงพยาบาลนาคูกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 71 ราย มีการถอนพิษสุราร้อยละ 60.6 และมี CIWA-Ar น้อยกว่า 8 ตลอดการรักษา ร้อยละ 14.1 เป็นกลุ่มตัวอย่าง 33ราย อัตราหายจากอาการ ร้อยละ 93.9 อัตราหายจากอาการในระยะเวลา3 วัน 4 วันและ 5 วัน เป็นร้อยละ 68.8, 77.4, และ 90.3 ตามลำดับ มีค่ามัธยฐานระยะเวลาหายจากอาการ2วัน (95% CI:1.38-2.00) และกลุ่มอาการรุนแรงมาก 4.33 วัน (95% CI:1.38-5.54)

นอกจากนั้นพบว่าการรักษาตามแนวทางฯ ที่ได้นำหลักการรักษาภาวะถอนพิษสุรา

ประกอบด้วย 4S' ได้แก่ 1) sedation: การให้ยาระงับประสาทหลักที่ให้ ได้แก่ diazepam, Lorazepam ซึ่งพิจารณารูปแบบการให้ยาตามความรุนแรงของอาการถอนพิษสุรา (symptom triggered regiments) โดยพิจารณาขนาดยาและความถี่ในการให้ยา ตามความรุนแรงของอาการและการให้ยาให้ยาฉีดเข้าหลอดเลือดดำสอดคล้องกับการรักษาของสุนทรี ศรีโกสโย และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ได้ศึกษาการพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีการกลับป่วยซ้ำ พบว่าแนวทางการบำบัดการรักษผู้ป่วยในภาวะถอนพิษสุรา เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ที่ติดสุราสามารถหยุดดื่มสุราได้โดยมีอาการน้อยที่สุดลดภาวะแทรกซ้อนจากการขาดสุราส่งผลให้การหายทุเลาดีขึ้น และจากการดำเนินงานพบว่าบรรลุเป้าหมายมากกว่าที่ตั้งไว้ ร้อยละ 80.0 อภิปรายได้ว่าเนื่องจากทีมสหวิชาชีพมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยอย่างต่อเนื่องทำให้มีความรู้สึกเป็นเจ้าของอีกทั้งได้รับการเตรียมความพร้อมอย่างกัลยาณมิตร ทั้งด้านความเข้าใจในวัตถุประสงค์และขั้นตอนกระบวนการวิจัย และผลที่คาดว่าจะได้รับชี้ให้เห็นถึงประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยแอลกอฮอล์และครอบครัว ผู้ป่วยประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นกับหน่วยงานและตัวผู้ให้บริการรวมทั้งการอบรม ให้ความรู้และทักษะในการดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนพิษสุราแบบผู้ป่วยในตามแนวทางการดูแลรักษา ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นซึ่งผู้ช่วยวิจัยสามารถแสดงความคิดเห็นให้ข้อเสนอแนะและซักถามข้อสงสัยได้ตลอดเวลาตลอดจนฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการการประเมินภาวะถอนฤทธิ์สุรา

ด้วยเครื่องมือ AWS ให้มีความถูกต้องแม่นยำตรงกันและได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้กับผู้วิจัยและระหว่างผู้ช่วยวิจัยด้วยกันทำให้มีความมั่นใจในการนำแนวทางการดูแลรักษาไปใช้ในการปฏิบัติงานจริง ซึ่งผู้ปฏิบัติได้เสนอความคิดเห็นเพิ่มเติมเกี่ยวกับแนวทางดังกล่าวคือมีความสะดวกในการใช้ผู้ใช้มีความมั่นใจในการดูแลรักษาและแพทย์สามารถพิจารณาการให้ยาได้อย่างเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย อย่างไรก็ตามหากบุคลากรที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยแอลกอฮอล์ได้มีการประเมิน AWS และให้การรักษาตามแนวทาง รวมถึงการเชื่อมโยงข้อมูลสู่คลินิกเลิกสุรา/รพ.สต.ในพื้นที่ จะส่งผลดีต่อผู้ป่วยในการยินยอมเข้ารับการรักษาในคลินิกดังกล่าวและได้รับการดูแลต่อเนื่องต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลยางสีสุราช บุคลากรทางพยาบาลและทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลยางสีสุราช ทุกท่านที่ร่วมกันพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยแอลกอฮอล์ในระยะถอนพิษสุราส่งผลให้ผู้ป่วยมีภาวะถอนพิษสุราปลอดภัยหายทุเลาสามารถลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นได้

เอกสารอ้างอิง

1. Global status report on alcohol and health 2018. Geneva: World Health Organization; 2018.
2. National Statistical Office. A survey of the smoking and alcohol consumption behavior of the population 2017. Bangkok ; 2018.

3. อังกูร ภัทรากกร, ธัญเรข ทิพย์วงษ์, อภิชาติ เรณูวัฒนานนท์, พิชรี รัตนแสง, วิมล ลักษณะ ภิชนชัย. แนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยภาวะขาดสุรา. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
4. อุกฤษฏ์ พงศ์ศรีเพียร, ธงชัย วชิรพินพง, กุศลิน กัณหา, สวัสดิ์ เทียงธรรม. ผลการรักษาผู้ป่วยที่มีภาวะถอนพิษสุรา. วารสารสถาบันจิตเวชศาสตร์สมเด็จเจ้าพระยา. 2555; 2, 1-9.
5. บุญชม ศรีสะอาด. การวิจัยเบื้องต้น. กรุงเทพฯ: สุวีริยาสาส์น; 2553.
6. ทวีศักดิ์ นพเกสร. วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ เล่ม 2. พิมพ์ครั้งที่ 2. นครราชสีมา: โชคเจริญมาร์เก็ตติ้ง; 2549.
7. เกษราวัลณ์ นิลรวงกูร. การวิจัยเชิงปฏิบัติการสำหรับวิชาชีพการพยาบาล. ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา; 2558.
8. พันธันภา กิตติรัตนไพบูลย์และคณะ. แบบประเมินภาวะขาดสุรา แผนพัฒนาระบบรูปแบบและวิธีการรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (ผรส). 2552.
9. เบ็ญมาส พฤกษ์กานนท์, อีระ ศิริสมุด, สุธเดช ดวงทิพย์สิริกุล, สกาวรัตน์ พงษ์ลัดดา, กนกวรรณ สุตศรีวิไล. รายงานฉบับสมบูรณ์การสำรวจระดับความวิตกกังวลสุขภาพจิตและจิตเวชในโครงการสนับสนุนและส่งเสริมการบริการครบวงจรสำหรับผู้ป่วยจิตเวชในพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า (โครงการบริการสุขภาพจิตครบวงจร). นนทบุรี: สำนักงานเลขาธิการคณะกรรมการสุขภาพจิตแห่งชาติ (สคสช.) กรมสุขภาพจิต; 2556.
10. มาริษา พิทักษ์ธรรม. ผลการใช้แนวทางเวชปฏิบัติในการรักษาภาวะถอนพิษสุราในผู้ป่วยโรงพยาบาลนาइन. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2561; 2: 207-222.
11. สุนทรี ศรีโกไสย, วงเดือน สุนันตา, สมพร กิ่งแก้ว, ชลิตสุดา. พรหมทวี, ทิพสมัย ทายะรังสี และหทัย ขนนิ. บุญเจริญ. การพัฒนาโปรแกรมการบำบัดทางจิตสังคมแบบกลุ่มสำหรับผู้ป่วยโรคติดสุราที่มีการกลับป่วยซ้ำ. วารสารสภาการพยาบาล. 2553; 4: 67-79.

**การพัฒนาแบบการให้บริการเพื่อการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์
เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย**

มณฑิรา บุทเสน¹, บุรณศักดิ์ วงศ์ศิริภักดี², ทิพย์ภาภรณ์ แยมใส¹, พิศะวัน สุวจันทร์¹

(วันที่รับบทความ: 10 พฤษภาคม 2566, วันที่แก้ไข: 1 กันยายน 2566, วันที่ตอบรับ 25 กันยายน 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อศึกษาสถานการณ์ 2) เพื่อพัฒนารูปแบบ 3) เพื่อประเมินผลของการพัฒนารูปแบบ ประชากรบุคลากรสาธารณสุขในคลินิกฝากครรภ์ 9 คน และกลุ่มตัวอย่างสุ่มแบบเจาะจงเป็นหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงคลอดก่อนกำหนด 33 คน ดำเนินการเดือนตุลาคม 2564 ถึง สิงหาคม 2565 การวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบ และระยะที่ 3 การประเมินผลรูปแบบ เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย ประกอบด้วย รูปแบบการให้บริการ แบบบันทึกในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ “มาป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดกันเถอะ” แบบสนทนากลุ่ม แบบสัมภาษณ์เชิงลึก แบบสอบถามความรู้และทัศนคติ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทัศนคติโดยใช้สถิติ Paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา การตีความและสรุปความ

ผลการศึกษา พบปัญหา ได้แก่ ระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ยังไม่ชัดเจน และหญิงตั้งครรภ์ยังขาดความรู้ และแนวทางการดูแลตนเอง นำปัญหาพบมาสู่การพัฒนารูปแบบและจากการทดลองใช้รูปแบบ พบว่า ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้และทัศนคติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ความพึงพอใจในระดับดีทุกด้าน และหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดลดลง ซึ่งผ่านเกณฑ์ตัวชี้วัดของกระทรวงสาธารณสุขที่ร้อยละ 7.00 ดังนั้น ควรมีการนำรูปแบบที่มีการพัฒนามาปรับใช้ในคลินิกฝากครรภ์ เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองให้สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้อย่างถูกต้องเหมาะสมและป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ, รูปแบบการให้บริการ, หญิงตั้งครรภ์, การส่งเสริมการดูแลตนเอง, ป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ²นายแพทย์ชำนาญการ โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย

The Model Development of Self-care Promotion for Preterm Labor Prevention at the Antenatal Care in Phon Phisai Hospital, Nong Khai

Montira Buttasen¹, Buranasak Wongsiriphakdee², Thippaporn Yamsai¹, Pistawan Suwajan¹

(Received : 10th May 2023; Revised : 1st September 2023; Accepted : 25th September 2023)

ABSTRACT

This research is Action Research. The objectives of this research are 1) to study the situation, 2) to develop the model, 3) to evaluate the model development. The population was 9 persons staff of ANC clinic. and 33 persons of pregnant women at risk of preterm labor by purposive sampling. The research was conducted from October 2021 to August 2022. The research was divided into 3 phases: Phase 1: situation study; Phase 2: development Model and Phase 3: Model Evaluation. The research tools consisted of format service models and self-care record format of a pregnant woman “Let’s Prevent preterm labor”. Research tools included group discussion form, in-depth interview form, the knowledge and attitude test, satisfaction survey purposive sampling and a satisfaction assessment form Quantitative data were analyzed by frequency, percentage, mean, and standard deviation. and compared knowledge with attitude scores used Paired t-test to analyze the data. qualitative with content analysis, interpretation and conclusion

The results of the study revealed problems such as the self-care system for pregnant women was not clear. and pregnant women still lack knowledge and self-care guidelines preterm labor the findings to develop a service model. From the experimental a service model, it was found that the mean of knowledge with attitude of the sample increased significantly statistically. (p-value<0.001) Satisfaction with the system of service models was at a good level in all aspects. and decreased preterm labor. Which passed the indicator criteria of the Ministry of Public Health at 7.00 percent. Therefore, the developed model should be adapted in the antenatal clinic for prevent preterm labor risk and be able to properly self-care for themselves at home.

Keywords: model development, service model, pregnant women Promoting self-care, preventive preterm labor risk.

¹Registered Nurse, Professional Level, ²Medical Physician, Professional Level, Phon Phisai Hospital, Nong Khai
Corresponding author: Montira Buttasen email: or11042@hotmail.co.th

บทนำ

การเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด (Pre-term labor) เป็นภาวะที่สตรีมีการเจ็บครรภ์ตั้งแต่อายุครรภ์ 28 สัปดาห์และก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้คลอดก่อนกำหนดถึงร้อยละ 50-80 ตามสถิติขององค์การอนามัยโลกพบว่า การคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มสูงขึ้นเฉลี่ย 12 ล้านคน/ปี ในประเทศไทยพบอุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดประมาณ 80,000 ราย/ปี การคลอดก่อนกำหนดส่งผลให้มารดาและทารกมีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนหลายอย่าง นอกจากนี้พบว่า ยังส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพและการตายของทารก (Neonatal mortality) ได้ถึงร้อยละ 75 และยังส่งผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาทารกคลอดก่อนกำหนดทั่วประเทศ พบว่าประเทศไทยจะต้องเสียค่าใช้จ่ายไม่ต่ำกว่า 2,300,000,000 บาท/ปี ทั้งนี้ยังไม่รวมค่าใช้จ่ายในการในการดูแลรักษาต่อเนื่องของทารกที่มีความพิการและพัฒนาการล่าช้า และพบว่าปัจจัยเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดมีทั้งด้านประวัติการตั้งครรภ์และการคลอด โดยประวัติการคลอดก่อนกำหนดเพิ่มความเสี่ยงการคลอดก่อนกำหนดถึง 5.08 เท่าของครรภ์ปัจจุบัน ประวัติการแท้งในไตรมาสที่ 2 มากกว่า 2 ครั้ง การตั้งครรภ์หลายครั้งหรือเว้นระยะห่างการตั้งครรภ์ 18 เดือน ประวัตินี้มีเลือดออกระหว่างตั้งครรภ์ ด้านบุคคลและการดำเนินชีวิต การใช้สารเสพติด สูบบุหรี่ ดื่มแอลกอฮอล์ ดัชนีมวลกาย ความเครียด ความผิดปกติของมดลูก โรคประจำตัว การทำงานติดต่อกันหลายชั่วโมงหรือการใช้แรงงานหนัก ครรภ์แฝด ภาวะแทรกซ้อนระหว่าง

การฝากครรภ์ล่าช้าและการติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ การป้องกันการคลอดก่อนกำหนดจึงมีความสำคัญมาก โดยเริ่มตั้งแต่การค้นหาสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดและรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ⁽¹⁻²⁾

จากรายงานข้อมูลการคลอดอำเภอโพธารักษ์ ของศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (HDC: Health Data Center) จังหวัดหนองคาย พ.ศ. 2562-2564 ข้อมูลการคลอดอำเภอโพธารักษ์ พบว่าสตรีตั้งครรภ์คลอดทั้งหมด 532, 595 และ 738 ราย ตามลำดับ คลอดก่อนกำหนดจำนวน 80, 66 และ 68 ราย ตามลำดับ อุบัติการณ์การคลอดก่อนกำหนดต่อจำนวนคลอดทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 15.04, 11.09 และ 9.21 ตามลำดับ จากข้อมูลพบว่าอัตราการคลอดก่อนกำหนดมีแนวโน้มลดลง ซึ่งตามเกณฑ์ตัวชี้วัด แผนพัฒนาระบบสุขภาพ (service plan) เขตสุขภาพที่ 8 กำหนดให้อัตราการคลอดก่อนกำหนดไม่เกินร้อยละ 7 และจากการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าด้านหญิงตั้งครรภ์ยังคงขาดความรู้และการปฏิบัติในการดูแลตนเองที่ถูกต้อง ด้านรูปแบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน การให้การพยาบาลของผู้ให้บริการเป็นการให้คำแนะนำระหว่างซักประวัติและให้ความรู้รูปแบบการให้สุศึกษา ก่อนให้บริการฝากครรภ์เท่านั้น ซึ่งการจัดบริการดังกล่าวอาจยังไม่ครอบคลุมในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพของระบบการจัดบริการฝากครรภ์ ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงต้องการพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อการส่งเสริมการดูแลตนเองของ

หญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) อันจะช่วยให้โรงพยาบาลโพนพิสัย มีระบบการจัดบริการฝากครรภ์ที่ชัดเจน และเหมาะสมกับผู้ปฏิบัติงานและหญิงตั้งครรภ์ รวมทั้งทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ความเข้าใจ และทัศนคติที่ดีในการดูแลตนเองในระหว่างตั้งครรภ์ และสามารถปฏิบัติตัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัญหาเกี่ยวกับการให้บริการเพื่อการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด
3. ประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคม ถึง สิงหาคม 2565 โดยประชากรในการศึกษารั้งนี้ มี 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ผู้ให้ข้อมูลเรื่องระบบและปัญหาในการดำเนินงานในคลินิกฝากครรภ์ ได้แก่ บุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ รวมทั้งหมด 9 คน ประกอบด้วยสูตินรีแพทย์ 2 คน แพทย์เวชกรรมทั่วไป 1 คน พยาบาลวิชาชีพ 5 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน กลุ่มที่ 2 หญิงตั้งครรภ์

ที่ฝากครรภ์ โรงพยาบาลโพนพิสัย ระหว่างเดือนเดือนตุลาคม 2564 ถึง มกราคม 2565 จำนวน 390 คน ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเลือกได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งหมด 33 คน คัดเลือกแบบเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) ได้แก่ (1) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดที่ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลโพนพิสัย ได้แก่ หญิงตั้งครรภ์กลุ่มอายุ ≥ 35 ปี หรือหญิงตั้งครรภ์อายุ ≤ 17 ปี มีภาวะเบาหวานขณะตั้งครรภ์หรือมีประวัติการคลอดก่อนกำหนด (2) เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุครรภ์ไม่เกิน 24 สัปดาห์ (3) อาศัยในพื้นที่ อำเภอโพนพิสัย (4) สามารถฟัง อ่าน เขียน สื่อสารได้ (5) ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ

เกณฑ์การแยกอาสาสมัครวิจัยออกจากโครงการ (Exclusion Criteria) ได้แก่ (1) มีภาวะสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเป็นอันตรายขณะวิจัย (2) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ตลอดการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ดำเนินการวิจัย ได้แก่

1.1 รูปแบบการให้บริการ โดยเป็นการพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด มีลักษณะเป็นขั้นตอนการให้บริการติดต่อที่คลินิกฝากครรภ์ และมีการทำความเข้าใจกับบุคลากรสุขภาพที่ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลโพนพิสัย จังหวัดหนองคาย

1.2 แบบบันทึกในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ “มาป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดกันเถอะ” เพื่อป้องกันการคลอด

ก่อนกำหนด ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นร่วมกับสูตินรีแพทย์ แพทย์เวชกรรมทั่วไป พยาบาลวิชาชีพ ผู้ช่วยเหลือคนไข้ และผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญก่อนนำมาใช้ ซึ่งมีลักษณะเป็นข้อคำถาม จำนวน 9 ข้อ เพื่อบันทึกการปฏิบัติตัว ป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเป็นประจำทุกวัน โดย 1 แผ่น จะใช้บันทึกได้เป็นเวลา 1 เดือน

2. เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังพัฒนา ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงมาจากสื่อประกอบการสอนหญิงตั้งครรภ์ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ และกรณีศึกษา ฉายอิงเขียว และคณะ⁽⁴⁾ โดยมีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ ถูก-ผิด ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว คือ “ใช่” “ไม่ใช่” โดยมีเกณฑ์การแปลผลคำตอบ ดังนี้ “ข้อความที่ถูกต้อง คือคำตอบ “ใช่” ให้ 1 คะแนน คำตอบ “ไม่ใช่” ให้ 0 คะแนน สำหรับคำตอบที่ถูกต้อง คือคำตอบ “ไม่ใช่” ให้ 0 คะแนน คำตอบ “ไม่ใช่” ให้ 1 คะแนน โดยมีค่าคะแนนอยู่ที่ 0-15 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนนความรู้ แบ่งเกณฑ์ระดับความรู้ดังนี้ ค่าคะแนน 12-15 คะแนนหรือคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80-100 หมายถึงความรู้ในระดับมาก ค่าคะแนน 9-11 คะแนนหรือคะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 หมายถึงความรู้ระดับปานกลาง และค่าคะแนน 0-8 คะแนนหรือคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 หมายถึงความรู้ระดับน้อย

2.2 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการรับรู้โรคและความเสี่ยงของโรค ข้อคำถาม

เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบลิเคิร์ต (Likert) 5 ระดับ ดังนี้ ระดับทัศนคติเห็นด้วยมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด เท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ มีจำนวน 4 ข้อ โดยเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน แบ่งเกณฑ์ระดับความรู้ดังนี้ ค่าคะแนน 3.67-5.00 คะแนน หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับดี ค่าคะแนน 2.67-3.66 คะแนน หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับปานกลาง และ ค่าคะแนน 1.00-2.66 คะแนน หมายถึง ทัศนคติอยู่ในระดับไม่ดี

2.3 แบบประเมินความพึงพอใจ ข้อคำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) แบบลิเคิร์ต (Likert) 5 ระดับ ดังนี้ ความพึงพอใจมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อยและน้อยที่สุด เท่ากับ 5, 4, 3, 2 และ 1 คะแนน ตามลำดับ จำนวน 22 ข้อ โดยเกณฑ์การแปลผลค่าคะแนน แบ่งเกณฑ์ดังนี้ ค่าคะแนน 3.67-5.00 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจในระดับดี ค่าคะแนน 2.67-3.66 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจในระดับปานกลางและค่าคะแนน 1.00-2.66 คะแนน หมายถึง ความพึงพอใจในระดับไม่ดี

2.4 ประเด็นการสนทนากลุ่มในกลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ ประเด็นคำถาม จำนวน 3 ข้อ ได้แก่ (1) การส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด ที่ผ่านมา (2) ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่ผ่านมา และ (3) การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดเป็นอย่างไร

2.5) ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ ประเด็นคำถาม จำนวน 4 ข้อ ได้แก่ (1) รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด คลินิกฝากครรภ์ควรเป็นอย่างไร (2) ท่านคิดว่าปัญหาอุปสรรคในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดคลินิกฝากครรภ์เป็นอย่างไร (3) ท่านมีข้อเสนอแนะในการจัดการกับปัญหาอุปสรรคเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดคลินิกฝากครรภ์ และ (4) ความต้องการการสนับสนุนเพื่อให้พัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดคลินิกฝากครรภ์ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3. การควบคุมคุณภาพเครื่องมือในการวิจัย

3.1 ประเด็นการสนทนากลุ่มและประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึกเป็นแบบกึ่งโครงสร้าง ผู้วิจัยได้นำร่างประเด็นคำถามที่สร้างขึ้นและผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว จำนวน 3 ท่าน พิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาการวิเคราะห์ข้อมูลหาค่า IOC (Index of Item Objective Congruence) มีค่าเท่ากับ 0.67 ขึ้นไปและนำข้อคำถามที่ปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญและได้นำไปทดลองใช้ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้จำนวน 30 คน จึงนำใช้กับกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

3.2 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับโรคและการรับรู้ความเสี่ยงของโรค แบบ

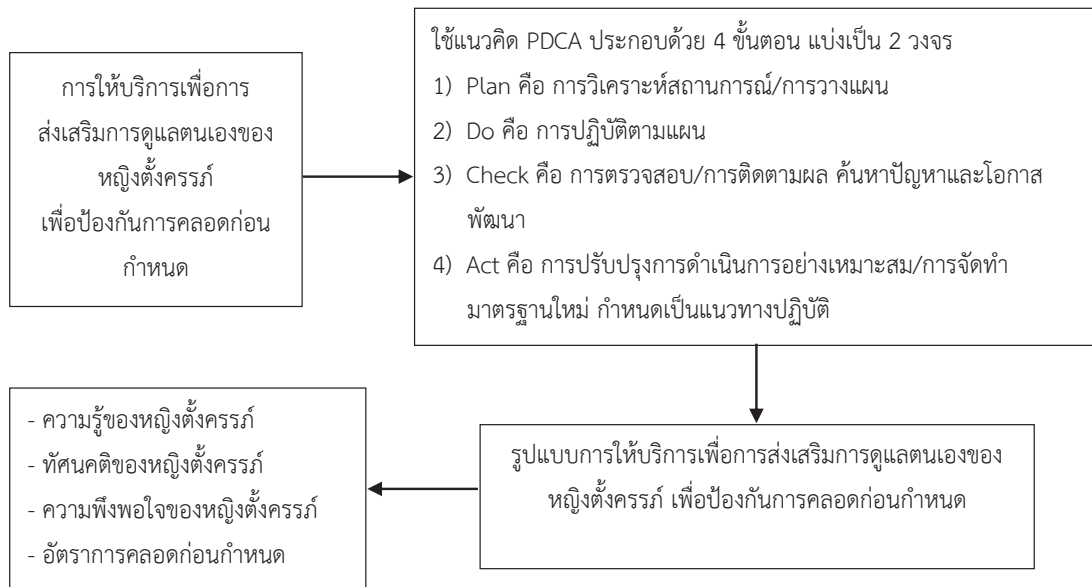
ประเมินความพึงพอใจ ข้อคำถามเป็นมาตรฐานประมาณค่า โดยนำแบบแบบสอบถามที่ปรับปรุงพัฒนาตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน การหาความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) และผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา ได้นำไปทดลองใช้ (Try out) ในกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะใกล้เคียงกับการศึกษาครั้งนี้จำนวน 30 คน จากนั้นนำไปประเมินหาค่าความเชื่อมั่น โดยมีค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ทั้งฉบับ เท่ากับ 0.82 และ 0.87 ตามลำดับ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ ประกอบด้วย 1) เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลโพธิ์ชัยในช่วง เดือนตุลาคม 2564 ถึงเดือน มกราคม 2565 2) ทบทวนวรรณกรรม และศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง 3) การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึกในกลุ่มตัวอย่างบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ และเพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์ สังเคราะห์นำไปพัฒนาระยะที่ 2 ต่อไป

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบ โดยใช้แนวคิด PDCA มาใช้ในกระบวนการพัฒนา ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน แบ่งเป็น 2 วงจรการพัฒนาระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงเดือนพฤษภาคม 2565

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบโดยใช้แบบประเมินความรู้และแบบประเมินทัศนคติหญิงตั้งครรภ์หลังการพัฒนาแบบประเมินความพึงพอใจรูปแบบที่พัฒนาขึ้น ประเมินผลลัพธ์การพัฒนาจากอัตราการคลอดก่อนกำหนด



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interview) วิเคราะห์เชิงเนื้อหา การตีความ สรุปความ

2) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลผู้รับบริการในคลินิกฝากครรภ์โดยใช้ค่าความถี่ ร้อยละ และการศึกษาเพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทัศนคติโดยใช้สถิติ Paired t-test

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของโรงพยาบาลโพธิ์ชัย จังหวัดหนองคาย เลขที่ 4/2565 ลงวันที่ 9 พฤศจิกายน 2564

ผลการวิจัย

1. ผลการศึกษาวเคราะห์สถานการณ์

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่มในบุคลากรผู้ปฏิบัติ งานในคลินิกฝากครรภ์ และในกลุ่มตัวอย่างหญิงตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด ผลการศึกษา โดยการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์เชิงลึก วิเคราะห์เชิงเนื้อหา การตีความ สรุปความ พบประเด็นดังนี้

ประเด็นที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดควรเป็นอย่างไร ข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่าง เช่น 1) ควรมีการให้ความรู้และประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 2) ควรมีการชี้แจงขั้นตอนการให้บริการในคลินิก 3) ควรมีแบบบันทึกติดตามหญิงตั้งครรภ์กลุ่มเสี่ยงสูงและเบอร์โทรติดต่อ

ประเด็นที่ 2 ปัญหาอุปสรรค 1) ขาดการประชาสัมพันธ์และให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 2) ขาดสื่อความรู้ในการปฏิบัติตัวในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 3) มีเวลาน้อยในการซักประวัติและซักถามเจ้าหน้าที่ทำให้ไม่เกิดความกระจำการปฏิบัติตัว

ประเด็นที่ 3 ข้อเสนอแนะ 1) การประชาสัมพันธ์แก่หญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 2) มีสื่อให้ความรู้ในการปฏิบัติตัวในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด 3) มีการอธิบายขั้นตอนการให้บริการเพื่อความรวดเร็วไม่รอนาน

ประเด็นที่ 4 ต้องการการสนับสนุนเพื่อให้การพัฒนา เช่น 1) มีแบบประเมินตนเองในการดูแลตนเองป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด 2) ให้ญาติ/สามีเข้าร่วมฟังความรู้ในการปฏิบัติตัวด้วย

2. รูปแบบการจัดบริการ การพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาล โพนพิสัย จังหวัดหนองคาย มีขั้นตอนการให้บริการดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ มีการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด โดยการคัดกรองตั้งแต่การฝากครรภ์ครั้งแรก เพื่อแยกให้การดูแลเฉพาะ และติดสัณฐานลักษณะครรภ์เสี่ยงที่ไปสื่อสารและสมุดฝากครรภ์

ขั้นตอนที่ 2 การดูแลแยกเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงโดยให้ความรู้การปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง แจกสื่อแผ่นพับ แจกแบบบันทึก

การปฏิบัติในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยใช้ใบ “มาป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดกันเถอะ” และแนะนำวิธีการบันทึกเฝ้าระวังการคลอดก่อนกำหนดและนัดหมาย

ขั้นตอนที่ 3 ในขั้นตอนการส่งตรวจครรภ์ พบสูตินรีแพทย์ โดยสูตินรีแพทย์มีการให้ความรู้การดูแลตามแนวทางที่กำหนด และเฝ้าระวัง และบันทึกการให้บริการที่สมุดฝากครรภ์

ขั้นตอนที่ 4 การบริการหลังพบแพทย์ (1) พบพยาบาลเฉพาะทางครรภ์เสี่ยงเพื่อกำกับการดูแลตนเอง ทบทวนวันนัดในสมุด และการสังเกตอาการผิดปกติ (2) แจ้งเรื่องเพิ่มช่องทางการติดต่อทางโทรศัพท์ โไลน์ การปรึกษากรณีฉุกเฉินและการติดต่อ สายด่วน 1669 เมื่อเกิดอาการผิดปกติที่ต้องมาโรงพยาบาล (3) การกำกับการมาฝากครรภ์ตามนัด (4) การคืนข้อมูลให้รพ.สต. เพื่อติดตามเยี่ยมดูแลตามแนวทางทางไลน์กลุ่ม MCH

ขั้นตอนที่ 5 การโทรศัพท์ติดตามอาการ (1) ติดตามทางไลน์ (2) ติดตามทางโทรศัพท์ ในรายที่ใกล้คลอดหรือมีความเสี่ยงสูง ติดตามสัปดาห์ละ 1 ครั้งจนครบกำหนดคลอด โดยให้พ้นระยะอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด

ขั้นตอนที่ 6 การทบทวนอุบัติการณ์กรณีที่มีการคลอดก่อนกำหนด โดยมีการเชื่อมโยงกับห้องคลอด รพ.ลูกชาย และ รพ.สต. เพื่อหาแนวทางการป้องกันเพื่อการพัฒนาต่อไปโดยรูปแบบที่พัฒนาขึ้น มีทีมสหวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกฝากครรภ์ร่วมกันพัฒนาขึ้น ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นรูปแบบในการให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ได้จริง เพื่อใช้ในการส่งเสริมการดูแลตนเอง

ของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย โดยใช้เป็นรูปแบบปฏิบัติต่อไป

3. ผลการวิจัยการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด คลินิกฝากครรภ์ โรงพยาบาลโพธิ์พิสัย จังหวัดหนองคาย

3.1 ข้อมูลลักษณะ จำนวนและร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง (n=33)

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบ่งตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่างได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ อาชีพ จำนวนครั้งการตั้งครรภ์ ประวัติก่อนการตั้งครรภ์ การพักผ่อนนอนหลับต่อวัน โดยเรียงลำดับจากจำนวนที่มากที่สุดไปน้อยที่สุด จากข้อมูล (1) อายุพบว่าช่วงอายุ 30-39 ปี จำนวน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 54.5 ช่วงอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 24.2 ช่วงอายุ 20-29 ปี จำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 12.1 และช่วงอายุ 40-49 ปี จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 9.1 (2) ระดับการศึกษาพบว่าระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 69.7 ระดับอนุปริญญาจำนวน 4 คน คิดเป็นร้อยละ 12.1 ระดับประถมศึกษาปีที่ 1-6 จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 9.1 ระดับปริญญาตรีจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 และไม่ได้รับการศึกษาจำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.0 (3) รายได้ต่อเดือนพบว่าจำนวนสตรีที่มีรายได้ในช่วง 10,001-15,000 บาท จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 33.3 รายได้ในช่วง 5,000-10,000 บาท จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 30.3 รายได้น้อยกว่า 5,000 บาท จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 27.3 และ

มีรายได้มากกว่า 15,000 บาท จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 9.1 (4) อาชีพพบว่ามีอาชีพเป็นแม่บ้าน จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 42.4 อาชีพเกษตรกรจำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 27.3 อาชีพค้าขายจำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 24.2 และอาชีพรับราชการ/รัฐวิสาหกิจจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 (5) จำนวนการตั้งครรภ์ (รวมทั้งแท้ง/ท้องนอกมดลูก) พบว่าจำนวนการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 39.4 ครั้งที่ 1 จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 16.7 ครั้งที่ 3 จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 ครั้งที่ 4 จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 และครั้งที่ 5 จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.0 (6) ประวัติการตั้งครรภ์ก่อนพบที่ไม่เคยตั้งครรภ์จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 69.7 เคยผ่าตัดคลอดจำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 เคยคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 9.1 และเป็นเบาหวานขณะตั้งครรภ์จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 3.0 (7) การพักผ่อนนอนหลับต่อวันพบว่าจำนวนชั่วโมงการนอนหลับในช่วง 6-8 ชั่วโมงจำนวน 17 คน คิดเป็นร้อยละ 51.5 ช่วง 8-10 ชั่วโมงจำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 42.4 และน้อยกว่า 6 ชั่วโมงจำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1

3.2 ผลการเปรียบเทียบความรู้ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ (n=33)

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการพัฒนา กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับมาก ร้อยละ 69.7 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 21.2 และหลังการพัฒนา กลุ่มที่ศึกษา

ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 100 เปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า หลังการพัฒนามี

คะแนนความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.001) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังการพัฒนาแบบ

การศึกษา	ค่าเฉลี่ย	SD.	ค่าความต่าง	t-test	p-value
ก่อนพัฒนา	12.33	2.40	1.85	6.468	<0.001*
หลังพัฒนา	14.8	0.92			

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ p-value < 0.001 วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test

เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า (1) การคลอดก่อนกำหนดหมายถึงการคลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ โดยก่อนพัฒนาได้คะแนนร้อยละ 69.7 (23 ราย) และหลังการพัฒนาได้คะแนนร้อยละ 100 (33 ราย) (2) การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และเหมาะสมกับดัชนีมวลกาย (BMI) ป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนพัฒนาได้คะแนนร้อยละ 75.8 (25 ราย) และหลังการพัฒนาได้คะแนนร้อยละ 97.0 (32 ราย)⁽³⁾ ควรดื่มน้ำไม่น้อยกว่าวันละ 8 แก้วเพื่อช่วยการทำงานของระบบขับถ่าย ปัสสาวะ (หากไม่มีข้อห้าม) ป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนพัฒนาได้คะแนนร้อยละ 87.9 (29 ราย) และหลังการพัฒนาได้คะแนนร้อยละ 100 (33 ราย) (4) ควรนอนหลับพักผ่อนไม่น้อยกว่า 6-8 ชั่วโมงต่อวันโดยนอนตะแคงข้างซ้ายและให้ยกปลายเท้าสูงประมาณ 5-10 นาที ระหว่างวัน ช่วยป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนพัฒนาได้คะแนนร้อยละ 90.9 (30 ราย) และหลังการพัฒนาได้คะแนนร้อยละ 97.0

(32 ราย) (5) ไม่ควรออกกำลังกายเพราะจะทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดก่อนพัฒนาได้คะแนนร้อยละ 54.5 (18 ราย) และหลังการพัฒนาได้คะแนนร้อยละ 75.8 (25 ราย) (6) การรับประทานยาบำรุงธาตุเหล็กรวมทั้งยาโฟลิกให้สม่ำเสมอสามารถป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนพัฒนาได้คะแนนร้อยละ 75.8 (25 ราย) และหลังการพัฒนาได้คะแนนร้อยละ 97.0 (32 ราย) (7) ไม่ควรรับประทานยาเสริมธาตุเหล็กพร้อมนมเพราะจะไปขัดขวางการดูดซึมของธาตุเหล็ก ก่อนพัฒนาได้คะแนนร้อยละ 69.7 (23 ราย) และหลังการพัฒนาได้คะแนนร้อยละ 87.9 (29 ราย) (8) ควรแปรงฟันหลังอาหารทุกครั้งเพื่อป้องกันฟันผุที่จะทำให้มีติดเชื้อในช่องปากเกิดภาวะแทรกซ้อนขณะตั้งครรภ์ได้ทำให้เกิดภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนพัฒนาได้คะแนนร้อยละ 75.8 (25 ราย) และหลังการพัฒนาได้คะแนนร้อยละ 97.0 (32 ราย) (9) ควรทำความสะอาดร่างกายทุกวันเพื่อป้องกันโรคช่องคลอดอักเสบและ

ระบบทางเดินปัสสาวะอักเสบทำให้เกิดภาวะ
เจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนพัฒนาได้
คะแนนร้อยละ 84.8 (28 ราย) และหลัง
การพัฒนาได้คะแนนร้อยละ 97.0 (32 ราย)
(10) ไม่กลั้นปัสสาวะเพื่อป้องกันโรคทางเดิน
ปัสสาวะอักเสบ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิด
อาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนพัฒนา
ได้คะแนนร้อยละ 90.9 (30 ราย) และหลัง
การพัฒนาได้คะแนนร้อยละ 100 (33 ราย)
(11) ไม่ควรง่ายยองหรือเปลี่ยนท่ายืนเป็นท่านั่ง
บ่อยครั้งเพราะจะทำให้หมดลูกกดแข็งตัวบ่อย
ครั้ง ทำให้เกิดอาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด
ก่อนพัฒนาได้คะแนนร้อยละ 87.9 (29 ราย)
และหลังการพัฒนาได้คะแนนร้อยละ 87.9
(29 ราย) (12) ไม่ควรทำงานติดต่อกันมากกว่า
3 ชั่วโมง หากมีจำเป็นให้นั่งพักหรือเปลี่ยน
อิริยาบถเป็นระยะเพราะทำให้เกิดอาการเจ็บ
ครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อนพัฒนาได้คะแนน
ร้อยละ 90.9 (30 ราย) และหลังการพัฒนาได้
คะแนนร้อยละ 84.8 (28 ราย) (13) หลีกเลี่ยง
การกระแทกกระแทกบริเวณหน้าท้องทำให้เกิด
อาการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด ก่อน

พัฒนาได้คะแนนร้อยละ 93.9 (31 ราย) และ
หลังการพัฒนาได้คะแนนร้อยละ 100 (33 ราย)
(14) การนับลูกดิ้นเป็นการช่วยป้องกันการ
คลอดก่อนกำหนด ก่อนพัฒนาได้คะแนนร้อยละ
97.0 (32 ราย) และหลังการพัฒนาได้คะแนน
ร้อยละ 97.0 (32 ราย) (15) เมื่อมีอาการเจ็บ
ครรภ์ น้ำเดินหรือมีเลือดออกทางช่องคลอด
ควรรีบมาโรงพยาบาลทันที ก่อนพัฒนาได้
คะแนนร้อยละ 97.0 (32 ราย) และหลังการ
พัฒนาได้คะแนนร้อยละ 100 (33 ราย)

3.3 ผลการเปรียบเทียบทัศนคติก่อน และหลังการพัฒนารูปแบบ (n=33)

ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการพัฒนา
กลุ่มที่ศึกษาส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับดี
ร้อยละ 90.9 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง
ร้อยละ 9.1 และหลังการพัฒนา กลุ่มที่ศึกษา
ส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับดี เพิ่มขึ้นเป็น
ร้อยละ 97.0 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง
ร้อยละ 3.0 โดยไม่มีระดับต่ำ เปรียบเทียบ
ทัศนคติก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ พบว่า
หลังการพัฒนาคะแนนทัศนคติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการเปรียบเทียบทัศนคติก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบ

การศึกษา	ค่าเฉลี่ย	SD.	ค่าความต่าง	t-test	p-value
ก่อนพัฒนา	4.83	0.35	0.32	4.020	<0.001*
หลังพัฒนา	4.51	0.61			

* มีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test

เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่า โดยรวมแล้วหลังการพัฒนาหญิงตั้งครรภ์มีทัศนคติอยู่ในระดับดีเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดก่อนและหลังพัฒนาตบเห็นด้วยอย่างยิ่งร้อยละ 63.6 และ 93.9 ตามลำดับ รองลงมาคือ การมีประวัติเคยคลอดก่อนกำหนดในครรภ์ก่อนมีโอกาสคลอดก่อนกำหนดมากขึ้น ก่อนและหลังพัฒนาตบเห็นด้วยอย่างยิ่งร้อยละ 57.6 และ 75.8 ตามลำดับ

3.4 ผลการประเมินความพึงพอใจหลังการพัฒนา (n=33)

ผลการศึกษา พบว่า หลังการพัฒนารูปแบบ กลุ่มตัวอย่างโดยรวมมีความพึงพอใจในระดับดี ค่าเฉลี่ยคะแนน 4.37 (SD=0.31) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีทุกด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่/บุคลากรผู้ให้บริการที่คลินิกฝากครรภ์ เท่ากับ 4.40 (SD=0.26) สิ่งอำนวยความสะดวก เท่ากับ 4.39 (SD=0.37) การให้บริการในคลินิกฝากครรภ์ เท่ากับ 4.36 (SD=0.36) รูปแบบการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่พัฒนาขึ้น เท่ากับ 4.35 (SD=0.39) และการจัดสิ่งแวดล้อมเพื่อส่งเสริมสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับ 4.30 (SD=0.48)

4. ผลลัพธ์การพัฒนาโดยประเมินจากอัตราการคลอดก่อนกำหนด ของกลุ่มตัวอย่าง (n=33)

ผลการศึกษา พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดครบกำหนดอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป จำนวน 29 รายคิดเป็นร้อยละ 87.88 หญิงตั้งครรภ์ที่

คลอดก่อนกำหนดอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.06 และหญิงตั้งครรภ์ที่ยังฝากครรภ์ (ยังไม่คลอด) จำนวน 2 ราย คิดเป็นร้อยละ 6.06

การอภิปรายผล

จากการศึกษาสถานการณ์และปัญหาพบว่าหญิงตั้งครรภ์ยังขาดความรู้และทัศนคติในการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ ขาดการประชาสัมพันธ์และสื่อในการให้ความรู้ในคลินิกฝากครรภ์ จึงได้มีการพัฒนารูปแบบการให้บริการเพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด โดยได้ทำแบบบันทึกในการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ “มาป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนดกันเถอะ” โดยมีการให้บริการเพื่อการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้านสำหรับหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด⁽⁵⁾ และการทำสื่อประชาสัมพันธ์ในคลินิก มีการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงเพื่อส่งพบสูตินรีแพทย์ การคืนข้อมูลให้เครือข่ายเพื่อเยี่ยมติดตามและดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดการดูแลแบบต่อเนื่องที่เน้นการดูแลโดยยึดหญิงตั้งครรภ์เป็นศูนย์กลาง โดยให้คำแนะนำในการป้องกันและการปฏิบัติเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด การเฝ้าระวังอาการเตือนของการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด เพื่อให้ได้รับการดูแลได้ทันที่⁽⁶⁾ ผลของการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดพบว่าหญิงตั้งครรภ์มีระดับความรู้เพิ่มขึ้นและมีทัศนคติดีขึ้น รวมทั้งมีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับดี

ทุกด้าน และมีอัตราการคลอดก่อนกำหนดลดลงจากเดิมเหลือเพียงร้อยละ 6.06 ซึ่งผ่านตัวชี้วัดไม่เกินร้อยละ 7 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการสร้างทักษะความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์มีทักษะความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันการคลอดก่อนกำหนดมีคะแนนเฉลี่ยสูงขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนการพัฒนาารูปแบบและมีการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 5⁽⁷⁾ สามารถอธิบายได้ว่าสิ่งเร้าภายนอกจะกระตุ้นจิตใจให้บุคคลเกิดการรับรู้ที่เหมาะสมในการดูแลสุขภาพ และส่งผลให้มีการปฏิบัติตัวในขณะตั้งครรภ์ให้เกิดสุขภาพที่ดี⁽⁸⁾

ข้อเสนอแนะในการนำวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. รูปแบบการให้บริการเพื่อการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดที่ได้พัฒนาขึ้นครั้งนี้ได้พัฒนาตามสภาพปัญหาที่แท้จริงโดยการประเมินสถานการณ์ปัญหาาร่วมกันและนำมาพัฒนาารูปแบบซึ่งส่งผลให้ได้รูปแบบนำมาใช้ในการปฏิบัติงานจนทำให้ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่คลอดก่อนกำหนดลดลงจากเดิมร้อยละ 9.21 ลดลงเหลือ ร้อยละ 6.06 ซึ่งส่งผลให้การพัฒนาคุณภาพการบริการมีคุณภาพยิ่งขึ้น

2. ได้นำผลการพัฒนาสื่อสารในคณะกรรมการ MCH เครือข่ายอำเภอโพธารามไปใช้เป็นแนวทางในการเชื่อมโยงการดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดในภาพรวมของอำเภอโพธารามไป

3. มีแผนการพัฒนาต่อเนื่องโดยนำเสนอข้อมูลการคลอดก่อนกำหนดในการประชุมประจำเดือนของเครือข่ายอำเภอโพธารามเพื่อให้เกิดการพัฒนาต่อเนื่องร่วมกันต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการพัฒนาารูปแบบการให้บริการเพื่อการส่งเสริมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนดโดยมีจำนวนประชากรที่มากขึ้นเพื่อยืนยันผลและมีการแยกช่วงอายุ เพื่อการดูแลที่เหมาะสมต่อไป รวมทั้งศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่มีอาการเจ็บครรภ์คลอดเพื่อลดความเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนด และยืดอายุครรภ์ให้ได้ในช่วงอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ขึ้นไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ทีมสหวิชาชีพคลินิกฝากครรภ์ทุกท่าน ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาผลงานวิจัยครั้งนี้และในโอกาสนี้ขอกราบขอบพระคุณ ดร.ชลการ ทรงศรี วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี จังหวัดอุดรธานี ดร.เทพไทย โชติชัย และดร.ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ที่ให้ความรู้ด้านวิชาการ รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการการวิจัย และนางภรกต สุฝน หัวหน้างานวิจัยและพัฒนา กลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลโพธาราม อำเภอโพธาราม จังหวัดหนองคาย ที่กรุณาเป็นที่ปรึกษาในการทำวิจัยในครั้งนี้อย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. ประไพรัตน์ แก้วศิริ, ศิริพร เหมะธูลิน, พิมลพรรณ อันสุข, พรรณยุพา เนาว์ศรีสอน. การส่งเสริมสุขภาพแก่สตรีตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนด. วารสารศรีนครินทร์ 2563; 35(2): 238-245.
2. ฐิรวรรณ บัวแยม, เพียงบุหลัน ยาปาน, สุจิตตรา พงศ์ประสพชัย. การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงต่อการเจ็บคลอดก่อนกำหนด. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2562; 25(3): 243-254.
3. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือประชาชน Preterm Labor [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 9 ตุลาคม 2564]; เข้าถึงได้จาก <https://hp.anamai.moph.go.th/th/mch-emag/203673#>.
4. กรรณิกา ฉายยิ่งเขียว, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, สุพรรณิ อึ้งปัญสัตวงศ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันภาวะเจ็บครรภ์คลอดก่อนกำหนดในมารดาอายุมาก. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 2560; 26(3): 196-207.
5. ธรรมวรรณ บุณยสวรรค์, สายใย ก้อนคำ. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องจากโรงพยาบาลถึงบ้าน สำหรับหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันภาวะคลอดก่อนกำหนด ในโรงพยาบาลหนองหาน จังหวัดอุดรธานี. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา 2564; 4(3): 50-56.
6. เพียงขวัญ ภูทอง, พิรพันธ์ วิศาลสกุลวงศ์. การดูแลแบบต่อเนื่องเพื่อป้องกันการคลอดก่อนกำหนด. วารสารเกื้อการุณย์ 2562; 26(2): 156-168.
7. มานิตา สิริวิบูลย์ฤทธิ์. การพัฒนารูปแบบการสร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันการคลอดก่อนกำหนดของหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์โรงพยาบาลพระนารายณ์มหาราช. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566; 8(2): 371-382.
8. อุมารณ์ น้อยศิริ, สุปราณี อัทธเสรี, ยุพิน จันทร์คคะ, เยาวลักษณ์ เสรีเสถียร. แรงจูงใจด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น. วารสารพยาบาล 2544; 50(1): 27-36.

รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ : การทบทวนอย่างเป็นระบบ

รัตติยากร ถิธวัน¹ กิตติพงษ์ สอนล้อม²

(วันที่รับบทความ: 22 พฤศจิกายน 2566, วันที่แก้ไข: 6 มกราคม 2567, วันที่ตอบรับ 10 มกราคม 2567)

บทคัดย่อ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวนมาก ซึ่งเป็นเหตุให้เกิดความพิการและเสียชีวิตในอัตราที่สูง วัตถุประสงค์เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ โดยคัดเลือกจากงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) และงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่เผยแพร่ปี 2560-2566 จาก Google Scholar ใช้หลัก PICO ในการสืบค้น โดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของ เฮลเลอร์ (Heller)

ผลการศึกษา พบว่า มีบทความที่ผ่านเกณฑ์ในการคัดเลือก 30 เรื่อง โดยผ่านเกณฑ์การประเมินคุณภาพ 10 เรื่อง ประกอบด้วยการวิจัยกึ่งทดลองจำนวน 5 เรื่อง และการวิจัยเชิงปฏิบัติการจำนวน 5 เรื่อง พบว่า รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์ ได้แก่ การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค การรับรู้สัญญาณเตือนของโรค การรับรู้ช่องทางขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉินและสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบ การฝึกทักษะเฉพาะ การเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษา ซึ่งพบว่า คะแนนการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังนั้นรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุและผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้ ทั้งนี้ ควรประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์หลายทฤษฎีร่วมกันเพื่อพัฒนานวัตกรรมที่เหมาะสมและสร้างการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

คำสำคัญ : ผู้สูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง การป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

¹สำนักนิเทศระบบการแพทย์ กรมการแพทย์ ²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

* Corresponding author: รัตติยากร ถิธวัน, e-mail: rattiyakorn.thue@vru.ac.th

Stroke Prevention Model among Elderly: A systematic Review

Rattiyakorn Thuewan¹ Kittipong Sornlom²

(Received : 22nd November 2023; Revised : 6th January 2024; Accepted : 10th January 2024)

Abstract

Stroke disease is one of the major public-health problems. Disability and mortality rate of the stroke patients increase each year. Objective to study patterns preventing stroke in the elderly. A systematic review selected from Quasi-Experimental researches and Action researches, published between 2017-2023 in Google Scholar. Use the PICO principle s in the by searching and Heller's research quality-assessment form. Results 30 researches have been first passed through the selection criterion. Only 10 researches matched to the quality-assessment (Heller et al). 5 of them are quasi-experimental researches and 5 are action researches. Outcomes of the study were mainly based on different applications of the behavioral theory namely: reinforce the knowledge of perceived susceptibility, perceived severity, perceived benefits, expected self-ability in prevention, warning signs' recognition how to reach emergency medical helps and factors influencing stroke prevention of the stroke. Furthermore, the experiences exchange between the patients with good health behaviors and those with negative mindset. Training of specific preventing's skill, home visits and medical help via telephone. Resulted to increased level of knowledge, awareness and behavior of preventing stroke in the elderly after the intervention programs. Patterns of the stroke prevention in the elderly enable to get rid of stroke diseases among the risky elderly. Different Applications of behavioral theories and development of appropriate innovation will stabilize healthy behavior among the elderly

Keyword: Elderly, Stroke disease, Stroke prevention

¹Bureau of Medical System Supervision, Department of Medical Services, ²Faculty of Public Health, Khon Kaen University

*Corresponding author: Rattiyakorn Thuewan, e-mail: rattiyakorn.thue@vru.ac.th

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าในแต่ละปีมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 12 ล้านคนทั่วโลกและในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิต 5 ล้านคน และอีก 5 ล้านคนได้รับความพิการหรือทุพพลภาพถาวร⁽¹⁾ ข้อมูลสถานการณ์ของประเทศไทยพบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตที่สำคัญอันดับ 1 ในทั้งเพศชายและหญิง และเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability-Adjusted Life Years; DALYs) อันดับ 1 และ อันดับ 3 ในเพศหญิงและเพศชายตามลำดับ โดยโรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น 2 ประเภท ได้แก่ โรคหลอดเลือดสมองตีบ/อุดตัน (Ischemic Stroke) พบได้ร้อยละ 80 ของโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมด และโรคหลอดเลือดสมองแตก (Hemorrhagic Stroke) ในประเทศไทยปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 - 2565 พบว่า อัตราอุบัติใหม่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 45.18, 41.14 และ 36.55 อัตราต่อแสนประชากร โดยอัตราตายของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke: I60-I69) ระหว่างปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 - 2565 (ไตรมาสที่ 4) คิดเป็นร้อยละ 7.96, 8.33 และ 8.79⁽²⁾

ปัจจุบันประเทศไทยมีการเปลี่ยนแปลงเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างรวดเร็ว จากการที่ประชากรมีอายุยืนยาวมากขึ้น วัยสูงอายุเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงในทางเสื่อมถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพเรื้อรัง บั่นทอนความสุข และคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (WHO)

รายงานไว้ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการตายอันดับสองของผู้ที่มีอายุมากกว่า 60 ปี⁽¹⁾ และปีงบประมาณ 2564 พบอัตราตายจากโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้นไป เท่ากับ 212.31 ต่อแสนประชากร⁽³⁾

ปัจจัยเสี่ยงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ 1) ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ การเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน โรคอ้วน ภาวะไขมันเล็ดสูง ภาวะหัวใจห้องบนสั่นพลิ้ว การมีประวัติบุคคลในครอบครัวเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ระยะเวลาที่ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงและมีระดับความดันโลหิตสูง และ 2) ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ การรับประทานยาโรคความดันโลหิตสูงไม่สม่ำเสมอ การขาดการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารไม่เหมาะสม การดื่มสุราและการสูบบุหรี่⁽⁴⁾ ซึ่งผลกระทบของโรคหลอดเลือดสมองต่อร่างกาย สามารถพบอาการได้หลายรูปแบบ ขึ้นกับตำแหน่งของสมองที่เกิดการขาดเลือดหรือถูกทำลาย โดยอาการที่สามารถพบได้บ่อย ได้แก่ อาการอ่อนแรง หรือมีอาการอัมพาตที่ส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกาย โดยมักเกิดกับร่างกายข้างใดข้างหนึ่ง อาการชา หรือสูญเสียความรู้สึกของร่างกายส่วนใดส่วนหนึ่ง เช่นเดียวกันกับอาการอ่อนแรงที่มักเกิดกับร่างกายครึ่งซีกใดครึ่งซีกหนึ่ง มีปัญหาเกี่ยวกับการพูด มีปัญหาเกี่ยวกับการทรงตัว เช่น เดินเซ หรือมีอาการเวียนศีรษะเฉียบพลัน การสูญเสียการมองเห็นบางส่วน หรือเห็นภาพซ้อน อาการเหล่านี้มักเกิดขึ้นอย่างเฉียบพลันในบางกรณีอาจเกิดเป็นอาการเตือนเกิดขึ้นชั่วขณะหนึ่งแล้วหายไปเอง ซึ่งพบได้ประมาณ 15%⁽⁵⁾ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของ

ผู้ป่วย ครอบครัวต้องรับภาระในการดูแลสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ป่วย⁽⁴⁾

จากผลการดำเนินงานที่ผ่านมา แม้ว่าจะมีการพัฒนาแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอย่างต่อเนื่อง แต่ยังพบว่าการกำหนดแนวทางการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองยังขาดความชัดเจนในด้านการนำสู่การปฏิบัติ มุ่งเน้นผลลัพธ์เชิงปริมาณตามตัวชี้วัดที่กำหนด ผู้รับบริการและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่นๆ มีส่วนร่วมค่อนข้างน้อย การดำเนินงานครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายในเฉพาะบางกลุ่มเท่านั้น ซึ่งไม่ได้ครอบคลุมผู้สูงอายุโดยทั่วไป แนวทางการดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่มีอยู่จึงไม่สอดคล้องกับปัญหาของผู้สูงอายุ และการดำเนินงานที่มุ่งเน้นผลลัพธ์เชิงปริมาณส่งผลให้ขาดความตระหนักถึงผลลัพธ์เชิงคุณภาพ และไม่นำไปสู่ความต่อเนื่องในการดำเนินงาน⁽⁶⁾ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษารูปแบบงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research และงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุเพื่อเป็นแนวทางในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ

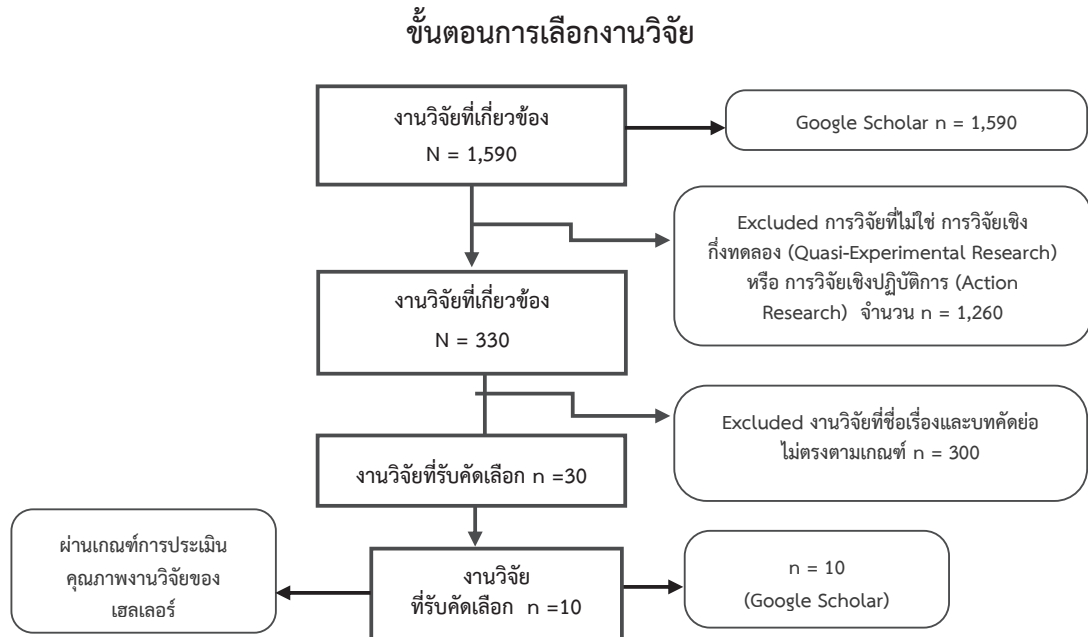
วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการทบทวนอย่างเป็นระบบ และสังเคราะห์ผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน

ผู้สูงอายุ โดยคัดเลือกจากงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research และงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ที่เผยแพร่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2566 จาก Google Scholar เฉพาะงานวิจัยในประเทศไทย และใช้หลัก PICO⁽⁷⁾ ในการสืบค้น โดยใช้คำหลัก คือ Population (P): ผู้สูงอายุ Intervention (I): โปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง Comparison (C): งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม และงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เปรียบเทียบกระบวนการเก่าและกระบวนการใหม่ Outcomes (O): การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองโดยชุมชน ใช้เกณฑ์การคัดเลือกรายงานวิจัย ดังนี้ เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) งานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป 2) งานวิจัยที่ศึกษาในกลุ่มผู้สูงอายุ ทั้งเพศชายและหญิง 3) งานวิจัยที่ศึกษาการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ 4) ศึกษาวิจัยในปี พ.ศ.2560-2566 5) เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research และงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria) คือ 1) ข้อมูลไม่ครบถ้วน 2) รูปแบบการศึกษาไม่ชัดเจน 3) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างไม่เหมาะสม 4) การสรุปผลการศึกษาไม่ชัดเจน และเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของเฮลเลอร์ โดยมีขั้นตอนการรวบรวมข้อมูล ดังนี้ ขั้นตอนแรก สืบค้นงานวิจัยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ ได้งานวิจัยทั้งหมด

1,590 เรื่อง คัดงานวิจัยที่ไม่ใช่การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) หรือ การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ออก จำนวน $n = 1,260$ เหลืองานวิจัย จำนวน 330 เรื่อง และคัดงานวิจัยที่ชื่อเรื่องและบทคัดย่อ

ไม่ตรงตามเกณฑ์ออก จำนวน 300 เรื่อง เหลืองานวิจัย จำนวน 30 เรื่อง จากนั้นนำบทความวิจัยมาประเมินคุณภาพบทความวิจัยของเฮลเลอร์ คงเหลืองานวิจัยที่ได้รับการคัดเลือกจำนวน 10 เรื่อง ดังแผนภาพต่อไปนี้



การวิเคราะห์ข้อมูล

การคัดเลือกงานวิจัย ผู้วิจัยพิจารณาคุณภาพงานวิจัย โดยใช้แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยของเฮลเลอร์และคณะ ประกอบด้วยแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงคำถามการวิจัย มีข้อคำถามจำนวน 1 ข้อ แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงกระบวนการวิจัย มีข้อคำถามจำนวน 6 ข้อ แบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงการแปลผล มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ และแบบประเมินคุณภาพงานวิจัยเชิงการนำไปใช้ประโยชน์ มีข้อคำถามจำนวน 2 ข้อ ในแต่ละข้อคำถามจะ

ประเมิน “มีและเหมาะสม” (2 คะแนน) “มีแต่ไม่เหมาะสม” (1 คะแนน) “ไม่พบในงานวิจัย” (0 คะแนน) งานวิจัยจะต้องมีคะแนนอยู่ในระดับสูง ส่วนงานวิจัยที่มีคะแนนอยู่ในระดับปานกลางและระดับต่ำให้ทำการคัดงานวิจัยฉบับนั้นออก (เกณฑ์ของ Best (1977))⁽⁸⁾

ผลการศึกษาผลการทบทวนวรรณกรรมพบว่างานวิจัยที่มีคุณภาพเป็นไปตามเกณฑ์ทั้งหมด จำนวน 10 เรื่อง ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ประเมินจากกรอบทวรวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ

ลำดับ (No)	ผู้แต่ง (ปี) (Author)	ชื่อเรื่อง (Title)	วัตถุประสงค์ (Goal)	วิธีการ ศึกษา (Design/ Method)	กลุ่มเป้าหมาย (Population)	พื้นที่ (Area)	สรุปผลการศึกษา (Result)	ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
1	รัชนิ ชุมเงิน (2565) ⁽⁹⁾	รูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตรับผิดชอบ โรงพยาบาลบ้านพุน้อย อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี	เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตรับผิดชอบ	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)	ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง คน	รพสต.บ้านพุน้อย อ.วารินชำราบ จ.อุบลราชธานี	1. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีการรับรู้ตามทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจน 2. ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง มีการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันและโรคหลอดเลือดสมองที่ชัดเจน	1. ควรพัฒนากิจกรรมของรูปแบบ โดยมีการกำกับติดตามเยี่ยม หรือสอบถามทางโทรศัพท์ เพื่อกระตุ้นเตือนและเสริมแรงให้กำลังใจ 2. ควรจัดให้มีกิจกรรมการสื่อสารเกี่ยวกับการป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลันและโรค Stroke ที่หลากหลายช่องทาง เช่น การจัดเสียงตามสาย การเปิดช่องทางสื่อสารสังคมออนไลน์ เช่น Line, Facebook

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ประเมินจากบททวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (ต่อ)

ลำดับ (No)	ผู้แต่ง (ปี) (Author)	ชื่อเรื่อง (Title)	วัตถุประสงค์ (Goal)	วิธีการศึกษา (Design/ Method)	กลุ่มเป้าหมาย (Population)	พื้นที่ (Area)	สรุปผลการศึกษา (Result)	ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
2	ศิริรักษ์ ปานเกตุ พรสุข หุ่ณีนันต์ (2565) ⁽¹⁰⁾	การพัฒนารูปแบบ การป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง ของผู้สูงอายุโดยใช้ ชุมชนเป็นฐาน เขต สุขภาพที่ 4	เพื่อพัฒนา รูปแบบการ ป้องกันโรค หลอดเลือด สมองของ ผู้สูงอายุโดยใช้ ชุมชนเป็นฐาน เขตสุขภาพ ที่ 4	การวิจัยเชิง ปฏิบัติการ แบบ (Action Research)	ผู้สูงอายุ 400 คน	เขตสุขภาพที่ 4	ประยุกต์ใช้ทฤษฎี นิเวศวิทยาสังคมเป็น กรอบแนวคิด มี 3 ระยะ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 พัฒนา รูปแบบและทดลองใช้ รูปแบบ และระยะที่ 3 ประเมินรูปแบบ พบว่า ผู้สูงอายุมี ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือด สมองและ พฤติกรรมการใช้ยา อยู่ในระดับสูง แตกต่างจากก่อนใช้ รูปแบบ อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ 0.01 ผู้สูงอายุ ที่เข้าร่วมกิจกรรมมี	การแก้ปัญหาของชุมชน สอดคล้องกับบริบท และความต้องการของ ชุมชน การมีส่วนร่วม เรียนรู้ แบบเครือข่าย สร้าง จิตสำนึกและพัฒนา ศักยภาพของชุมชน ช่วยให้เกิดแนวทาง ปฏิบัติที่ชัดเจนช่วย ป้องกันการเกิดโรค หลอดเลือดสมองของ ผู้สูงอายุในชุมชนได้

ตารางที่ 1 งานวิจัยพัฒนาเกณฑ์ประเมินจากกรอบทฤษฎีการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (ต่อ)

ลำดับ	ผู้แต่ง	ชื่อเรื่อง	วัตถุประสงค์	วิธีการศึกษา	กลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่	สรุปผลการศึกษา	ข้อเสนอแนะ
(No)	(ปี)	(Title)	(Goal)	(Design/Method)	(Population)	(Area)	(Result)	(Suggestion)
	(Author)							
3	ไพรินทร์ พัสตุการณ์ จงอุดมการณ์ (2563) ⁽¹¹⁾	การพัฒนากระบวนการสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงในกรุงเทพมหานคร	1.เพื่อศึกษาสถานการณ์ระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง 2.เพื่อศึกษาการเปลี่ยนแปลง	การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)	ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน 80 คน	อ.ท่าเรือ จ.อยุธยา	ความพึงพอใจมากในทุกกิจกรรมของรูปแบบประเมินความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ	ขอความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการวิจัย
							เกิดการเปลี่ยนแปลงของระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอแนะที่เกิดจากการปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนในชุมชนสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติในพื้นที่อื่นได้ต่อไป	

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ประเมินจากาทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (ต่อ)

ลำดับ (No)	ผู้แต่ง (ปี) (Author)	ชื่อเรื่อง (Title)	วัตถุประสงค์ (Goal)	วิธีการศึกษา (Design/ Method)	กลุ่มเป้าหมาย (Population)	พื้นที่ (Area)	สรุปผลการศึกษา (Result)	ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
ระบบสุขภาพชุมชนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง								
4	ทิตาวดี สิงห์โค ศากุล ช่างไม้ทิพา ต่อสกุลแก้ว (2563) ⁽¹²⁾	ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ในกลุ่มเสี่ยง	เพื่อประเมินผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมองต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการไม่สูบบุหรี่ในกลุ่มเสี่ยง	การวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research)	ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 66 คน	กรุงเทพฯ มหานคร	ประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการสร้างโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองคุณภาพ	1. สามารถนำไปปรับใช้เป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ประยุกต์โมเดลความเชื่อด้านสุขภาพและกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มเดิมและกลุ่มผู้ให้บริการอื่น ๆ 2. การโทรศัพท์ติดตามเยี่ยมเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการกระตุ้นเตือนให้ป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง อีกทั้งยังเป็นวิธีประเมินอุปสรรคที่ส่งผล

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ประเมินจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (ต่อ)

ลำดับ (No)	ผู้แต่ง (ปี) (Author)	ชื่อเรื่อง (Title)	วัตถุประสงค์ (Goal)	วิธีการศึกษา (Design/ Method)	กลุ่มเป้าหมาย (Population)	พื้นที่ (Area)	สรุปผลการศึกษา (Result)	ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
พฤติกรรม								
5	สุวรรณี แสนสุข จินตนา พลมี- ศักดิ์ นริศรา อาริ- รักษ์ ณอม นามวงศ์ (2565) ⁽¹³⁾	การพัฒนาระบบ สุขภาพชุมชนสู่ ระบบบริการ สุขภาพโรค หลอด เลือดสมองในกลุ่ม ผู้สูงอายุ จังหวัด ยโสธร	เพื่อพัฒนา ระบบสุขภาพ ชุมชนสู่ระบบ บริการสุขภาพ อย่างไร้รอยต่อ สำหรับผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงของ โรคหลอดเลือด สมอง	การวิจัยเชิง ปฏิบัติการ (Action Research)	ผู้สูงอายุที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ทุกคน	อ.เมือง ยโสธร จ.ยโสธร	นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และ ค่าเฉลี่ยคะแนนการ รับรู้ประโยชน์ของ การคงไว้ซึ่งพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอด เลือดสมองมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)	ต่อการป้องกันโรค หลอดเลือดสมองได้เป็น อย่างดี ควรนำเอาระบบ สุขภาพที่พัฒนาขึ้น ไป ปรับใช้ในพื้นที่อื่นโดย เน้นกระบวนการมีส่วนร่วม ของชุมชน และควร มีการศึกษาในระยะยาว ในการติดตามผลการ ปรับเปลี่ยน พฤติกรรม

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ประเมินจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (ต่อ)

ลำดับ (No)	ผู้แต่ง (ปี) (Author)	ชื่อเรื่อง (Title)	วัตถุประสงค์ (Goal)	วิธีการศึกษา (Design/ Method)	กลุ่มเป้าหมาย (Population)	พื้นที่ (Area)	สรุปผลการศึกษา (Result)	ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
6	ศิริรัตน์ ผ่านภาพ นภาพัญญา จันทร์ขรรค์ มุกดา (2563) ⁽¹⁴⁾	ผลของโปรแกรม การป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง อ.เกาะคา จ.ลำปาง	1. เพื่อ เปรียบเทียบ ความแตกต่าง ของพฤติกรรม การป้องกันโรค หลอดเลือด สมอง ระดับ ไข่มุนีในเลือด และระดับ ความ ดันโลหิต ระหว่างก่อน และหลังการ	การวิจัยกึ่ง ทดลอง (Quasi- experi- mental research)	ผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยง 60 คน	จ.ลำปาง	และทำให้เกิดแผน ดำเนินการ 2 ระบบ คือ (1) แผนพัฒนาระบบ สุขภาพชุมชน และ (2) แผนพัฒนาระบบ บริการสุขภาพ ประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎีแรงจูงใจในการ ป้องกันโรคในการ สร้างโปรแกรมการ ป้องกันโรคหลอดเลือด สมองในผู้สูงอายุ พบว่ากลุ่มทดลองมี คะแนนเฉลี่ยของ พฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดสมอง สูงกว่าก่อนการ ทดลอง อย่างมี นัยสำคัญ	เสี่ยง อัตราความชุกใน การเกิดโรคหลอดเลือด สมองและการเข้าถึง บริการทางการแพทย์ ฉุกเฉิน

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ประเมินจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (ต่อ)

ลำดับ (No)	ผู้แต่ง (ปี) (Author)	ชื่อเรื่อง (Title)	วัตถุประสงค์ (Goal)	วิธีการศึกษา (Design/ Method)	กลุ่มเป้าหมาย (Population)	พื้นที่ (Area)	สรุปผลการศึกษา (Result)	ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
7	สาคร อินโทธิโล (2560) ^(๑)	การพัฒนารูปแบบ การป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง สำหรับผู้สูงอายุ ในบริบทการ บริการปฐมภูมิ	เพื่อพัฒนา รูปแบบการ ป้องกันโรค หลอดเลือด สมองสำหรับผู้ สูงอายุใน บริบทการ บริการ ปฐมภูมิ	การวิจัยเชิง ปฏิบัติการ (Action Research)	ผู้สูงอายุและผู้มี ส่วนได้ส่วนเสียใน การบริการปฐมภูมิ จำนวน 46 คน	อ.แกด้า จ.มหา สาร คาม	กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุสำหรับผู้สูงอายุประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ 1) การสร้างความตระหนักและความต้องการในการพัฒนา 2) การมีส่วนร่วมของชุมชน 3) บุรณาการร่วมกับภาคสังคม ซึ่งรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ คือ 1) การป้องกันในระยะก่อนเกิดโรค 2) การป้องกันในระยะเกิดโรคและ 3) การป้องกันในระยะหลังเกิดโรค	1.รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุในบริบทการบริการปฐมภูมิ โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ทำให้เกิดการวางแผนแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมกับบริบท 2. ประเมินผลการนำใช้รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และนำไปสู่การนำใช้ในหน่วยบริการปฐมภูมิอื่นๆ

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ประเมินจากบททวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (ต่อ)

ลำดับ (No)	ผู้แต่ง (ปี) (Author)	ชื่อเรื่อง (Title)	วัตถุประสงค์ (Goal)	วิธีการศึกษา (Design/ Method)	กลุ่มเป้าหมาย (Population)	พื้นที่ (Area)	สรุปผลการศึกษา (Result)	ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
8	สุพิศรา ตะแสนเทพ (2562) ⁽¹⁵⁾	ผลของการพัฒนา ศักยภาพผู้สูงอายุ โดยใช้ กระบวนการกลุ่ม ต่อความรู้ในการ ป้องกันโรค เลือดสมอง	เพื่อศึกษาผล ของการพัฒนา ศักยภาพ ผู้สูงอายุโดยใช้ กระบวนการ การกลุ่มต่อ ความรู้ในการ ป้องกันโรค เลือดสมอง	การวิจัย กึ่งทดลอง (Quasi- Experi- mental Research)	ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง โรคหลอดเลือด สมอง จำนวน 40 คน	รพ.เสด. บ้าน นาต อ.แม่ทะ จ.ลำปาง	กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้เรื่อง การป้องกันโรคหลอดเลือด สมองสูงกว่าก่อน เข้ารับการพัฒนา ศักยภาพและสูงกว่า กลุ่มที่ได้รับความ ตามปกติอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (P-Value< .01)	เป็นแนวทางการ พัฒนาศักยภาพ ผู้สูงอายุโดยใช้ กระบวนการกลุ่ม เพื่อ การสนับสนุน ส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ และ ควรศึกษาการ ประเมินและติดตามผล ในระยะยาว เพื่อศึกษา การคงอยู่ของความรู้ การนำไปประกอบการ ป้องกันโรคหลอดเลือด สมองไปใช้ในการจัด โครงการส่งเสริม สุขภาพผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง พบว่าการ ทดลองมีค่าเฉลี่ยการ รับรู้ความรู้แรงของ โรค การรับรู้โอกาส เป็น ผู้สูงอายุที่สามารถ
9	ชื่นชม สมพล ทัศนีย์ รวีวร-กุล พัชรพร เกิด- มงคล (2560) ⁽¹⁶⁾	ผลของโปรแกรม การป้องกันโรค หลอดเลือดสมอง สำหรับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิต สูง	เพื่อศึกษาผล ของโปรแกรม การป้องกันโรค หลอดเลือด สมองสำหรับผู้ สูงอายุโรค ความดันโลหิต สูง	การวิจัยกึ่ง ทดลอง (Quasi- Experi- mental Research)	ผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิต สูงชนิดไม่ทราบ สาเหตุ จำนวน 64 คน	กทม.	ประยุกต์ใช้แนวคิด ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อ ป้องกันโรคในการ สร้างโปรแกรมการ ป้องกันโรคหลอดเลือด สมอง พบว่าการ ทดลองมีค่าเฉลี่ยการ รับรู้ความรู้แรงของ โรค การรับรู้โอกาส เป็น ผู้สูงอายุที่สามารถ	

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ประเมินจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (ต่อ)

ลำดับ (No)	ผู้แต่ง (ปี) (Author)	ชื่อเรื่อง (Title)	วัตถุประสงค์ (Goal)	วิธีการศึกษา (Design/ Method)	กลุ่มเป้าหมาย (Population)	พื้นที่ (Area)	สรุปผลการศึกษา (Result)	ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
10	สุปราณี พรหม สุนันท์ (2564) ⁽¹⁷⁾	ผลของโปรแกรม ป้องกันโรคหลอดเลือด สมองโดย	เพื่อศึกษาผล ของโปรแกรม ป้องกันโรค	การวิจัยกึ่ง ทดลอง (Quasi- Experi-	ผู้ที่มีอายุ 65-80 ปี 60 คน	รพสต. บ้านใน ดง	เสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ ประสิทธิภาพ ของผลลัพธ์ในการ ปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้ความสามารถ ของตนเองและการ ปฏิบัติพฤติกรรม ระยะหลังเข้าร่วม โครงการสูงกว่า ก่อนเข้าร่วมโครงการ และสูงกว่ากลุ่ม เปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ (p-value < 0.05)	ดำเนินการจัด ประจำวันได้ด้วยตัวเอง และเหมาะสมกับ เจ็บป่วยที่เป็นอยู่
		การสนับสนุนของ	หลอดเลือด การสนับสนุน		อย่างไรก็ตาม			นำโปรแกรมไป ประยุกต์ใช้ในการ

ตารางที่ 1 งานวิจัยที่ผ่านเกณฑ์ประเมินจากกรอบทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (ต่อ)

ลำดับ (No)	ผู้แต่ง (ปี) (Author)	ชื่อเรื่อง (Title)	วัตถุประสงค์ (Goal)	วิธีการศึกษา (Design/ Method)	กลุ่มเป้าหมาย (Population)	พื้นที่ (Area)	สรุปผลการศึกษา (Result)	ข้อเสนอแนะ (Suggestion)
		ครอบครัว ใน ผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง ในชุมชน	สมองโดยการ สนับสนุนของ ครอบครัวใน ผู้สูงอายุกลุ่ม เสี่ยง โดย ประยุกต์ใช้ แนวคิดแบบ แผนความเชื่อ ด้านสุขภาพและ ทฤษฎีแรง สนับสนุนทาง สังคม	mental Research)		จ. เพชรบุรี	โปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือด เสื่อมของ พบว่าการรับรู้ ความรุนแรง การรับรู้ ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกัน โรคหลอดเลือดเสื่อมองและ การรับรู้การสนับสนุนของ ครอบครัวในการปฏิบัติตัว เพื่อป้องกันโรคหลอดเลือด สมองของผู้สูงอายุ กลุ่ม เสี่ยงในกลุ่มทดลองดีกว่า กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)	ส่งเสริมสุขภาพ ผู้สูงอายุให้มีสุขภาพ ดีได้

อภิปราย

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบจากงานวิจัยที่ 10 เรื่อง จัดกลุ่มตามรูปแบบการศึกษา พบว่า การศึกษาที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เป็นการศึกษากึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) จำนวน 5 เรื่อง เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ชนิดทดสอบก่อน-หลัง (Two group pre-and post-test design) จำนวน 5 เรื่อง และการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research) จำนวน 5 เรื่อง ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างกลุ่มเดียว (Single Subject Research) ทดสอบก่อน-หลัง (One-group Pretest-Posttest Design) จำนวน 4 เรื่อง, เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม ชนิดทดสอบก่อน-หลัง (Two group pre-and post-test design) จำนวน 1 เรื่อง กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา เป็น ผู้สูงอายุ (ตารางที่ 1)

กระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุประกอบด้วย ขั้นตอนดังนี้ 1) การวิเคราะห์สถานการณ์โรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ 2) พัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ 3) การนำรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุไปทดลองใช้ และ 4) การสรุปและประเมินรูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุวรรณิ์ แสนสุขและคณะ⁽¹⁸⁾ ศึกษาการพัฒนาแบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร โดยมีรูปแบบ 3 ระยะ คือ 1) ศึกษาสถานการณ์ปัญหา 2) การพัฒนาระบบสุขภาพ และ 3) สรุปและประเมินผล รูปแบบการป้องกันโรค

หลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุพัฒนาขึ้นโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ ได้แก่ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ (Health Belief Model) ทฤษฎีความสามารถตนเอง (Self Efficacy theory) ทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค (Protection motivation theory) ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม (social support) และทฤษฎีนิเวศวิทยาสังคม (social ecology) โดยประกอบด้วยกิจกรรม ดังนี้ 1) การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค การรับรู้ความคาดหวังในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค การรับรู้สัญญาณเตือนของโรค การรับรู้ช่องทางขอความช่วยเหลือทางการแพทย์ฉุกเฉิน และสิ่งชักนำที่ก่อให้เกิดการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยใช้การสื่อวิถีทัศน์ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์จากบุคคลต้นแบบที่มีพฤติกรรมสุขภาพดี ตัวแบบด้านลบและการใช้กระบวนการกลุ่ม 2) การฝึกทักษะเฉพาะด้าน ได้แก่ ด้านการออกกำลังกายเพื่อสุขภาพ โดยวิธีการเดิน ออกกำลังกายด้วยผ้าขาวม้า ประกอบเพลงโรคหลอดเลือดสมอง การเต้นรำวงย้อนยุค ด้านการรับประทานอาหารที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมและทรัพยากรในท้องถิ่น ด้านการจัดการความเครียด เช่น จัดการความเครียดด้วยวิธีการหัวเราะบำบัด การออกเสียง โอ อา อุ เอ ประกอบท่าทาง ด้านการรับประทานยา ด้านการหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการหลีกเลี่ยงบุหรี่มือสอง และ 3) การเยี่ยมบ้านและการติดตาม ให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ กระตุ้นเตือนผ่านทางโทรศัพท์มือถือ ซึ่งพบ

ว่าคะแนนการรับรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของพิศิษฐ์ ปาละเขียว และคณะ⁽¹⁹⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านดอนแก้ว อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดลำปาง โดยพัฒนาโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองตามแนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ประกอบด้วย กิจกรรมการการสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับงานวิจัยของพันทิพา บุญเศษ และคณะ⁽²⁰⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยงสูงตำบลห้วยบง อำเภอมะนัง จังหวัดชัยภูมิ โดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วยกิจกรรม 1) สร้างการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 2) สร้างการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการปฏิบัติในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3) ทบทวนและหาแนวทางปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 4) ติดตามและทบทวนผลการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และ 5) ประเมินผลพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง สอดคล้องกับงานวิจัยของจารุวรรณ จันดาหงษ์และคณะ⁽²¹⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงในชุมชน โดยพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพจากแนวคิดทฤษฎี

แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย

1) การส่งเสริมการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหลอดเลือดสมอง 2) การส่งเสริมการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 3) การส่งเสริมการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 4) การส่งเสริมการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและ 5) การชักนำ จูงใจและกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และสอดคล้องกับงานวิจัยของสวาท วันอุทา⁽²²⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่ควบคุมระดับความดันโลหิตไม่ได้ อำเภอวังน้ำเขียว จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยใช้แนวคิดทฤษฎีแรงจูงใจในการป้องกันโรค ประกอบด้วย 1) การสร้างการรับรู้ความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง 2) สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3) สร้างการรับรู้ประสิทธิภาพของผลลัพธ์ในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง 4) สร้างการรับรู้ความสามารถของตนในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

สรุปผล

รูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุโดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ สามารถป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุและผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงได้ โดยพบว่า งานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุ ในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ และงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action

Research) พบว่าทำให้เกิดกระบวนการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ มีแผนพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนและเกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาติดตามอย่างต่อเนื่องในระยะยาว เพื่อประเมินความต่อเนื่องและยั่งยืนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และควรพัฒนานวัตกรรมร่วมกับ สหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุและประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมศาสตร์หลายทฤษฎีร่วมกันในพัฒนานวัตกรรมที่เหมาะสมเพื่อสร้างการคงอยู่ของพฤติกรรมสุขภาพผู้สูงอายุ

อ้างอิง

1. World Stroke Organization. Impact of stroke [internet]. 2023 [cited 2023 June]; Available from: <http://www.worldstroke.org>
2. สำนักกึ่งระบบการแพทย์ กรมการแพทย์. สรุปผลตรวจราชการและนิเทศงาน [Internet]. 2022. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2023]; เข้าถึงจาก: <https://inspection.dms.go.th/>
3. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. สถิติสุขภาพคนไทย [Internet]. 2024. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 4 มกราคม 2024]; เข้าถึงจาก: https://www.hiso.or.th/thaihealthstat/area/index.php?ma=1&pf=01818101&tp=12_3
4. ณัฐกร นิลเนตร. ปัจจัยเสี่ยงและการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูง. วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก. 2019; 20(2): 51-7.
5. พรรณวลัย ผดุงวณิชย์กุล. โรคหลอดเลือดสมอง (stroke) [Internet]. 2023 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 23 กรกฎาคม 2023] ; เข้าถึงจาก: <http://www.med.nu.ac.th>
6. สาคร อินโทโล. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ ในบริบทการบริการปฐมภูมิ (ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต). จังหวัดขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2017.
7. ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี. Systematic review: Review methodology [Internet]. 2022. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 5 พฤศจิกายน 2023]; เข้าถึงจาก: <https://thaigpfm.org/wp-content/uploads/2020/05/9.00-10.30-Systematic-review.pdf>
8. Best, John. Research in Education. New Jersey:Prentice Hall. 1977.
9. รัชณี ชุมเงิน. รูปแบบการเสริมสร้างทักษะการจัดการตนเองเพื่อป้องกันภาวะสมองขาดเลือดเฉียบพลัน ของผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke) ในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านทุ่งบอน อำเภอดงเจริญ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารบัณฑิตวิทยาลัย พิษณุพนธ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี 17(3):119-31.

10. ศิริรักษ์ ปานเกตุ, พรสุข หุ่นนิรันดร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้สูงอายุโดย ใช้ชุมชนเป็นฐานเขตสุขภาพที่ 4. วารสารมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 7(7):132-48.
11. ไพรินทร์ พัสทุ, ดารุณี จงอุดมการณ์. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองใน กลุ่มเสี่ยง. วารสารพยาบาลสภาวิชาชีพไทย 13(1):179-95.
12. ทิตาวดี สิงห์โค, ศากุล ช่างไม้, ทิพา ต่อสกุลแก้ว. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้ประโยชน์ของการคงไว้ซึ่งพฤติกรรม ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง. วารสารโรงพยาบาลเจริญกรุงประชารักษ์. 16(2):42-60.
13. สุวรรณิ แสนสุข, จินตนา พลมีศักดิ์, นริศรา อารีรักษ์, ฌนอม นามวงศ์. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ ระบบบริการสุขภาพ โรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุข ชุมชน. 8(04):195.
14. ศิริรัตน์ ผ่านภพ, นภาพิณ จันทขัมมา, มุกดา หนูยศรี. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง อำเภอกะลา จังหวัดลำปาง. วารสารวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพ. 13(2):528-538.
15. สุพัตรา ต๊ะแสนเทพ. ผลของการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุโดยใช้กระบวนการกลุ่ม ต่อความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง (สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). จังหวัด เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2019.
16. ชื่นชม สมพล, ทศนีย์ รวีวรกุล, พัชรพร เกิดมงคล. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 31:57-74.
17. สุปราณี พรหมสุพันธ์, สุธรรม นันทมงคลชัย, กรวรรณ ยอดไม้, โชคชัย หมั่นแสวงทรัพย์, พิมพ์สุรางค์ เตชะบุญเสริมศักดิ์. ผลของโปรแกรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง โดยการสนับสนุนของครอบครัว ในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงในชุมชน.วารสารวิจัยสุขภาพ และการพยาบาล. 37(1):77-87.
18. สุวรรณิ แสนสุข, จินตนา พลมีศักดิ์, นริศรา อารีรักษ์, ฌนอม นามวงศ์. การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชนสู่ระบบบริการสุขภาพโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มผู้สูงอายุ จังหวัดยโสธร. วารสารวิชาการสาธารณสุข ชุมชน. 8(04):195-.
19. พิธิษฐ์ ปาละเขียว, จันทร์จิรา ยานะชัย, ศิริรัตน์ ผ่านภพ. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านดอนแก้ว อำเภอเถิน จังหวัดลำปาง. วารสารวิจัยสุขภาพโรงพยาบาลและชุมชน. 14;1(1).
20. พันทิพา บุญเศษ, ลัษวี ปิยะบัณฑิตกุล. ผลของโปรแกรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง สูง ตำบลห้วยบง อำเภอเมือง จังหวัดชัยภูมิ.
21. จารุวรรณ จันดาหงษ์, เดชา ทำดี, ศิวพร อึ้งวัฒนา. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความเชื่อด้านสุขภาพต่อ พฤติกรรมการป้องกัน

โรคหลอดเลือดสมองของกลุ่มเสี่ยงใน
ชุมชน. พยาบาลสาร มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
50(1):300-13.

22. สวาท วันอุทา. ผลของโปรแกรมการป้องกัน
โรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความ
ดันโลหิตสูงที่ควบคุม ระดับความดันโลหิต
ไม่ได้ อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์.
วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา.
8(4):142-51.

ผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยง เบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร

ละอองดาว ศรีระมย์¹, บรรจบ แสนสุข², สวิณีย์ ทองแก้ว³, ประเสริฐ ประสมรักษ์⁴

(วันที่รับบทความ: 20 สิงหาคม 2566, วันที่แก้ไข: 22 ธันวาคม 2566, วันที่ตอบรับ 23 ธันวาคม 2566)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ต่อความรู้ด้านสุขภาพของ อสม. และความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ทำการศึกษาในกลุ่ม อสม. ทั้งหมดในเขตพื้นที่ตำบลทุ่งนางโอก อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร จำนวน 112 คน และกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งนางโอก โดยคำนวณจากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ได้จำนวนทั้งสิ้น 56 คน จากนั้นทำการสุ่มตัวอย่างด้วยการจับสลาก เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมานด้วยสถิติทดสอบ Paired Sample T-test

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.80 อายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 55.40 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 46.57 ปี (S.D.= 6.50) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 96.40 มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 100 ภายหลังการทดลอง อสม. มีความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) ขณะที่กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ทั้งในด้านค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และค่าระดับน้ำตาลในเลือด ที่ดีขึ้นทุกด้าน ($p\text{-value} < .001$) ดังนั้นจึงควรส่งเสริมการนำใช้โปรแกรมดังกล่าวเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดีขึ้นแก่ชุมชน

คำสำคัญ: โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ, ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมด้านสุขภาพ, ผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ

(1-3) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร, ⁴ผู้ช่วยศาสตราจารย์, มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ

**The Effect of Health Literacy Development Program on Changing Health Behaviors for Diabetes Risk Group of Village Health Volunteers (VHNs),
Muang Districk, Yasothon Province.**

Laongdao Sriwarom¹, Banjob Sansuk², Sawinee Thongkaew³, Prasert Prasomruk⁴

(Receive 20th August 2023; Revised : 22nd December 2023; Accepted 23rd December 2023)

ABSTRACT

This two-group quasi-experimental research aimed to study the effects of a health literacy development program on changing health behaviors for diabetes risk groups of village health volunteers (VHVs) on the health literacy of VHVs and the health literacy, health behavior, and health outcomes of diabetes risk groups in Mueang District, Yasothon Province. The study was conducted in VHVs of Thung Nang Ok Sub-district, Mueang District, Yasothon Province, totaling 112 people, and diabetes risk groups in Thung Nang Ok District Health Promotion Hospital were calculated by the average comparison formula. A total of 56 people were then randomized by simple random sampling (Lottery). The data were collected using a questionnaire created by the researcher and examined by three experts with a reliability of 0.79. The descriptive statistics were used, and the inferential statistics were used to calculate by using the Paired Sample T-test.

The study found that most of the risk groups for diabetes were female (76.80%), aged between 40 and 49 years (55.40%), had an average age of 46.57 years (S.D.=6.50), 96.40% were general contractors (GPs), and all of the participants had a family history of diabetes. After the trial, VHVs had significantly increased health literacy (p -value<.001). While the diabetes risk group had better health literacy, health behavior, and health outcomes in terms of body mass index, waist circumference, and fasting blood sugar (FBS) in every aspect (p -value<.001). The implementation of such programs should be encouraged to lead to better health outcomes for the community.

Keywords: Health literacy development program, Health literacy, Health behavior, Health outcomes

⁽¹⁻³⁾Amnatcharoen Provincial Health Office ⁴Assistant Professor, Mahidol University, Amnatcharoen Campus

*Correspondence Author; Prasert Prasomruk, Email: prasert.pra@mahidol.edu

บทนำ (Introduction)

โรคเบาหวาน เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข และเป็นสาเหตุการป่วยตายในหลายประเทศทั่วโลก สถานการณ์โรคเบาหวานทั่วโลกมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ รายงานว่าในปี พ.ศ. 2563 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกมากกว่า 460 ล้านคน และคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2588 จะมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็น 629 ล้านคน⁽¹⁾ สถานการณ์โรคเบาหวานในประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2561 พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง คิดเป็น 1,292.79, 1,444.75 และ 1,449.44 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ส่วนอัตราราย คิดเป็น 22.01, 21.87 และ 21.96 ต่อแสนประชากร ขณะที่ในจังหวัดยโสธร โรคเบาหวานเป็นสาเหตุการตาย 10 อันดับแรก โดยปี พ.ศ. 2559-2562 มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เท่ากับ 1,920.92, 2,096.38, 2,254.86 และ 2,277.15 ต่อแสนประชากร ขณะที่อัตราราย มีค่าเท่ากับ 40.93, 38.97, 34.41 และ 37.34 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁽²⁾

แนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ ของผู้ป่วยโรคเบาหวาน เป็นผลมาจากผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่เพิ่มขึ้นแต่ละปี ทั้งนี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนำไปสู่การป้องกันและชะลอการเกิดโรคเบาหวานได้ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จะมีโอกาสพัฒนาไปเป็นโรคเบาหวานได้ง่ายกว่าผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ โดยจากการศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีความทนต่อน้ำตาลไม่สมบูรณ์ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ถ้าไม่มีการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต จะพัฒนาไปเป็นโรค

เบาหวานภายใน 10 ปี และร้อยละ 50.0 จากกลุ่มเสี่ยงดังกล่าวมีความเสี่ยงสูงที่จะเป็นโรคหัวใจหรือโรคหลอดเลือดสมองมากกว่ากลุ่มที่มีระดับน้ำตาลปกติ สำหรับกลุ่มเสี่ยงที่ออกกำลังกาย 30 นาที เป็นเวลา 5 วันต่อสัปดาห์ สามารถลดอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานลงได้ร้อยละ 58.0 ซึ่งสูงกว่าการใช้ยา Metformin ที่ให้ผลเพียงร้อยละ 31.0⁽³⁾ ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุข พบว่า คนไทยจำนวนมากเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน โดยประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่ได้รับการคัดกรองว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีอัตราเพิ่มขึ้น จาก 1.8 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2558 เป็น 2.5 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2560 และข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลสุขภาพในปี พ.ศ. 2561-2564 พบผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นในแต่ละปี คิดเป็น ร้อยละ 11, 22, 33, 44 ตามลำดับ⁽⁴⁾ ในปี พ.ศ. 2561 เขตสุขภาพที่ 10 พบผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ร้อยละ 2.87 ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมาย (ไม่เกินร้อยละ 2.40) และในปี พ.ศ. 2562-2564 จังหวัดยโสธร พบผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานสูงถึงร้อยละ 2.36, 2.41, 2.74 ตามลำดับ โดยพื้นที่อำเภอเมือง มีสัดส่วนผู้ป่วยรายใหม่สูงที่สุดเมื่อเทียบกับอำเภออื่นในพื้นที่ คิดเป็นร้อยละ 3, 4.63, 5.39 ตามลำดับ⁽⁵⁾ จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องมีรูปแบบแนวปฏิบัติในการป้องกันอุบัติการณ์ผู้ป่วยรายใหม่โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานเป็นสำคัญ

พฤติกรรมที่เป็นปัจจัยเสี่ยงทำให้เกิดโรคเบาหวาน มาจากหลายปัจจัยที่เกิดจากวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปได้แก่ การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่ม

ดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การขาดการออกกำลังกาย ภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน การบริโภคอาหารที่ไม่ได้สัดส่วน การบริโภคอาหารหวานมันเค็ม การบริโภคผักและผลไม้ไม่เพียงพอ ความเครียดเรื้อรัง ภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะไขมันในเลือดสูง⁽⁶⁾ ซึ่งการลดปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงสามารถดูแลตนเองได้จนมีสุขภาพดีไม่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน เป็นประเด็นที่มีความท้าทายในการเพิ่มความสามารถของประชาชนกลุ่มเป้าหมายให้สามารถควบคุมดูแล และพัฒนาสุขภาพของตนเอง ครอบครัว ด้วยหลัก 3อ2ส โดยกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอแนวคิดให้พัฒนาพฤติกรรมสุขภาพจากปัจจัยพื้นฐานที่อยู่ภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพ (Health literacy) ซึ่งเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างมากในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ⁽⁷⁻⁹⁾ นอกจากนี้ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชน (Health Literate Community) จะเป็นปัจจัยเสริมแรงให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ดียิ่งขึ้น⁽¹⁰⁾

การสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพในชุมชน เพื่อร่วมเป็นเครือข่ายในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมลดความเสี่ยงโรคเบาหวานนั้น กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นเครือข่ายหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญเพราะใกล้ชิดกับประชาชนในชุมชน มีบทบาทเป็นผู้นำการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตของประชาชนในชุมชน ที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขได้พัฒนาศักยภาพของ อสม. ในด้าน

ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน⁽¹¹⁾ เมื่อปี พ.ศ. 2556 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายส่งเสริมให้ อสม. มีส่วนร่วมในการคัดกรองโรคเบาหวาน และมีบทบาทเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพและแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างเป็นรูปธรรม⁽¹²⁾ ซึ่งจะดำเนินการได้ดีต้องมีการพัฒนาศักยภาพของ อสม. และต้องมีระบบสนับสนุนและให้คำปรึกษาจากบุคลากรสาธารณสุขด้วย⁽¹³⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม เกี่ยวกับการเสริมสร้างศักยภาพ อสม. เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ผ่านมา ประกอบด้วย การอบรมพัฒนาศักยภาพด้วยคู่มือมาตรฐานและสอดคล้องกับสภาพปัญหา ฝึกทักษะที่จำเป็น ได้แก่ การคัดกรองความเสี่ยง การเยี่ยมดูแลที่บ้านแบบเดี่ยวหรือแบบทีม จัดทำสื่อการสอนที่บ้านเพื่อสร้างความเข้าใจต่อกลุ่มเป้าหมาย ตลอดจนการจัดการปัจจัยแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับพฤติกรรม⁽¹⁴⁻¹⁶⁾ ดังนั้น จึงถือเป็นแนวทางสำคัญที่ควรนำมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อทำหน้าที่ในการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยง เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากสถานการณ์ผู้ป่วยรายใหม่ที่มาจากกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานที่เพิ่มขึ้น จำเป็นต้องมีรูปแบบการเฝ้าระวังและป้องกันกลุ่มเสี่ยงดังกล่าว โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพ โดยประยุกต์ใช้การเสริมสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งนี้จำเป็นต้องได้รับการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งชุมชนถือเป็นเครือข่ายด้านสุขภาพที่สำคัญที่จะเอื้อให้กลุ่มเสี่ยงมี

ความรู้ในระดับรู้แจ้ง และนำไปสู่การปรับพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ และ อสม. เป็นกลุ่มบุคลากรที่มีส่วนในการดำเนินการดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นจึงต้องพัฒนาศักยภาพให้ อสม. มีความรอบรู้ระดับรู้จริง เพื่อบอกต่อและช่วยเหลือในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแก่กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้ จึงจำเป็นต้องศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร เพื่อให้ได้รูปแบบที่เหมาะสมในการนำไปขยายผลใช้ทั้งจังหวัดต่อไป

วัตถุประสงค์ (Objective)

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ต่อความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมเสี่ยงต่อโรคเบาหวาน และผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงกึ่ง

ทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบสองกลุ่ม วัดผลก่อนและหลังการทดลอง

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 ประชากรศึกษา

กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน (Pre-DM) คือ กลุ่มประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไป ที่มีระดับน้ำตาลในเลือด หลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง $\geq 100-125$ mg/dl หรือค่าระดับน้ำตาลในเลือดโดยไม่อดอาหาร $\geq 140 - 199$ mg/dl ในปีที่ผ่านมา และได้รับการขึ้นทะเบียนกลุ่มโรค Metabolic ในเขตพื้นที่ให้บริการในสถานบริการสุขภาพ อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร จำนวน 1,468 คน

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) คือ อสม. ที่ได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดในการศึกษาครั้งนี้ หมายความว่า อสม.ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร จำนวน 2,833 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่าง

1) กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน หมายถึง กลุ่มเสี่ยงเบาหวานในอำเภอเมือง จังหวัดยโสธร โดยคำนวณจากสูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย แทนค่าความแปรปรวนค่าระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน หลังได้รับการดูแลโดย อสม.นักบริบาลผู้ป่วยเบาหวาน⁽¹⁴⁾ เท่ากับ 22.59 และผลต่างของค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.13 เมื่อแทนค่าตามสูตรได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 22.54 คน คิดอัตราการสูญเสีย ร้อยละ 20 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 28 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster sampling) จึงคูณด้วยค่า Design Effect เท่ากับ 2 ได้กลุ่มตัวอย่าง 56 คน จากนั้นสุ่มตัวอย่างด้วยการจับสลากกลุ่ม

เสี่ยงเบาหวาน ในเขตพื้นที่ให้บริการโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งนางโอก

**2) อาสาสมัครสาธารณสุข
ประจำหมู่บ้าน (อสม.)** เป็นการศึกษาในกลุ่ม
อสม.ทั้งหมดในเขตพื้นที่ตำบลทุ่งนางโอก อำเภอ
เมือง จังหวัดยโสธร จำนวน 112 คน ยกเว้นผู้ที่มี
ปัญหาการใช้สมาร์ทโฟน และปฏิเสธเข้าร่วม
โครงการวิจัย

3. เครื่องมือในการวิจัย ประกอบด้วย

3.1 เครื่องมือในการทดลอง คือ
โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

**ขั้นตอนที่ 1 การพัฒนาศักยภาพ
อสม.**

1. อบรมพัฒนาศักยภาพด้านความ
รอบรู้ดูแลตนเองลดเสี่ยงเบาหวาน ด้วยหลักสูตร
16 ชั่วโมง

2. ฝึกทักษะการตรวจคัดกรอง
น้ำตาลปลายนิ้ว การออกกำลังกาย การปรุง
ประกอบเมนูสุขภาพ การจัดการความเครียด
ด้วยตนเอง และเทคนิคการลด ละ เลิก เครื่อง
ดื่มแอลกอฮอล์และบุหรี่โดยการสาธิตการตรวจ
ฝึกทักษะการตรวจรายบุคคล และประเมินทักษะ
รายบุคคล ให้มีความถูกต้องในทุกทักษะก่อน
มอบหมายหน้าที่

**ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติงานภารกิจ
ส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม**

1. กำหนดตารางการลงปฏิบัติหน้าที่
ของ อสม. ในชุมชน ในการชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง
วัดเส้นรอบเอว และตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้ว
ในกลุ่มเสี่ยงทุก 3 เดือน

2. ดำเนินการส่งเสริมและติดตาม
ความรู้ด้านสุขภาพ การปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน
และให้กำลังใจ ส่งเสริมบทบาทของครอบครัว
ในการเสริมพลังอำนาจโดย อสม. ที่รับผิดชอบ
แต่ละคุ้ม

3. การเยี่ยมดูแลที่บ้านกลุ่มเสี่ยงที่มี
ผลลัพธ์สุขภาพเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง ในรายที่มีน้ำหนัก
และหรือระดับน้ำตาลเพิ่มขึ้นต่อเนื่อง 2 ครั้ง จะ
ทำการเยี่ยมเพื่อตรวจคัดกรองซ้ำเดือนเว้นเดือน
ด้วยกระเปาะหัตถ์จรรยา รู้ทันเบาหวาน ทบทวน
พฤติกรรมเสี่ยงและการปรับพฤติกรรมเสี่ยงต่อ
เบาหวานแก่กลุ่มเสี่ยง

4. บันทึกข้อมูลพฤติกรรมสุขภาพ
และผลลัพธ์ทางสุขภาพในสมุดบันทึก “ฮักแพง
เบี่ยงสุขภาพ” ด้วยตนเอง และติดตามการ
บันทึก โดย อสม.

ขั้นตอนที่ 3 การกำกับและสังเกตผล
การรายงานผลของ อสม. ผ่านระบบกลุ่มไลน์
Open Chat “รอบรู้ดีไม่ตีเอ็ม” เป็นช่องทางรับ
ข้อมูลข่าวสารแบบ Infographic ที่เป็นประโยชน์
ในการสื่อสารกับกลุ่มเสี่ยง และขอรับคำแนะนำที่
เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงที่มีปัญหาไม่สามารถปรับ
พฤติกรรมได้

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล โดยจัด
เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่ม อสม. เกี่ยวกับการ
เสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่กลุ่มเสี่ยง
เบาหวานที่ประสบความสำเร็จ และโอกาสพัฒนา
ทุก 3 เดือน มอบรางวัล อสม. ดันแบบ และ
กลุ่มเสี่ยงดันแบบ

**3.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล
วิจัย** เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นจาก

การทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 2 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับประเมิน ศักยภาพ อสม. ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ของ อสม. เป็นคำถามแบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ ด้านสุขภาพสำหรับ อสม. เป็นแบบสอบถาม ตัวเลือกแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ คิดเป็นค่าคะแนน 1-4 จากระดับไม่เคยปฏิบัติ ถึงปฏิบัติทุกครั้ง คำนวณคะแนนความรอบรู้ทาง สุขภาพรายด้านและโดยรวม ตามเกณฑ์⁽¹⁷⁾ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-2.00 คะแนน มีความ รอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00 คะแนน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.01-4.00 คะแนน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง

ชุดที่ 2 แบบสอบถามสำหรับกลุ่มเสี่ยง เบาหวาน ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เป็นคำถาม แบบเลือกตอบและเติมคำ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความ รอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เป็น แบบสอบถามตัวเลือกแบบมาตราส่วนประมาณ ค่า 4 ระดับ คิดเป็นค่าคะแนน 1-4 จากระดับ ไม่เคยปฏิบัติ ถึงปฏิบัติทุกครั้ง คำนวณคะแนน ความรอบรู้ทางสุขภาพรายด้านและโดยรวม ตาม เกณฑ์⁽¹⁷⁾ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00-2.00 คะแนน มีความ รอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ

ค่าเฉลี่ย 2.01-3.00 คะแนน มีความ รอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.01-4.00 คะแนน มีความ รอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรม ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน เป็น แบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คิดเป็นค่าคะแนนจาก 1-5 จากระดับ ไม่เคยปฏิบัติ ถึงปฏิบัติประจำ เกี่ยวกับการ ออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การดื่ม เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ และการจัดการ ความเครียด รวม 20 ข้อ โดยแปลผลเป็น 3 ระดับ⁽¹⁷⁾ ดังนี้

ระดับต่ำ ต่ำกว่า 50.00 คะแนน
ระดับปานกลาง 50.00 - 74.90
คะแนน

ระดับสูง 75.00 คะแนนขึ้นไป

ส่วนที่ 4 แบบบันทึกผลลัพธ์ทาง สุขภาพ โดยบันทึกผลการวัดค่าน้ำหนัก ส่วนสูง รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ ในการเก็บข้อมูล โดยการทดสอบความเที่ยง ตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัย นำแบบสอบถามส่งตรวจสอบเครื่องมือโดยผู้ เชี่ยวชาญ 3 คน และหาค่าความสอดคล้อง ก่อนนำแบบสอบถามไปใช้ มีการทดสอบเครื่อง มือจำนวน 30 คน โดยกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะ คล้ายคลึงที่ไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ศึกษาจริง ค่า ความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ 0.79

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ช่วย นักวิจัยที่ผ่านอบรมเกี่ยวกับแนวทาง ขั้นตอน การวิจัย และการใช้แบบสอบถาม หรือแบบ

บันทึกข้อมูลในการวิจัย ทำการนัดหมายกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยแจ้งรายละเอียดให้ทางอาหารเป็นระยะเวลา 8 ชั่วโมง เพื่อเจาะหาระดับน้ำตาลในเลือดที่ปลายนิ้ว (Dextrostix: DTX) ก่อนการทดลอง และหลังการทดลอง จากนั้นตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

5. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล ทำการวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่ออธิบายคุณลักษณะของประชากรกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และวิเคราะห์ความแตกต่างคะแนนเฉลี่ย ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมด้านสุขภาพ และผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการเข้ารับโปรแกรม ด้วยสถิติทดสอบ Paired Sample T-test

6. การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร รหัส IRB-NS 2019/13.2401 ลงวันที่ 10 เมษายน 2565

ผลการวิจัย (Result)

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลของ อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.60 อายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 45.50 อายุเฉลี่ย 46.8 ปี (S.D.=7.51) สมรสแล้ว ร้อยละ 62.50 จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 68.80 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน น้อยกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 95.50 มีหนี้สิน ร้อยละ 72.30 อาชีพหลักคือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 41.10 ระยะเวลาการเป็น อสม. ต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 69.60 โดย

มีระยะเวลาเฉลี่ย 50-59 ปี (S.D.=7.51) เคยมีประสบการณ์ได้รับการอบรมเกี่ยวกับโรคเบาหวาน ร้อยละ 100 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่มีตำแหน่งอื่นในสังคม ร้อยละ 59.80

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของ อสม.

เมื่อพิจารณารายด้านก่อนการทดลอง พบว่าทักษะด้านการเข้าถึง และการนำไปใช้ อยู่ในระดับปานกลาง แต่ภายหลังการทดลองทักษะทุกด้านอยู่ในระดับสูง โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก Mean=3.33 (S.D.=0.01) เป็น Mean=3.93 (S.D.=0.22) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001

3. ผลของโปรแกรมต่อกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

กลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่ได้รับการดูแลโดย อสม. ที่ผ่านการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.80 อายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 55.40 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 46.57 ปี (S.D.= 6.50) มีอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 96.40 มีประวัติบุคคลในครอบครัวป่วยด้วยโรคเบาหวาน ร้อยละ 100

3.1 ผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพ เมื่อพิจารณารายด้านก่อนการทดลอง กลุ่มเสี่ยงเบาหวานส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ภายหลังการทดลองเพิ่มเป็นระดับสูงทุกด้าน โดยมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก (Mean=2.24 (S.D.=0.05)) เป็น (Mean=3.91 (S.D.=0.06)) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ก่อนและหลังได้รับการดูแล โดย อสม. ที่ผ่านการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n=56)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	Mean Difference (S.D.)	t	p-value
ทักษะการเข้าถึง	1.22(0.15)	57.74	<.001
ทักษะการสร้างความเข้าใจ	1.21(0.16)	55.35	<.001
ทักษะการไต่ถาม	2.22(0.06)	266.32	<.001
ทักษะการตัดสินใจ	1.78(0.20)	66.14	<.001
ทักษะการนำไปใช้	1.73(0.18)	81.51	<.001
ภาพรวม	1.67(0.06)	210.65	<.001

3.2 ผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ เมื่อเพิ่มสูงขึ้นจาก (Mean=59.67 (S.D.=3.49)) พิจารณาทั้งรายด้านและภาพรวม พบว่า เป็น (Mean=83.05 (S.D.=2.53)) อย่างมี หลังการทดลอง กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีค่าเฉลี่ย นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <.001 ดังตารางที่ 2 เพิ่มขึ้นทุกด้าน โดยในภาพรวมมีค่าเฉลี่ย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ก่อนและหลังได้รับการดูแลโดย อสม. ที่ผ่านการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ (n=56)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	Mean (S.D.)		Mean Difference (S.D.)	t	p-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง			
การออกกำลังกาย	12.42(1.41)	18.78(0.49)	6.35(1.45)	32.63	<.001
การรับประทานอาหาร	13.67(1.66)	22.58(0.80)	8.91(1.93)	34.40	<.001
การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่	16.00(3.21)	19.33(1.97)	3.33(1.88)	13.28	<.001
การจัดการความเครียด	17.57(1.14)	22.33(0.66)	4.76(1.30)	27.29	<.001
ภาพรวม	59.67(3.49)	83.05(2.53)	23.37(2.76)	63.36	<.001

3.3 ผลต่อภาวะสุขภาพ ภายหลังได้รับการดูแลโดย อสม. ที่ผ่านการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีผลลัพธ์ทางสุขภาพ

เปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น โดยมีค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และค่าระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.05$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ก่อนและหลังได้รับการดูแลโดย อสม. ที่ผ่านการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ($n=56$)

ผลลัพธ์ทางสุขภาพ	Mean (S.D.)		Mean Difference (S.D.)	t	p-value
	ก่อนทดลอง	หลังทดลอง			
ดัชนีมวลกาย	26.13(2.63)	25.80(2.52)	0.32(0.32)	7.13	<.001
เส้นรอบเอว	83.45(5.70)	83.25(5.56)	0.19(0.40)	3.66	.001
ค่าระดับน้ำตาลในเลือด	115.14(4.57)	105.32(5.84)	9.82(4.39)	16.72	<.001

อภิปรายผลและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion)

1) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ที่ผ่านการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ที่ผ่านการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาโดยพบว่า ภายหลังกลุ่ม อสม. ได้รับโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ ส่งผลให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 โดยมีความรอบรู้อยู่ในระดับดีมากหรือระดับรู้แจ้งแตกฉาน⁽¹⁸⁾ และความรู้ด้านสุขภาพ

ยังมีความสัมพันธ์กับบทบาทของ อสม. ในการป้องกันโรคเรื้อรัง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05⁽¹⁹⁾ อีกทั้งการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพให้อยู่ในระดับสูง ยังช่วยเพิ่มทักษะชีวิต ส่งผลเกื้อหนุนต่อสุขภาพของปัจเจกบุคคลและชุมชน⁽²⁰⁾ จึงกล่าวได้ว่าการที่ อสม. มีความรอบรู้ในระดับสูงย่อมจะส่งผลต่อการดำเนินงานด้านสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีความยั่งยืนต่อการพัฒนาสุขภาพของประชาชนในชุมชนให้มีสุขภาพที่ดีได้อย่างเป็นรูปธรรม

2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ภายหลังได้รับการดูแลโดย อสม. ที่ผ่านการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพทุกด้านเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<.001$) โดยพบอยู่ในระดับสูง

ทุกด้าน สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาโดยพบว่า ภายหลังได้รับการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพโดย อสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีระดับความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นอยู่ในระดับดีมากหรือรู้แจ้งแตกฉาน โดยผลการวิจัยนี้สนับสนุนว่า อสม. เป็นบุคลากรที่มีความสำคัญต่อการส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น^(8, 18) สอดคล้องตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ต้องสามารถนำความรู้และทักษะที่ได้ ไปใช้ในการดูแลสุขภาพอนามัยประชาชนในชุมชนให้มีสุขภาพที่ดี และสามารถสื่อสารความรู้ด้านสุขภาพคืนสู่ชุมชน⁽⁹⁾

3) พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ภายหลังได้รับการดูแลโดย อสม. ที่ผ่านการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพทุกด้านเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมา โดยพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพ โดยหลังจากส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพให้แก่กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน พบว่ากลุ่มดังกล่าวมีพฤติกรรมสุขภาพเพิ่มสูงขึ้นในทุกด้าน ทั้งด้านการออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่ การจัดการความเครียด⁽²¹⁾ อีกทั้งยังมีความสัมพันธ์กับ การจัดการความเครียด การแก้ไขปัญหาด้วยตัวเอง และการแสวงหาความช่วยเหลือจากผู้อื่น⁽²²⁾

กล่าวโดยสรุป การที่กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับสูง และสามารถดูแลสุขภาพตนเองได้อย่างถูกต้อง มาจากการที่ได้รับการดูแลโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. ที่ผ่านการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สอดคล้องตามบทบาท อสม. ในการส่งเสริม และป้องกันโรคในชุมชน อีกทั้งการที่ อสม. ได้รับการยกระดับศักยภาพทางความรู้ด้านสุขภาพ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานสามารถเข้าถึง เข้าใจข้อมูลสุขภาพได้อย่างถูกต้อง นำไปสู่การปฏิบัติและส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีพฤติกรรมสุขภาพในภาพรวมดีขึ้น

4) ผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ภายหลังได้รับการดูแลโดย อสม. ที่ผ่านการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และค่าระดับน้ำตาลในเลือด ในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีค่าลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$) สอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาโดยพบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมของกลุ่มตัวอย่าง ส่งผลให้ค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว และค่าระดับน้ำตาลในเลือด ต่ำกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < .001$)^(23, 24) โดยที่ระดับความรู้ด้านสุขภาพและการรับรู้สมรรถนะแห่งตน มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ⁽²⁵⁾ จึงเป็นเหตุผลว่าเมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับสูงหรือระดับรู้แจ้งแตกฉาน จะส่งผลให้มีการแสดงพฤติกรรมสุขภาพในเชิงบวก หรือมีผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดีขึ้น

กล่าวโดยสรุป ภายหลังการส่งเสริมให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นโดย อสม. ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางที่ดีขึ้น ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีค่าดัชนีมวลกาย เส้นรอบเอว ค่าระดับน้ำตาลในเลือด ลดลงจากก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงเบาหวานโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมือง จังหวัดยโสธร ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ และผลลัพธ์ทางสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานเป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น

อีกทั้งโปรแกรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่ได้จากการศึกษาค้นคว้านี้ ยังสามารถยกระดับศักยภาพของ อสม. ให้สามารถปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ในการส่งเสริมป้องกันโรคในชุมชน ตามคู่มืออาสาสมัครสาธารณสุข อสม. ของกระทรวงสาธารณสุข ในการถ่ายทอดองค์ความรู้สู่ชุมชนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง และยังสามารถคล้อยตามแนวคิดของ Nutbeam⁽²⁶⁾ ที่กล่าวว่าความรอบรู้ระดับ Critical health literacy นอกจากยังเป็นประโยชน์ในระดับบุคคลแล้ว ยังสามารถเชื่อมโยงไปสู่ประโยชน์ต่อประชาชนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและนำไปสู่ชุมชนด้านสุขภาพที่เข้มแข็งอย่างแท้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาความรู้ของ อสม. โดยการใช้โปรแกรมพัฒนาความรู้ด้าน

สุขภาพฯ ร่วมกับคู่มือที่ได้มาตรฐาน มีการมอบหมายงานที่ชัดเจน มีระบบกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ จึงควรนำไปขยายผลในกลุ่มโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมด้วย

2. ควรสนับสนุนให้อสม. ได้รับกระเป๋ามหัศจรรย์ รู้ทันเบาหวาน เพื่อให้มีอุปกรณ์คู่มือ เครื่องมือในการดูแลกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และกลุ่มผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ครอบคลุมและต่อเนื่อง

3. ควรเพิ่มระยะเวลาในการศึกษาและเปรียบเทียบผลระหว่างก่อนและหลังการทดลอง และเพิ่มการศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ได้รับการบริการโดย อสม. ตามระบบกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง (Reference)

1. สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติ. สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติเรียกร้องทั่วโลกเพิ่มงบประมาณและยกระดับการฝึกอบรมพยาบาลเพื่อช่วยรับมือวิกฤตโรคเบาหวานทั่วโลก. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 [ค้นเมื่อ 18 มิถุนายน 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://en.prnasia.com/releases/apac/52201-0.shtml>
2. กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2562. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
3. Knowler W-C, Barrett-Connor E, Fowler S-E, Hamman R-F, Lachin J-M, Walker E-A, et al. Reduction in the incidence of type 2 diabetes with

- lifestyle intervention or metformin. N Engl J Med. 2002; 346(6): 393-403.
4. กระทรวงสาธารณสุข. Health Data Center. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [ค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=6a1fdf282fd28180eed7d1cfe0155e11&id=cefa42b9223ec4d1969c5ce18d762bdd
 5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี ประจำปี พ.ศ. 2564. ยโสธร: สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดยโสธร; 2564
 6. สำนักโรคไม่ติดต่อ. คู่มือการดำเนินงาน ป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโดยยึดชุมชนเป็นฐาน. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
 7. Sun X, Shi Y, Zeng Q, Wang Y, Du W, Wei N, et al. Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. BMC Public Health. 2013; 13(261): 1-8.
 8. ัญชนก ชุมทอง, วิราภรณ์ โพธิศิริ, ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ปัจจัยที่มีผลต่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชากรกลุ่ม เสี่ยงโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ในจังหวัดอุทัยธานีและอ่างทอง. สาขา วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. วารสาร วิชาการ Veridian E-Journal สาขา วิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัย ศิลปากร. 2559; 3(6): 67-85.
 9. กองสุกศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. คู่มือแนวทางการพัฒนาแกนนำสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน รอบรู้ด้านสุขภาพ. นนทบุรี: กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2565.
 10. สมาคมขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ. รายงาน คณะกรรมาธิการขับเคลื่อนการปฏิรูป ประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สมาคมขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ เรื่อง การปฏิรูปความรู้และการสื่อสาร สุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานเลขาธิการ สภาผู้แทนราษฎร; 2559.
 11. มินตรา สารรักษ์. การเสริมสร้างศักยภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.). วารสารวิชาการ มอช. 2553; 12: 39-48.
 12. กรมสนับสนุนสุขภาพ. หลักสูตรฝึกอบรม มาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน เรื่อง การเจาะเลือดฝอยจาก ปลายนิ้วเพื่อคัดกรองโรคเบาหวาน โดยใช้เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือดชนิดพกพา และคู่มือการใช้เครื่องตรวจน้ำตาลในเลือด ชนิดพกพา สำหรับ อสม. คัดกรองโรค เบาหวาน. นนทบุรี: กรมสนับสนุนสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข; 2556.
 13. คณะทำงานขับเคลื่อนและปฏิรูปด้าน ระบบบริการ. แนวทางการดำเนินงาน Primary Care Cluster สำหรับหน่วย บริการ. นนทบุรี: สำนักงานนโยบายและ ยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2559.

14. กัญจน์ณัฐ เจริญชัย. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านนักรับบาลผู้ป่วยเบาหวาน DM Excellence Care Giver จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560; 5(1): 133-151.
15. ฉัตรทอง จารุพิสิฐไพบุลย์, นฤมล เปรมาสวัสดิ์, อารีย์รัตน์ เปสึงเนิน, นงนภัทร รุ่งเนย, ผุสดี ด้านกุล. แนวทางการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในกลุ่มเสี่ยง. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563; 30(3): 74-89.
16. ธนาสิทธิ์ วิจิตรพันธ์. ประสิทธิภาพของโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงเบาหวานของคลินิกหมอครอบครัวบ้านทุ่งเสี้ยว อำเภอสนป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2563; 29(4): 618-624.
17. Bloom BS. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill. 1971
18. กนกฉัตร สมชัย, นัฐพล ศรีทะวัน, วชิรา คำยาว, ประเสริฐ ประสมรักษ์, ทนงศักดิ์ มูลจันดา, ขนิษฐา ตะลุตะกำ. ผลของโปรแกรมพัฒนาศักยภาพ อสม. รอบรู้ด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ชุมชนบ้านสว่างเหนือ ตำบลห้วย อำเภอบุพผราขวงศา จังหวัดอำนาจเจริญ. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. 2565; 15: 13-27.
19. อุไรรัตน์ คูหะมณี, ยุวดี รอดจากภัย, นิภา มหาราชพงศ์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการป้องกันโรคเรื้อรัง. วารสารกรมการแพทย์. 2563; 45: 137-142
20. อรวรรณ นามมนตรี. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy). วารสารทันตภิบาล. 2561; 29: 122-128
21. ประเวช ชุ่มเกษรกุลกิจ, นิรันดา ไชยพาน, สุจิตรา บุญกล้า, จักรกฤษณ์ พลราชม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 2564; 15: 25-36.
22. Liu Y-B, Liu L, Li Y-F, Chen Y-L. Relationship between Health Literacy, Health-Related Behaviors and Health Status: A Survey of Elderly Chinese. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2015; 12: 9714-9725.
23. น้ำอ้อย ภักดีวงศ์, รัชนิกร ปล้องประภา. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอว ของกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานชนิดที่ 2. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. 2555; 30(2): 40-47.

24. สุรีย์ ทั้งทอง, สุมลรัตน์ ขนอม. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อการลดปัจจัยเสี่ยงของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลแห่งหนึ่งในภาคใต้ของประเทศไทย. *Journal of Health Sciences and Pedagogy*. 2564; 1(2): 1-15.
25. Riangkam C, Wattanakitkrileart D, Ketcham A, Sriwijitkamol A. Health Literacy, Self-Efficacy, Age and Visual Acuity Predicting on Self-Care Behaviors in Patients with Type 2 Diabetes. *J Nurs sci*. 2016; 34(4): 35-46.
26. Nutbeam D. Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*. 2000; 15(3): 259-267

**การถอดบทเรียนกระบวนการรูปแบบการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ
ด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19
ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย**

วัชรี้ แก้วสา¹ นันทะกานต์ ขาวตา² จิตภินันท์ แสนหลวงอินทร์³ รัตติยา บุญเกียรติบุตร⁴

(วันที่รับบทความ: 18 กรกฎาคม 2566, วันที่แก้ไข: 22 กันยายน 2566, วันที่ตอบรับ 15 มกราคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการถอดบทเรียนกระบวนการรูปแบบการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ ดำเนินการวิจัยรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง ประกอบด้วย 8 ประเด็นคำถาม สัมภาษณ์แบบเจาะลึกรายบุคคลจากผู้ให้ข้อมูลสำคัญระดับผู้บริหารที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินการ รวมทั้งหมด จำนวน 17 คน และแบบสนทนากลุ่มคัดเลือกจากกลุ่มตัวอย่างจากผู้ที่เกี่ยวข้องอยู่ในอำเภอเชียงคาน เฉพาะพื้นที่ดำเนินการ รวมทั้งหมด 29 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิจัยในลักษณะเชิงบรรยาย และรูปแบบพรรณนาวิเคราะห์

ผลการวิจัยกระบวนการดำเนินการครั้งนี้สามารถเป็นแบบอย่างให้กับหน่วยงานที่สนใจหรือเป็นแนวทางในการจัดการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในที่มีมาตรฐานการกำกับดูแลความปลอดภัย และยังเป็นการบริหารจัดการเพื่อควบคุมการระบาดของเชื้อโรคโควิด - 19 หรือโรคระบาดอุบัติใหม่อื่น ๆ ในอนาคตต่อไปได้

คำสำคัญ : นโยบายเศรษฐกิจสุขภาพในสถานการณ์โควิด19, โครงการแซนด์บ็อก, การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรม, การท่องเที่ยววิถีเชียงคาน

⁽¹⁻⁴⁾สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย

**The Lessons Learned on the Process Model of the Health Economics Policy
about the Health and Culture Tourism During COVID – 19 Situation
within Public Health Measures: A Case Study of Sandbox Chiang Khan, Loei**

Watcharee Khaews¹ Nanthagan Khawda² Jitpinan Saenluanginn³ Rattiya Boonkiattiboot⁴

(Receive 18th July 2023; Revised 22nd September 2023; Accepted 15th January 2024)

Abstract

The purpose of this research is to extract lessons learned from the process and implementation model of health economic policy regarding health and cultural tourism in the COVID-19 situation under public health measures. A case study of Sandbox Chiang Khan, Loei Province, is qualitative research. Conducted research to collect data from semi-structured interviews consisting of 8 questions, individual in-depth interviews with key informants at the executive level involved in the operation, a total of 17 people, and group discussions selected from the sample. From people living in Chiang Khan District Only the operating area, a total of 29 people, analyzed the data using descriptive research. and descriptive analysis format

The research results of this process can be a model for interested agencies or a guideline for managing health tourism with safety supervision standards and also management to control the spread of COVID-19 germs. 19 or other emerging epidemics in the future.

Keywords: Attitudes, Participation, Health economic policy, Health tourism, Sandbox Chiang Khan

⁽¹⁻⁴⁾ Loei Provincial Public Health Office.

Corresponding author: วชิรี แก้วสา, E-mail: watrabbith@hotmail.com

บทนำ

ผลกระทบจากการระบาดเชื้อไวรัสโควิด - 19 นอกจากส่งผลกระทบต่อสุขภาพแล้วยังส่งผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ การค้า และการทำงาน จากรายงานขององค์การอนามัยระหว่างประเทศ สำนักงานสภามั่นคงแห่งชาติ เรื่องสถานการณ์ความมั่นคงระหว่างประเทศภายหลังการระบาด COVID-19 ผลกระทบด้านเศรษฐกิจประเทศไทยอาจได้รับผลกระทบจากภายในและภายนอกประเทศ ภาคการค้าชายแดน และภาคการท่องเที่ยว เกิดภาวะถดถอยทางเทคนิคติดลบอย่างน้อย 2 ไตรมาส⁽¹⁾ การจ้างงานลดลง ประชาชนขาดรายได้ รัฐบาลไทยมีความกังวลปัญหาเศรษฐกิจถดถอยที่กำลังเกิดขึ้นจึงมีแนวคิดนโยบายเปิดประเทศเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยดำเนินการวางแผนร่วมมือกับศูนย์ปฏิบัติการด้านนวัตกรรม และบริหารสถานการณ์โควิด-19 (ศบค.) โดยมีหน่วยงานกระทรวงสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษาหลัก จนนำมาสู่แผนรองรับนโยบายเปิดประเทศด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในสถานการณ์ COVID-19 เพื่อให้ประชาชน นักท่องเที่ยว มีความมั่นใจความปลอดภัยในการใช้ชีวิตแบบวิถีใหม่ (New Normal) ให้ประชาชนได้กลับมาดำเนินกิจกรรมด้านสังคมและวัฒนธรรมได้ตามเดิมโดยยังคงปฏิบัติตามมาตรการป้องกันและควบคุมโรคแบบครอบจักรวาล (Universal Prevention)⁽²⁾ หลักจากการจัดทำแผนดังกล่าวกระทรวงสาธารณสุขได้มีการจัดทำมาตรการความปลอดภัยร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ เช่น มาตรการ Sandbox Safety Zone in School มาตรการ Factory Sandbox และ

มาตรการ การพำนักในพื้นที่นาร่องการท่องเที่ยว (Sandbox Programme) และการเข้ากักตัว (Quarantine Facilities) เพื่อเป็นการรองรับนโยบายเปิดประเทศ 120 วัน ของประเทศไทย⁽³⁾

จากแนวคิดนโยบายของผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 นายแพทย์ ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ เพื่อเป็นการดำเนินการตามมาตรการเปิดประเทศ 120 วัน ภายใต้แผนรองรับนโยบายเปิดประเทศ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในสถานการณ์ COVID-19 ได้กำหนดพื้นที่จัดทำกิจการท่องเที่ยวเพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจ และช่วยเหลือประชาชนที่ขาดแคลนรายได้โดยกำหนดให้อำเภอเชียงคาน จังหวัดเลย ซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่มีความพร้อม และมีศักยภาพด้านการท่องเที่ยวสูงให้ดำเนินการกิจการท่องเที่ยววิถีเชียงคาน (Chiang Khan Lifestyle Quarantine) เปิดการท่องเที่ยวรูปแบบ Sandbox รองรับนักท่องเที่ยวทั้งในประเทศและต่างประเทศ ภายใต้กิจกรรม วิถีเชียงคาน ได้แก่ ศิลปะ วัฒนธรรม ประเพณี เฉพาะถิ่น วิถีชีวิตความเป็นอยู่ทางธรรมชาติ การดูแลสุขภาพด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยพื้นบ้าน จากข้อมูลสถิตินักท่องเที่ยวในอำเภอเชียงคานก่อนการระบาดโควิดพบว่า ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 1,105,400 คน เมื่อมีสถานการณ์การระบาด ปี พ.ศ. 2564 จำนวน 155,307 คน มีจำนวนลดลงเกือบร้อยละ 90 จากผลการดำเนินการรูปแบบการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ ด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย พบ

ว่า ใน 1 เดือน มีนักท่องเที่ยวเข้ามาท่องเที่ยวประมาณ 8,800 คน เพิ่มขึ้นจากก่อนมีสถานการณ์การระบาดสร้างรายได้ให้กับประชาชนในอำเภอเชียงคานกว่า 112 ล้านบาท⁽⁴⁾ จากความสำเร็จของการดำเนินการหากมีการถอดองค์ความรู้กระบวนการและบทเรียนจะช่วยให้เข้าใจถึงแนวทางการดำเนินการ การแก้ปัญหา และการวางแผนในอนาคตต่อไปได้

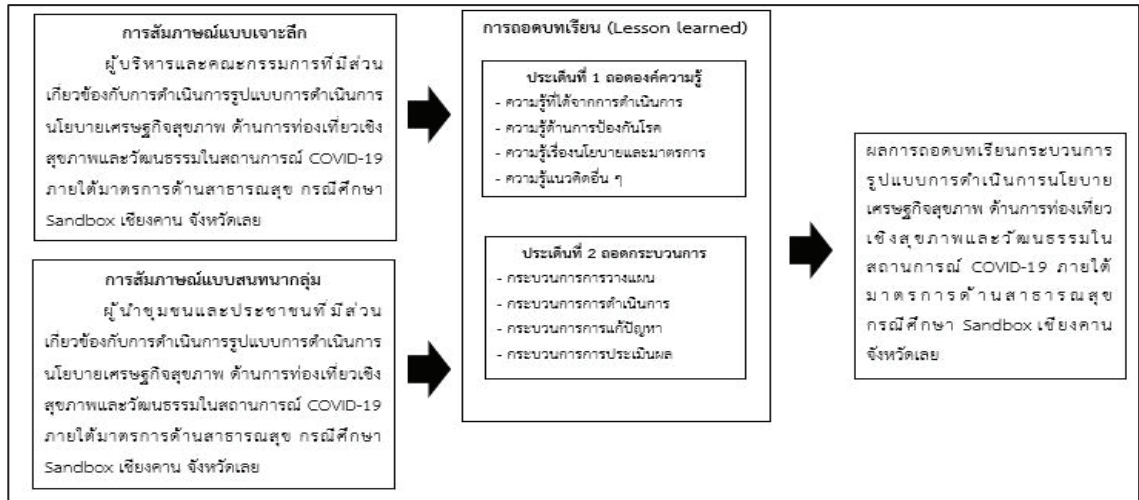
ความสำเร็จของการดำเนินการกิจกรรมต่าง ๆ ไม่เพียงแต่การวัดผลเชิงปริมาณเพียงอย่างเดียวที่จะทำให้การดำเนินการกิจกรรมสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีได้จากการศึกษาของนิคมสุวพงษ์ กล่าวว่า การถอดบทเรียนจะช่วยเสริมสร้างการเรียนรู้ จากการสรุปการทำงานทำให้เห็นถึงรายละเอียดของปัจจัยทั้งภายในและภายนอก วิธีการที่นำไปสู่ความสำเร็จและแนวทางการแก้ปัญหา⁽⁵⁾ จากการศึกษาของวิลาวัณย์ เตือนราษฎร์ และคณะเรื่องถอดบทเรียนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในชุมชนผลจากการถอดบทเรียนทำให้ทราบถึงการจัดการด้านการแก้ปัญหา แนวทางการวางแผนดำเนินงาน ปัจจัยที่นำไปสู่ความสำเร็จส่งผลให้เห็นการมีส่วนร่วมของชุมชนจะก่อให้เกิดพลังในการนำไปสู่ความสำเร็จของการดำเนินงานกิจกรรมเป็นแนวทางกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อส่งเสริมสุขภาพร่วมกันระหว่างรัฐและชุมชนได้อย่างยั่งยืน⁽⁶⁾

จากการดำเนินการดำเนินการรูปแบบการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย ทำให้ตั้งนั้นคณะผู้วิจัยมีความสนใจที่จะจึงศึกษาการถอดบทเรียนผลการดำเนินงานดังกล่าว เพื่อนำผลการถอดบทเรียนมาเป็นข้อมูลให้กับผู้ที่สนใจ และได้ทราบถึงการดำเนินการที่นำไปสู่ความสำเร็จ ปัญหาอุปสรรคและแนวทางการพัฒนาของการดำเนินการ แนวทางการแก้ไขปัญหา การวางแผนและการจัดการของดำเนินการเพื่อเป็นบทเรียนสำหรับพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาบทเรียนการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ ด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย

กรอบแนวคิด



ขอบเขตการศึกษาการวิจัยครั้งนี้ ใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ซึ่งประกอบด้วยการใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพเพื่อศึกษาบทเรียนสำหรับหน่วยวิเคราะห์ในการวิจัย (Unit of Analysis) คณะผู้วิจัยทำการเก็บข้อมูลจากการสังเกตแบบมีส่วนร่วม (Participation Observation) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In - depth Interview) การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) การวิจัยการสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured Interview) โดยกำหนดประเด็นสัมภาษณ์ประกอบด้วย

1. การกระบวนการออกแบบวางแผน
2. การมีส่วนร่วมประชาชนในการดำเนินการ
3. การแก้ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน
4. การประเมินผลโครงการ
5. การเรียนรู้จากการดำเนินการความรู้ก่อนและหลังองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้น

6. การดำเนินงานเพื่อป้องกันควบคุมโรค

7. ข้อเสนอ แนวคิด หลักการ แนวทางในการกำหนดนโยบายหรือมาตรการ

8. ด้านอื่น ๆ

ขอบเขตด้านประชากร ประชากรกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) เพื่อทำการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth Interview) โดยมีเกณฑ์ในการเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญต้องเป็นผู้ที่มีความเกี่ยวข้อง และมีความเข้าใจกระบวนการ ประกอบด้วย

1. **การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก** ระดับผู้บริหาร ผู้ว่าราชการจังหวัดเลย รองผู้ว่าราชการจังหวัดเลย(ด้านสาธารณสุข) ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเลย ผู้อำนวยการกองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ นายอำเภอเชียงคาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล

เชียงคาน สาธารณสุขอำเภอเชียงคาน นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัดเลย นายกเทศบาลตำบลเชียงคาน ท้องเที่ยวและกีฬาจังหวัดเลย ผู้จัดการสำนักงานพื้นที่พิเศษ 5 ผู้อำนวยการสำนักงานการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย สำนักงานเลย ประธานหอการค้าจังหวัดเลย ประธานสภาอุตสาหกรรมจังหวัดเลย ประธานชมรมผู้ประกอบการด้านการท่องเที่ยวเชียงคาน และประธานบริษัท Than Global Travel รวมทั้งหมด จำนวน 17 คน

2. การสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม

ระดับผู้ที่อาศัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากผู้ที่อยู่ในอำเภอเชียงคาน เฉพาะพื้นที่ดำเนินการ Sandbox Chiang Khan จำนวน 3 ตำบล 27 หมู่บ้าน รวมทั้งหมด 29 คน ได้แก่

- ผู้นำชุมชน ได้แก่ ตัวแทนผู้ใหญ่บ้านตำบล ละ 1 คน และกำนัน จำนวน 12 คน
- ประชาชน ได้แก่ ตัวแทนหมู่บ้านละ 1 คน จำนวน 27 คน
- เจ้าหน้าที่รัฐที่มีส่วนร่วมดำเนินการ จำนวน 1 คน
- เจ้าหน้าที่องค์กรเอกชนที่มีส่วนร่วม จำนวน 1 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

คณะผู้วิจัยทำการออกแบบเครื่องมือแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการศึกษาวิจัยเป็นแบบสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง (Semi-Structured interview) เพื่อใช้เป็นแนวทางขอคำถามสำหรับการสัมภาษณ์ทั้งแบบ สัมภาษณ์สนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) และการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth Interview) นำแบบสัมภาษณ์ที่ออกแบบประเมินหาค่าดัชนี

ความสอดคล้องของเนื้อหา (Index of Item-Objective Congruence : IOC) จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ท่าน คณะผู้วิจัยเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC มากกว่า 0.5 มาใช้เป็นข้อคำถามในการสัมภาษณ์ ผลประเมินหลังจากปรับแก้ตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญมีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาครอบคลุม และเป็นไปตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยผลประเมินรวมเท่ากับ 0.87

การวิเคราะห์ข้อมูล คณะผู้วิจัยนำเสนอผลการวิจัยในลักษณะเชิงบรรยาย (Description) และรูปแบบพรรณนาวิเคราะห์ (Analytical Description) เพื่อหาความสัมพันธ์ ความของปรากฏการณ์ดังกล่าว

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างการวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจริยธรรมในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย เลขที่ ECLOEI 0013/2566 ให้ไว้ ณ วันที่ 9 พฤษภาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยจะทำการนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวม

ผลการวิจัย

จากการศึกษาผู้ให้ข้อมูลสำคัญรวมทั้งหมด จำนวน 58 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 36.21 เพศชาย จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 63.79 แบ่งเป็นการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม จำนวน 41 คน และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จำนวน 41 คน สรุปผลการศึกษาวิจัยได้ ดังนี้

ผลสรุปการสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม และแบบเจาะลึกด้านกระบวนการแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ผลการการสัมภาษณ์กระบวนการออกแบบวางแผน

ในประเด็นการนำแผนยุทธศาสตร์ของประเทศหรือนโยบายมาใช้ในการวางแผน

การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม ประชาชน
ในชุมชนร่วมหารือกับชมรมผู้ประกอบการท่องเที่ยวเชียงคานจัดทำประชาพิจารณ์โดยมีการพิจารณาจากแนวทางนโยบายดำเนินการ การนำยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี มาปรับใช้เพื่อสร้างอาชีพ เศรษฐกิจฐานรากเพิ่มรายได้การท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ เพิ่มมูลค่าสร้างความเข้มแข็งเศรษฐกิจการท่องเที่ยวกระตุ้นการค้าการลงทุนของจังหวัดส่งเสริมร่วมกับชมรมผู้ประกอบการภายใต้แนวทางของประเทศเรื่องการรักษาความปลอดภัย และป้องกันโรค ประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยกับแนวทางการดำเนินการเนื่องจากการดำเนินการมีการวางแผนที่มองเห็นได้ชัดและเป็นรูปธรรม

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก การนำ
นโยบายส่วนที่ได้ถูกถ่ายทอดมาจากส่วนกลางหรือมาจากนโยบายของประเทศเป็นหลักและนำมาพัฒนาให้สามารถนำไปใช้ในการดำเนินการโดยยังเป็นการปฏิบัติภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แต่ดำเนินการภายใต้มาตรการความปลอดภัยตามแนวทางของประเทศ

การกำหนดแนวทางการวางแผนการดำเนินการ ดังนี้

การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม ประชาชน
ในชุมชนผู้ประกอบการเชียงคานร่วมวางแผนกับคณะทำงานเพื่อพัฒนาแหล่งท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในกลุ่มผู้ประกอบการ และมีการจัดเป็นอัตลักษณ์ภูมิปัญญาท้องถิ่น ด้านการวางแผน

การป้องกันมีการกำกับติดตามสถานการณ์ข้อมูลเกี่ยวกับ Blue Zone เพื่อนำมาปรับแก้และติดตามข่าวสารจากนโยบายของผู้ว่าราชการจังหวัดเลยอย่างใกล้ชิดมาปรับใช้ร่วมในการดำเนินการ

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่า
การกำหนดแนวทางผ่านการบริหารการของผู้ว่าราชการจังหวัดเลยจัดทำแผนการจัดการบริการการสร้างการมีส่วนร่วมการเปิดประเทศในสถานการณ์โรค COVID-19 ภายใต้โครงการ HUG Loei – Chiang Khan Sandbox Chiang Khan โดยใช้แนวทางของกองสุขภาพระหว่างประเทศ กรมส่งเสริมบริการสุขภาพ

ส่วนที่ 2 ประเด็นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินการ ดังนี้

การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม ประชาชน
ในชุมชน ผู้ประกอบการเชียงคานที่ทำงานในพื้นที่จัดมีการแต่งตั้ง Covid Commander จากประชาชนในพื้นที่เพื่อกำกับดูแลตามมาตรการความปลอดภัยร่วมประชาสัมพันธ์ส่งต่อข้อมูลระหว่างจังหวัดต่าง ๆ เพื่อเชิญชวนและสร้างความปลอดภัย/ความมั่นใจให้กับนักท่องเที่ยว

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จาก
ผลการสัมภาษณ์ประเด็นการมีส่วนร่วมในการดำเนินการอย่างไรให้ผู้ให้ข้อมูลแบบสนทนากลุ่มและแบบเจาะลึก พบว่า ประชาชนในพื้นที่และส่วนราชการ ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการและปฏิบัติแนวทางการดำเนินการ Standard Operating Procedure: SOP

ส่วนที่ 3 แก้ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ดังนี้

การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม ประชาชนในชุมชนและผู้ประกอบการเชิงคานปัญหาที่พบเรื่องวัคซีนมีไม่เพียงพอในช่วงแรกการไม่ยอมรับนักท่องเที่ยวต่างชาติประชาชนในพื้นที่บางส่วนไม่ยอมรับวัคซีนแก้ไขโดยการลงไปพูดคุยกันในรายหมู่บ้านเอกชนเข้ามาช่วยการทำความเข้าใจ ชุมชน ประชาชนเจ้าหน้าที่ แก้ไขได้โดยพื้นที่สร้างความเชื่อมั่นในการฉีดวัคซีนเป็นโอกาสในการส่งเสริมความสำเร็จในการท่องเที่ยว

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก พบว่าปัญหาที่พบส่วนมากเป็นเรื่องของการดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานการป้องกันการระบาดตามแนวทางความปลอดภัยของแผนการเปิดประเทศสามารถแก้ไขปัญหามาจากการเข้าไปมีส่วนร่วมของผู้ว่าราชการจังหวัดเลยและการช่วยเหลือจากภาครัฐ และเอกชนจึงนำไปสู่การดำเนินการได้

ส่วนที่ 4 การประเมินผลโครงการ ดังนี้

การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม ประชาชนในชุมชนและผู้ประกอบการในพื้นที่ประเมินผลการดำเนินการจากสถิตินักท่องเที่ยวและรายได้ที่เพิ่มขึ้นประชาชนในพื้นที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการเพิ่มขึ้น บรรลุตามเป้าประสงค์ตามวิสัยทัศน์ของคณะผู้บริหารการดำเนินการมีการกำหนดให้ใช้ SOP และมีวัคซีนเพียงพอ 100% เพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้คนไทย

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก ภาพรวมการประเมินผลจากสถิติจำนวนนักท่องเที่ยว

ที่เข้ามาในพื้นที่ รายได้ของผู้ประกอบการ ยอดผู้ติดเชื้อจากมาตรการป้องกัน และประชาชน นักท่องเที่ยว และประกอบการมีความรู้ในการป้องกันการระบาดของโรคเชื้อไวรัสโควิด-19 เพิ่มขึ้น บรรลุตามเป้าประสงค์เนื่องจากนโยบายและมาตรการที่ชัดเจนทำให้ทุกหน่วยงานสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง การมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐและเอกชนความเข้มแข็งของประชาชนที่ต้องการพัฒนาพื้นที่ของตนเอง และผู้บริหารระดับสูงในพื้นที่ให้ความสำคัญและสนับสนุนการทำงานอย่างใกล้ชิดจากการผลการสัมภาษณ์ประเด็นมีการดำเนินการประเมินผล และการดำเนินการบรรลุเป้าประสงค์ทุกประการหรือไม่ผู้ให้ข้อมูลแบบสนทนากลุ่มและแบบเจาะลึกพบว่าการดำเนินการประเมินผลจากสถิตินักท่องเที่ยวที่เข้ามาใช้บริการในอำเภอเชียงคาน รายได้จากการท่องเที่ยว ความมีส่วนร่วมของภาครัฐและเอกชนจนนำไปสู่การบรรลุตามเป้าประสงค์ของการดำเนินการที่ตั้งไว้

สรุปผลการดำเนินการ ดังนี้

ผลการสัมภาษณ์การเรียนรู้จากการดำเนินการความรู้ก่อนและหลังองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นผู้ให้ข้อมูลแบบสนทนากลุ่มและแบบเจาะลึกสามารถสรุปผล ได้ดังนี้

การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม การดำเนินการเป็นการสร้างต้นแบบ Model Sandbox ให้กับทั่วประเทศและเป็น SOP เล่มเดียวที่มีในประเทศไทยในการเปิดพื้นที่นาร่อง

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จากการผลการสัมภาษณ์ประเด็นการเรียนรู้จากการ

ดำเนินการความรู้อ่อนและหลังองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นผู้ให้ข้อมูลแบบสนทนากลุ่มและแบบเจาะลึกพบว่า ผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินการทั้งภาคประชาชน ผู้ประกอบการและหน่วยงานรัฐ ได้เรียนรู้เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาและการสร้างรายได้เพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจในระหว่างการระบาดของเชื้อไวรัสโควิด-19 รวมไปถึงการบริหารจัดการและแนวทางการทำงานแบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน

การดำเนินงานเพื่อป้องกันควบคุมโรค การป้องกันโรคจากการดำเนินการผู้ให้ข้อมูลแบบสนทนากลุ่มและแบบเจาะลึกสามารถสรุปผล ได้ดังนี้

การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม

ประชาชนในชุมชนและผู้ประกอบการในพื้นที่ได้เรียนรู้ ทำความเข้าใจแนวทางการวางแผนด้านการป้องกันการเสียสละต่อส่วนรวม

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

จากผลการสัมภาษณ์ประเด็นองค์ความรู้เรื่องการป้องกันโรคจากการดำเนินการผู้ให้ข้อมูลแบบสนทนากลุ่มและแบบเจาะลึกพบว่า ประชาชน ผู้ประกอบการ และหน่วยงานภาครัฐได้เรียนรู้การป้องกันการระบาดและยังเป็นแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่ได้ในอนาคต

ข้อเสนอ แนวคิด หลักการ แนวทางในการกำหนดนโยบายหรือมาตรการที่ได้จากการดำเนินการ ดังนี้

การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม ประชาชนในชุมชนและผู้ประกอบการเล็งเห็นถึงประโยชน์

ของการเพิ่มเที่ยวบินเพื่อรองรับนักท่องเที่ยว และการส่งเสริมการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพตามยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี สามารถเข้าใจและมีส่วนร่วมในมาตรฐานการดำเนินการอื่น ๆ ในอนาคตต่อไปได้

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก จากการสัมภาษณ์ประเด็นแนวคิด หลักการ แนวทางในการกำหนดนโยบายหรือมาตรการที่ได้จากการดำเนินการผู้ให้ข้อมูลแบบสนทนากลุ่มและแบบเจาะลึกพบว่า ภายหลังสถานการณ์โรคระบาดจะมีการพัฒนางานในพื้นที่เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนและนักท่องเที่ยว ผ่านการดำเนินการที่มีส่วนร่วมมากขึ้นและมีการกำหนดมาตรการที่ชัดเจนโดยนำต้นแบบ SOP ที่พัฒนาขึ้นมาใช้เพื่อให้สะดวกต่อการบริหารจัดการต่อไป

ผลการสัมภาษณ์นอกเหนือจากประเด็นที่สัมภาษณ์ด้านอื่น ๆ ที่ได้จากการดำเนินการผู้ให้ข้อมูลแบบสนทนากลุ่มและแบบเจาะลึกสามารถสรุปผล ได้ดังนี้

การสัมภาษณ์แบบกลุ่ม

ประชาชนในชุมชนและผู้ประกอบการในพื้นที่พบว่าการดำเนินการทำให้เกิดความร่วมมือกันทุกภาคส่วน การเสียสละ การทำงานเป็นทีม ทำให้เกิดความสามัคคีกันของประชาชนในจังหวัดและจะส่งผลต่อการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมอื่น ๆ ในทางที่ดีได้ในอนาคต

การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก

จากการสัมภาษณ์ประเด็นนอกเหนือจากประเด็นที่สัมภาษณ์ด้านอื่น ๆ ที่ได้จากการดำเนินการผู้ให้ข้อมูลแบบสนทนากลุ่มและแบบเจาะลึกพบว่า เกิดความเชื่อมั่นในการดำเนิน

งานแบบมีส่วนร่วมในอนาคต และสามารถขยายผลการดำเนินการไปสู่แนวทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเชื่อมโยงกับการดำเนินการที่ผ่านมาเพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ ช่วยเพิ่มรายได้ ลดปัญหาการติดเชื้อ และช่วยเพิ่มจำนวนนักท่องเที่ยวของจังหวัดเลยได้ต่อไป

อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาอภิปรายผลการศึกษาดังนี้ จากการสัมภาษณ์ประเด็นการนำแผนยุทธศาสตร์ของประเทศหรือนโยบายมาใช้ในการวางแผนพบว่า ผู้ให้สัมภาษณ์เข้าใจในการดำเนินการตามแผนมีแนวทางไปในทิศทางเดียวกันคือการนำนโยบายส่วนที่ได้ถูกถ่ายทอดมาจากส่วนกลางหรือมาจากนโยบายของประเทศเป็นหลักและนำมาพัฒนาให้สามารถนำไปใช้ในการดำเนินการโดยยังเป็นการปฏิบัติภายใต้แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี แต่ดำเนินการภายใต้มาตรการความปลอดภัยตามแนวทางของประเทศ และการกำหนดแนวทางการวางแผนให้ผู้ให้ข้อมูลแบบสนทนากลุ่มและแบบเจาะลึกพบว่า การกำหนดแนวทางผ่านการบริหารการของผู้ว่าราชการจังหวัดเลยจัดทำแผนการจัดการบริหารการสร้างความมีส่วนร่วมการเปิดประเทศในสถานการณ์โรค COVID-19 ภายใต้โครงการ HUG Loei-Chiang Khan Sandbox Chiang Khan โดยใช้แนวทางของกองสุขภาพระหว่างประเทศกรมส่งเสริมบริการสุขภาพจึงส่งผลให้การดำเนินการเป็นไปตามที่วางแผนไว้สอดคล้องกับการศึกษาของสมานชัย กิจวิจารณ์ที่กล่าวว่า แผนยุทธศาสตร์ที่ดีนั้นจะต้องถูกกำหนดขึ้นตามวิสัยทัศน์ขององค์กร ที่ได้มา

จากผลผลิตทางความคิดร่วมกันของสมาชิกในองค์กรที่ได้ทำงานร่วมกันและมีแนวทางที่ความคิดเห็นไปในทิศทางเดียวกันแผนนั้นจะนำไปสู่จุดหมายปลายทางที่องค์กรประสงค์ได้⁽⁷⁾ ซึ่งการดำเนินการครั้งนี้ก็มีแนวความคิดในการวางแผนที่ไปในทิศทางเดียวกัน

จากการผลการสัมภาษณ์ประเด็นการมีส่วนร่วมในการดำเนินการพบว่า ประชาชนในพื้นที่และส่วนราชการ ภาคเอกชนมีส่วนร่วมในการดำเนินการและปฏิบัติแนวทางการดำเนินการ Standard Operating Procedure: SOP ส่งผลให้การดำเนินการเป็นไปตามมาตรฐาน และสามารถปฏิบัติได้อย่างถูกต้องสอดคล้องกับฉันทน์ เลิศคณาวนิชกุล ที่กล่าวว่า เอกสารขั้นตอนการปฏิบัติงานที่เขียนขึ้นอย่างละเอียดเป็นประโยชน์สำหรับผู้ปฏิบัติงาน ส่งผลต่อการดำเนินการตามมาตรฐานเดียวกันน่าเชื่อถือและมีประสิทธิภาพ⁽⁸⁾

จากผลการสัมภาษณ์ปัญหา/อุปสรรคและวิธีการแก้ไขปัญหาพบว่า ปัญหาที่พบส่วนมากเป็นเรื่องของการดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานการป้องกันการระบาดตามแนวทางการความปลอดภัยของแผนการเปิดประเทศสามารถแก้ไขปัญหาได้จากการเข้าไปมีส่วนร่วมของผู้ว่าราชการจังหวัดเลยและการช่วยเหลือจากภาครัฐ และเอกชนจึงนำไปสู่การดำเนินการได้สอดคล้องกับอุทัยวรรณ สุวรรณยั่งยืน ที่กล่าวว่า กลยุทธ์ด้วยการสื่อสารภายในให้ทั่วถึงของคณะผู้บริหารจะนำไปสู่สำเร็จและความมีส่วนร่วมได้อย่างเข้าใจสามารถนำยุทธศาสตร์มาเชื่อมโยงในการทำงานได้อย่างแท้จริง⁽⁹⁾

จากผลการสัมภาษณ์ประเด็นมีการดำเนินการประเมินผลและการบรรลุเป้าประสงค์พบว่า การดำเนินการประเมินผลจากสถิตินักท่องเที่ยวที่เข้ามาใช้บริการในอำเภอเชียงคาน รายได้จากการท่องเที่ยว ความมีส่วนร่วมของภาครัฐและเอกชนจนนำไปสู่การบรรลุตามเป้าประสงค์ของการดำเนินการที่ตั้งไว้อาจเนื่องมาจากการกำหนดมาตรการความปลอดภัยและการดำเนินการที่ช่วยสร้างความมั่นใจ และการสร้างการท่องเที่ยวจากภูมิปัญญาและวัฒนธรรมท้องถิ่น ลุ่มแม่น้ำโขงทำให้นักท่องเที่ยวที่มาเที่ยวในพื้นที่มากขึ้นที่สอดคล้องกับจักรพันธ์ กิตตินรรัตน์ และคณะที่กล่าวว่า การสร้างความเชื่อมั่นความปลอดภัยในการเดินทางท่องเที่ยว การเชื่อมโยงการท่องเที่ยวกับประเทศเพื่อนบ้าน และการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน และการอนุรักษ์ฟื้นฟู จัดการสิ่งแวดล้อม วัฒนธรรมท้องถิ่นจะช่วยให้เพิ่มขีดความสามารถในการแข่งขันทางการท่องเที่ยวได้⁽¹⁰⁾

จากการผลการสัมภาษณ์ประเด็นการเรียนรู้จากการดำเนินการความรู้ก่อนและหลังองค์ความรู้ใหม่ที่เกิดขึ้นพบว่า ผู้มีส่วนร่วมในการดำเนินการทั้งภาคประชาชน ผู้ประกอบการและหน่วยงานรัฐได้เรียนรู้เกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาและการสร้างรายได้เพื่อกระตุ้นเศรษฐกิจในระหว่างการบริหารจัดการของเชื้อไวรัสโควิด-19 รวมไปถึงการบริหารจัดการและแนวทางการทำงานแบบมีส่วนร่วมทุกภาคส่วนเกิดเป็นองค์ความรู้ที่ได้จากการดำเนินการและสามารถนำไปใช้ในการดำเนินการต่างๆ แบบมีส่วนร่วมได้สอดคล้องกับนิเวศน์ วงศ์สุวรรณ และอินทาศิริวรรณ ที่กล่าวว่า หากผู้บริหารใช้การจูงใจ

ให้บุคคลผู้ปฏิบัติงานหรือบุคคลผู้ที่เกี่ยวข้องได้มีโอกาสมีส่วนร่วมในการคิด ร่วมตัดสินใจร่วมปฏิบัติงาน ร่วมรับผิดชอบ เพื่อพัฒนางานจะนำไปสู่การปฏิบัติงานที่มีคุณภาพและนำไปสู่เป้าหมายขององค์กรได้⁽¹¹⁾

จากผลการสัมภาษณ์ประเด็นองค์ความรู้เรื่องการป้องกันโรคจากการดำเนินการพบว่า ประชาชน ผู้ประกอบการ และหน่วยงานภาครัฐได้เรียนรู้การป้องกันการระบาดและยังเป็นแนวทางที่สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์การระบาดของโรคอุบัติใหม่ได้ในอนาคตเกิดองค์ความรู้และการนำไปปรับใช้ และประเด็นแนวคิด หลักการ แนวทางในการกำหนดนโยบายหรือมาตรการที่ได้จากการดำเนินการพบว่า ภายหลังสถานการณ์โรคระบาดจะมีการพัฒนางานในพื้นที่เพื่อสร้างความมั่นใจให้กับประชาชนและนักท่องเที่ยว ผ่านการดำเนินการที่มีส่วนร่วมมากขึ้นและมีการกำหนดมาตรการที่ชัดเจนโดยนำต้นแบบ SOP ที่พัฒนาขึ้นมาใช้เพื่อให้สะดวกต่อการบริหารจัดการเกิดความมั่นใจในการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมในอนาคตและสามารถขยายผลการดำเนินการไปสู่แนวทางการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพเชื่อมโยงกับการดำเนินการที่ผ่านมาเพื่อสร้างความเชื่อมั่นให้กับนักท่องเที่ยวเชิงสุขภาพของจังหวัดเลยได้ต่อไปสอดคล้องกับเดชา ทำดี และคณะที่กล่าวว่า องค์ความรู้ที่ได้จากการดำเนินการแบบมีส่วนร่วมจะนำไปสู่การนำไปใช้เพื่อแก้ปัญหาอื่นต่อไปได้⁽¹²⁾

จากการอภิปรายผลการถอดบทเรียนกระบวนการรูปแบบการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพ ด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ

และวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย กระบวนการดำเนินการครั้งนี้สามารถเป็นแบบอย่างให้กับหน่วยงานที่สนใจหรือเป็นแนวทางในการจัดการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพในที่มีมาตรฐานการกำกับดูแลความปลอดภัยและยังเป็นการบริหารจัดการเพื่อควบคุมการระบาดของเชื้อโรคโควิด-19 หรือโรคระบาดอุบัติใหม่อื่น ๆ ในอนาคตต่อไปได้

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณนายแพทย์ปราโมทย์ เสถียรรัตน์ ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 8 ผู้คิดริเริ่มการดำเนินการนโยบายเศรษฐกิจสุขภาพด้านการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพและวัฒนธรรมในสถานการณ์ COVID-19 ภายใต้มาตรการด้านสาธารณสุข กรณีศึกษา Sandbox เชียงคาน จังหวัดเลย และขอบคุณผู้ว่าราชการจังหวัดเลย นายกองค์การบริหารส่วนจังหวัด หน่วยงานภาครัฐและเอกชนของจังหวัดเลยที่ช่วยกันผลักดันให้การดำเนินการสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองความมั่นคงระหว่างประเทศ. สถานการณ์ ความมั่นคงระหว่างประเทศภายหลังการระบาด COVID-19. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2565] เข้าถึงได้จาก <http://www.nsc.go.th/wp-content/uploads/Journal/article-00405.pdf>
2. กระทรวงสาธารณสุข. แผนรองรับนโยบายเปิดประเทศ ด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในสถานการณ์ COVID – 19. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 10 มกราคม 2565] เข้าถึงได้จาก <https://dmsic.moph.go.th/index/detail/8866>
3. สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรีทำเนียบรัฐบาล. ศบค. เคาะปรับระดับโซนสีพื้นที่ใหม่พร้อมวางแนวทางจัดงานปีใหม่ปรับมาตรการเข้าประเทศ. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มกราคม 2565] เข้าถึงได้จาก <https://www.thaigov.go.th/news/contents/details/49404>
4. เขตสุขภาพที่ 8. กิจกรรมท่องเที่ยววิถีเชียงคาน (Chiang Khan Lifestyle Quarantine). [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มกราคม 2565] เข้าถึงได้จาก https://r8way.moph.go.th/r8wayNewadmin/page/upload_file/20210823072337.pdf
5. นิคม สุวพงษ์. การถอดบทเรียน : เพื่อเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้. วารสารบัณฑิตสาเกต 2565; 7(1): 47.
6. วิลาวรรณย์ เตือนราษฎร, ศิวพร อึ้งวัฒนา และสุกิจ เตือนราษฎร. ถอดบทเรียนการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพแบบมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในชุมชน. พยาบาลสาร 2563; 47(1): 197.
7. สมานชัย กิจวิจารณ์. การบริหารงานตามแผนยุทธศาสตร์. Journal of Roi Kaensarn Academi 2563; 5(1): 62.

8. ชนินทร์ เลิศคณาวินชกุล. มาเขียน SOP ของห้องปฏิบัติการวิเคราะห์ทดสอบเพื่อการบริการที่มีคุณภาพกันเถอะ. วารสารกรมวิทยาศาสตร์บริการ. 2553; 58(182): 21.
9. อุทัยวรรณ สุวรรณยังยืน. กลยุทธ์ในการสร้างความเข้าใจยุทธศาสตร์ของบุคลากรกรณีศึกษา: หอสมุดและคลังความรู้มหาวิทยาลัยมหิดล. PULINET Journal; 2561 21(5): 118.
10. จักรพันธ์ กิตตินรรัตน์, ประภาภรณ์ แสนภักดี, จุฑาทิพย์ พหลภาคย์ และ ฉัตรฉวี คงดี. การติดตามประเมินผลและการผลักดันการใช้ประโยชน์โครงการวิจัยอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวและบริการ ปี 2557. วารสารเศรษฐศาสตร์และกลยุทธ์การจัดการ 2560; 4(1): 16.
11. นิเวศน์ วงศ์สุวรรณ และอินตา ศิริวรรณ. การบริหารแบบมีส่วนร่วม. วารสารมหาจุฬาริชาการ 2563; 4(1): 176.
12. เดชา ทำดี, ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ และ วิลาวัลย์ เสนารัตน์. การถอดบทเรียนการจัดการความรู้และการสร้างองค์ความรู้การจัดการสุขภาวะชุมชนในพื้นที่ภาคเหนือตอนล่าง. พยาบาลสาร 2556; 40(4): 100

การพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพจังหวัดมหาสารคาม

ศิริรัตน์ จำภูษธร¹, ปิยะลักษณ์ ภักดีสมัย²

(วันที่รับบทความ: 20 กันยายน 2566, วันที่แก้ไข: 15 มกราคม 2567, วันที่ตอบรับ 25 มกราคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนคือ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติการ 3) การสะท้อนการปฏิบัติ 4) การปรับปรุงแผนปฏิบัติการ จำนวน 3 วงรอบ และระยะที่ 3 ประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้บริหารสถานศึกษา ครูอนามัยโรงเรียน ผู้รับผิดชอบงานในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานระดับอำเภอและนักเรียนในจังหวัดมหาสารคาม ระยะเวลาตุลาคม 2563 - มิถุนายน 2565 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบประเมินโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ แบบวัดความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา เกิดรูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม โดยมีเครือข่ายพี่เลี้ยงสาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัด รวมทั้งเครือข่ายพี่เลี้ยงในเขตพื้นที่การศึกษา

ผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ วงรอบที่ 3 ปี 2565 มีโรงเรียนที่สมัครเข้าร่วมพัฒนาเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 265 แห่ง (40.64%) ผ่านการรับรองเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ จากกรมอนามัย ทั้งหมด 108 แห่ง (16.56%) นักเรียนเข้าร่วมประเมินความรู้ NuPETHS ภาคการศึกษาที่ 1 ปี 2565 จำนวน 7,314 คน ผ่านการประเมิน 6,902 คน (94.36%) โดยผ่านเกณฑ์ NuPETHS 61.79% และผ่านเกณฑ์ Super Hero NuPETHS 32.57%

การพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นการกระตุ้นให้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่นักเรียนควบคู่ไปกับการศึกษา ซึ่งส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม

คำสำคัญ: การพัฒนารูปแบบ โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

⁽¹⁻²⁾นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

Corresponding author: ศิริรัตน์ จำภูษธร e-mail: sirirat.phe@gmail.com

The Development of the Health Literacy School Operation Model in Maha Sarakham Province

Sirirat Jakoonchron¹, Piyalak Pukdeesamai²

(Receive 20th September 2023; Revised 15th January 2024; Accepted 25th January 2024)

Abstract

The purpose of this practical research is to develop a model for implementing health literacy-focused round-school operations in Maha Sarakham Province, which is divided into three phases: Phase 1, situation analysis; Phase 2, development of the operational model, consisting of four steps: 1) planning, 2) implementation, 3) reflection on implementation, and 4) adjustment of the operational plan, with a total of 3 cycles; and Phase 3, evaluation of the model's development. The study involves a sample group, including school administrators, school health teachers, district-level officials responsible for educational areas, and public health officials responsible for district-level work, as well as students in Maha Sarakham Province. The research was conducted from October 2020 to June 2022, and data collection tools included the Health-Promoting School Assessment form, the Health Literacy and Desired Health Behavior Measurement form, quantitative data analysis using frequency distribution, percentages, mean values, and standard deviations.

The results of the study led to the development of a health Literacy in school operational model in Maha Sarakham Province, which involved establishing a network of public health mentorships at both the district and provincial levels, as well as the prototype mentorship network in educational areas. In the third round of development in 2025, 265 schools (40.64%) applied to become health Literacy schools, with 108 of them (16.56%) receiving certification from the Department of Health. Additionally, 7,314 students participated in the NuPETHS literacy assessment in the first semester of 2025, with 6,902 students (94.36%) passing the assessment, with 61.79% meeting the NuPETHS criteria and 32.57% meeting the Super Hero NuPETHS criteria.

The development of health literacy schools is a stimulus for promoting health and building health awareness among students in conjunction with their education, which has an impact on the appropriate modification of health behaviors.

Keyword: Model development, Health literacy, School, Action research

⁽¹⁻²⁾Public Health Technical Officer, Professional Level Mahasarakham Provincial Public Health
Corresponding author: Sirirat Jakoonchon e-mail: sirirat.phe@gmail.com

1. บทนำ

ในปัจจุบันพบว่าสภาวะสุขภาพในกลุ่มวัยเรียนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่าเด็กวัยเรียนมีภาวะเริ่มอ้วนและอ้วนเพิ่มมากขึ้น⁽¹⁾ และยังเจ็บป่วยด้วยโรคที่ป้องกันได้ เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และฟันผุ เป็นต้น และจากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ปี 2561-2563 พบว่า เด็กนักเรียนอายุ 6-14 ปี มีแนวโน้ม อ้วนและเริ่มอ้วนเพิ่มมากขึ้น จากฐานข้อมูลสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม พบว่าภาวะโภชนาการเด็กที่ต้องเฝ้าระวังแก้ไข มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเด็กมีภาวะอ้วนและเริ่มอ้วน ร้อยละ 12.27 10.74 และ 10.11 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 10) เตี้ย ร้อยละ 14.73 11.47 และ 5.57 (เป้าหมายไม่เกินร้อยละ 5) ส่วนสูงเฉลี่ยในเด็ก 12 ปี ชาย 145.74 147.26 และ 148.82 หญิง 148.65 148.36 และ 149.81 (เป้าหมายสูงเฉลี่ย 150 ซม.) (จากฐานข้อมูลHealth data center:HDC, กันยายน 2563) จากข้อมูลสุขภาพนักเรียนดังกล่าว การส่งเสริมสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพตามแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ⁽²⁾⁽³⁾ เป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้เด็ก ผู้ปกครองและครูสามารถดำเนินการส่งเสริมสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องมีความสำคัญต่อการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและพัฒนาความรอบรู้ในโรงเรียน จากข้อมูลดังกล่าวพบว่างานวิจัยส่วนใหญ่ยังไม่ได้ศึกษาประเด็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพในจังหวัดมหาสารคาม ผู้วิจัยจึงมีความสนใจในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้าน

สุขภาพ ในจังหวัดมหาสารคาม

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ในจังหวัดมหาสารคาม
2. เพื่อประเมินผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ในจังหวัดมหาสารคาม

3. วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เริ่มดำเนินการ ตุลาคม 2563 ถึง มิถุนายน 2565 ผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & Mc Taggart (1988) โดยขบวนการวางแผน (Planning) การดำเนินงานขั้นปฏิบัติการ (Action) สังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) (PAOR) โดยมีรายละเอียดในการดำเนินการดังนี้

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์สุขภาพนักเรียนและการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ปี 2562 เพื่อนำมาเป็นข้อมูลเบื้องต้นในการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 2 การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 3 วงรอบ ดังนี้

วงรอบที่ 1

1. ขั้นการวางแผน (Planning) ผู้วิจัยได้วางแผนการดำเนินการพัฒนารูปแบบการดำเนิน

งานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ และสร้างทีมวิจัยในพื้นที่

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) เลือกพื้นที่นำร่องในการดำเนินงานต้นแบบโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 1 แห่ง

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามการดำเนินงานในวงรอบที่ 1 ในโรงเรียนต้นแบบ

4. การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) นำปัญหาที่พบสะท้อนการดำเนินงานแก่ทีมเครือข่ายเพื่อนำมาสู่การวางแผนดำเนินการในวงรอบต่อไป

วงรอบที่ 2

1. ขั้นการวางแผน (Planning) ผู้วิจัยนำปัญหาที่พบสู่การปรับปรุงและวางแผนขยายเครือข่ายโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) ประชุมถ่ายทอดนโยบายการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพและขยายเครือข่ายโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ 1 แห่ง ต่อเขตพื้นที่การศึกษา รวมเป็น 3 แห่ง

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านกระบวนการและผลการประเมินของกรมอนามัย

4. การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) ประชุมแจ้งผลการติดตามและปัญหาที่พบแก่เครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการวงรอบที่ 2 เพื่อนำสู่การพัฒนาวงรอบที่ 3

วงรอบที่ 3

1. ขั้นการวางแผน (Planning) วางแผนในการขยายเครือข่ายโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ

ให้ครบทุกอำเภอ รวมทั้งวางแผนสร้างกลไกในการกำกับติดตาม

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขับเคลื่อนนโยบายสร้างความรอบรู้ และขยายเครือข่ายโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับอำเภอและตำบล โดยกำหนดเป้าหมาย อำเภอละ 2 แห่ง รวมเป้าหมายโรงเรียน 26 แห่ง

- จัดประชุมเชิงปฏิบัติการในการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ แก่โรงเรียน 26 แห่ง โดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายต่อโรงเรียนคือ อบรมครู 1 คน และนักเรียน 2 คน ต่อห้องเรียน รวมทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานทุกอำเภอ

- สร้างช่องทางและกลไกในการติดตามและประสานงาน

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพวงรอบที่ 3 โดยติดตามด้านกระบวนการดำเนินงานในโรงเรียนและการประเมินในระบบ และติดตามผลการประเมินโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพของกรมอนามัย

4. การสะท้อนการปฏิบัติ (Reflection) แจ้งผลการติดตามการดำเนินงานด้านกระบวนการและผลการประเมิน รวมทั้งปัญหาอุปสรรค แก่โรงเรียนและเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 3 ประเมินผลการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งด้านกระบวนการ โดยประเมินจากผลการประเมินและการรับรองจากกรมอนามัย⁽⁴⁾ และประเมินด้านพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของนักเรียน⁽⁵⁾ รายละเอียดตาม รูปที่ 1 แสดงการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามกระบวนการ PAOR

3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1) ผู้บริหารและครูอนามัยโรงเรียนสังกัดประถมศึกษา ที่สมัครใจเข้าร่วม จำนวน 615 คน

2) ผู้บริหารและครูอนามัยโรงเรียนสังกัดมัธยมศึกษา ที่สมัครใจเข้าร่วม จำนวน 37 คน

3) ผู้รับผิดชอบงานในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาจังหวัดมหาสารคาม (สพป.มค.) ทั้งหมด จำนวน 3 คน

4) ผู้รับผิดชอบงานในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาจังหวัดมหาสารคาม (สพม.มค.) ทั้งหมด จำนวน 1 คน

5) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ทั้งหมด จำนวน 26 คน ผู้ร่วมวิจัย รวม 682 คน

6) นักเรียนในเขตพื้นที่การศึกษาจังหวัดมหาสารคาม ในโรงเรียนสมัครเข้าร่วมโครงการ จำนวน 265 โรงเรียน จำนวน 7,314 คน (จากฐานข้อมูล HDC วันที่ 6 มิถุนายน 2565)⁽⁶⁾

3.2 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการ ได้แก่ แนวทางการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ⁽³⁾ “ชุดความรู้ NuPETHS ซึ่งประกอบด้วยชุดความรู้ 6 ด้าน ได้แก่ Nutrition: Nu, Physical Activity: P, Environmental: E, Health: H, Teeth: T, Hygiene: H, Sleep : S⁽⁷⁾

เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1.แบบวัดความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของเด็กวัยเรียนวัยรุ่นของ

กรมอนามัย⁽⁵⁾ แบบวัดมีทั้งหมด 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับนักเรียน จำนวน 4 ข้อ ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้และพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ นักเรียนได้คะแนนรวม 9 คะแนนขึ้นไป ผ่านระดับ NuPETHS นักเรียนได้คะแนนรวม 20 คะแนนขึ้นไป ภาวะโภชนาการสูงดี สมส่วนและเป็นผู้นำ แขนงหรือต้นแบบด้านสุขภาพ ผ่านระดับ Super hero NuPETHS 2. แบบประเมินโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 องค์ประกอบของกรมอนามัย⁽⁵⁾ 3.แบบสังเกตการณ์ เป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 15 ข้อ ใช้ในการประเมินกระบวนการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 องค์ประกอบ

3.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แบบวัดความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของเด็กวัยเรียนวัยรุ่น และแบบประเมินโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ อ้างอิงมาจากแนวทางการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾⁽³⁾ ซึ่งใช้เป็นเครื่องมือมาตรฐานกลางในการประเมินผลการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ

3.4 การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และการตีความจากข้อมูลที่ได้จากการสังเกต ด้วยวิธีการวิเคราะห์จำแนกประเภท

ข้อมูล และการวิเคราะห์แก่นสาระ การตรวจสอบความถูกต้องเชื่อถือได้ของข้อมูล

3.5 การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เลขที่ EC 5/2566

4. ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการวิเคราะห์สถานการณ์

ปัญหาสถานการณ์โรงเรียนและสถานะสุขภาพนักเรียนในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม มีโรงเรียนทั้งหมด 652 แห่ง แบ่งเป็น โรงเรียนประถมศึกษา 615 แห่ง มัธยมศึกษา 37 แห่ง ในปี 2562 โรงเรียนผ่านการประเมินโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ จำนวน 644 แห่ง ร้อยละ 98.77 เป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร 46 แห่ง ระดับทอง 568 แห่ง ระดับเงิน 29 แห่ง และระดับทองแดง 1 แห่ง (ข้อมูล ณ 30 เมษายน 2562) ดังตาราง

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของโรงเรียนที่ผ่านการรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแต่ละระดับ ในจังหวัดมหาสารคาม

การรับรองเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ	จำนวน (แห่ง)	ร้อยละ
1. ระดับทองแดง	1	0.16
2. ระดับเงิน	29	4.50
3. ระดับทอง	568	88.20
4. ระดับเพชร	46	7.14

สภาวะสุขภาพของเด็กวัยเรียน 6-14 ปี ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม ปี 2561-2563 มีจำนวน 83,954 90,121 และ 71,669 คน ตามลำดับ พบว่า ภาวะโภชนาการเด็กอายุ 6-14 ปี ยังอยู่ในเกณฑ์ที่ต้องพัฒนา เนื่องจาก

1) สูงดีสมส่วน ร้อยละ 60.45 65.36 และ 72.01 2) อ้วนและเริ่มอ้วน ร้อยละ 12.27 10.74 และ 10.11 3) เตี้ย ร้อยละ 14.73 11.47 และ 5.57 4) ผอม ร้อยละ 4.28 4.49 และ 3.43 ตามลำดับ ดังตาราง

ตารางที่ 2 แสดงร้อยละของภาวะโภชนาการเด็กอายุ 6-14 ปี จังหวัดมหาสารคาม

ภาวะโภชนาการเด็ก 6-14 ปี	พ.ศ. 2561		พ.ศ. 2562		พ.ศ. 2563	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. สูงดีสมส่วน	50,750	60.45	58,903	65.36	51,608	72.01
2. เริ่มอ้วนและอ้วน	10,302	12.27	9,677	10.74	7,249	10.11
3. เตี้ย	12,367	14.73	10,335	11.47	3,994	5.57
4. ผอม	3,594	4.28	4,048	4.49	2,461	3.43

จากผลการศึกษาดังกล่าวนำมาสู่ดำเนินการศึกษาในระยะที่ 2 ดังนี้

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ วงรอบที่ 1

1. **ขั้นการวางแผน (Planning)** สร้างทีมวิจัยในพื้นที่ ประกอบด้วย ตัวแทนสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษามหาสารคาม เขต 1 2 และ 3 (สพ.ป.มค.) ที่รับผิดชอบงานส่งเสริมการจัดการศึกษา จำนวน 3 คน ตัวแทนสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษามหาสารคาม (สพม.มค.) ที่รับผิดชอบงานส่งเสริมการจัดการศึกษา จำนวน 1 คน ตัวแทนผู้บริหารสถานศึกษา จำนวน 10 คน ครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน จำนวน 20 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัยเรียนประจำอำเภอ จำนวน 26 คน โดยเริ่มจากการประชุมร่วมกัน เพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและเสนอแนวทางในการแก้ไขปัญหา วางแผนการดำเนินงาน กำหนดบทบาทหน้าที่แก่ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง แต่ละกิจกรรม จำนวน 2 วัน

2. **ขั้นปฏิบัติการ (Action)** เลือกพื้นที่ต้นแบบในการดำเนินการโรงเรียนรอบรู้

ด้านสุขภาพเพื่อเป็นแนวทางในการขยายผลไปยังโรงเรียนอื่นๆ ในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม และดำเนินการตามแผนในโรงเรียนต้นแบบที่มีความพร้อมในพื้นที่อำเภอโกสุมพิสัย จำนวน 1 โรงเรียน ดังนี้

1. ชี้แจงการดำเนินงานเพื่อให้ผู้บริหารให้ความสำคัญและสนับสนุนการดำเนินงาน

2. ครูและบุคลากรในโรงเรียนได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อขับเคลื่อนงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม

3. โรงเรียนทำการสมัครเข้าสู่กระบวนการและประเมินตนเองเพื่อกำหนดปัญหาสุขภาพที่ต้องการพัฒนาในโรงเรียน และประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียน ตามโปรแกรมของกรมอนามัย

4. จัดกระบวนการ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การบริหารจัดการ กำหนดนโยบายโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูล บริบทของโรงเรียน สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพของนักเรียน วางแผนและออกแบบการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ 2) การสื่อสารความรอบรู้ด้าน

สุขภาพ ทำการถ่ายทอดนโยบายสู่การปฏิบัติ จัดกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพด้วยกระบวนการ V-Shape ได้แก่ สร้างการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพของโรงเรียนผ่านช่องทางสื่อสารและกิจกรรมการเรียนรู้ จนนักเรียนสามารถทำความเข้าใจ ทำการตอบโต้ซักถามและแลกเปลี่ยนกับคุณครูหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพื่อความชัดเจนในเรื่องที่สนใจ จนเกิดการตัดสินใจนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปทางในที่เหมาะสม มีสุขภาพดีขึ้น และบอกต่อไปยังเพื่อนนักเรียน ผู้ปกครอง ชุมชนต่อไป 3) โรงเรียนจัดการสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อสุขภาพที่น่าอยู่และปลอดภัย ทั้งภายในและภายนอกโรงเรียน เช่น มีอ่างล้างมือและอุปกรณ์การล้างมือ มีสถานที่แปร่งฟัน สถานที่ออกกำลังกาย ป้ายกฎจราจร ถังขยะ โดยจัดสภาพแวดล้อมให้มีความสะอาดถูกสุขลักษณะ และการห้ามสิ่งที่ไม่ถูกต้องต่างๆ เช่น ห้ามสูบบุหรี่ ห้ามขายอาหารที่ไม่ถูกสุขลักษณะ ตีเส้นทางขึ้น-ลงบันไดไว้ให้เห็นชัดเจน เป็นต้น 4) การมีส่วนร่วมในการดำเนินการแก้ไขปัญหาสุขภาพและสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนและชุมชนแบบองค์รวมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน โดยทุกกิจกรรม นักเรียน ผู้ปกครอง มีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ภาศิเครือข่ายให้การสนับสนุนและบุคลากรสาธารณสุขในระดับพื้นที่เป็นที่ปรึกษาในการดำเนินงาน

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) ติดตามการดำเนินงานในวงจรที่ 1 ในโรงเรียนต้นแบบ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประเมินผลการขับเคลื่อนงานด้านกระบวนการในโปรแกรมประเมินความ

รอบรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียนของกรมอนามัย 4 องค์ประกอบ และด้านผลลัพธ์สุขภาพของนักเรียนจากแบบวัดความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของเด็กวัยเรียนวัยรุ่น กรมอนามัยประเมินผลในระบบและรับรองให้เป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate School : HLS)

4. ขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ปรับปรุงแผนการดำเนินการ แก้ไขปัญหาและดำเนินการปฏิบัติใหม่ ในการศึกษาครั้งนี้มีการดำเนินการ 3 วงรอบ ผลการดำเนินการแต่ละวงรอบมีรายละเอียดดังนี้

ผลการศึกษาวงรอบที่ 1 การดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพต้นแบบ โรงเรียนบ้านวังยาววิทยายน อำเภอโกสุมพิสัย ผ่านการประเมินโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพและมีการดำเนินงานอย่างเป็นระบบตามเกณฑ์ ส่งผลให้นักเรียนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มจากระดับปานกลางเป็นระดับมาก คะแนน 3.59 (sd=0.64) และโรงเรียนได้ขยายเครือข่าย “วังยาว-เขวไร่-ดอนกลาง” ในการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มเป็น 3 โรงเรียน ซึ่งการใช้กระบวนการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพช่วยกระตุ้นให้การดำเนินงานสำเร็จตามเป้าหมาย จากข้อมูลดังกล่าวนำมาสู่กระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับจังหวัด โดยดำเนินการพัฒนาในวงรอบต่อเนื่อง ดังนี้

การพัฒนาในวงรอบที่ 2

ดำเนินการตามขบวนการ PAOR โดยจัดประชุมเพื่อถ่ายทอดนโยบายโรงเรียนรอบรู้

ด้านสุขภาพให้แก่ผู้ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินการทั้งจังหวัด ซึ่งประกอบด้วย ผู้บริหาร/ครูอนามัยโรงเรียน และผู้รับผิดชอบงานใน สพป.มค. เขต 1 2 3 สพม.มค. จำนวน 656 คน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานระดับอำเภอ จำนวน 26 คน มีเป้าหมายการดำเนินการในปีแรก 4 แห่ง โดยกำหนดให้เข้าร่วมและขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพตามกระบวนการพัฒนาโรงเรียนต้นแบบจากวงรอบที่ 1 เขตพื้นที่การศึกษาละ 1 แห่ง รวมกับโรงเรียนต้นแบบที่จะมีการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องด้วย

ปัญหาที่พบจากการดำเนินการในวงรอบที่ 2 มี ดังนี้

1. ครูที่เข้ารับการอบรมในการถ่ายทอดนโยบาย ไม่ได้ดำเนินการเนื่องจากมีการย้ายหรือปรับเปลี่ยน คนใหม่ และบางโรงเรียนผู้บริหารมาประชุมเองและไม่ได้ถ่ายทอดการดำเนินงานแก่ผู้ปฏิบัติ ซึ่งในปี 2563 มีโรงเรียนที่เข้าร่วมดำเนินการโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพครบ 4 แห่งตามเป้าหมาย

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัยเรียนประจำอำเภอ ยังขาดทักษะในการให้คำแนะนำ ในการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งทางด้านเกณฑ์การประเมินและการบันทึกข้อมูลในระบบ

3. กลไกการติดตามและการประสานงานระหว่างหน่วยงานสาธารณสุขและโรงเรียนยังขาดความชัดเจนและต่อเนื่อง

การพัฒนาในวงรอบที่ 3

จากปัญหาที่พบในวงรอบที่ 2 ซึ่งครูผู้ปฏิบัติและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ยังมี

ศักยภาพไม่เพียงพอในการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพและการให้คำแนะนำในการดำเนินงาน การประสานงานยังไม่ชัดเจนและขาดความต่อเนื่อง จึงนำมาสู่การพัฒนาในวงรอบที่ 3 ดำเนินการตามขบวนการ PAOR ดังนี้

1. จัดอบรมเชิงปฏิบัติการในการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ครูผู้ปฏิบัติงานในโรงเรียนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานวัยเรียนในระดับอำเภอ โดยชี้แจงรายละเอียดเกณฑ์การดำเนินการ และรายละเอียดในการประเมินผ่านระบบออนไลน์ รวมทั้งเกณฑ์การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในนักเรียน โดยมีเป้าหมายโรงเรียน อำเภอละ 2 แห่ง รวมเป็น 26 แห่ง

2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ ในการติดตามข้อมูลการประเมินโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในระดับอำเภอ เพื่อให้กระตุ้นติดตามและเสนอแนะแก่ครูในเขตที่รับผิดชอบ

3. สร้างช่องทางการติดต่อประสานงาน โดยสร้าง Application Line กลุ่มในการติดตาม รวมทั้งใช้ในการสอบถามและแลกเปลี่ยนข้อมูลในการแก้ไขปัญหา โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้ดูแลระบบ

ระยะที่ 3 ประเมินผลของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ

1. จากการประเมินโดยใช้แบบสังเกตการณ์ ในกลุ่มผู้บริหารระดับจังหวัด ระดับเขต และผู้บริหารโรงเรียนทำให้พบว่ามี การรับทราบนโยบาย และขับเคลื่อนโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ร่วมกันทั้งจังหวัด

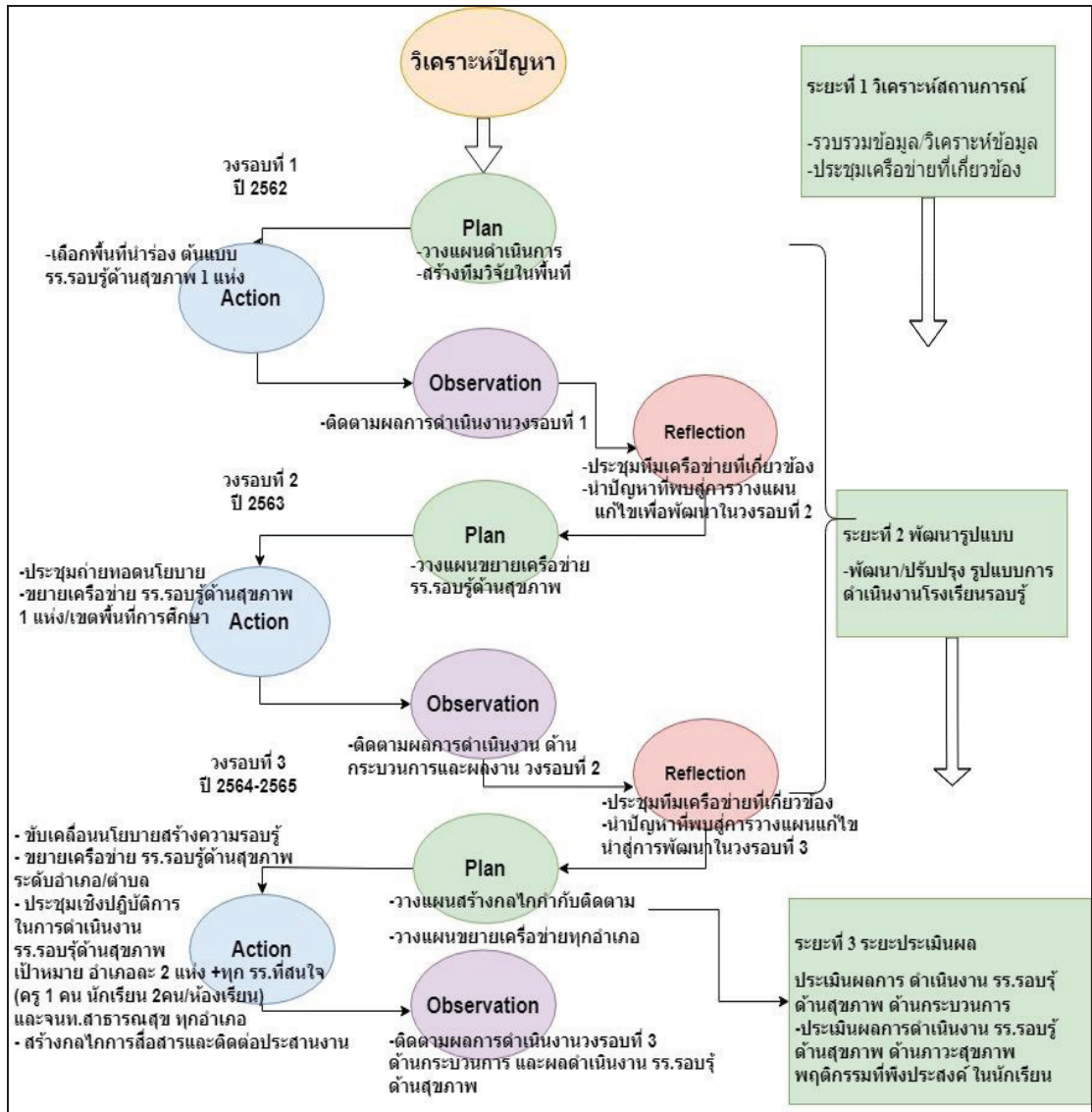
2. จากการประเมินศักยภาพครูที่ผ่าน

การอบรมโดยการทำแบบทดสอบหลังการอบรมพบว่าครูมีความรู้ความเข้าใจผ่านเกณฑ์ร้อยละ 60 ครบทุกคนและสามารถดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพได้

3. เกิดรูปแบบการดำเนินการโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ จังหวัดมหาสารคาม โดยมีเครือข่ายที่เลี้ยงจากสาธารณสุขระดับอำเภอและระดับจังหวัด รวมทั้งมีเครือข่ายที่เลี้ยงต้นแบบโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพในเขตพื้นที่การศึกษา ที่ช่วยให้คำแนะนำเชิงกระบวนการแก่โรงเรียน ทำให้มองเห็นภาพการดำเนินงานตามบริบทของโรงเรียน โดยปี 2564 โรงเรียนในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม เข้าร่วมขับเคลื่อนโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มเป็น 76 แห่ง จาก 13 อำเภอ ผ่านการรับรองโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ จากกรมอนามัย จำนวน 6 แห่ง ซึ่งถือว่าเป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ และในปี 2565 มีโรงเรียนที่สมัครเข้าร่วมพัฒนาเป็น

โรงเรียนรอบรู้ฯ จำนวน 265 แห่ง (40.64%) ผ่านการรับรองเป็นโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ จากกรมอนามัย ทั้งหมด 108 แห่ง (16.56%)

4. ผลด้านความรอบรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ จากการประเมินผลลัพธ์ด้านสุขภาพด้วยแบบวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของเด็กวัยเรียนวัยรุ่น พบว่า นักเรียนเข้าร่วมประเมินผลภาคการศึกษาที่ 1 ปี 2565 จำนวน 7,314 คน ผ่านการประเมิน 6,902 คน (94.36%) โดยผ่านเกณฑ์ระดับ NuPETHS 61.79% และผ่านเกณฑ์ระดับ Super Hero NuPETHS 32.57% ภาวะสุขภาพของนักเรียน ปี 2564 ภาคการศึกษาที่ 1 พบว่า ภาวะเตี้ย ร้อยละ 3.29 อ้วนและเริ่มอ้วน 9.78 ถือว่ายังไม่เกินเกณฑ์ที่กำหนดแต่ถือว่าลดลงจากปี 2563 ซึ่งยังคงต้องเฝ้าระวังและติดตามต่อเนื่อง



รูปที่ 1 แสดงการพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ตามกระบวนการ PAOR

5. อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นส่วนหนึ่งในงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ การขับเคลื่อนนโยบายสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง สร้างกลไกการสื่อสารและติดต่อประสานงาน โดยมีเครือข่ายพี่เลี้ยงจากสาธารณสุขระดับอำเภอ

และระดับจังหวัด รวมทั้งมีเครือข่ายพี่เลี้ยงต้นแบบโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ในเขตพื้นที่การศึกษาช่วยให้คำแนะนำ เชิงกระบวนการแก่โรงเรียน ทำให้มองเห็นภาพการดำเนินงานตามบริบทของโรงเรียน ซึ่งการให้ข้อมูลรวมถึงชี้แจงกระบวนการดำเนินงานพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยการสื่อสารแบบสองทาง

ให้ผู้เกี่ยวข้องได้รับข้อมูลที่ถูกต้อง ครบถ้วน นำไปสู่การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพนักเรียน บริบทในพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพแก่นักเรียนจะช่วยให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ ตอบโต้ซักถาม ตัดสินใจ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและบอกต่อได้ เพื่อให้ นักเรียนสามารถจัดการปัญหาสุขภาพของตนเอง ได้อย่างเหมาะสม การพัฒนาโรงเรียนรอบรู้ด้าน สุขภาพ เป็นการกระตุ้นให้ดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่นักเรียน ควบคู่ไปกับการศึกษา ซึ่งส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ทำให้พบว่า มีแนวโน้มการพัฒนาโรงเรียนเป็นโรงเรียนรอบรู้ ด้านสุขภาพมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง สอดคล้อง กับการศึกษาการพัฒนาารูปแบบโรงเรียนรอบรู้ ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 7 ที่พบว่าการพัฒนารูปแบบโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพจะช่วยเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพและส่งเสริมให้นักเรียน มีการเจริญเติบโตดีขึ้น⁽¹⁾ นอกจากนี้กระบวนการ สร้างโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพยังเป็นการ กระตุ้นให้เกิดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพต่างๆ⁽⁸⁾⁽⁹⁾ ในโรงเรียน เช่น การส่งเสริมกิจกรรมทางกาย⁽¹⁰⁾ การพัฒนาด้านโภชนาการ เพื่อให้นักเรียนมี สุขภาพดี และเจริญเติบโตสมส่วน

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยการพัฒนารูปแบบการ ดำเนินงานโรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพจังหวัด มหาสารคาม ฉบับนี้ สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วย ความกรุณาจากหัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยเรียน ศูนย์อนามัยที่ 7 หัวหน้ากลุ่ม งานส่งเสริมสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข

จังหวัดมหาสารคาม ที่ได้เสียสละเวลาอันมีค่า ในการให้คำปรึกษา คำแนะนำ เสนอแนวคิด อันเป็นประโยชน์ต่องานวิจัยนี้ พร้อมทั้งยังช่วย พัฒนาการทำงานของคณะผู้วิจัยให้เป็นไปอย่าง มีคุณภาพ ขอขอบพระคุณบุคลากรสาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานวัยเรียนในพื้นที่ทุกท่าน ผู้รับผิดชอบงานในสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา ประถม ศึกษาจังหวัดมหาสารคามทุกเขต ผู้บริหารสถาน ศึกษา คณะครูและขอบคุณนักเรียนในสถาน ศึกษาที่ขับเคลื่อนงานทุกแห่ง ที่ให้ความร่วมมือ เป็นอย่างดีในการดำเนินกิจกรรมเพื่อการวิจัย ครั้งนี้ได้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. บังอร กล้าสุวรรณ ชนิดาภา วงษ์รักษา สุวิชา สังข์ทอง สุภาภรณ์ ศรีสุพรรณ ปาริชาติ ภาমনตรี. การพัฒนารูปแบบ โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 7. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 2564;28(2):95-105.
2. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางพัฒนา โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate School:HLS). 2563 [cited 2022 Jun 15]; Available from: <https://hp.anamai.moph.go.th/th/manuals-of-official/209064>
3. สมาคมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพไทย (สครท.). เกณฑ์ประเมินรับรองและคู่มือ การใช้เกณฑ์โรงเรียนรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ; 2564.

4. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายการดำเนินงานปีงบประมาณ 2560. นนทบุรี; 2560.
5. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มอนามัยเด็กวัยเรียนวัยรุ่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โปรแกรมประเมินความรู้ด้านสุขภาพในโรงเรียน [Internet]. 2565 [cited 2565 Jun 30]. Available from: <https://gshps-th.com/hps/signin.php>
6. ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร กระทรวงสาธารณสุข. HDC : Health Data Center [Internet]. นนทบุรี. 2565 [cited 2022 Jun 6]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source>.
7. สำนักโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. “ชุดความรู้ NuPETHS”. บริษัทไทย ปรี้นท์ติ้ง เซ็นเตอร์ จำกัด; 2560.
8. ทองเทพ ชปศ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลักสุขบัญญัติแห่งชาติในนักเรียนอายุ 10-14 ปีอำเภอเฉลิมพระเกียรติจังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารสหเวชศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา. 2563;5(1):26-36.
9. ประไพ กิตติบุญฉวี, จีราภรณ์ ชื่นฉ่ำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของเด็กวัยเรียน. วารสาร มจร การพัฒนาสังคม. 2565;7(2).
10. วราพรรณ วงษ์จันทร์ บุศรา ชัยทัศน์. การศึกษาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมที่เกิดภาวะน้ำหนักเกินของนักเรียนประถมศึกษาตอนปลาย กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลทหารบก. 2562;22(3):265-73.

การประเมินโครงการรณรงค์วัคซีนป้องกันโรคหัดในเด็กอายุ 1-12 ปี

เขตสุขภาพที่ 7 พ.ศ.2563-2564

กัลยา สกุลไทย¹, ภัทริยา พอจิต², อนุวัตร กองแสน³

(วันที่รับบทความ: 21 สิงหาคม 2566, วันที่แก้ไข: 23 มกราคม 2567, วันที่ตอบรับ 23 มกราคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการดำเนินงานโครงการรณรงค์วัคซีนป้องกันโรคหัดในเด็กอายุ 1-12 ปี พ.ศ.2563-2564 ของเขตสุขภาพที่ 7 ตามแผนเร่งรัดการกำจัดโรคหัดของประเทศไทยเพื่อสร้างภูมิคุ้มกันให้แก่เด็ก โดยใช้ CIPP Model ประกอบด้วย 4 ด้าน ได้แก่ ด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงานและผลผลิต เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ใช้วิธีการสุ่มแบบหลายขั้นตอน

โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานของหน่วยบริการในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 53 คน นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการสถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจในภาพรวมต่อผลประเมินบริบท มากที่สุด ($\bar{X}=3.29$, S.D. 0.55) ซึ่งมีความเหมาะสมในการดำเนินโครงการมีความสอดคล้องกับนโยบายการดำเนินงาน

ด้านวัคซีนในพื้นที่ และเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ รองลงมาคือความพึงพอใจ ในภาพรวมต่อผลประเมินด้านผลลัพธ์ ($\bar{X}=3.11$, S.D. 0.60) ด้านกระบวนการ ($\bar{X}=2.97$, S.D. 0.58) และด้านปัจจัยนำเข้า ($\bar{X}=2.94$, S.D. 0.60) ไม่แตกต่างกันมากนัก เนื่องจากปัญหา บุคลากรที่ได้รับการอบรมและพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม และการมีจำนวนบุคลากรเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ซึ่งในส่วนนี้อาจส่งผลกระทบต่อภาระงานของบุคลากร ส่วนปัจจัยความสำเร็จเกิดจากการมีส่วนร่วมของบุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ทั้งนี้ ผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจะมีการสนับสนุนเพิ่มขึ้น เช่น จัดอบรมเพิ่มทักษะความรู้และสร้างความเข้าใจเพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้ปฏิบัติงาน และวางแผนการดำเนินงานและติดตามอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: วัคซีนป้องกันโรคหัด, การประเมินโครงการ, การวิจัยประเมินผล

(1-3)งานเภสัชกรรม สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

Corresponding author, กัลยา สกุลไทย e-mail: kanlaya88@gmail.com

Evaluation of the Measles Vaccination Campaign in Children Aged 1-12 Years in Health Region 7, 2020-2021

Kanlaya Skulthai¹, Pattareeya Porjit², Anuwat Gongsan³

(Receive 21st August 2023; Revised 23rd January 2024; Accepted 23rd January 2024)

ABSTRACT

The purpose of this research was to evaluate the performance of the measles vaccination campaign in children aged 1-12 years during 2020-2021 of the Health Region 7 in accordance with Thailand's acceleration plan for measles elimination to build children's immunity using CIPP Model which divides into 4 aspects: context, input, process and product. The primary data was collected using questionnaires. The samples, which were chosen by a multi-stage randomization method, consisted of 53 operational officers working in the service unit in hospitals and sub-district health promotion hospitals and were analyzed using descriptive statistics. The results showed that the officers responding to the questionnaire had the highest overall satisfaction with context evaluation ($\bar{X}=3.29$, S.D. 0.55), which was appropriate for the project implementation and consistent with the local vaccine implementation policy. Moreover, they saw the need to solve problems in the area. This was followed by the overall satisfaction towards product evaluation ($\bar{X}=3.11$, S.D. 0.60), process evaluation ($\bar{X}=2.97$, S.D. 0.58) and input evaluation ($\bar{X}=2.94$, S.D. 0.60), which were not significantly different since the personnel have been properly trained and their potential has been developed. Also, there is a sufficient number of personnel for the operation. This may affect the workload of limited personnel. The success factor was found to arise from the participation of personnel. However, it is advised that administrators and relevant departments provide more support such as organizing training courses to increase skills, knowledge, and building understanding to develop the officers' potential as well as planning and monitoring operations systematically.

Keyword: measles vaccine, project evaluation, evaluation research

⁽¹⁻³⁾ Pharmacist, The Office of Disease Prevention and Control 7 Khon Kaen.

Corresponding author, Kanlaya Skulthai e-mail: kanlaya88@gmail.com

บทนำ

โรคหัดเป็นโรคติดต่อที่สามารถแพร่กระจายได้ง่ายในกลุ่มเด็ก ซึ่งเด็กที่ไม่ได้รับวัคซีนค่อนข้างอ่อนแอต่อโรค⁽¹⁾ และสามารถก่อให้เกิดภาวะภูมิคุ้มกันความต้านทานโรคที่ไม่เพียงพอเมื่อโรคหัดมีการระบาดในกลุ่มเด็ก เพื่อลดการระบาดของโรคหัดในกลุ่มเด็กกระทรวงสาธารณสุขได้มีมติเห็นชอบให้ดำเนินมาตรการรณรงค์ให้วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) เพื่อปิดช่องว่างทางภูมิคุ้มกันของเด็กอายุระหว่าง 1-12 ปี ทุกคนที่อยู่ในประเทศไทย ทั้งเด็กไทยและเด็กต่างชาติ มีระยะเวลาการดำเนินโครงการปี พ.ศ.2563-2564 เพื่อยกระดับภูมิคุ้มกันต่อโรคหัดและหัดเยอรมันของประชากรกลุ่มเสี่ยง ลดอุบัติการณ์และอัตราป่วยตาย รวมถึงการควบคุมและป้องกันการระบาด กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽²⁾ ได้กำหนดแผนปฏิบัติงาน การป้องกันโรคด้วยวัคซีน ปีงบประมาณ 2562 เพื่อเป็นกรอบแนวทางการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคด้วยวัคซีน มีหนึ่งในเป้าหมายที่สำคัญ คือ การกำจัดโรคหัดให้ผู้ป่วยทุกกลุ่มอายุไม่เกิน 2 ต่อประชากรล้านคน โดยกำหนดการให้วัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) ครั้งที่ 1 เมื่ออายุ 9 เดือน และ ครั้งที่ 2 เมื่ออายุ 1 ปี 6 เดือน รวมถึงมีการกำหนดให้วัคซีนในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 1-6 ทั้งนี้ มีการขอความร่วมมือให้หน่วยบริการสุขภาพและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินโครงการด้วยการสำรวจกลุ่มเป้าหมายที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคหัด ตรวจสอบประวัติการได้รับวัคซีนรวมป้องกันโรคหัด-คางทูม-หัดเยอรมัน (MMR) หากพบว่ายังมี

เด็กที่ได้รับวัคซีนไม่ครบให้เจ้าหน้าที่เร่งดำเนินการให้วัคซีนให้ครบเพื่อให้เป็นไปตามเป้าหมาย

การประเมินผลความสำเร็จของการดำเนินโครงการมีนักประเมินได้เสนอรูปแบบการประเมินหลากหลายรูปแบบ อาทิเช่น แนวคิดการประเมินของสต๊อฟเฟิลบีม หรือ โมเดลชิป (CIPP Model) โดยแบ่งการประเมินออกเป็น 4 ประเภท คือ 1) การประเมินสภาวะแวดล้อม (context) 2) การประเมินปัจจัยนำเข้า (input) 3) การประเมินกระบวนการ (process) 4) การประเมินผลผลิตที่เกิดขึ้น (product) เป็นการประเมินผลโครงการที่จะทำให้ทราบว่า การปฏิบัติตามโครงการนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ เน้นไปที่การสำรวจและประเมินกระบวนการดำเนินงานของโครงการเพื่อหาว่ามีปัญหาหรือความยากลำบากใดๆ ที่เกิดขึ้น และหาวิธีการแก้ไข เพื่อให้โครงการดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น เครื่องมือที่ใช้การประเมิน เช่น แบบสอบถาม/สัมภาษณ์กับผู้เกี่ยวข้อง เช่น ผู้บริหาร คณาจารย์ที่เกี่ยวข้อง เป็นต้น เนื่องจากการประเมินกระบวนการนั้นต้องการข้อมูลที่มาจากผู้ปฏิบัติงานภายใต้โครงการ รวมถึงการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถวิเคราะห์ปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและแม่นยำ และนำข้อมูลที่ได้มาใช้ในการปรับปรุงหรือเปลี่ยนแปลงเพื่อทำให้กระบวนการดำเนินงานเป็นไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากแนวคิดดังกล่าวสะท้อนให้เห็นว่า รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model เป็นรูปแบบที่สามารถนำมาใช้ในการประเมินผลการดำเนินโครงการได้อย่างครอบคลุม

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มีนักประเมินหลายท่านได้นำรูปแบบ CIPP Model ไปใช้ในการประเมินความสำเร็จของโครงการหลายท่าน อาทิเช่น พัทณี สมพงษ์ ทำการประเมินโครงการศึกษาอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป (การรักษายาบาลเบื้องต้น)⁽³⁾ โดยการใช้การประเมิน CIPP Model พบว่า การประเมินด้านบริบท มีความสอดคล้องกับนโยบายสาธารณสุข ความต้องการของผู้เข้ารับการศึกษอบรม ปัญหาและสภาพสังคมปัจจุบัน ซึ่งนำไปสู่ความจำเป็นของการดำเนินโครงการอยู่ในระดับมาก ด้านปัจจัยนำเข้า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมาก ด้านกระบวนการและด้านผลลัพธ์ มีความเหมาะสมอยู่ในระดับมากที่สุด และ ยุพิน รอดประพันธ์ ทำการประเมินโครงการโรงเรียนคุณธรรม โดยประยุกต์ใช้ CIPP Model โรงเรียนวัดห้วยธารทหาร⁽⁴⁾ แสดงให้เห็นว่า CIPP Model สามารถนำไปใช้ประเมินความสำเร็จของโครงการได้อย่างเป็นระบบ

ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงความสำคัญของการประเมินโครงการรณรงค์วัคซีนป้องกันโรคหัดในเด็กอายุ 1-12 ปี เขตสุขภาพที่ 7 พ.ศ. 2563-2564 โดยประยุกต์ใช้แนวทาง ซิปโมเดล (CIPP Model) คาดว่าผลที่จะได้ทำให้ทราบความสำเร็จของโครงการรณรงค์วัคซีนป้องกันโรคหัดในเด็กอายุ 1-12 ปี เขตสุขภาพที่ 7 พ.ศ. 2563-2564 ตลอดจนเป็นข้อเสนอแนะต่อการปฏิบัติตามนโยบายหรือแผนปฏิบัติงานด้านการป้องกันโรคในอนาคต อันจะก่อให้เกิดประโยชน์ต่อการดำเนินงานของหน่วยงาน และส่งผลให้เกิดความเข้มแข็งของงานสร้างเสริม

ภูมิคุ้มกันโรคในประเทศไทย ส่งผลถึงประชาชน กลุ่มเป้าหมายได้รับการสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์ ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในพื้นที่สูงขึ้น การระบาดของโรคที่ป้องกันได้ด้วยวัคซีนในพื้นที่มีแนวโน้มลดลง

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการดำเนินงาน และผลผลิตของโครงการรณรงค์วัคซีนป้องกันโรคหัดในเด็กอายุ 1-12 ปี เขตสุขภาพที่ 7 พ.ศ.2563-2564

ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อประเมินผลการดำเนินงานโครงการรณรงค์วัคซีนป้องกันโรคหัดในเด็กอายุ 1-12 ปี เขตสุขภาพที่ 7 พ.ศ. 2563-2564 ตามแผนเร่งรัดการกำจัดโรคหัดของประเทศไทย ครอบคลุมถึงความเหมาะสมและสอดคล้องกับนโยบาย ความเพียงพอของบุคลากร และกลไกการจัดการ กิจกรรมการดำเนินงานตามโครงการ และความสำเร็จของโครงการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคในหน่วยบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 7 เลือกกลุ่มตัวอย่างจากวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi - Stage Random Sampling) มีขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 เลือกจังหวัดในเขตสุขภาพ

ที่ 7 ประกอบด้วย จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม จังหวัดกาฬสินธุ์ และจังหวัดร้อยเอ็ด เป็นพื้นที่ศึกษา

ขั้นตอนที่ 2 สุ่มเลือกอำเภอตัวอย่างตามข้อมูลสัดส่วนประชากร (Proportional to size sampling) ได้อำเภอตัวอย่าง ดังนี้ ขอนแก่น 8 อำเภอ มหาสารคาม 5 อำเภอ กาฬสินธุ์ 6 อำเภอ ร้อยเอ็ด 7 อำเภอ รวมทั้งหมด 26 อำเภอ

ขั้นตอนที่ 3 สุ่มเลือกตำบล ด้วยวิธีสุ่มแบบง่ายเพื่อให้ได้รายชื่อ 1 ตำบล จาก 1 อำเภอ ได้ตัวแทนกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา 26 ตำบล

จากนั้น ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามประเมินผลการดำเนินงานโครงการรณรงค์วัคซีนป้องกันโรคหัดในเด็กอายุ 1-12 ปี เขตสุขภาพที่ 7 พ.ศ. 2563-2564 ตามแผนเร่งรัดการกำจัดโรคหัดของประเทศไทย จากตัวแทนผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคของหน่วยบริการในโรงพยาบาล 1 คน และตัวแทนจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 คน รวมเป็น 2 คน รวม 53 คน ทั้งนี้ ผู้วิจัยได้เก็บข้อมูลเพิ่ม 2 คนจาก 1 ตำบลที่สุ่มขึ้นมาอย่างง่าย เพื่อป้องกันการตอบกลับข้อมูลที่อาจไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล 1 ฉบับ ได้แก่ แบบสอบถามการประเมินผลสำเร็จของโครงการรณรงค์วัคซีนป้องกันโรคหัดในเด็กอายุ 1-12 ปี เขตสุขภาพที่ 7 พ.ศ. 2563-2564 ตามแผนเร่งรัดการกำจัดโรคหัดของประเทศไทย

การศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามซึ่งเป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบไปด้วยข้อคำถามทั้งหมด 2 ส่วน ดังนี้

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม และ
- 2) การประเมินผลสำเร็จของโครงการรณรงค์วัคซีนป้องกันโรคหัดในเด็กอายุ 1-12 ปี เขตสุขภาพที่ 7 พ.ศ. 2563-2564 ตามแผนเร่งรัดการกำจัดโรคหัดของประเทศไทย เพื่อใช้วัดระดับความคิดเห็น สเกลการวัด เป็น 4 ระดับ คือ 4 (มากที่สุด), 3 (มาก), 2 (น้อย), และ 1 (น้อยที่สุด) ทั้งหมด 19 ข้อ ได้แก่ การประเมินด้านบริบท จำนวน 5 ข้อ การประเมินด้านปัจจัยนำเข้า จำนวน 4 ข้อ การประเมินด้านกระบวนการ จำนวน 4 ข้อ และการประเมินด้านผลลัพธ์ จำนวน 7 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

การศึกษานี้ผู้วิจัยมีการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านเป็นผู้ตรวจสอบ ตรวจสอบความสอดคล้องและความตรงเชิงเนื้อหาของข้อคำถามเป็นรายข้อ แล้วนำข้อแนะนำไปปรับปรุงแก้ไขข้อความให้มีความชัดเจนและตรงตามวัตถุประสงค์ของการศึกษานี้ จำนวน 29 ข้อผ่าน 27 ข้อ ไม่ผ่าน 2 ข้อ เนื่องจากซ้ำซ้อน จึงได้ตัดออกตามคำแนะนำ และมี 4 ข้อ ที่ปรับตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบค่าร้อยละผลการดำเนินงานผลลัพธ์ด้านสุขภาพ

ของประชาชน โดยนำเสนอผลการวิจัย และการแปลผล ดังนี้ การแปลผลคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.75 หมายถึง น้อยที่สุด, 1.76 - 2.50 หมายถึง น้อย, 2.51 - 3.25 หมายถึง มาก, 3.26 - 4.00 หมายถึง มากที่สุด โดยจัดกลุ่ม Class Interval คำนวณจาก $(4-1)/4 = 0.75$ เป็นช่วงคะแนนที่นำมาจัดกลุ่มสำหรับแปลผล

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยนี้ดำเนินเก็บรวบรวมข้อมูล ตั้งแต่เดือนตั้งแต่เดือนมกราคม 2565 - กันยายน 2565 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 โดยผู้วิจัยดำเนินการส่งแบบสอบถามไปที่ผู้รับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคผ่านช่องทาง Line application และให้ผู้รับผิดชอบที่ตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วส่งกลับทาง Line application หรือทาง e-mail ขึ้นอยู่กับความ

สะดวกของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยสามารถเก็บรวบรวมข้อมูล ได้ทั้งสิ้นจำนวน 53 คน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

จำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม 53 คน เพศหญิง จำนวน 47 คน (ร้อยละ 88.68) เพศชาย จำนวน 6 คน (ร้อยละ 11.32) มีอายุ 31 - 40 ปี จำนวน 20 คน (ร้อยละ 37.74) และ 41 - 50 ปี จำนวน 19 คน (ร้อยละ 35.85) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี จำนวน 47 คน (ร้อยละ 88.68) และมีระยะเวลาการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคเฉลี่ย 12 ปี โดยผู้ตอบแบบสอบถามส่วนปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคประมาณ 11 - 15 ปี จำนวน 16 คน (ร้อยละ 30.19) ต่ำกว่า 5 ปี จำนวน 15 คน (ร้อยละ 28.30) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=53)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
เพศ		
หญิง	47	88.68
ชาย	6	11.32
รวม	53	100.00
อายุ		
ต่ำกว่า 30 ปี	9	16.98
31 - 40 ปี	20	37.74
41 - 50 ปี	19	35.85
51 ปี ขึ้นไป	5	9.43
รวม	53	100.00
Min 27, max 57, mean = 40		

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามข้อมูลส่วนบุคคล (n=53) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	3	5.66
ปริญญาตรี	47	88.68
ปริญญาโท	3	5.66
รวม	53	100.00
ระยะเวลาการปฏิบัติงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค		
ต่ำกว่า 5 ปี	15	28.30
6 - 10 ปี	11	20.75
11 - 15 ปี	16	30.19
15 ปี ขึ้นไป	11	20.75
รวม	53	100.00
<i>min 1, max 30, mean = 12.19</i>		

2. ผลประเมินการดำเนินโครงการโดย CIPP Model

ผลการประเมินการดำเนินโครงการรณรงค์วัคซีนป้องกันโรคหัดในเด็กอายุ 1-12 ปี เขตสุขภาพที่ 7 พ.ศ.2563-2564 โดย CIPP Model เมื่อพิจารณารายชื่อ ผู้ปฏิบัติงานที่ตอบแบบสอบถามมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมต่อผลประเมินบริบท เท่ากับ 3.29 (มากที่สุด, S.D. 0.55) ความเหมาะสมในการ

ดำเนินโครงการมีความสอดคล้องกับนโยบายการดำเนินงานด้านวัคซีนในพื้นที่ และเล็งเห็นถึงความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ รองลงมาคือ ความพึงพอใจในภาพรวมต่อผลประเมินด้านผลลัพธ์ ระดับมาก เท่ากับ 3.11 (มาก, S.D. 0.60) ด้านกระบวนการ เท่ากับ 2.97 (มาก, S.D. 0.58) และด้านปัจจัยนำเข้า เท่ากับ 2.94 (มาก, S.D. 0.60) ไม่แตกต่างกันมากนัก ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จำแนกตามภาพรวมรายด้าน

ภาพรวมรายด้าน	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ผลประเมินด้านบริบท	3.29	0.55	มากที่สุด
ผลประเมินด้านปัจจัยนำเข้า	2.94	0.60	มาก
ผลประเมินด้านกระบวนการ	2.97	0.58	มาก
ผลประเมินด้านผลลัพธ์	3.11	0.60	มาก

ส่วนผลการพิจารณารายข้อ ทั้ง 4 ด้าน พบว่า

1) ด้านบริบท เมื่อจำแนกรายข้อ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจต่อแนวทางการดำเนินงานโครงการฯ สอดคล้องกับนโยบายการดำเนินงานด้านวัคซีนในพื้นที่ของท่าน มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.42 (มากที่สุด, S.D. 0.51) โครงการมีความเหมาะสมและมีความจำเป็นในการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.38 (มากที่สุด, S.D. 0.52) กิจกรรมของโครงการสามารถนำมาปฏิบัติได้จริงในพื้นที่ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.18 (มาก, S.D. 0.61) ทั้งนี้ ผู้ปฏิบัติงานที่ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจต่อความชัดเจนของโครงการและสอดคล้องกับวิธีดำเนินการ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 3.05 (มาก, S.D. 0.58)

2) ด้านปัจจัยนำเข้า พบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจต่อการมีแผนการดำเนินงานตามโครงการอย่างชัดเจน มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.35 (มากที่สุด, S.D. 0.52) บุคลากรมีความรู้ ความสามารถ และมีศักยภาพเพียงพอในการดำเนินโครงการ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.13 (มากที่สุด, S.D. 0.61) บุคลากรได้รับการอบรม พัฒนาศักยภาพ

การปฏิบัติงานอย่างเหมาะสม มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.82 (มาก, S.D. 0.62) เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้ปฏิบัติงานที่ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจต่อการมีจำนวนบุคลากรเพียงพอต่อการปฏิบัติงานโครงการ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 2.44 (น้อย, S.D. 0.68)

3) ด้านกระบวนการ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมในโครงการช่วยให้การดำเนินงานโครงการบรรลุตามวัตถุประสงค์ มีคะแนนเฉลี่ย สูงที่สุด เท่ากับ 3.16 (มาก, S.D. 0.60) มี การประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สสจ. รพ. สคร. มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.15 (มาก, S.D. 0.59) มีการบันทึกข้อมูลและรายงาน ในระบบบันทึกข้อมูลการรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรค หัด ทาง website มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 2.84 (มาก, S.D. 0.58) ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานที่ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจต่อการประเมินสรุปผล และถอดบทเรียนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 2.73 (มาก, S.D. 0.57)

4) ด้านผลลัพธ์ พบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจต่อการที่หน่วยงานสามารถนำความรู้ ทักษะ ประสบการณ์

ประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการให้บริการวัคซีนในพื้นที่ มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด เท่ากับ 3.22 (มาก, S.D. 0.62) รองลงมาคือ ความพึงพอใจต่อโครงการรณรงค์วัคซีนป้องกันโรคหัดในเด็กอายุ 1-12 ปี มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.20 (มาก, S.D. 0.59) หน่วยงาน/ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำความรู้ที่ได้จากโครงการไปใช้ปฏิบัติในงานที่รับผิดชอบ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.15 (มาก, S.D. 0.59) มีการพัฒนารูปแบบแนวทางการดำเนินงานให้บริการวัคซีนเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ได้ มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.13 (มาก, S.D. 0.58) และความพึงพอใจในการดำเนินงานโครงการรณรงค์วัคซีนป้องกันโรคหัดในเด็กอายุ 1-12 ปี มีคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 3.11 (มาก, S.D. 0.58) ในขณะที่ผู้ปฏิบัติงานที่ตอบแบบสอบถามมีความพึงพอใจในด้านทรัพยากรการดำเนินงานโครงการฯ มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด เท่ากับ 2.87 (มาก, S.D. 0.55)

ข้อมูลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัด

ข้อมูลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดที่ได้จากแบบสำรวจของหน่วยบริการ (ซึ่งได้จากทะเบียนผู้รับบริการ และจากระบบฐานข้อมูลของหน่วยบริการ พบว่า เด็กอายุ 1-6 ปี ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเข็มที่ 1 ร้อยละ 95.65 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเข็มที่ 2 ร้อยละ 94.89

เด็กอายุ 7-12 ปี ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเข็มที่ 1 ร้อยละ 93.03 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเข็มที่ 2 ร้อยละ 92.09

เมื่อเทียบกับข้อมูลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดของเขตสุขภาพที่ 7 จากระบบ HDC ของกระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ พบว่า ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเข็มที่ 1 ร้อยละ 92.32 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเข็มที่ 2 ร้อยละ 81.71 ซึ่งพบว่าข้อมูลจากระบบ HDC ของกระทรวงสาธารณสุข น้อยกว่า ข้อมูลจากหน่วยบริการ

การสำรวจโดยเก็บข้อมูลจากประวัติเด็กจำนวน 150 คน พบว่า เด็กอายุ 1-6 ปี ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเข็มที่ 1 ร้อยละ 100 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเข็มที่ 2 ร้อยละ 96.77

เด็กอายุ 7-12 ปี ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเข็มที่ 1 ร้อยละ 100 ความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดเข็มที่ 2 ร้อยละ 95.92

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเพื่อประเมินผลการดำเนินงานของโครงการรณรงค์วัคซีนป้องกันโรคหัดในเด็กอายุ 1-12 ปี เขตสุขภาพที่ 7 พ.ศ.2563-2564 ตามแผนเร่งรัดการกำจัดโรคหัดของประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินบริบทของโครงการ ด้านความเหมาะสมและสอดคล้องกับนโยบาย ด้านปัจจัยนำเข้า ความเพียงพอบุคลากร วัสดุ อุปกรณ์ กลไกการจัดการ ประเมินกระบวนการดำเนินงานตามโครงการ และประเมินผลลัพธ์ ได้แก่ ความสำเร็จของโครงการ และความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติงาน โดยใช้รูปแบบชิปโมเดล (CIPP

Model) เพื่อให้ทราบข้อมูลสถานการณ์ผลการดำเนินงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคหัดของเขตสุขภาพที่ 7

จากผลการวิเคราะห์สามารถสรุปได้ว่า พบว่า ผู้ปฏิบัติงานที่ตอบแบบสอบถามมีค่าเฉลี่ยความพึงพอใจในภาพรวมต่อการดำเนินงานของโครงการรณรงค์วัคซีนป้องกันโรคหัดในเด็กอายุ 1-12 ปี ด้านบริบทของโครงการมากที่สุด เท่ากับ 3.29 เนื่องจากผู้ปฏิบัติงานเห็นว่าโครงการมีความเหมาะสม

ในการดำเนินการ และมีความสอดคล้องกับนโยบายการดำเนินงานด้านวัคซีนในพื้นที่เพื่อแก้ไขปัญหาและป้องกันการเกิดโรคหัดที่อาจจะแพร่ระบาดได้ในพื้นที่ที่รับผิดชอบ ซึ่งกิจกรรมของโครงการสามารถนำมาปฏิบัติได้จริงในพื้นที่ รองลงมาคือ ความพึงพอใจในภาพรวมต่อผลประเมินด้านผลลัพธ์ หน่วยงาน/ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำความรู้ ทักษะ ประสบการณ์ มีประยุกต์ใช้ในกิจกรรมการให้บริการวัคซีนในพื้นที่เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ได้ ส่วนด้านกระบวนการ พบว่า ผู้ปฏิบัติเห็นว่าการมีรูปแบบกิจกรรมในโครงการช่วยให้การดำเนินงานโครงการบรรลุตามวัตถุประสงค์ มีการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น สสจ. รพ. สคร. มีการบันทึกข้อมูลและรายงาน ในระบบบันทึกข้อมูลการรณรงค์ให้วัคซีนป้องกันโรคหัด ทาง website และมีการประเมินสรุปผล และถอดบทเรียนการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ แต่เป็นที่น่าสังเกตว่า ผู้ปฏิบัติงานมีความพึงพอใจในภาพรวมต่อผลประเมินด้านปัจจัยนำเข้าน้อยที่สุด แม้ว่าผู้ปฏิบัติมีแผนการดำเนินงานตามโครงการอย่างชัดเจน

บุคลากรมีความรู้ความสามารถ และมีศักยภาพเพียงพอในการดำเนินโครงการ แต่จำนวนบุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานโครงการเนื่องจากภาระงานการให้บริการวัคซีนนั้น

การประเมินผลความสำเร็จของโครงการจากข้อมูลครอบคลุมในการได้รับวัคซีนในนักเรียนความครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 ข้อมูลจากระบบ HDC ของกระทรวงสาธารณสุข⁽⁵⁾ ที่มีการรายงานของเขตสุขภาพที่ 7 พบว่า ยังไม่สามารถดำเนินการให้วัคซีนได้อย่างครอบคลุม ซึ่งอาจมีอุปสรรคสำคัญที่ทำให้เด็กไม่ได้รับวัคซีนครบตามเกณฑ์นั้น มาจากปัจจัยของเด็กและครอบครัว จากการทบทวนงานศึกษาเกี่ยวกับการประเมินความครอบคลุมในการได้รับวัคซีนก่อนหน้านี้ พบว่า งานศึกษาของเผด็จศักดิ์ ขอบธรรม และคณะ ได้ทำการสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานและวัคซีนในนักเรียน พ.ศ. 2556⁽⁶⁾ ผลสำรวจความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในนักเรียนพบความครอบคลุมการได้รับวัคซีนในภาพรวมอยู่ในเกณฑ์สูงเกินกว่าร้อยละ 95 แต่ยังมีบางจังหวัดที่ต่ำกว่าเกณฑ์ ซึ่งมีสาเหตุมาจากเด็กขาดเรียนในวันที่ให้บริการ และไม่มีใบตอบรับหรือผู้ปกครองไม่ยินยอม/ไม่อนุญาต และ จากการศึกษาของ กรรณิการ์ เบ็ญจวนิช ได้ทำการประเมินความครอบคลุมในการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานของเด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ใน จ.กาฬสินธุ์⁽⁷⁾ จึงมีข้อเสนอแนะว่า ควรมีให้ความรู้และสร้างความเข้าใจแก่ผู้ปกครองที่พาบุตรหลานมารับวัคซีนเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยสร้างความตระหนักและส่งผลให้เด็กได้รับวัคซีนครบถ้วนมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม การพิจารณาข้อมูลความครอบคลุมการได้รับวัคซีนป้องกันโรคหัดนั้นควรเร่งรัดการติดตามความครอบคลุมการรับวัคซีนเด็กในพื้นที่ให้เป็นข้อมูลปัจจุบัน รวมถึงพิจารณาจากข้อมูลทะเบียนผู้รับบริการ ระบบฐานข้อมูลของหน่วยบริการ และจากข้อมูลการสำรวจประวัติเด็กในพื้นที่ ร่วมกับการรายงานข้อมูลจากระบบ HDC เพราะในบางที่อาจจะไม่ได้รายงานผลการดำเนินงานทั้งหมด หน่วยงานจึงควรมีการตรวจสอบข้อมูลเพื่อให้ได้ข้อมูลสถานการณ์จริง และสามารถนำไปวางแผนงานเพื่อแก้ไขปัญหาในระดับพื้นที่ได้ ดังนั้น จึงควรมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ประเมินจากรายงานผลการให้บริการที่สถานบริการแต่ละแห่ง รวมถึงการขยายกรอบอัตรากำลังคนในพื้นที่หน่วยบริการสุขภาพเพื่อให้ผู้มีปฏิบัติงานที่สามารถดำเนินการบันทึกข้อมูลเพื่อรายงานต่อกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงระบบที่ใช้ในการบันทึกควรมีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูลและลดการเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากรในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

การบริการวัคซีนแก่ประชากรด้วยมาตรฐานการให้บริการทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขต้องมีการวางแผนการดำเนินงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ เพื่อให้เกิดความครอบคลุม และคำนึงถึงความพร้อมของบุคลากรในพื้นที่ กระทรวงสาธารณสุขควรร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องพัฒนาระบบฐานข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน ที่สามารถเชื่อมโยงข้อมูลและการสรุปผลการดำเนินงานและการบันทึกข้อมูล

ในระบบสารสนเทศ รายงานผลการให้บริการที่สถานบริการ และขยายกรอบอัตรากำลังคนในพื้นที่หน่วยบริการสุขภาพเพื่อให้ผู้มีปฏิบัติงานที่สามารถดำเนินการบันทึกข้อมูลเพื่อรายงานต่อกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงระบบที่ใช้ในการบันทึกควรมีการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการบันทึกข้อมูลและลดการเพิ่มภาระงานให้กับบุคลากรในพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ท่านผู้อำนวยการ ผู้อำนวยการ ผู้ช่วยผู้อำนวยการ และผู้ร่วมงานทุกท่านที่ร่วมกันช่วยเป็นที่ปรึกษาให้คำแนะนำ ร่วมลงพื้นที่ ดำเนินการพัฒนางานวิจัยชิ้นนี้ ขอขอบพระคุณรับผิดชอบงานสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรค ผู้ให้บริการวัคซีนของหน่วยบริการในเขตสุขภาพที่ 7 ที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม และขอขอบคุณอาจารย์ ดร.บุญหนากร พรหมภักดี ตลอดจนอาจารย์ที่ปรึกษาที่ได้ให้คำแนะนำแนวคิด ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องมาโดยตลอดจนงานวิจัยเล่มนี้เสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานและวัคซีนในนักเรียน พ.ศ.2556 นนทบุรี: สำนักโรคติดต่อทั่วไป; 2556.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนปฏิบัติงานกองโรคป้องกันด้วยวัคซีน ปีงบประมาณ พ.ศ.2562. [เข้าถึง เมื่อ 6

- สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก:http://www.ppho.go.th/webppho/dl_strat/F20181031112407.pdf
3. พัทธนี สมพงษ์. การประเมินโครงการศึกษาอบรมหลักสูตรพยาบาลเฉพาะทางสาขาเวชปฏิบัติทั่วไป การรักษาโรคเบื้องต้น) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. (วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2555.
 4. ยุพิน รอดประพันธ์. การประเมินโครงการโรงเรียนคุณธรรมโดยประยุกต์ใช้รูปแบบการประเมินชิป (CIPP Model) โรงเรียนวัดห้วยธารทหาร.2562 [เข้าถึง เมื่อ 5 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก:https://www.kroobannok.com/board_view.php?b_id=166911&bcat_id=14.
 5. กระทรวงสาธารณสุข. รายงาน HDC เขตสุขภาพที่ 7. กลุ่มรายงานมาตรฐาน การสร้างเสริมภูมิคุ้มกันโรคปีงบประมาณ 2563 [เข้าถึง เมื่อ 5 สิงหาคม 2565].เข้าถึงได้จากhttps://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=4df360514655f79f13901ef1181ca1c7
 6. เติ้จศักดิ์ ชอบธรรมและคณะ. การสำรวจความครอบคลุมของการได้รับวัคซีนขั้นพื้นฐานและวัคซีนในนักเรียน พ.ศ.2556. สำนักโรคติดต่อทั่วไป; 2556
 7. กรรณิการ์ เบ็ญจวนิช, มยุรา ยิ่งกาสิ. การประเมินความครอบคลุมในการได้รับวัคซีน ขั้นพื้นฐานของเด็กอายุแรกเกิดถึง 5 ปี ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านห้วยเตย ต.เว่อ อ.ยางตลาด จ.กาฬสินธุ์. 2559 [เข้าถึง เมื่อ 6 สิงหาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก:http://203.157.186.16/kmblog/page_research_detail.php?ResID=92

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

นิภาพร สักขุ¹ ลำพิ่ง วอนอก² สุทิน ชนะบุญ³ วรรณศรี แวงงาม⁴

(วันที่รับบทความ: 29 ตุลาคม 2566, วันที่แก้ไข: 19 มกราคม 2567, วันที่ตอบรับ 24 มกราคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันโรคไข้เลือดออก ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก และปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 732 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญและการทดลองใช้ แล้วนำมาวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมาน Multiple logistic regression และนำเสนอค่าความสัมพันธ์ด้วย Adjusted odds ratios ค่าช่วงเชื่อมั่น 95% CI และค่า p-value ที่ระดับ 0.05

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง (64.76%) อายุเฉลี่ย 47.00 ปี (S.D.= 14.27) สถานะภาพสมรส (66.94%) ไม่มีโรคประจำตัว (74.59%) การศึกษาประถมศึกษา (43.44%) อาชีพ เกษตรกรรม (54.37%) รายได้เฉลี่ย 6,000 บาท/ปี (S.D. 7,654.77) ระยะเวลาที่อาศัยในหมู่บ้าน อยู่ระหว่าง 2-71 ปี (Med=40) จำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย (Med=4.00) ไม่มีประวัติการป่วย ด้วยโรคไข้เลือดออก (94.95%) ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง (96.72%) ระดับความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 4 ด้าน มีระดับไม่เพียงพอ (ร้อยละ 93.03) ระดับเป็นปัญหา (ร้อยละ 4.64) ระดับเพียงพอ (ร้อยละ 1.78) และ ระดับดีเลิศ (ร้อยละ 0.55) เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคไข้เลือดออกและคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการ ป้องกันโรคไข้เลือดออก พบมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จำนวน 5 ตัวแปร ดังนี้ ระดับ การศึกษา (ORadj =2.01 ,95%CI = 1.17-3.44, p-value = 0.01) อาชีพ (ORadj =2.27, 95%CI =1.32-3.88, p-value = <0.01) รายได้ (ORadj =1.90, 95%CI =1.16-3.11 , p-value = 0.01) ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (ORadj =2.09, 95%CI =1.20-3.61, p-value = <0.01) ความรอบรู้ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ (ORadj =2.99, 95%CI =1.69-5.30, p-value = <0.01)

คำสำคัญ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมป้องกัน, โรคไข้เลือดออก

¹นักศึกษาลัทธิสุทธสาธิตสาธิตมหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

²⁻⁴อาจารย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์

สถาบันพระบรมราชชนก Corresponding Author: ลำพิ่ง วอนอก. Email: lampung@scphkk.ac.th

Factor Associated with Dengue Fever Preventive Behavior in People who Live in Kaeng Khro District, Chaiyaphum Province

Nipaporn Sakkhoo¹ Lampung Vonok² Sutin Chananoon³ Wanasri Wawngnam⁴

(Receive 29th October 2023; Revised : 19th January 2024; Accepted 24th January 2024)

Abstract

This cross-sectional analytical research aimed to investigate the impact of health literacy on dengue fever, preventive behavior in dengue fever and Factor Associated with Dengue Fever Preventive Behavior in People Who Live in Kaeng Khro District, Chaiyaphum Province. Questionnaires were allocated to 732 villagers for data collection. Descriptive statistics was used to describe general information and multiple logistic regression with 95% confidence intervals and p-value at 0.05 level were used for correlation testing.

Results illustrated that more than half of sample were female (64.76%), average age 47.00 (S.D.= 14.27) years old, married (66.94%), no congenital disease (74.59%), graduated primary school (43.44%), farmer (54.37%), income 6,000 baht/year (SD 7654.77), duration of village living between 2-71 years. (Med=40), family members during 1-8 people (Med=4.00), had no dengue fever history (94.95%), dengue fever knowledge at high level (96.72%), health literacy in all 4 aspects were found as following, inadequate level (93.03 %), problematic level (4.64 %), adequate level (1.78%) and excellent level (0.55 %). Focus on the relationship between health literacy of dengue fever prevention, personal characteristics and preventive behaviors, there were found statistics significance five factors. 1) education ($OR_{adj} = 2.01$, 95%CI = 1.17-3.44, p-value = 0.01), 2) occupation ($OR_{adj} = 2.27$, 95%CI = 1.32-3.88, p-value = <0.01), 3) income ($OR_{adj} = 1.90$, 95%CI = 1.16-3.11, p-value = 0.01), 4) health service accessibility aspect of health literacy ($OR_{adj} = 2.09$, 95%CI = 1.20-3.61, p-value = <0.01), 5) health information aspect of health literacy ($OR_{adj} = 2.99$, 95%CI = 1.69-5.30, p-value = <0.01).

keyword Health literacy, preventive behavior, dengue fever

⁽¹⁾Master of Public Health Student, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Prabommarajchanok Institute. ⁽²⁻⁴⁾Lecturer, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Prabommarajchanok Institute. Corresponding Author: Lampung Vonok, Email: lampung@scphkk.ac.th

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ไข้เลือดออกเป็นโรคประจำถิ่นที่พบได้ใน 129 ประเทศทั่วโลกประชากร 390 ล้านคน ติดเชื้อและ 96 ล้านคนแสดงอาการ และคาดการณ์ว่าในปี ค.ศ. 2080 ร้อยละ 60 ของประชากรโลกจะกลายเป็นกลุ่มเสี่ยง ทวีปเอเชีย พบมากที่สุด (ร้อยละ 70 ของผู้ป่วยทั้งหมด⁽¹⁾ WHO Pan American Health Organization (PAHO) รายงาน ณ วันที่ 27 กรกฎาคม 2565 จำนวน 1,991,736 ราย เสียชีวิต 861 ราย บราซิลพบมากที่สุด (1,827,617 ราย), เปรู (56,021), โคลอมเบีย (32,327), นิการากัว (22,887) และเอกวาดอร์ (12,279) ซึ่งนับว่าเพิ่มขึ้นจำนวน 365,750 รายและเสียชีวิตจำนวน 244 ราย ส่วนในเอเชีย อัฟกานิสถาน: ในปี 2565 และวันที่ 9 กรกฎาคม 2565 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 22 ราย ยังไม่มีผู้ป่วยเสียชีวิตและมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นจำนวน 8 ราย นับตั้งแต่วันที่ 5 มีนาคม พ.ศ.2565 บังคลาเทศ: ในปี 2565 และ ณ วันที่ 26 กรกฎาคม 2565 มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 6,673 ราย และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 8 ราย และมีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นจำนวน 5,704 ราย และมีผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 7 ราย ตั้งแต่วันที่ 27 มิถุนายน พ.ศ. 2565 การแพร่ระบาดไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นสูงกว่าแนวโน้มตามฤดูกาลที่คาดการณ์ไว้อย่างมากตามที่ทีมประสานงานภาคสุขภาพของ WHO มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 4,368 ราย⁽²⁾

อัตราอุบัติการณ์ในประเทศไทยยังคงสูงอย่างต่อเนื่องและเกินเกณฑ์ตัวชี้วัดที่

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดทุกปี โดยพบอัตราอุบัติการณ์ต่อประชากรแสนคนในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 ถึง 2565 เรียงลำดับดังนี้ 113.14, 175.44, 101.76, 13.50 และ 50.41 อัตราตาย 0.13, 0.11, 0.07, 0.07 และ 0.02⁽³⁾ เขตบริการสุขภาพที่ 9 สถานการณ์โรคไข้เลือดออกเมื่อเทียบกับค่ามัธยฐาน 5 ปี ย้อนหลังพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกต่ำกว่าค่ามัธยฐานอย่างต่อเนื่องพบจำนวนผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นโดยพบอัตราอุบัติการณ์ต่อประชากรแสนคน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 ถึง 2565 ดังนี้ 119.21, 290.19, 184.92, 9.90 และ 21.83 อัตราตาย 0.07, 0.07, 0.08, 0.15 และ 0.07⁽⁴⁾ จังหวัดชัยภูมิ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2561 ถึง 2565 ดังนี้ 68.88, 242.76, 569.20, 10.67 และ 21.00 ปี 2562 อัตราตาย 0.07⁽⁵⁾ อำเภอแก้งคร้อพบอุบัติการณ์ระหว่างปี พ.ศ. 2561 ถึง 2565 เรียงลำดับดังนี้ 229.20, 6.40, 44.88, 26.00 และ 7.61 ต่อประชากรแสนคน ไม่พบผู้ป่วยเสียชีวิต

จากข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง พบว่าอำเภอแก้งคร้อมีแนวโน้มการระบาดของโรคไข้เลือดออกสูงขึ้น เพราะการระบาดโรคไข้เลือดออกในอำเภอแก้งคร้อมีการระบาดหนักในรูปแบบปีเว้นปี ตามซีโรไทป์ของไวรัส DENV-1 และ DENV-2 ประกอบกับค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนด ปี 2561 ค่า HI=28.57, CI=5.23 ปี 2562 ค่า HI=36.23, CI=5.84 ปี 2563 ค่า HI=30.15, CI=6.98 2564 ค่า HI=21.4, CI=6.14 ปี 2565 (HI=33.06, CI=6.34)⁽⁶⁾ จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้คาดการณ์ได้ว่า ปี 2566 จะ

มีจำนวนการระบาดเกิดขึ้นประกอบกับการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องพบว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับดี^(7,8) ดังนั้นหากทำการศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออก รวมถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมดังกล่าวจะสามารถนำข้อมูลมาวางแผนเพื่อป้องกันการระบาดทำให้ลดค่าใช้จ่ายและลดการสูญเสียทรัพยากรและชีวิตของประชาชนในเขตอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ
3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนพฤศจิกายน 2565 - กรกฎาคม 2566 ในประชากรอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิเกี่ยวกับ ความรอบรู้พฤติกรรมสุขภาพ 4 ด้าน ของ Sorensen⁽⁹⁾ คือ การเข้าถึง (Access) หมายถึง ความสามารถที่จะแสวงหาค้นหาและได้รับข้อมูลเกี่ยวกับไข้เลือดออก การเข้าใจ

(Understand) หมายถึง ความสามารถที่จะเข้าใจข้อมูลเกี่ยวกับไข้เลือดออก การประเมิน (Appraise) หมายถึง ความสามารถในการอธิบายการตีความ การกลั่นกรองและประเมินข้อมูลเกี่ยวกับไข้เลือดออกที่ได้รับจากการเข้าถึง และการประยุกต์ใช้ (Apply) หมายถึง ความสามารถในการสื่อสารและการเลือกใช้ข้อมูลในการตัดสินใจในการรักษาและปรับปรุงสุขภาพตนเอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Research)

1. ตัวอย่างและกลุ่มตัวอย่าง

ขนาดตัวอย่าง คำนวณขนาดโดยใช้สูตรที่สอดคล้องกับการใช้สถิติ Multiple logistic regression⁽¹⁰⁾ คือ

$$n = \frac{\left\{ Z_{1-\alpha/2} \sqrt{\frac{p(1-p)}{B}} + Z_{1-\beta} \sqrt{p_0(1-p_0) + \frac{p_1(1-p_1)(1-B)}{B}} \right\}^2}{[(p_0-p_1)^2(1-B)]}$$

โดยใช้งานวิจัยของ วิทยา ศรีแก้ว (2565) ซึ่งทำการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูง อำเภอฉวาง จังหวัดนครราชสีมา

$Z_{1-\alpha/2}$ = ค่าสถิติแจกแจงปกติมาตรฐาน เมื่อกำหนดระดับนัยสำคัญ (α) = 0.05 จึงมีค่าเท่ากับ 1.96

$Z_{1-\beta}$ = ค่าสถิติแจกแจงปกติมาตรฐาน เมื่ออำนาจการทดสอบร้อยละ 80 (β = 0.2)

จึงมีค่าเท่ากับ 0.84

P_0 = สัดส่วนพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเหมาะสมและมีความรู้ระดับปานกลาง-ต่ำ (0.50)

P_1 = สัดส่วนของพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกเหมาะสมและมีความรู้ระดับความรู้สูง (0.64)

B = สัดส่วนกลุ่มที่มีระดับความรู้ระดับสูง (0.56)

$P = (1-B) P_0 + BP_1$ จึงมีค่าเท่ากับ 0.57

เมื่อแทนค่าในสูตรได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 36572366 คน เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้มีตัวแปรอิสระมากกว่า 1 ตัวแปรใน Model ของการวิเคราะห์ Multiple Logistic regression ผู้วิจัยได้ปรับแก้อิทธิพลของความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยค่า Variance Inflation Factor (VIF) ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยเลือกขนาดตัวอย่างที่ $p^2 = 0.5$ ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ (Variance Inflation Factor; VIF) = 2.00 จึงได้ขนาดตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด 732 คนและได้ทำการกำหนดเกณฑ์คัดเข้า คือ อายุ 15 ปี ขึ้นไป อาศัยในอำเภอแก้งคร้อ อ่าน เขียน ภาษาไทยได้และยินยอมเข้าร่วมการทำวิจัยในครั้งนี้ และเกณฑ์คัดออกคือผู้เจ็บป่วยรุนแรงที่เป็นอุปสรรคของการเข้าร่วมการวิจัยและหรือเป็นคนพิการทางการได้มองเห็นหรือผู้ป่วยติดเตียง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือแบบสอบถาม ในการวิจัยเรื่อง ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

ซึ่งได้ทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ค่า IOC เท่ากับ 0.67-1 ตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามโดยใช้วิธีการตรวจสอบด้วยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.90 ตรวจสอบความเที่ยงของแบบทดสอบ โดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน⁽¹¹⁾ ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.87 มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปจำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพโรคประจำตัว การศึกษาอาชีพ รายได้เฉลี่ย ระยะเวลาที่อาศัยในหมู่บ้าน จำนวนสมาชิกในครอบครัวประวัติผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกในบ้าน 1 ปีที่ผ่านมา

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านความรู้ เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก มีคำถามจำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำถามเป็นแบบชนิดให้เลือกคำตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เกณฑ์การให้คะแนนคือถามเชิงบวก ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน คำถามเชิงลบ ตอบถูก ให้ 0 คะแนน ตอบผิดให้ 1 คะแนน และผู้วิจัยได้แบ่งคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ (Bloom, 1975) ดังนี้ ความรู้ระดับสูง (8-10 คะแนน) ระดับปานกลาง (6 - 7 คะแนน) ระดับต่ำ (0 - 5 คะแนน)

ส่วนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) จำนวน 20 ข้อแบ่งเป็น 4 ด้าน ตามแนวคิดของ Sorensen ดังต่อไปนี้ การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ (Access) จำนวน 5 ข้อ ความรู้ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ (Understand) จำนวน 5 ข้อ การวิเคราะห์ประเมินค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise) จำนวน 5 ข้อ การ

ประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ (Apply) จำนวน 5 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ได้แก่ ยากมาก ค่อนข้างยาก ค่อนข้างง่าย ง่ายมาก คำถามเชิงบวก ง่ายมาก = 4 คะแนน ค่อนข้างง่าย = 3 คะแนน ค่อนข้างยาก = 2 คะแนน ยากมาก = 1 คะแนน คำถามเชิงลบ ง่ายมาก = 1 คะแนน ค่อนข้างง่าย = 2 คะแนน ค่อนข้างยาก = -3 คะแนน ยากมาก = 4 คะแนน การแปลผลและจัดกลุ่มประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ (Sorensen K et al., 2012) แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้ ระดับ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ (น้อยกว่าและเท่ากับร้อยละ 50) ระดับ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัญหา (ร้อยละ 51 - 66) ระดับ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ (ร้อยละ 67 - 84 คะแนน) ระดับ 4 ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเลิศ (มากกว่าหรือ = ร้อยละ 85) และเพื่อให้เป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้นของการวิเคราะห์แบบ Logistic Regression จึงได้ทำการจัดกลุ่มตัวแปรให้เหลือเพียง 2 กลุ่ม โดยแบ่งเป็นระดับไม่เพียงพอและระดับเป็นปัญหาขึ้นไป

ส่วนที่ 4 แบบวัดระดับพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน จำนวน 15 ข้อ (75 คะแนน) ประเมิน 5 ระดับ ดังนี้ ระดับ 1 หมายถึงไม่เคยปฏิบัติ ระดับ 2 หมายถึงปฏิบัตินาน ๆ ครั้ง (นานครั้ง/1-2 วันต่อสัปดาห์) ระดับ 3 หมายถึง ปฏิบัติบ้าง (บางครั้ง/3-4 วันต่อสัปดาห์) ระดับ 4 หมายถึง ปฏิบัติบ่อย (บ่อยครั้ง/5-6 วันต่อสัปดาห์) ระดับ 5 หมายถึง ปฏิบัติประจำ (ทุกครั้ง/ทุกวัน) ทำการแบ่งเป็น 3 กลุ่มตามแนวคิดของ Best (1977) โดยใช้คะแนนสูงสุดลบด้วยคะแนนต่ำสุดและหารด้วย

จำนวนกลุ่ม การแปลผลพฤติกรรม การป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน ดังนี้ ดี หมายถึงคะแนน 57 ขึ้นไป ระดับพฤติกรรมอยู่ในระดับสูง พอใช้หมายถึงคะแนน 36-56 ควรปรับปรุง หมายถึงคะแนน เท่ากับ 35 ลงมา ในการหาความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ logistic regression ผู้วิจัยได้จัดกลุ่มระดับพฤติกรรมออกเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้ พฤติกรรมดี คะแนน 57 ขึ้นไป หมายถึง ประชาชนปฏิบัติตน ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ได้อย่างดี - พฤติกรรมพอใช้ และควรปรับปรุง คะแนน 35 - 56

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ได้มีการดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE HE652086 ลงวันที่ 26 มกราคม 2566 ระหว่างเดือนมีนาคม 2566 ถึงเดือนเมษายน 2566 ผู้วิจัยนำส่งแบบสอบถามที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแก้งคร้อ และ รพ.สต. ทุกแห่งด้วยตนเองพร้อมด้วยหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลแจกแบบสอบถาม ตามการสุ่มที่ได้ในพื้นที่รับผิดชอบของแต่ละ รพ.สต. พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย การนัดหมายการส่งแบบสอบถามกลับ โดยเตรียมซองจดหมายและเจ้าหน้าที่ของถึงผู้วิจัย ซึ่งประสานงานกับกลุ่มตัวอย่างคือผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา รพ.สต.แต่ละแห่ง

สถิติที่ใช้ในการวิจัย

สถิติเชิงพรรณนา เพื่ออธิบายข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ ความถี่

ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน **สถิติเชิงอนุมาน** วิเคราะห์ความสัมพันธ์ตัวแปรเชิงเดียวโดยวิเคราะห์ตัวแปรต้นที่ละตัวแปรกับตัวแปรตามด้วยสถิติ Simple logistic regression นำเสนอค่า crude OR และ 95% CI of Crude OR และวิเคราะห์คราวละหลายตัวแปรโดยใช้สถิติ Multiple logistic regression ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรม

การป้องกันโรคไข้เลือดออกกับตัวแปรอิสระ โดยนำตัวแปรอิสระที่ผ่านการคัดเลือกในขั้นตอนการวิเคราะห์อย่างง่ายเข้าสู่โมเดล Multivariable analysis ใช้วิธี Backward elimination โดยขจัดตัวแปรที่มีค่า p-value > 0.05 ออกทีละตัวแปรและทำการประเมินความเหมาะสม (Goodness of fit) โดยพิจารณาจากค่า Log Likelihood และ p-value > 0.05

ผลการวิจัย

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของประชาชนอาศัยอยู่ในพื้นที่ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	259	35.24
หญิง	476	64.76
2. อายุ		
Mean = 47.00 (S.D.= 14.27), Med= 50.00 Max =72.00, Min=15.00		
3. สถานะภาพ		
โสด	155	21.17
คู่	490	66.94
หย่า/แยก	27	3.69
หม้าย	60	8.2
4. ประวัติการมีโรคประจำตัว		
ไม่มี	546	74.59
มี	186	25.41
โรคความดันโลหิตสูง	105	14.34
โรคเบาหวาน	52	7.1
โรคหัวใจ และอื่นๆ	29	3.97

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของประชาชนอาศัยอยู่ในพื้นที่ อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ (ต่อ)

ลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
5. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	318	43.44
มัธยมศึกษาตอนต้น	140	19.13
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	177	24.18
ปวส./อนุปริญญาขึ้นไป	97	13.25
6. อาชีพ		
เกษตรกรรวม	398	54.37
ค้าขาย	59	8.06
รับจ้าง	153	20.9
พ่อบ้าน/แม่บ้าน	55	7.51
รับราชการ/พนักงานของรัฐ	23	3.14
อื่นๆ..โปรดระบุ.....	44	6.01
7. รายได้เฉลี่ย		
Mean =8371.32 (S.D.=7,654.77), Med=6,000.00 Max = 40,000, Min =0.00		
8. ระยะเวลาที่อาศัยในหมู่บ้าน		
Mean =38.07 (S.D.=17.41) , Med=40.00 Max =71.00 , Min =2.00		
9. จำนวนสมาชิกในครอบครัว		
Mean =3.94 S.D.=1.67) , Med=4.00 Max =8.00, Min =1.00		
10. ประวัติการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก		
ไม่เคยป่วย	695	94.95
เคยป่วย	37	5.05

จากตารางที่ 1 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.76) อายุเฉลี่ย 47 ปี (S.D.=14.27) สถานะภาพสมรส (ร้อยละ 66.94) ส่วนมากไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ

74.59) มีระดับการศึกษาส่วนมากประถมศึกษา (ร้อยละ 43.44) รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. (ร้อยละ 24.18) อาชีพส่วนมากเกษตรกรรวม (ร้อยละ 54.37) รองลงมา คือ

พ่อบ้าน/แม่บ้าน (ร้อยละ 20.90) รายได้มีฐาน 6,000 บาท/ปี (สูงสุด 40,000 ต่ำสุด 0 บาท) เฉลี่ย จำนวน 3.94 คน (S.D.=1.67) ส่วนมากพบไม่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก จำนวน 695 คน (ร้อยละ 94.95) ระยะเวลาที่อาศัยในหมู่บ้านอยู่ระหว่าง 2-71 ปี (ค่ามัธยฐาน 40 ปี) จำนวนสมาชิกในครอบครัว

ตารางที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชนชน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดชัยภูมิ

ข้อความรู้	ตอบถูก	
	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคไข้เลือดออกเกิดจากเชื้อไวรัสเด็งกี มีุงลายเป็นพาหะ	696	95.08
2. อาการเบื้องต้นของโรคไข้เลือดออกคือ มีไข้สูงเฉียบพลัน 2-3 วัน ไม่ไอ ไม่มีน้ำมูก อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ	712	97.27
3. ยุงลายสามารถวางไข่เหนือผิวน้ำ ได้ทั้งในน้ำนิ่งใสและน้ำเน่าเสีย บริเวณด้านในของภาชนะหรือเศษใบไม้ กิ่งไม้ หรืออื่นๆ เมื่อน้ำท่วมถึง ไข่จะทำการฟักตัวเป็นลูกน้ำภายใน 3-5 วัน	679	92.76
4. การใส่เสื้อผ้ามิดชิด เป็นการป้องกันยุงกัดได้	434	59.29
5. ผู้ป่วยที่ติดเชื้ไวรัสไข้เลือดออก สามารถรับประทานยาแก้ปวดได้ ทุกชนิด	546	74.59
6. โรคไข้เลือดออกไม่ต้องไปรักษาในโรงพยาบาลก็สามารถหายเองได้	570	77.87
7. ถ้าหากคนในชุมชนป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกแม้เพียง 1 ราย คนในชุมชนทุกคนมีโอกาสป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกได้	682	93.17
8. การเปลี่ยนน้ำและขัดในภาชนะ แจกันดอกไม้ ถ้วยรองขาตู้กับข้าว และศาลพระภูมิ ทุก 7 วัน สามารถตัดวงจรชีวิตยุงลายได้	707	96.58
9. การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านและนอกบ้านให้สะอาดและเป็น ระเบียบเรียบร้อยจะช่วยลดโอกาสการเป็นโรคไข้เลือดออกได้	712	97.27
10. การคัดแยกขยะและจัดการขยะตั้งแต่ครัวเรือนช่วยปรับปรุงสภาพ แวดล้อมให้ดีขึ้น ลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้	717	97.95

จากตารางที่ 2 พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของกลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมมีระดับสูง (ร้อยละ 96.72) คำถามที่ตอบถูกต้องมากที่สุดคือ การคิดแยกขยะและจัดการขยะตั้งแต่ครัวเรือน ช่วยปรับปรุงสภาพแวดล้อมให้ดีขึ้น ลดแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายได้ (ร้อยละ 97.95) รองลงมาคือ อาการเบื้องต้นของโรคไข้เลือดออกคือ มีไข้สูงเฉียบพลัน 2-3 วัน ไม่ไอไม่มึนน้ำมูก อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ และการจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านและ

นอกบ้านให้สะอาดและเป็นระเบียบเรียบร้อย จะช่วยลดโอกาสการเป็นโรคไข้เลือดออกได้จำนวน (ร้อยละ 97.27) ในส่วนของการตอบถูกน้อยที่สุดคือ การใส่เสื้อผ้ามิดชิด เป็นการป้องกันยุงกัดได้ (ร้อยละ 59.29) รองลงมาคือข้อความผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสไข้เลือดออก สามารถรับประทานยาแก้ปวดได้ทุกชนิด (ร้อยละ 74.59) เมื่อทำการแบ่งกลุ่มพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง (ร้อยละ 96.72)

ตารางที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

ข้อความถามประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ	แบบวัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน			
	ไม่เพียงพอ	เป็นปัญหา	เพียงพอ	ดีเลิศ
ด้านที่ 1 การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ(Access)	647(88.39)	68(9.29)	16(2.19)	1(0.14)
ด้านที่ 2 ความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพ (Understand) จำนวน 5 ข้อ	681(93.03)	31(4.23)	17(2.32)	3(0.41)
ด้านที่ 3 การวิเคราะห์ประเมินค่าข้อมูลทางสุขภาพ (Appraise) จำนวน 5 ข้อ	658(90.03)	60(8.20)	13(1.78)	0(0.00)
ด้านที่ 4 การประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ (Apply) จำนวน 5 ข้อ	673(91.94)	46(6.28)	13(1.78)	0(0.00)
ผลรวมทั้ง 4 ด้าน	681(93.03)	34(4.64)	13(1.78)	4(0.55)

จากตารางที่ 3 ในภาพรวมโดยส่วนใหญ่จะมีความรอบรู้อยู่ในระดับไม่เพียงพอร้อยละ 93.03 โดยด้านความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพพบไม่เพียงพอมากที่สุดร้อยละ 93.03 เช่น

เดียวกัน รองลงมาคือด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ ร้อยละ 91.94 และ ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ร้อยละ 88.39

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

ระดับพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ระดับพฤติกรรมดี	640	87.43
ระดับพฤติกรรมพอใช้และปรับปรุง	92	12.57

จากตารางที่ 4 พบว่าระดับพฤติกรรม อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ อยู่ในระดับการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน พฤติกรรมดี ร้อยละ 87.43

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและคุณลักษณะส่วนบุคคลกับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

ปัจจัย	พฤติกรรม (%)		Crude OR	Adj. OR	95%CI	p-value
	ระดับดี	ระดับพอใช้ และปรับปรุง				
การมีโรคประจำตัว						
ไม่มี	92	640	1	2.61	1.12-6.05	0.26
มี	(12.57)	(87.43)	1.87			
โรคประจำตัว						
โรคความดันโลหิตสูง	84	567	1	0.52	0.18-1.57	0.25
	(12.90)	(87.10)				
โรคอื่นๆ	8	73	1.35			
	(9.88)	(90.12)				
การศึกษา						
มากกว่าประถมศึกษา	64	350	1	2.01	1.17-3.44	0.01*
	(15.46)	(84.54)				
ประถมศึกษาและต่ำกว่า	28	290	1.89			
	(8.81)	(91.19)				
อาชีพ						
อาชีพอื่น	54	280	1	2.27	1.32-3.88	<0.01*
	(16.19)	(83.83)				

ตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพและคุณลักษณะส่วนบุคคล
กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรม (%)		Crude OR	Adj. OR	95%CI	p-value
	ระดับดี	ระดับพอใช้ และปรับปรุง				
อาชีพเกษตรกรรม	38 (9.55)	360 (90.45)	1.83			
รายได้						
ต่ำกว่า 6,000	50 (14.75)	289 (85.25)	1		1.16-3.11	
6000 บาทขึ้นไป	42 (10.69)	351 (89.31)	1.45	1.9		0.01*
ระยะเวลาที่อาศัยในหมู่บ้าน						
ต่ำกว่า 40 ปี	45 (12.78)	307 (87.22)	1		0.37-1.06	
40 ปีขึ้นไป	47 (12.37)	333 (87.63)	1.04	0.62		0.08
ความรู้ด้านสุขภาพ : การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ						
ไม่เพียงพอและเป็นปัญหา	63 (19.75)	256 (80.25)	1		1.20-3.61	
เพียงพอและเป็นเลิศ	29 (7.02)	384 (92.98)	3.25	2.09		<0.01*
ความรู้ด้านสุขภาพ : การประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ						
ไม่เพียงพอและเป็นปัญหา	68 (20.48)	264 (79.52)	1		1.69-5.30	
เพียงพอและเป็นเลิศ	92 (12.57)	640 (87.43)	4.04	2.99		<0.01*

จากตารางที่ 5 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ เมื่อทำการควบคุมตัวแปรที่มีอิทธิพลอื่นๆ แล้ว มีทั้งสิ้น 5 ปัจจัย คือ 1). ระดับการศึกษาประถมศึกษาและต่ำกว่ามีพฤติกรรมดีกว่าผู้มีการศึกษาสูงกว่า 2.01 เท่า (95%CI = 1.69-5.30, p-value = 0.01) 2). อาชีพเกษตรกรมีพฤติกรรมดีกว่าผู้ประกอบการอาชีพอื่น 2.27 เท่า (95%CI = 1.32-3.88, p-value <0.01) 3). ผู้มีรายได้ 6000 บาทขึ้นไปมีพฤติกรรมดีกว่าผู้มีรายได้น้อยกว่า 1.9 เท่า (95% CI = 1.16-3.11, p-value = 0.01) 4). ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ ในระดับเพียงพอและเป็นเลิศมีพฤติกรรมดีกว่าผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในระดับไม่เพียงพอและเป็นปัญหา 2.09 เท่า (95%CI = 1.20-3.61, p-value <0.01) และ 5). ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพ ในระดับเพียงพอและเป็นเลิศมีพฤติกรรมดีกว่าผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพในระดับไม่เพียงพอและเป็นปัญหา 2.99 เท่า (95%CI = 1.69-5.30, p-value <0.01)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

ผลการศึกษา พบว่า มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกของประชาชนอยู่ในระดับสูง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิชา ศร แก้ว⁽¹²⁾ พบว่า ประชาชนทั่วไปของ อำเภอนาวัง

จังหวัดนครราชสีมาส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง เช่นเดียวกับการศึกษาของบุญประจักษ์ จันทรวิน และคณะ⁽¹³⁾ พบว่าประชาชนวัยทำงานอำเภอนาวัง จังหวัดนครราชสีมาส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง และการศึกษาของวีระ กองสนั่น และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ⁽⁸⁾ พบว่า อสม. เขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมีคะแนนการปฏิบัติอยู่ในระดับสูงอาจเนื่องมาจากอำเภอแก้งคร้อเป็นพื้นที่มีป่าและแหล่งน้ำชุ่มชื้นตลอดทั้งปี ทำให้มีแหล่งเพาะพันธุ์ของยุงตลอดทั้งปี และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและ อสม. เผื่อระวังโรคในบ้านที่ตนเองรับผิดชอบพร้อมทั้งให้ความรู้ทั้งแบบต่อหน้า หอกระจายข่าวและแผ่นประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องทำให้ประชาชนได้รับองค์ความรู้สม่ำเสมอทั้งความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและพฤติกรรมป้องกัน แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพุทธิพงศ์ บุญชู⁽¹⁴⁾ พบว่า ประชาชนตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรังส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง และการศึกษาของพรพรรณ สมินทร์ปัญญา และคณะ⁽⁷⁾ พบว่าประชาชนบ้านคั่นตะเคียน ตำบลมิตรภาพ อำเภอมวกเหล็ก จังหวัดสระบุรีมีความรู้เรื่องโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับปานกลาง และการศึกษาของรัชฎาภรณ์ มีคุณและคณะ⁽¹⁵⁾ พบว่าประชาชนบ้านหนองอีบัว ตำบลขอนแก่น อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานี ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากบริบทเวลา สถานการณ์ที่ทำการศึกษามีความแตกต่างกัน อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างที่มีลักษณะแตกต่างกัน

จึงอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกแตกต่างกัน

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

ผลการศึกษาพบว่าในภาพรวมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในเขตอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิอยู่ในระดับไม่เพียงพอ 93.03 โดยด้านความเข้าใจข้อมูลทางสุขภาพพบไม่เพียงพอมากที่สุดร้อยละ 93.03 ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพอยู่ในระดับไม่เพียงพอร้อยละ 91.94 ด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพร้อยละ 88.39 สอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ แก้วชิน และคณะ (2564)⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าประชาชนในตำบลละวาด อำเภอขำนิ จังหวัดบุรีรัมย์การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวป้องกันโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ (ร้อยละ 47.9) ด้านการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวป้องกันโรคไข้เลือดออก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำร้อยละ 49.0 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการนำความรอบรู้ไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานจริงยังไม่เด่นชัดหรือการทำความเข้าใจเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพในประชาชนอาจจะยังไม่เพียงพอ

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน อำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

ผลการศึกษาพบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ

พุทธิพงศ์ บุญชู⁽¹⁴⁾ ซึ่งพบว่าในตำบลน้ำผุด อำเภอเมืองตรัง จังหวัดตรัง มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดีและเช่นเดียวกับการศึกษาของพรพรรณ สมนิทร์ปัญญา และคณะ⁽⁷⁾ พบว่าประชาชนบ้านคั่นตะเคียน ตำบลมิตรภาพ อำเภอแมกเหล็ก จังหวัดสระบุรี มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับดี การศึกษาของวิระ กองสนั่น และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ⁽⁸⁾ พบว่า อสม. ตำบลหนองใหญ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ มีพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 93.53) การศึกษาของดวงพร กตัญญูตานนท์ และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคซิคุนคุนยาของประชาชนใน ตำบลบางปู อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.30 อาจเนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. ให้ความรู้ทั้งแบบต่อหน้า หอกระจายข่าวและแผ่นประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องทำให้ประชาชนได้รับองค์ความรู้สม่ำเสมอทั้งความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกและพฤติกรรมการป้องกันแตกต่างจากการศึกษาของวิทยา ศรีแก้ว⁽¹¹⁾ พบว่าพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในอำเภอดวง จังหวัดนครศรีธรรมราช อยู่ในระดับปานกลาง อาจเนื่องจากบริบท เวลา สถานการณ์ระหว่าง การเก็บรวบรวมข้อมูลมีความแตกต่างกัน ทำให้มีพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันได้

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของ

ประชาชนอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ

การศึกษาครั้งนี้เมื่อทำการควบคุมตัวแปรที่อาจมีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์แล้วพบปัจจัยมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 5 ปัจจัย 1). ระดับการศึกษาประถมศึกษาและต่ำกว่ามีพฤติกรรมดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงกว่า 2) สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐยา สุนฺติ และคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่าระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่ามีความสัมพันธ์แบบผกผันกับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชน ในอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราด แตกต่างจากการศึกษาของวิทยา ศรีแก้ว⁽¹¹⁾ ที่พบว่าระดับการศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูง อำเภอฉวาง จังหวัดนครราชสีมา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะโครงสร้างของประชากรที่ต่างกัน ทำให้พฤติกรรมอาจแตกต่างกันตามไปด้วย 2). อาชีพเกษตรกรรมมีพฤติกรรมดีกว่าผู้ประกอบอาชีพอื่น สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐยา สุนฺติ และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าอาชีพเกษตรกรรมในอำเภอเกาะช้าง จังหวัดตราดมีพฤติกรรมป้องกันดีกว่าผู้ประกอบอาชีพอื่น 3). ผู้มีรายได้ 6000 บาทขึ้นไปมีพฤติกรรมดีกว่าผู้ที่มีรายได้น้อยกว่า แตกต่างจากการศึกษาของวิทยา ศรีแก้ว⁽¹¹⁾ รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูง อำเภอฉวาง จังหวัดนครราชสีมา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากค่าเฉลี่ยรายได้ในแต่ละ

ชุมชนแตกต่างกันเมื่อนำมาแบ่งกลุ่มทำให้เกิดความแตกต่างกันได้ 4). ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในระดับเพียงพอและเป็นเลิศมีพฤติกรรมดีกว่าผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในด้านเข้าถึงข้อมูลสุขภาพในระดับไม่เพียงพอและเป็นปัญหาสอดคล้องกับการศึกษาของพรทิพย์ แก้วชิน และคณะ (2564)⁽¹⁶⁾ พบว่าการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ในทิศทางเดียวกันกับการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลละวาด อำเภอขาม จังหวัดบุรีรัมย์ อาจเนื่องมาจากการเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพที่ดีจะทำให้ได้รับทราบข้อมูลที่ถูกต้องซึ่งสามารถนำมาใช้ปฏิบัติได้จริง 5). ความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพในระดับเพียงพอและเป็นเลิศมีพฤติกรรมดีกว่าผู้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูลทางสุขภาพในระดับไม่เพียงพอและเป็นปัญหา สอดคล้องกับการศึกษาของพิชัย พวงสด และคณะ (2564)⁽¹⁹⁾: ที่พบว่า การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอสม. อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการส่งเสริมและประยุกต์ใช้ความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกในประชาชนอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเข้าถึงแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้และ การวิเคราะห์ประเมินค่าข้อมูลทางสุขภาพว่าควรเชื่อถือหรือไม่เมื่อได้รับข้อมูลมา เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์บุญจิตา สัตยกิจกุล มอบทุนการศึกษาเพื่อสนับสนุนทำวิจัยให้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ขอขอบพระคุณสาธารณสุขอำเภอแก้งคร้อ อนุเคราะห์พื้นที่และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลดำเนินการทำวิจัยในครั้งนี้และช่วยเหลือในการทำวิทยานิพนธ์ครั้งนี้เสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. Drugs for Neglected Diseases initiative (DNDi). Dengue. [Internet] [cited 2023 April 24] Available from: <https://rb.gy/7rkz8>
2. World Health Organization. Global Dengue 2023. [Internet] [cited 2023 April 10] Available from: <https://rb.gy/crgvt>
3. กองโรคติดต่อมาโดยแมลง. อุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออก. [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 10 เม.ย. 2565]; เข้าถึงได้จาก :<https://ddc.moph.go.th/dvb/>
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา. อุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออก.[อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 1 เม.ย. 2565]; เข้าถึงได้จาก :<http://odpc9.ddc.moph.go.th/>
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ อุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออก [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 10 เม.ย. 2565]; เข้าถึงได้จาก : <https://cpho.moph.go.th/>
6. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแก้งคร้อ อุบัติการณ์การเกิดโรคไข้เลือดออก [อินเทอร์เน็ต] [เข้าถึงเมื่อ 25 มี.ค. 2565]; เข้าถึงได้จาก : <http://www.kkph2023.com/>
7. พรพรรณ สมินทร์ปัญญา, อำไพวรรณ ทุมแสน, สุภจรรย์ มะกรกรรม. ความรู้ ทักษะ และ พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชน บ้านคันตะเคียน ตำบลมิตรภาพ อำเภอมหากเหล็ก จังหวัดสระบุรี. Journal of Nursing, Siam University. 2563; 18(35), 37-51.
8. วีระ กองสนั่น,อมรศักดิ์ โพธิ์อำ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน. 2563; 3(1): 35-44.
9. Sorensen, K., Pelikan, J. M., Röthlin, F., Ganahl, K., Slonska, Z., Doyle, G., & Brand, H. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). European journal of public health. 2015; 25(6), 1053-1058.
10. Hsieh FY. Sample size tables for logistic regression. Statistics in medicine. 1989 Jul;8(7):795-802.
11. วิทยา ศรแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนในตำบลที่มีอัตราป่วยสูง อำเภอฉวาง จังหวัดนครราชสีมา.

- วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา. 2565; 2(1) 1-14.
12. Kuder, G. F., & Richardson, M. W. The theory of the estimation of test reliability. *Psychometrika*.1937; 2(3), 151-160.
 13. บุญประจักษ์ จันทรวิน,วิทยา ศรีแก้ว, วัลลภา ดิษสระ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ต่อพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออกของประชาชนวัยทำงาน อำเภอฉวาง จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน*. 2564; 7(4), 72-86
 14. พุทธิพงศ์ บุญชู. การเปรียบเทียบระดับ ความรู้ เจตคติ การรับรู้ และพฤติกรรม การ ป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของ ประชาชนในหมู่บ้านปลอดโรคกับ หมู่บ้าน ที่มีการระบาดของโรคในตำบลน้ำผุด อำเภอ เมืองตรัง จังหวัดตรัง. *วารสารสาธารณสุข และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*. 2563; 3(3),79-94
 15. รัชฎาภรณ์ มีคุณ, กรรณิกา สาลีอาจ, ชล การ ทรงศรี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้ เลือดออกของประชาชนบ้านหนองอีบัว ตำบลขอนแก่น อำเภอ กุดจับ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา*. 2562; 2(2), 26-34
 16. พรทิพย์ แก้วชิน,ชัยณานุช ไพรวงษ์,ธนาคาร เสถียรพูนสุข,วิฑูรย์ เจียกภูเหลื่อม,ภาวินี ทิพย์กระโทก,เสาวลักษณ์ บุตรศรี,และคณะ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับ การปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค ไข้เลือดออก ตำบลละวาด อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในอีรท เทิร์น*,2564;2(3),67-81
 17. ดวงพร กตัญญูตานนท์, ศิริรักษา ภักดี, พิมพ์พิมล ปัดสบาน, โสภิตา บุญมา, พัด มี บาเหะ, ตติยา แก้วกระจก และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การ ป้องกันโรคชิคุนกุนยาของประชาชนใน ตำบลบางปู อำเภอเมืองสมุทรปราการ จังหวัดสมุทรปราการ. *วารสารมหาวิทยาลัย ห้วเฉียวเฉลิมพระเกียรติวิชาการ*. 2564; 25(1), 41-52
 18. ณัฐยา สุนันติ, เอมอัชฌา วัฒนบุรานนท์, ยุวดี รอดจากภัย, วัลลภ ใจดี. ปัจจัยทำนาย พฤติกรรม การป้องกันและควบคุมโรคไข้ เลือดออกของประชาชนในอำเภอเกาะ ช้างจังหวัดตราด. *วารสารการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยบูรพา*. 2564; 16(2),53-67
 19. พิชัย พวงสด, อมรศักดิ์ โพธิ์อำ, พุดิพงษ์ มากมาย. ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความ สัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันและ ควบคุมโรคไข้เลือดออก ของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เขตอำเภอ ปราสาท จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิทยาศาสตร์ และเทคโนโลยีในอีรท เทิร์น*,2563;1(3),1-12.

การศึกษาการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ในเขตสุขภาพที่ 7

มูธิตา อันทะเกต¹ รัตติกานต์ รักษาภักดี²

(วันที่รับบทความ: 25 กันยายน 2566, วันที่แก้ไข: 22 มกราคม 2567, วันที่ตอบรับ 29 มกราคม 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์ซ้ำในเขตสุขภาพที่ 7 ระหว่างเดือนมิถุนายน – สิงหาคม 2564 ประชากรคือหญิงวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไปจำนวน 463 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 66 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและสัมภาษณ์เชิงลึก การตรวจสอบเชิงเนื้อหาหาค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.80 การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป นำเสนอด้วยสถิติพรรณนา ความถี่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานใช้ Logistic Regression ข้อมูลเชิงคุณภาพนำเสนอด้วยวิธีพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยด้านความรู้กับการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ย 3.32 (S.D.=0.56) ด้านทัศนคติภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ย 3.28 (S.D.=0.32) ด้านความเชื่อภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ย 3.17 (S.D.=0.42) แปลผลอยู่ในระดับปานกลาง ด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ย 3.71 (S.D.=0.52) แปลผลอยู่ในระดับดี และมีเพียงปัจจัยด้านความเชื่อ (p-value = 0.017) ที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่าปัจจัยด้านความเชื่อทำให้วัยรุ่นตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำเพิ่มขึ้น 3.27 เท่า ดังนั้นควรส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองป้องกันเรื่องพลาดและประมาท

คำสำคัญ : วัยรุ่น, การตั้งครรภ์ซ้ำอายุต่ำกว่า 20 ปี, ความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำ

¹พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, ²อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม

Corresponding author : รัตติกานต์ รักษาภักดี email : ratti_a@hotmail.com

Repeated teenage pregnancy in health Region 7

Muthita Anthaket¹, Rattikan Raksapakdee²

(Receive 25th September 2023; Revised : 22nd January 2024; Accepted 29th January 2024)

ABSTRACT

This cross-sectional research study aimed to examine the factors associated with recurrent pregnancy among 66 adolescent pregnant women under the age of 20 in the health region 7 between June and August 202. The study sample consisted of 463 female adolescents under the aged of 20 who had experienced at least two pregnancies. Sixty six participants were gathered information by using questionnaires and an in-depth interview. The reliability of the questionnaire showed an acceptable value of 0.80. The collected data were analyzed using packaged program, descriptive statistics including frequency, number, mean and standard deviation (S.D.), and inferential statistics with logistic regression. The qualitative information was presented using a descriptive method.

The results of the study found that the relationship between knowledge factor and preventing pregnancy among adolescents was 3.32 (S.D.=0.56), indicating a medium level. Overall mean score of attitude factor was 3.28 (S.D.=0.32), indicating a medium level. Overall mean score of belief factor was 3.17 (S.D.=0.42), indicating a medium level. Overall mean score of self-control perception was 3.71 (S.D.=0.52), indicating a good level. Only the belief factor was statistically significant at the 0.05 level in predicting purposeful recurrent pregnancy among adolescents under the age of 20. Additionally, the belief factors were found to be 3.27 times more influential to intend repeating the pregnancy. Therefore, health care personnel should promote for consistent contraception use and the perception of self-control.

keyword : teenage, teenage pregnant women under 20 years, intent on repeat pregnancy

¹Registered Nurse (Practitioner (Level)), Regional Health Promotion Center 7 Khon kaen,

²lecturer Srimahasarakham Nusing college Corresponding author : Rattikan Raksapakdee
email : ratti_a@hotmail.com

บทนำ

ประเทศไทยพบการคลอดในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในทศวรรษที่ผ่านมา ข้อมูลจากสถิติสาธารณสุขพบว่าวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดบุตรเพิ่มขึ้นจากประมาณ 95,000 คน ในปี พ.ศ.2546 เป็นประมาณ 104,300 คน ในปี 2558 ที่คลอดบุตรซ้ำหรือคลอดเป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไปมีมากถึง 12,700 คน หรือเท่ากับร้อยละ 12.2 ของการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10 - 19 ปีทั้งหมด⁽¹⁾ จากรายงานข้อมูลสุขภาพ (Health Data Center) ประเทศไทย พบร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ในปี พ.ศ.2560 - 2564 เป็น 17.03, 16.04, 14.94, 14.42 และ 13.36 ตามลำดับ สถานการณ์เขตสุขภาพที่ 7 พบร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี ในปี พ.ศ.2560 - 2564 เท่ากับ 14.84, 14.72, 15.31, 13.8 และ 16.28 ตามลำดับ⁽²⁾ เมื่อพิจารณารายจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 ตั้งแต่ปี 2560 - 2564 พบว่า จังหวัดขอนแก่นพบร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี เป็น 15.5, 16.06, 15.67, 14.32 และ 10.98 ตามลำดับ จังหวัดร้อยเอ็ด เป็น 15.08, 14.24, 17.45, 12.33 และ 25 ตามลำดับ จังหวัดกาฬสินธุ์ เป็น 14.64, 13.91, 13.63, 16.64 และ 17.24 ตามลำดับ จังหวัดมหาสารคาม 13.21, 13.31, 13.32, 11.66 และ 0 ตามลำดับ⁽²⁾ จะเห็นได้ว่าในปีล่าสุด จังหวัดกาฬสินธุ์พบการตั้งครรภ์ซ้ำสูงสุดในเขตสุขภาพที่ 7 พบการศึกษาอายุของหญิงตั้งครรภ์และอายุของสามีมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำ ระดับการศึกษาและอาชีพมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำ ความสม่ำเสมอ

ในการคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำ ปัจจัยด้านเจตคติต่อการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงต่อการตั้งครรภ์ซ้ำ และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำ⁽³⁾

จากปรากฏการณ์ดังกล่าวยังไม่มีผู้ศึกษาความรู้ ทักษะ ทักษะ ความเชื่อ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 7 ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 7 โดยบูรณาการแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behaviors: TPB) ของ Ajzen (1991)⁽⁵⁾ มาใช้เป็นเครื่องมือในการศึกษาความตั้งใจในการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่น เนื่องจากเป็นแนวคิดที่สามารถนำมาประเมินความรู้ ความเชื่อ ทักษะ และการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองของวัยรุ่นซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยเชิงลึกเพื่อแก้ปัญหาป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นของเขตสุขภาพที่ 7 ในเชิงนโยบายอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์

1) เพื่อหาปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ที่มีผลกับความตั้งใจในการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปีในเขตสุขภาพที่ 7

2) เพื่อนำเสนอปัญหา และข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปีในเขตสุขภาพที่ 7

สมมติฐานการวิจัย

ปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ การรับรู้ความสามารถ ในการควบคุมตนเองเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการตั้งครรภ์ซ้ำ ในวัยรุ่นอายุไม่น้อยกว่า 20 ปี ในเขตสุขภาพที่ 7 อย่างน้อย 1 ปัจจัย

ขอบเขตการวิจัย

ขอบเขตเชิงเนื้อหา เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive research) เพื่อศึกษาการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ในเขตสุขภาพที่ 7 โดยศึกษาตามทฤษฎี พฤติกรรมตามแบบแผน (Theory of Planned Behaviors: TPB) ของ Ajzen (1991) ในประเด็น คุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้ ทักษะคติ ความเชื่อ การรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเอง ความตั้งใจในการตั้งครรภ์วัยรุ่นที่อายุต่ำกว่า 20 ปี ในเขตสุขภาพที่ 7

ขอบเขตเชิงเวลา ปีงบประมาณ 2564 ระหว่างเดือน มิถุนายน 2564- กุมภาพันธ์ 2565

ขอบเขตเชิงประชากร หญิงวัยรุ่นอายุ น้อยกว่า 20 ปี ที่ตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไปจำนวน 66 คน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างผู้วิจัยได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก โดยจำนวนหญิงวัยรุ่นอายุ ต่ำกว่า 20 ปีที่มีประวัติตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไปใน เขตสุขภาพที่ 7 เท่ากับ 463 คน และเก็บข้อมูล ได้ทั้งสิ้น 66 คน โดยมีรายละเอียดเกณฑ์การคัด

เข้าและคัดออก มีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion Criteria) ได้แก่ ต้องได้รับอนุญาตจากผู้ปกครองโดยชอบธรรม ตามกฎหมาย มีความสมัครใจเข้าร่วมการวิจัย สามารถสื่อสารภาษาไทยได้ เป็นวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีที่มีประวัติตั้งครรภ์ 2 ครั้งขึ้นไป

เกณฑ์ในการคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (exclusion criteria) ได้แก่ ขณะเก็บข้อมูล ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีความผิดปกติ ทางสุขภาพจิต เช่น โรควิตกกังวล โรคซึมเศร้า หรือจิตเภท เป็นต้น มีความบกพร่องทางการรับรู้ เช่น พิการทางสายตา การได้ยิน หรือการพูด เป็นต้น

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 7 ข้อ ประกอบด้วย อายุ สถานภาพ การศึกษาสูงสุด ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ อายุของสามี รายได้ครอบครัว ประวัติบุคคลใกล้ชิดเคยมีบุตรขณะ อายุไม่น้อยกว่า 20 ปี

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามข้อมูลทาง พฤติกรรม เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจาก เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการแท้ง ประวัติการคุมกำเนิด ความสม่ำเสมอในการ คุมกำเนิด เหตุผลที่ตัดสินใจยุติการคุมกำเนิด

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตร

วัดแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 5 มีค่าคะแนนความเป็นไปได้อยู่ในช่วง 10 - 50 คะแนน แบ่งคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์⁽⁴⁾ คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง มีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึงมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึงมีความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับต่ำ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ซ้ำ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนของ Ajzen(1991)⁽⁵⁾ เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องซึ่งทัศนคติเป็นผลมาจากความเชื่อที่มีต่อผลลัพธ์จากการตั้งครรภ์ซ้ำ และการประเมินผลลัพธ์จากการตั้งครรภ์ซ้ำ ซึ่งส่งผลให้วัยรุ่นรับรู้ต่อการตั้งครรภ์ซ้ำของตนเองในเชิงบวกหรือเชิงลบ จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 5 มีค่าคะแนนความเป็นไปได้อยู่ในช่วง 10 - 50 คะแนน แบ่งคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์⁽⁴⁾ คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง มีทัศนคติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึงมีทัศนคติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึงมีทัศนคติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับต่ำ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยว

กับการตั้งครรภ์ซ้ำ เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 10 ข้อ เป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 5 มีค่าคะแนนความเป็นไปได้อยู่ในช่วง 10 - 50 คะแนน แบ่งคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์⁽⁴⁾ คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 หมายถึง มีความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึงมีความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึงมีความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับต่ำ

ส่วนที่ 6 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ จำนวน 10 ข้อเป็นมาตรวัดแบบประมาณค่า (Rating scale) 5 อันดับ ตั้งแต่ 1 ถึง 5 มีค่าคะแนนความเป็นไปได้อยู่ในช่วง 10 - 50 คะแนน แบ่งคะแนนความรู้เป็น 3 ระดับ ตามเกณฑ์ 4 คะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00 การรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับดี คะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66 หมายถึงการรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึงการรับรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับต่ำ

ส่วนที่ 7 ข้อคำถามเชิงคุณภาพเกี่ยวกับปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการตัดสินใจของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีที่ตั้งครรภ์เป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ ความ

เชื่อ ทักษะคิด และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ จำนวน 5 ข้อ ลักษณะข้อคำถาม ดังนี้ท่านมีความเข้าใจอย่างไรเกี่ยวกับการมีบุตรคนที่ 2 ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับความเชื่อที่ว่า การมีบุตรจะทำให้มีคนมาช่วยแบ่งเบาภาระภายในบ้าน และสามารถดูแลเราได้เมื่อแก่เฒ่า ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี ท่านรับรู้เกี่ยวกับตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างไร สิ่งที่ยากเสนอแนะ/คาดหวังจากบุคลากรสาธารณสุข

นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นประกอบด้วยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น แบบสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ซ้ำ แบบสอบถามความเชื่อเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ซ้ำ แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ ตรวจสอบความเที่ยงตรง เชิงเนื้อหา ความถูกต้อง รวมถึงให้ผู้เชี่ยวชาญ อย่างน้อย 3 คน ตรวจสอบเชิงเนื้อหา แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ข้อมูล ก่อนนำแบบสอบถามไปทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try Out) โดยนำแบบสอบถาม ไปทดลองใช้กับกลุ่มคนที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย และนำมาวิเคราะห์หาความ เที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ ปรับปรุงแก้ไขก่อนนำไปใช้จริง โดยได้ ค่า IOC 0.6 - 0.8 คำนวณค่า Reliability = 0.80⁽⁷⁾

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ ข้อมูลทางสถิติด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ดังนี้ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ สถิติเชิงพรรณนา

และเชิงอนุมาน โดย ข้อมูลแจกนับแสดงผลเป็นจำนวน ร้อยละ ข้อมูลต่อเนื่องที่มีการแจกแจงปกตินำเสนอด้วย ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation: SD) การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติอนุมาน หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่สัมพันธ์กับความตั้งใจในการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี โดยใช้ สถิติ Logistic Regression

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (471/2564) คณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ โรงพยาบาลขอนแก่น (KEF64024) หากเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ต่อสภาพจิตใจ หรืออาสาสมัครเกิดความรู้สึกอึดอัดใจในการตอบแบบสอบถาม หรืออาสาสมัครต้องการยุติการสัมภาษณ์เชิงลึกก็สามารถถอนตัวจากโครงการได้ทันที โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผล โดยระบุข้อมูลที่ได้จะเก็บเป็นความลับปกปิดแหล่งข้อมูลอย่างเคร่งครัด ไม่ก่อให้เกิดความเสียหายใดๆทั้งต่อบุคคลและองค์กรที่เกี่ยวข้อง

ผลการวิจัย

ข้อมูลเชิงปริมาณ

1) ข้อมูลส่วนบุคคล

ข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบไปด้วยอายุ สถานภาพการศึกษาสูงสุดการประกอบอาชีพสามีหรือคู่รักรายได้ครอบครัวเฉลี่ยเดือนและบุคคลใกล้ชิดที่เคยตั้งครรภ์หรือมีบุตรขณะอายุ

น้อยกว่า 20 ปี พบว่าอายุเฉลี่ยของกลุ่มตัวอย่าง 18.8 ปี อายุน้อยที่สุด 16 ปี อายุมากที่สุด 20 ปี สถานภาพสมรสของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ สถานภาพสมรส รองลงมาคือสถานภาพโสด จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 19.7 ระดับการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้นจำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 45.5 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย จำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 28.8 ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพจำนวน 35 คน คิดเป็นร้อยละ 53.0 มีสามีหรือคู่รัก จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 89.4 ซึ่งสามีหรือคู่รักมีอายุเฉลี่ย 23.2 ปี

อายุน้อยที่สุด 17 ปี อายุมากที่สุด 39 ปี มีรายได้ครอบครัวเฉลี่ยเดือนละ 12,566 บาท ต่อเดือน โดยรายได้ต่อเดือนน้อยที่สุด 1,500 บาทและรายได้ต่อเดือนมากที่สุด 70,000 บาท จากประวัติบุคคลใกล้ชิดของกลุ่มตัวอย่างเคยตั้งครรภ์หรือมีบุตรขณะอายุน้อยกว่า 20 ปี พบว่ามีบุคคลใกล้ชิดที่เคยตั้งครรภ์หรือมีบุตรขณะอายุน้อยกว่า 20 ปีจำนวน 38 คน คิดเป็นร้อยละ 57.6 ซึ่งคนใกล้ชิดส่วนใหญ่คือเพื่อนจำนวน 19 คน คิดเป็นร้อยละ 50.0 (แสดงในตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
อายุ	Mean= 18.88 ปี	66	100.0
	Min = 16 ปี, Max = 20 ปี		
สถานภาพ	โสด	13	19.7
	สมรส	49	74.2
	หย่าร้าง	4	6.1
การศึกษา	ประถมศึกษา	8	12.1
	มัธยมศึกษาตอนต้น	30	45.5
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	19	28.8
	ปวช.	7	10.6
	ปวส. หรือ อนุปริญญา	0	0.0
การประกอบอาชีพ	อื่นๆ (ไม่ได้เรียนหนังสือ)	2	3.0
	รับจ้างทั่วไป	14	21.2
	เกษตรกร	1	1.5
	ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	9	13.6
	นักเรียน/นักศึกษา	5	7.6

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดของข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

	ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	0	0.0
	ไม่ได้ทำงาน	35	53.0
	อื่นๆ	2	3.0
สามีหรือคู่รัก	ไม่มี	7	10.6
	มี	59	89.4
- อายุสามีหรือคู่รัก	Mean= 23.25 ปี Min = 17 ปี, Max = 39 ปี	59	100
รายได้ครอบครัวเฉลี่ยเดือน	Mean= 12,566 บาทต่อเดือน Min = 1,500 บาท, Max = 70,000 บาท	66	100.0
บุคคลใกล้ชิดของท่านเคยตั้งครรภ์ หรือมีบุตรขณะอายุน้อยกว่า 20 ปี	ไม่มี	28	42.4
	มี	38	57.6
- คนใกล้ชิดคือ	มารดา	3	7.9
	พี่สาว	5	13.2
	น้องสาว	1	2.6
	เพื่อน	19	50.0
	ลูกพี่ลูกน้อง	7	18.4
	อื่นๆ	3	7.9

2) ข้อมูลทางสุติกรรม

ข้อมูลทางสุติกรรม ประกอบไปด้วย จำนวนการตั้งครรภ์ซ้ำ อายุการคลอดบุตรหรือแท้งครรภ์ที่ผ่านมา ประวัติการคุมกำเนิดและวิธีการคุมกำเนิด การตัดสินใจยุติการคุมกำเนิด และเหตุผลที่ตัดสินใจยุติการคุมกำเนิดพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครรภ์ที่ 2 ตั้งครรภ์จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 87.9

โดยอายุการคลอดบุตรหรือแท้งครรภ์ที่ผ่านมาเฉลี่ย 17.1 ปี อายุน้อยที่สุด 13 ปี อายุมากที่สุด 20 ปี ประวัติไม่ได้การคุมกำเนิดจำนวน 27 คน คิดเป็นร้อยละ 40.9 และมีประวัติได้คุมกำเนิดจำนวน 39 คน คิดเป็นร้อยละ 59.1 ซึ่งส่วนใหญ่คุมกำเนิดด้วยวิธีรับประทานยาเม็ดคุมกำเนิดจำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 51.3 รองลงมาคือยาฝังคุมกำเนิดจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ

ละ 25.6 และส่วนใหญ่ไม่มีความสม่ำเสมอในการใช้วิธีคุมกำเนิดจำนวน 21 คน คิดเป็นร้อยละ 53.8 กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจยุติการคุมกำเนิดจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 59.1 โดยเหตุผลที่ตัดสินใจยุติการคุมกำเนิดในครั้งนี้คือ

เหตุผลอื่นๆ จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 41.7 เช่น พลาดคุมกำเนิดไม่สม่ำเสมอ ลืมกินยา ไม่มีเงินซื้อยาคุมได้รับผลข้างเคียง รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดของข้อมูลทางสถิติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
ตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครั้งที่	ครั้งที่ 2	58	87.9
	ครั้งที่ 3	8	12.1
ขณะคลอดบุตรหรือแท้ง	Mean = 17.15 ปี	66	100.0
ครรภ์ที่ผ่านมามีอายุน้อยกว่า 6 เดือนให้นับเป็น 1 ปี)	Min = 13 ปี, Max = 20 ปี		
ประวัติการคุมกำเนิด	ไม่ได้คุมกำเนิด	27	40.9
	คุมกำเนิด	39	59.1
- คุมกำเนิด ด้วยวิธี	ยาเม็ดคุมกำเนิด	20	51.3
	ยาฉีดคุมกำเนิด	6	15.4
	นั้บระยะปลอดภัย	0	0.0
	ห่วงอนามัย	0	0.0
	ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน	1	2.6
	ยาฝังคุมกำเนิด	10	25.6
	ฝ่ายชายหลั่งภายนอก	0	0.0
	สามีใช้ถุงยางอนามัย	2	5.1
- ความสม่ำเสมอในการใช้วิธีคุมกำเนิด	สม่ำเสมอ	18	46.2
	ไม่สม่ำเสมอ	21	53.8
ท่านตัดสินใจยุติการคุมกำเนิดหรือไม่	ไม่ยุติ	30	45.5
	ยุติ	36	59.1

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุดของข้อมูลทางสถิติกรรมของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล		จำนวน (คน)	ร้อยละ
- เหตุผลที่ตัดสินใจในยุติ การคุมกำเนิดในครั้งนี้	ต้องการมีบุตร	8	22.2
	กลัวผลข้างเคียงจากการใช้วิธี คุมกำเนิดนานๆ	5	13.9
	ผู้ปกครองต้องการทายาท	0	0.00
	สามีต้องการมีบุตร	8	22.2
	อื่นๆ	15	41.7

ปัจจัยด้านความรู้กับการตั้งครรภ์ และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นภาพรวม ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.32 (S.D.=0.56) แปลผลอยู่ในระดับปานกลาง ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองภาพรวม ค่าคะแนนเฉลี่ย 3.71 (S.D.=0.52) แปลผลอยู่ในระดับมาก (แสดงดังตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 แสดงค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับความรู้ ทักษะ ความเชื่อ และการรับรู้ เกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นภาพรวม

ระดับความรู้	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล
ด้านความรู้	3.32	0.56	ระดับปานกลาง
ด้านทัศนคติ	3.28	0.32	ระดับปานกลาง
ด้านความเชื่อ	3.17	0.42	ระดับปานกลาง
ด้านการรับรู้	3.71	0.52	ระดับมาก

ปัจจัยมีผลต่อการตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำใน
วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี

ปัจจัยด้านความเชื่อมีโอกาสทำให้วัยรุ่น
ตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำเพิ่มขึ้น 3.27 เท่า ซึ่งประเด็น
ความเชื่อเรื่องวัยรุ่นไม่กล้าไปรับบริการคุมกำเนิด

เพราะมีความเชื่อว่าเจ้าหน้าที่จะสอบถามเรื่อง
ส่วนตัวของวัยรุ่นมากเกินไป

ตัวแปร	B	Beta	t	p-value	R	R ²
ความเชื่อ	0.436	0.158	2.764	0.007	0.327	0.107
ค่าคงที่ = 1.182, F = 7.642, p-value < 0.001						

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

เกี่ยวกับปัจจัยอื่นที่มีผลต่อการตัดสินใจของหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปีที่ตั้งครรภ์เป็นครั้งที่ 2 ขึ้นไป ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้ ความเชื่อ ทศนคติ และการรับรู้ความสามารถในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำ โดยสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 10 คน

ประเด็นที่หนึ่งความเข้าใจเกี่ยวกับการมีบุตรคนที่ 2 ในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี จากการสัมภาษณ์หญิงวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มีประวัติตั้งครรภ์ 2 ครั้งขึ้นไปเข้าใจว่าเป็นเรื่องส่วนบุคคล ไม่เกี่ยวกับอายุ ขึ้นอยู่กับว่าเราอยากเลี้ยงเขาหรือไม่ และเป็นเรื่องของความพร้อมของครอบครัวถึงแม้ว่าอายุจะน้อยแต่หากมีรายได้ มีงานทำ ก็สามารถมีลูกได้ เข้าใจว่าเป็นความผิดพลาดจากการลืมกินยาคุม ความประมาทในการคุมกำเนิด และความรู้เรื่องยาคุมไม่ดีพอ ควรคุมกำเนิดไว้ดีกว่า บางครั้งครอบครัวอาจจะยังไม่พร้อม

ประเด็นที่สองความเชื่อที่ว่าการมีบุตรจะทำให้มีคนมาช่วยแบ่งเบาภาระภายในบ้าน และสามารถดูแลเราได้เมื่อแก่เฒ่า จากการสัมภาษณ์หญิงวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มีประวัติตั้งครรภ์ 2 ครั้งขึ้นไป ไม่เชื่อ และไม่คาดหวังว่าลูกจะมาเลี้ยง ขอแค่ลูกเป็นคนดี สามารถพึ่งพาตนเองได้ เราจะเลี้ยงเขาให้ดีที่สุด เชื่อว่าขึ้นอยู่กับความเชื่อ เลี้ยงให้เขาเป็นเด็กดี ฉลาด

เชื่อและหวังว่าลูกจะมาช่วยงานและเลี้ยงดูเราตอนแก่เฒ่า

ประเด็นที่สามความคิดเห็นเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี จากการสัมภาษณ์หญิงวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มีประวัติตั้งครรภ์ 2 ครั้งขึ้นไป มีความคิดเห็นว่าเป็นเรื่องปกติ เป็นความผิดพลาด ความประมาท ครั้งเดียวไม่ท้องหรอก คิดว่าเป็นเรื่องของความพร้อมของแต่ละครอบครัว ถ้าครอบครัวพร้อมจะดูแลถือว่าเหมาะสมเป็นเรื่องปกติ เป็นเรื่องธรรมดาคิดว่าไม่ควรจะมีจะเอาออกก็สงสาร

ประเด็นที่สี่การรับรู้เกี่ยวกับตนเองในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำอย่างไรจากการสัมภาษณ์หญิงวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มีประวัติตั้งครรภ์ 2 ครั้งขึ้นไป มีการรับรู้ที่ตนเองกลัวผลข้างเคียงจากยาคุมกำเนิด รับรู้ว่าตนลืมกินยาคุม รับรู้ว่าตนนั้นพลาดและประมาท รับรู้ว่าตนสามารถทานยาคุมได้ตรงเวลาและทานถูกต้องตามหลัก รับรู้ว่าตนไม่ได้ป้องกันเพราะตั้งใจมีบุตร

ประเด็นที่ห้าความคาดหวังและข้อเสนอแนะต่อบุคลากรทางการแพทย์จากการสัมภาษณ์หญิงวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มีประวัติตั้งครรภ์ 2 ครั้งขึ้นไป เสนอแนะเรื่องการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการคุมกำเนิด นอกจากวิธีการฝังเข็ม หรือวิธีที่ประหยัด

ค่าใช้จ่ายและสะดวก ความรู้เกี่ยวกับการดูแลเด็กแรกเกิด และ “สิ่งที่อยากบอกคือการท้องอายุน้อยไม่ใช่เรื่องน่าอายค่ะเพราะพ่อแม่รับรู้แล้วก็พร้อมที่จะเลี้ยง”

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากผลการวิจัยข้อมูลส่วนบุคคลของวัยรุ่นตั้งครรภ์ซ้ำในเขตสุขภาพที่ 7 พบส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ไม่ได้ประกอบอาชีพ มีรายได้เฉลี่ยค่อนข้างต่ำ ประวัติบุคคลใกล้ชิดที่ตั้งครรภ์ซ้ำส่วนใหญ่เป็นเพื่อน และส่วนใหญ่มีประวัติไม่ได้คุมกำเนิด สอดคล้องกับสาเหตุของการตั้งครรภ์ซ้ำเกิดจาก 2 ปัจจัยคือ ปัจจัยภายในตัวมารดาวัยรุ่นเอง คือต้องพึ่งพาสามีทางด้านเศรษฐกิจจึงผูกมัดสามีด้วยการมีลูก และปัจจัยภายนอกตัวมารดา คือการยอมรับการตั้งครรภ์จากกลุ่มเพื่อนและญาติ รวมถึงการไม่ได้รับการคุมกำเนิดในช่วงเวลาที่เหมาะสม⁽⁸⁾ นอกจากนี้รายได้ครอบครัวและบุคคลใกล้ชิดเป็นแม่วัยรุ่น มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจตั้งครรภ์ ซ้ำ⁽⁹⁾

ปัจจัยด้านความรู้กับการตั้งครรภ์ และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ย 3.32 (S.D.=0.56) แปลผลอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากวัยรุ่นไม่รู้ว่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอาจทำให้เกิดภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ ไม่คิดว่าการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นส่งผลให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า เนื่องจากได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ และไม่รู้ว่าการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นมีโอกาสเกิดการเสียชีวิตของทารก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นพบว่าสาเหตุ

การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นเกิดจากขาดความรู้ที่ถูกต้องและขาดความตระหนักรู้ในการป้องกันการคุมกำเนิด⁽⁸⁾ ส่วนปัจจัยด้านทัศนคติภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ย 3.28 (S.D.=0.32) แปลผลอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากวัยรุ่นคิดว่าการที่ลูกคลอดออกมาจะทำให้คลายเหงาและคิดว่าลูกที่คลอดออกมาจะทำให้ตนมีความสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นในกลุ่มชาติพันธุ์ พบว่าวัยรุ่นมีทัศนคติเชิงบวกกับการตั้งครรภ์ซ้ำที่เชื่อว่าเป็นสิ่งที่ดีและยอมรับการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้น เนื่องจากค่านิยมในสังคมมองว่าเป็นเรื่องปกติโดยมีแรงสนับสนุนจากปัจจัยภายนอกที่มีความสัมพันธ์โดยตรงคือครอบครัว⁽¹⁰⁾ ปัจจัยด้านความเชื่อภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ย 3.17 (S.D.=0.42) แปลผลอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากวัยรุ่นเชื่อว่าการตั้งครรภ์ในครั้งนี้จะทำให้วัยรุ่นมีกำลังใจในการทำงานและการตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นเพราะวัยรุ่นอยู่ร่วมกับสามีอย่างเปิดเผย สอดคล้องกับสาเหตุการตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่นจากปัจจัยภายนอกคือการยอมรับการตั้งครรภ์จากกลุ่มเพื่อนและญาติ และการได้รับการช่วยเหลือจากครอบครัว⁽⁸⁾ นอกจากนี้ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองภาพรวมค่าคะแนนเฉลี่ย 3.71 (S.D.=0.52) แปลผลอยู่ในระดับดี เนื่องจากสามารถหาแหล่งให้บริการคุมกำเนิดได้ทุกครั้งที่เมื่อวัยรุ่นต้องการ เช่น โรงพยาบาล คลินิก ร้านขายยา ร้านสะดวกซื้อ เป็นต้น และสามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิด เลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดได้ด้วยตนเอง สอดคล้องกับความ

ต้องการการช่วยเหลือในการป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำของมารดาวัยรุ่นคือ ต้องการให้บุคลากรทางสาธารณสุขให้ความรู้เกี่ยวกับผลกระทบของการตั้งครรภ์ซ้ำ และประสิทธิภาพของยาฝังคุมกำเนิดแก่มารดาวัยรุ่นและการฝังยาคุมกำเนิดฟรีหลังคลอดครั้งแรกเมื่อมารับบริการตรวจแผลฝีเย็บ 10 วันหลังคลอดเนื่องจากข้อมูลและการให้บริการยาฝังคุมกำเนิดที่ชัดเจนต้องไปขอรับคำปรึกษาในสถานบริการ⁽⁸⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การศึกษาในกลุ่มเปราะบาง กลุ่มตัวอย่างจะเข้าร่วมโครงการได้จะต้องขออนุญาตผู้ปกครองก่อน และขออนุญาตจากอาสาสมัคร

2. ในการกำหนดตัวชี้วัดเกี่ยวกับการตั้งครรภ์ซ้ำควรไม่ควรตั้งค่าเป้าหมายที่ต่ำเกินไปเพราะเงื่อนไขข้อจำกัดในส่วนของทัศนคติและความเชื่อต่อการตั้งครรภ์ซ้ำแต่ละพื้นที่แตกต่างกัน

2. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1. ควรส่งเสริมทัศนคติของวัยรุ่นต่อการตั้งครรภ์ซ้ำโดยเฉพาะประเด็นที่มองว่าเป็นเรื่องส่วนบุคคลและเป็นเรื่องปกติ

2. ควรส่งเสริมการรับรู้ความสามารถในการควบคุมตนเองเรื่องพลาดและประมาท จนตั้งครรภ์ซ้ำและการลืมนิยามัดคุมกำเนิดอย่างสม่ำเสมอทำให้มีโอกาสตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นได้

ข้อจำกัดในงานวิจัย เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีภูมิลำเนาในเขตสุขภาพที่ 7 แต่ไปทำงานที่อื่นทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลได้ครบ

ข้อจำกัดในการศึกษา

1) สถานการณ์ Covid - 19 ส่งผลกระทบต่อขั้นตอนในการเก็บข้อมูลทำให้ไม่สามารถเก็บข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่างได้มากพอ

2) กลุ่มตัวอย่างย้ายที่อยู่อาศัยตามสามีและไปทำงานต่างจังหวัด ส่งผลกระทบต่อจำนวนกลุ่มตัวอย่าง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์ชาตรี เมธาธราธิป ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น นายแพทย์ประสิทธิ์ สัจจงพงษ์ อดีตผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น อนุมัติให้ดำเนินการศึกษาในครั้งนี้ นางธัญลักษณ์ วัฒนศิริธรรม หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น ที่ให้การสนับสนุนในการดำเนินงาน ขอขอบคุณ นายอริวัฒน์ บุตรดาบุตร ที่ปรึกษาที่ให้คำปรึกษา

ข้อเสนอแนะในการศึกษารั้งนี้

ขอขอบพระคุณ ประธาน เลขาธิการ และคณะกรรมการพัฒนาวิชาการผู้ประเมินและให้คำแนะนำ การจัดทำงาน ที่ให้ข้อเสนอแนะและสนับสนุนการศึกษาจนสำเร็จไปด้วยดี สุดท้ายนี้ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องและกลุ่มตัวอย่างทุกคน ที่กรุณาให้ความร่วมมือในทุกขั้นตอนของการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560 - 2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559. กรุงเทพฯ: เทพเพ็ญวานิชย์; 2560.
2. Health data center กระทรวงสาธารณสุข. ร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงอายุน้อยกว่า 20 ปี. [อินเทอร์เน็ต]. 2564. [เข้าถึงเมื่อ 23 พ.ค.2563]. เข้าถึงได้จาก: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=bebf866fceaef84c4078965eaf619565&id=4f7d8042fb0a064b25f29a48f6ccd23f
3. อังสนา วิสสุตเกษมพงศ์. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการผดุงครรภ์ชั้นสูง]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557.
4. วิเชียร เกตุสิงห์. สถิติวิเคราะห์สำหรับการวิจัย. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2538
5. Ajzen, I. Theory of Planned Behavior. Organizational Behavior and Human Decision Process 1991: 50; 179 - 211.
6. อีรวุฒิ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: วิทยาการพิมพ์; 2544.
7. บุญใจ ศรีสถิตยน์ราษฎร์. ระเบียบวิธีวิจัยทางพยาบาลศาสตร์. กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย จำกัด; 2553.
8. เกตุยัสรี ศรีวิไล. การตั้งครรภ์ซ้ำในมารดาวัยรุ่น ในโรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่งของภาคใต้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2559; 3(3): 142 - 150.
9. สุกัญญา ปานเจริญ จิราจันทร์ คนหา และภัทรานิษฐ์ จองแก. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความตั้งใจตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงวัยรุ่น. วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ 2563; 5(10): 232 - 244.
10. ณฐกร เฟื่องพ่วง พิษณุรักษ์ กันทวี และจตุพงศ์ สิงห์ไชย. การตั้งครรภ์ซ้ำของวัยรุ่นในกลุ่มชนชาติพันธุ์ม้ง อำเภอเทิง จังหวัดเชียงราย. เชียงรายเวชสาร 2564; 13(3): 162 - 181



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