



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 2 (พฤษภาคม - สิงหาคม 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

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

คณะผู้จัดทำ

บรรณาธิการอำนวยการ

นพ.ชาติรี เมธธาราธิป

บรรณาธิการ

ดร.อิทธิวัฒน์ บุตรดาบุตร

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.นิรุวรรณ เทรินบัว มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ดร.ลักขณา สุกุลทอง ศูนย์สุขภาพจิตที่ ๗ ขอนแก่น
ดร.สุภัทรา สามัง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ดร.คงฤทธิ วันจรรยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
ผศ.นพ.สิทธิชัย คำไสย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.นพ.วิเชียร ศิริธนพล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.พญ.จาริณญา จินดาประเสริฐ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ดร.จกมล พลตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น
ผศ.ดร.ชาญชัยณรงค์ ทรงศาศรี มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์
ดร.เทพไทย โชติชัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น
ดร.ภญ.คันสนีย์ จันทสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

ผศ.ดร.ศรียญา จรุงมาก มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ผศ.ดร.วรรณภา ภาจำปา มหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี
ดร.เสาวลักษณ์ คัชมาตย์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ ขอนแก่น
ผศ.ดร.สุเมธีรัตน์ ยั่งยืน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
ผศ.วิชญ์ศาสตร์ อาจโยธา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตขอนแก่น
ดร.พนิชดา จันทะคุณ โรงพยาบาลจิตเวชขอนแก่นราชนครินทร์
นายชาญชัย ธรรมงาม โรงพยาบาลจิตเวชเลยราชนครินทร์
ดร.กุสุมา มีศิลป์ โรงพยาบาลศรีสะเกษ
พญ.อำนวยการ อภิรักษากร โรงพยาบาลขอนแก่น
พญ.สุจิรา ขวาชั้น ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
พญ.สิริฉันทา กิตติศิริวัฒนกุล ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

อำนวยการวิชาการ

พญ.มกรารัตน์ หวังเจริญ ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
นางจารินี ยศปัญญา ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
ทพญ.ปิยะนุช เอกก้านตรง ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
ดร.ทพญ.ศรียทิพย์ ชาลีเครือ ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
นางบังอร กล้าสุวรรณ ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
นางชัยณัฐนาถ ปานนิล ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

นายสุวิศิษฐ์ ช่างทอง ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
นางกัญญา จันทร์พล ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
นางสาวจันทิยา เนติวิทย์ธรรม ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
นางสาวจันทรรัตรา สมด้ว ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
นางสาวประภัสสร พิศวงปราการ ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น
นางสาวจุฑารัตน์ กิจไพบ ศูนย์อนามัยที่ ๗ ขอนแก่น

จัดพิมพ์และเผยแพร่

นางสาวประภัสสร พิศวงปราการ นางพรพรรณ นามตะ
นายจิรโรจน์ จิระเจริญวงศ์ชา นางธิดารัตน์ สุนทรไชยา
นางพรพรรณ นามตะ นางธิดารัตน์ สุนทรไชยา

ศิลปกรรมออกแบบ

สำนักงาน

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น
40000 โทรศัพท์ 043-243-416, 089-5862136 <http://hpc7.anamai.moph.go.th>

กำหนดออก

ปีละ 3 เล่ม มกราคม - เมษายน, พฤษภาคม - สิงหาคม, กันยายน - ธันวาคม

จัดพิมพ์

หจก.ขอนแก่นการพิมพ์ 64-66 ถนนนรินทร์ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทร. 043-221938, 220128 e-mail: kk_p902@hotmail.com

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

JOURNAL OF REGIONAL HEALTH PROMOTION

CENTRE 7 KHONKAEN

ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567

Vol.16 No.2 May - August 2024

ISSN 2985-0134 (Print)

ISSN 2985-0142 (Online)

วัตถุประสงค์

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

บทบรรณาธิการ

สวัสดีครับท่านผู้อ่าน ผู้สนใจ นักวิชาการที่อ่าน อ้างอิงผลงานจากวารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นทุกท่าน วารสารฉบับนี้เป็นปีที่ 16 ฉบับที่ 2 ประจำปี 2567 ซึ่งกองบรรณาธิการยังคงพัฒนาคุณภาพงานอย่างต่อเนื่องเพื่อมุ่งสู่คุณภาพในระดับสากล และยังคงดำรงไว้ซึ่งคุณภาพวารสารทางวิชาการอยู่ในฐานข้อมูลศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index: TCI) ซึ่งมีผู้เชี่ยวชาญในการพิจารณาบทความ จำนวน 3 ท่าน เพื่อกลั่นกรอง ร้อยเรียง ให้ข้อเสนอแนะผลงานให้สมบูรณ์ตามมาตรฐานและคุณภาพทางวิชาการ รวมไปถึงการรักษาจริยธรรมการตีพิมพ์อย่างเคร่งครัด เนื้อหาในวารสารฉบับนี้ ประกอบไปด้วยบทความวิชาการ ผลงานวิจัยที่น่าสนใจ รวมทั้งสิ้น 15 เรื่อง เป็นผลงานวิจัยด้านส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม ผลงานการเรียนการสอนจากสถานศึกษา มีผู้นิพนธ์จากหลากหลายหน่วยงานและหลายสาขาอาชีพ อาทิเช่น บุคลากรผู้ปฏิบัติงานด้านการแพทย์และสาธารณสุข พยาบาล นักวิชาการ รวมไปถึง บุคลากรทางการศึกษา นักศึกษา และคณาจารย์ ถือเป็นวารสารอีกฉบับหนึ่งที่มีความหลากหลายผลงานการวิจัย เพราะวารสารเราถือเป็นสื่อกลางในการนำเสนอ แลกเปลี่ยนองค์ความรู้ การเรียนการสอน และสร้างเครือข่ายด้านวิชาการงานวิจัยระหว่างหน่วยงานอย่างดียิ่ง

กองบรรณาธิการ ขอขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาให้ข้อเสนอแนะอันเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงผลงานวิชาการ ขอขอบคุณผู้นิพนธ์ ผู้อ่านทุกท่านที่ให้การตอบรับและสนใจส่งผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ มาเผยแพร่ในวารสารตลอดมา และหวังเป็นอย่างยิ่งว่าบทความวิชาการ ผลการวิจัย ที่นำเสนอในวารสารฉบับนี้จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานของผู้อ่านและผู้สนใจทุกท่าน พบกันอีกครั้งในฉบับหน้า สวัสดีครับ

ดร.อริวัฒน์ บุตรดาบุตร

บรรณาธิการ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ข้อแนะนำสำหรับผู้พิมพ์

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

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 วารสารพิจารณาตีพิมพ์ในวารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เป็นบทความที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยต้องเป็นงานที่ไม่เคยถูกนำไปพิมพ์ในวารสารอื่นใดมาก่อน และไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาในวารสารใดๆ สามารถแบ่งได้ 2 ลักษณะดังนี้

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

1.3 กองบรรณาธิการจะพิจารณาค้นฉบับ (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%

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับ

2.1 ต้นฉบับหน้าเดียวบนกระดาษขนาด เอ 4 ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ (รวมเนื้อหาทุกส่วน)

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

การส่งต้นฉบับเพื่อตีพิมพ์

- ให้ผู้พิมพ์ ส่ง file ต้นฉบับในรูปแบบ Word document ในระบบการ Submission ใน <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/johpc7> เท่านั้น หากการ Submission สำเร็จ ผู้พิมพ์จะได้รับ E-mail แจ้งเตือนการได้รับบทความเพื่อเข้าสู่กระบวนการพิจารณาต่อไป โดยการส่งต้นฉบับ

เข้ารับการตีพิมพ์ในฉบับที่ 1 ควรส่งก่อนวันที่ 1 กุมภาพันธ์ ฉบับที่ 2 ควรส่งต้นฉบับก่อนวันที่ 1 มิถุนายน และ ฉบับที่ 3 ควรส่งต้นฉบับก่อนวันที่ 1 ตุลาคม

4. การเรียงลำดับเนื้อหา (ตัวอย่างการเรียบเรียงเนื้อหา)

4.1 ชื่อเรื่อง (Title)

- ภาษาไทย ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง มีความสั้นกระชับสอดคล้องกับเนื้อหาในเรื่อง

- ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง เป็นความหมายเดียวกับชื่อเรื่อง

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

ตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน ผู้พิมพ์ ภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 14 point ตัวหนา จัดชิดซ้าย ท้ายบทความ - E-mail address ของผู้พิมพ์ประสานงาน (Corresponding author) ท้ายบทความ ต่อจากตำแหน่ง สถานที่ปฏิบัติงาน

4.3 บทคัดย่อ (Abstract)

- ชื่อบทคัดย่อ และ abstract ขนาด 16 point ตัวหนา จัดกึ่งกลาง

- ข้อความบทคัดย่อภาษาไทย ภาษาอังกฤษ ขนาด 16 point ตัวธรรมดา กำหนดขีดขอบความยาวภาษาไทยไม่เกิน 300 คำ เขียนต่อกันเป็นความเรียงให้กระชับ

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

4.5 บทนำ (Introduction)

บรรยายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการวิจัย ศึกษา ค้นคว้า งานวิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องวัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมติฐาน และขอบเขตของการวิจัย

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

4.7 ผลการวิจัย (Result) - อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วสรุปตามวัตถุประสงค์และสมมติฐานที่ตั้งไว้

4.8 อภิปรายและสรุปผลการวิจัย (Discussion and Conclusion) การเขียนอภิปรายผล ในประเด็นหลักที่ตอบวัตถุประสงค์การวิจัย พร้อมแสดงเหตุผลสนับสนุน ผลการวิจัย สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะในการนำผลงานการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

4.9 กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgement) เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ให้ความช่วยเหลือหรือสนับสนุนงานวิจัยนั้นๆ ที่มีได้เป็นผู้ร่วมวิจัย

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

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

1) การอ้างอิงในเนื้อหา (In-text citation) เมื่อนำผลงานของบุคคลอื่น ไม่ว่าบางส่วน หรือทั้งหมด มาอ้างอิงในผลงานวิชาการ ให้ใส่ตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิง หลังชื่อผู้นิพนธ์ หรือ หลังข้อความที่อ้างอิง และใช้เลขลำดับเดิมในกรณีที่มีการอ้างอิงซ้ำทุกครั้ง ส่วนเอกสารอ้างอิงท้ายเล่ม จัดเรียงตัวเลขตามลำดับของการอ้างอิงในเนื้อหา โดยมีวิธีการอ้างอิง ดังนี้

1.1) การอ้างอิงที่เน้นผู้นิพนธ์ หรือ ผู้นิพนธ์เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิงตาม หลังชื่อผู้นิพนธ์

1.2) การอ้างอิงที่เน้นเนื้อหา หรือ ผู้นิพนธ์ไม่ได้เป็นส่วนหนึ่งของเนื้อหา ให้ใส่ตัวเลขลำดับการอ้างอิง ตามหลังข้อความที่อ้างอิง

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

1.2.2) การอ้างอิงหลายรายการพร้อมกัน ในกรณีที่ตัวเลขลำดับการอ้างอิง เป็นลำดับที่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมายติงศานุภาค (-) คั่นระหว่างตัวเลข แต่ถ้าตัวเลขลำดับการอ้างอิง ไม่ต่อเนื่องกันให้ใช้เครื่องหมาย จุลภาค (,) คั่นระหว่างตัวเลข

2) การอ้างอิงท้ายเล่ม หรือ เอกสารอ้างอิง (Reference)

ในการอ้างอิงเอกสารวิชาการรูปแบบแวนคูเวอร์ ให้เรียงลำดับของเอกสาร ตามลำดับเลขที่มีการอ้างอิงในเนื้อหารายงานหรือบทความ และหมายเลขที่อ้างอิงในเนื้อเรื่อนั้น จะต้องตรงกับหมายเลขที่มีการกำกับไว้ในส่วนเอกสารอ้างอิงด้วย โดยเรียงลำดับจากหมายเลข 1 ไปจนถึงเลขที่สุดท้าย (1, 2, 3,...) ให้เขียนหมายเลขอยู่ในวงเล็บ () ต่อท้ายข้อความที่นำมาอ้างอิงในรายงาน

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

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

ตัวอย่าง

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

จริญา เลิศอรชรขยมนิ, เอมอร รักขมนิ, อนุพันธ์ ดันติวงศ์, กรรณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒทิพรณิ 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

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

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

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

วิชัย โชควิวัฒน์. จริยธรรมในการวิจัยทางคลินิก. ใน: พรณิ ปิติสุทธิธรรม ชยันต์ พิเชียรสุนทร, บรรณาธิการ. ตำราการวิจัยทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ กรุงเทพฯ: อัมรินทร์ พรินต์ติ้ง; 2552. หน้า 255-78. วีระพลจันทร์ดียิ่ง, สนธิศ สุทธิจำรูญ, บรรณาธิการ. นรีเวชวิทยาเด็กและหญิงวัยรุ่นสาว. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2531.

2.6) หน่วยงานเป็นผู้พิมพ์

สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย. เกณฑ์การวินิจฉัยและแนวทางการประเมินการสูญเสียสมรรถภาพทางกายของโรคระบบการหายใจเนื่องจากการประกอบอาชีพ. แพทยสมาคม 2538 ;24: 190-204.

World Health Surveillance of antibiotic resistance in *Neisseria gonorrhoeae* in the WHO Western Pacific Region. Commun Dis Intell 2002; 26:541-5.

2.7) วิทยานิพนธ์

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

ตัวอย่าง

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

2.8) บทความในเอกสารการประชุมวิชาการ

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

ตัวอย่าง

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

2.9) เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุม /รายงานการประชุม

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

ตัวอย่าง

JSPS-NRCT Core University Exchange System on Pharmaceutical Sciences, National Research Council of Thailand. Advance in research on pharmacologically active substances from natural sources; 1992 Dec 3-5, Holiday Garden Hotel, Chiang Mai. Chiang Mai: The University; 1992.

2.10) บทความบนอินเทอร์เน็ต

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

ตัวอย่าง

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

5. ค่าธรรมเนียมการตีพิมพ์บทความ เมื่อบทความที่ลงทะเบีย่นผ่านการพิจารณากลั่นกรองเบื้องต้นจากกองบรรณาธิการโดยมีรูปแบบการพิมพ์ 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 ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรทั้งภายในและภายนอกศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กองบรรณาธิการถือชื่อผู้นิพนธ์อันดับแรกเป็นสำคัญ และการพิจารณาจากกองบรรณาธิการถือเป็นที่สุด

6. การติดต่อบรรณาธิการวารสาร

กลุ่มส่งเสริมการวิจัย นวัตกรรม และพัฒนาการเรียนรู้ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น อาคารอำนวยการ ชั้น 2 เลขที่ 195 ถนนศรีจันทร์ ต.ในเมือง อ.เมือง จ.ขอนแก่น โทรศัพท์ 043-235-905 ต่อ 2110 มือถือ 098-586-2136 โทรสาร 043-243-416 E-mail: anamai.plan7@gmail.com

จริยธรรมการตีพิมพ์

1. บทบาทหน้าที่ของผู้นิพนธ์ (Duties of Authors)

- 1.1 ผู้นิพนธ์เมื่อส่งบทความไปยังบรรณาธิการ บทความนี้ต้องไม่เคยเผยแพร่มาก่อนและไม่ได้รับการพิจารณาให้ตีพิมพ์ที่อื่นมาก่อน
- 1.2 ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบต่อเนื้อหาของสิ่งพิมพ์ของตน หากผู้นิพนธ์ใช้เนื้อหาที่นำมาจากนักวิจัยคนอื่นโดยตรง ต้องมีการอ้างอิงหรือยกมาอย่างเหมาะสม
- 1.3 ผู้นิพนธ์ต้องเขียนบทความวิจัยให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดไว้ใน “คำแนะนำสำหรับผู้นิพนธ์”
- 1.4 ผู้นิพนธ์ที่มีชื่อปรากฏในบทความทุกคน ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนในการดำเนินการวิจัยจริง
- 1.5 ผู้นิพนธ์จะต้องรับผิดชอบในการเปิดเผยแหล่งที่มาของการสนับสนุนทั้งหมด สำหรับโครงการวิจัย โดยอธิบายไว้ในต้นฉบับที่ส่งมา รวมทั้งระบุผู้นิพนธ์ร่วมทั้งหมดที่อำนวยความสะดวกในการวิจัย
- 1.6 ผู้นิพนธ์ต้องระบุผลประโยชน์ทับซ้อน (หากมี)
- 1.7 ผู้นิพนธ์ต้องรับผิดชอบต่อเนื้อหาของสิ่งพิมพ์ของตน หากผู้นิพนธ์ใช้เนื้อหาที่นำมาจากนักวิจัยคนอื่นโดยตรง ต้องมีการอ้างอิงหรือยกมาอย่างเหมาะสม
- 1.8 การกล่าวขอบคุณผู้มีส่วนช่วยเหลือในกิจกรรมประภาศน์นั้น หากสามารถทำได้ ผู้นิพนธ์บทความควรขออนุญาตจากบุคคลที่ประสงค์จะขอบคุณเสียก่อน
- 1.9 ผู้นิพนธ์จะต้องไม่รายงานข้อมูลที่คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างข้อมูลเท็จ หรือการปลอมแปลง บิดเบือน รวมไปถึงการตกแต่ง หรือ เลือกแสดงข้อมูลเฉพาะที่สอดคล้องกับข้อสรุป
- 1.10 กรณีที่ผลงานเป็นการศึกษาวิจัยและทำการทดลองในคนหรือสัตว์ทดลอง โดยการทดลองในคนอาจส่งผลกระทบต่อศักดิ์ศรี สิทธิ ความปลอดภัยของอาสาสมัคร ควรแนบหนังสือรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์หรือสัตว์ทดลอง ทั้งนี้ การอนุมัติให้ลงตีพิมพ์ขึ้นอยู่กับ การพิจารณาจากกองบรรณาธิการวารสารฯ ถือเป็นขั้นที่สุด

2. บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของบรรณาธิการ (Duties of Editors)

- 2.1 บรรณาธิการวารสารมีหน้าที่พิจารณาคุณภาพของบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารโดยคัดกรองตรวจสอบ บทความที่ส่งมาเพื่อตีพิมพ์ด้วยหลักการทางวิชาการ
- 2.2 บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้เขียนและผู้ประเมินบทความในระหว่างการประเมินบทความ
- 2.3 บรรณาธิการควรดำเนินการทุกอย่างเพื่อให้มั่นใจในคุณภาพของบทความที่ตีพิมพ์เพื่อรับรองคุณภาพของงานวิจัยที่ตีพิมพ์ และตระหนักว่าวารสาร และแต่ละส่วนของวารสาร มีวัตถุประสงค์ และมาตรฐานที่ต่างกัน
- 2.4 การตัดสินใจของบรรณาธิการต่อการยอมรับหรือปฏิเสธบทความวิจัยเพื่อการตีพิมพ์ ควรขึ้นอยู่กับความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความสำคัญ ความใหม่ และความชัดเจนของบทความวิจัย

ตลอดจนความเกี่ยวข้องกับขอบเขตของวารสาร

2.5 บรรณาธิการควรมีการชี้แจงหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับกระบวนการตรวจสอบประเมินบทความ(peer review) นอกจากนี้ควรมีความพร้อมในการชี้แจงความเบี่ยงเบนต่าง ๆ จากกระบวนการตรวจสอบที่ได้รับไว้

2.6 บรรณาธิการควรจัดพิมพ์คำแนะนำแก่ผู้นิพนธ์ในทุกประเด็นที่บรรณาธิการคาดหวัง ในทุกเรื่องที่คุณนิพนธ์ควรรับทราบ และควรมีการปรับปรุงคำแนะนำให้ทันสมัยอยู่เสมอ พร้อมทั้งควรมีการอ้างอิงหรือการเชื่อมโยงกับระเบียบดังกล่าวนี้ด้วย

2.7 บรรณาธิการไม่ควรเปลี่ยนแปลงการตัดสินใจในการตอบรับบทความที่ถูกปฏิเสธการตีพิมพ์ไปแล้ว ยกเว้นมีปัญหาร้ายแรงเกิดขึ้นในระหว่างการส่งบทความมารับการพิจารณา

2.8 บรรณาธิการพิจารณาผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญตรงตามสาขาของบทความและส่งบทความให้ผู้พิจารณาบทความโดยผู้พิจารณาบทความจะไม่ทราบชื่อผู้แต่งและผู้นิพนธ์จะไม่ทราบชื่อผู้พิจารณาบทความ (Double blind)

2.9 บรรณาธิการต้องไม่มีผลประโยชน์ทับซ้อนกับผู้นิพนธ์ผู้ประเมิน และทีมผู้บริหาร

2.10 หากบรรณาธิการตรวจพบว่า บทความมีการลอกเลียนบทความอื่นโดยมิชอบ หรือมีการปลอมแปลงข้อมูล ซึ่งสมควรถูกถอดถอน แต่ผู้เขียนปฏิเสธที่จะถอนบทความ บรรณาธิการสามารถดำเนินการถอนบทความได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้นิพนธ์

3. บทบาทหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ (Duties of Reviewers)

3.1 ผู้ประเมินบทความต้องไม่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับต้นฉบับที่ส่งมาเพื่อการประเมินแก่บุคคลอื่นนอกเหนือจากผู้นิพนธ์และผู้ประเมิน

3.2 ผู้ประเมินบทความควรแจ้งและปฏิเสธการประเมินกับบรรณาธิการหากมีผลประโยชน์ทับซ้อนกับบทความที่ส่งมาให้พิจารณา

3.3 ผู้ประเมินบทความควรประเมินบทความในสาขาที่ตนเชี่ยวชาญโดยพิจารณาความสำคัญของเนื้อหา คุณภาพการวิเคราะห์และความเข้มข้นของผลงาน ไม่ควรใช้ความเห็นส่วนตัวที่ไม่มีข้อมูลรองรับมาเป็นเกณฑ์ในการตัดสินใจ

3.4 ผู้ประเมินบทความต้องระบุผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน แต่ผู้นิพนธ์ไม่ได้อ้างถึงด้วยหากมีความซ้ำซ้อนกับผลงานชิ้นอื่นต้องแจ้งให้บรรณาธิการทราบด้วย

3.5 ผู้ประเมินควรตรวจสอบและส่งบทวิจารณ์ภายในระยะเวลาที่คณะกรรมการบรรณาธิการเห็นชอบ หากไม่สามารถตรวจสอบต้นฉบับได้ภายในระยะเวลาที่กำหนดผู้ประเมินจะต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบทันที

4. ความขัดแย้งทางผลประโยชน์ (Conflict of Interest)

ผู้นิพนธ์ บรรณาธิการ และผู้ประเมินบทความควรหลีกเลี่ยงผลประโยชน์ทับซ้อนในทุกขั้นตอนของกระบวนการจัดเตรียมสิ่งพิมพ์ หากมีผลประโยชน์ทับซ้อนในรูปแบบใด ๆ บุคคลที่เป็นคนแรกที่ระบุความขัดแย้งดังกล่าวมีหน้าที่ต้องแจ้งให้กองบรรณาธิการทราบทันที

กระบวนการพิจารณาบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสาร

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

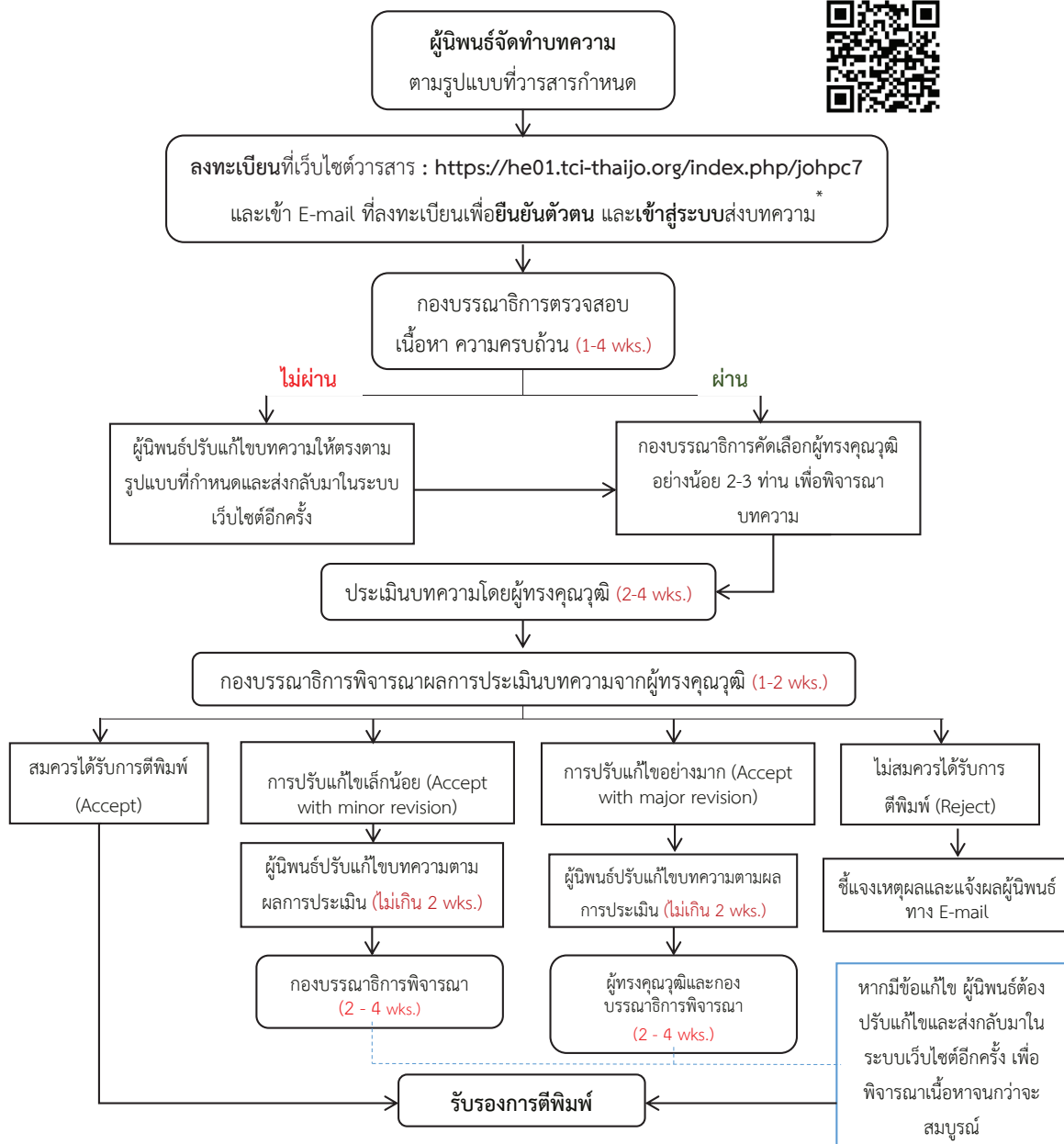
2. การประเมินบทความ พิจารณาความถูกต้อง-เหมาะสม โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (2-4 สัปดาห์): บทความที่ผ่านการพิจารณาขั้นที่ 1 แล้ว กองบรรณาธิการจะพิจารณาคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิอย่างน้อย 2-3 ท่าน เพื่อพิจารณาบทความดังกล่าวในรูปแบบ Double-Blind ก่อนดำเนินการทบทวน และจัดส่งบทความแก่ผู้ทรงคุณวุฒิต่อไป โดยระดับการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิจะประกอบด้วย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

3. การพิจารณาผลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิ (1-2 สัปดาห์): เมื่อกองบรรณาธิการได้รับผลการประเมินจากผู้ทรงคุณวุฒิครบถ้วนแล้ว 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 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567

บทความวิชาการ

หน้า

1. การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic ketoacidosis (DKA)
: กรณีศึกษา ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลขอนแก่น
ศิริพร วรรณศรีเมือง 1

บทความวิจัย

1. ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้กับระดับโคเลสเตอรอล
ในเลือด ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ตำบลลำราญ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 17
ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา, สุดารัตน์ สถานพงษ์, ศศิธร ชมสุวรรณ
2. ความรู้และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำของพนักงาน
ทำความสะอาดห้างสรรพสินค้าในอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น 32
ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา, ธนดา สิทธิจันทร์เสน, นกชนต์ ไชยหงส์
3. ความพึงพอใจต่อคุณภาพน้ำประปาของหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี 47
ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา, ศตพร โคตรสมบัติ, ญัฐธนิชา ศรีมาตย์
4. ผลของโปรแกรมความรู้การป้องกันภาวะโลหิตจางในผู้ปกครองเด็กอายุ 6 เดือน 59
อนงค์พรรณ ฉลาดสกุล, กาญจน์ เพชรบ่อทอง
5. คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิตเลือดแดง
ปอดสูงที่มารักษา ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 75
ศรินยา ดวงเดือน, สี่หะพงษ์ เพชรรัตน์, รัชนิดา เป้าบุญ
6. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด - 6 เดือน 88
ของผู้ดูแลหลัก ในคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
เดือนเพ็ญ ทองป้อง, ปัทมา เดชโยธิน
7. ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัคร 105
สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในบริบทชุมชนกึ่งเมือง
ศรีสุดา ลุนพุมิ, นวลละออง ทองโคตร, น้ำทิพย์ ไพคำนาม

สารบัญ

วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ปีที่ 16 ฉบับที่ 2 พฤษภาคม - สิงหาคม 2567

หน้า

8. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพหญิง
วัยเจริญพันธุ์ของประเทศไทย ปี 2566 119
*กรรณิการ์ มณีวรรณ, สายชล คล้อยเอี่ยม, กิ่งพิกุล ชำนาญคง,
อุทัยวรรณ หมีไพรพฤษ*
9. การขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate
Organization) ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น 133
ประทุม โพธิจินดา
10. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพวัยรุ่นต่อการปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเขตสุขภาพที่ 7 149
มเหศักดิ์ ภูริวัฒน์ภากร, แพรวทิพย์ สุธีระประเสริฐ, ธัญลักษณ์ วัฒนศิริธรรม
11. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนบ้านแก
ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 163
นิลุบล นันตติก, เขมิกา สมบัติโยธา, จารุวรรณ วิโรจน์
12. ปัจจัยทางการบริหารและสุนทรียทักษะผู้นำที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามระบบ 177
การแพทย์ฉุกเฉินของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น
วรรณเทพ กองคำ, นพรัตน์ เสนาฮาด, สุภารัตน์ ทัพโพธิ์
13. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก 192
องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์
นิคตมณี มะโนพันธ์, เขมิกา สมบัติโยธา, จารุวรรณ วิโรจน์
14. การประเมินผลสัมฤทธิ์ของการใช้แนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ 207
ด้วยการขนส่งนมแม่ โครงการภาควิชาวิจัยส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมจากอกแม่สู่ลูกในเขตสุขภาพที่ 7
ร่วมกับกรมอนามัย
สุจิตรา ขุนน้อย, ชาตรี เมธาธราธิป, อนงค์ลักษณ์ ศรีแสนปาง

การพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic ketoacidosis (DKA) : กรณีศึกษา ในหอผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลขอนแก่น

ศิริพร วรรณศรีเมือง

(วันที่รับบทความ: 1 กุมภาพันธ์ 2567, วันที่แก้ไข: 5 มีนาคม 2567, วันที่ตอบรับ 17 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบรายกรณี (Case study) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลกระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic ketoacidosis (DKA) และเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด DKA จำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 4 โรงพยาบาลขอนแก่น ระหว่าง กันยายน 2565- ธันวาคม 2566 ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสังเกต การสอบถาม ผู้ป่วยและญาติ เก็บรวบรวมข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยใน เปรียบเทียบอาการ อาการแสดง การรักษา โดยศึกษาการดูแลรักษาเพื่อให้พ้นระยะวิกฤติ

ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีปัญหาสุขภาพเพื่อให้การพยาบาลที่คล้ายกันคือ 1) มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจากการขาดประสิทธิภาพการทำงานของอินซูลินในร่างกายและมีภาวะเลือดเป็นกรด 2) มีภาวะไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่เนื่องจากการขับปัสสาวะมากผิดปกติ 3) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำจากการได้รับยาลดระดับน้ำตาล 4) เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากการมีกรดในร่างกาย 5) แบบแผนการไอซ์บีมเสมหะไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากใส่ท่อช่วยหายใจ 6) เสี่ยงต่อการขาดสารอาหารเนื่องจากได้รับพลังงานไม่เพียงพอ 7) ไม่สามารถสื่อสารทางวาจาเนื่องจากคอหอยอุดตัน 8) ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงเนื่องจากเจ็บป่วยวิกฤต 9) ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย 10) แบบแผนการดำรงกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลงเนื่องจากการเจ็บป่วยวิกฤต ดังนั้นกระบวนการพยาบาลที่สำคัญในขณะนี้คือ 1. การดูแลให้ได้รับอินซูลินฉีดเข้าสู่ร่างกาย 2. การดูแลให้สารน้ำทดแทนอย่างเพียงพอ 3. การเฝ้าระวังภาวะแทรก เช่น ภาวะขาดน้ำ, electrolyte imbalance เป็นต้น หากผู้ป่วยสามารถเข้าถึงการรักษาอย่างรวดเร็วจะช่วยเพิ่มโอกาสรอดชีวิตมากขึ้น

คำสำคัญ : การพยาบาล, ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic ketoacidosis การประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบ FANCAS การศึกษารายกรณี

Nursing Care for Diabetic ketoacidosis(DKA) c Severe metabolic acidosis: Case study intensive care unit Khon Kaen Hospital

Siripron Wansrimuang

(Receive 1st February 2024; Revised : 5th March 2024; Accepted 17th April 2024)

Abstract

This study aimed to compare nursing care provided to two patients with diabetic ketoacidosis (DKA) admitted to the medical intensive care unit at Khon Kaen Hospital from September 2022 to December 2023. Data were collected through observation, patient and relative interviews, and review of inpatient medical records. The focus of data collection was on symptoms, signs, treatments, and nursing care during the critical period.

The results revealed common nursing care problems for both patients, including: 1) High blood sugar levels and metabolic acidosis due to insulin deficiency, 2) Electrolyte and water imbalance from excessive urination, 3) Risk of hypoglycemia from insulin administration, 4) Risk of hypoxemia due to gas exchange impairment, 5) Ineffective sputum clearance from endotracheal intubation, 6) Risk of malnutrition due to inadequate caloric intake, 7) Inability to communicate verbally due to the endotracheal tube, 8) Decreased ability for self-care due to critical illness, 9) Concerns about the illness, and 10) Changes in daily living patterns due to critical illness. Therefore, the important nursing process in this phase is 1. Taking care of receiving insulin injections into the body 2. Taking care of adequate fluid replacement 3. Monitoring for complications such as dehydration, electrolyte imbalance, etc. If patients can access treatment quickly, it will increase their chance of survival.

Keywords: nursing, diabetic ketoacidosis, Assessment Health status according to the FANCAS framework, case study

Registered Nurse (Professional Level), Khon Kaen Hospital

Corresponding author: Siripron Wansrimuang, e-mail: wansrimuang22@gmail.com

บทนำ

ภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic ketoacidosis (DKA) เป็นภาวะที่ร่างกายขาดอินซูลินอย่างสิ้นเชิง (absolute insulin deficiency) เมื่อเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงแต่ร่างกายไม่สามารถนำน้ำตาลไปใช้ได้ จึงมีการสลายไขมัน (lipolysis)⁽¹⁾ เพื่อนำมาใช้เป็นพลังงานทดแทนน้ำตาล การสลายไขมันจะทำให้กรดไขมัน ถูกเปลี่ยนเป็นสารคีโตน ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะเลือดเป็นกรด ในระยะเป็นชั่วโมงจนถึงเป็นวันได้ เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง ลมหายใจมีกลิ่นคล้ายผลไม้ (fruity breath acetone odor) หายใจหอบลึก (Kussmaul breathing)⁽²⁾ ซึ่งถือเป็นภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้นเฉียบพลันก่อให้เกิดอันตรายอย่างรุนแรง พบได้ทั้งในผู้ป่วยที่มีภาวะเบาหวานประเภทที่ 1 และเบาหวานประเภทที่ 2 ภาวะ DKA ประกอบด้วย 3 กลุ่มอาการคือ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia) มีภาวะกรดในกระแสเลือด (Metabolic acidosis) และมีระดับคีโตนในเลือดสูง (Serum ketone) และมีหลักการรักษาคือ การให้สารน้ำอย่างเพียงพอ ให้ยาอินซูลินทางหลอดเลือด และเฝ้าระวังสมดุลเกลือแร่ในร่างกาย รวมถึงการจัดการสาเหตุที่เป็นปัจจัยกระตุ้นให้เกิดภาวะ DKA ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดภาวะ DKA ในผู้ป่วยเบาหวานเกิดได้จาก 2 ปัจจัยที่พบได้บ่อยคือ ภาวะติดเชื้อและการขาดยาลดระดับน้ำตาลในเลือด ปัจจัยอื่นๆที่สามารถพบได้ เช่น ตับอ่อนอักเสบ โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ที่ไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัยมาก่อน ก็อาจมาด้วยอาการของ DKA ได้⁽³⁾

ข้อมูลการสำรวจสุขภาพของประชาชนไทย เมื่อปี 2563 ความชุกของโรคเบาหวานพบเป็นร้อยละ 9.5 และยังพบอีกว่าผู้ป่วยเบาหวานร้อยละ 30.6 ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคเบาหวาน โดยเฉพาะผู้ชายเป็นกลุ่มที่ไม่ทราบว่าตนเองป่วยเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด⁽²⁾ และยังพบว่าสถิติความชุกของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 29⁽⁴⁾ ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับอัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วย DKA ได้แก่ ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยเบาหวาน และการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เป็นประจำ⁽³⁾ ในปี 2565 พบว่ามีผู้ป่วยเบาหวานมารับการตรวจรักษาที่ตึกผู้ป่วยนอกที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลขอนแก่น มากถึง 70,357 ราย โดยแบ่งได้เป็นเพศชาย 27,804 ราย เพศหญิง 42,553 ราย และมีสาเหตุการเสียชีวิตจากเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน ในปี 2565 ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ถึง 35.28 ต่อประชากรแสนคน⁽⁵⁾

จากการทบทวนข้อมูลของหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 4 โรงพยาบาลขอนแก่น มีเกณฑ์การรับผู้ป่วยที่มีภาวะ Respiratory failure ที่ต้องใช้ Ventilator support ผู้ป่วยที่มี Multiple organ failure ต้องการเฝ้าระวังอาการใกล้ชิด เช่น ได้รับการทำหัตถการ/treatment เพื่อเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงและปรับแผนการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น DKA ต้องเจาะ DTX และปรับระดับ Insulin ทุก 1 ชั่วโมง เป็นต้น ในช่วงกันยายน 2565 - ธันวาคม 2566 พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะ DKA มีจำนวน 20 ราย อาการดีขึ้น 18 ราย ไม่สมัครใจอยู่รักษา 2 ราย และผู้ป่วยส่วนมากที่เข้ารับการรักษามีระยะ

เวลาการนอนรักษาอยู่ที่ 3 - 7 วัน⁽⁶⁾ ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจถึงปัจจัยที่มีผลส่งเสริมให้เกิด DKA และการรักษาพยาบาลที่สามารถช่วยลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลและการลดภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดกับผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งในการศึกษากระบวนการพยาบาลโดยใช้วิธีการกระบวนการประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบ FANCAS และนำมาวางแผนการพยาบาล วิเคราะห์ปัญหาผู้ป่วยเบาหวานที่มีน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic ketoacidosis(DKA) เป็นรายกรณีเพื่อวางแผนให้การพยาบาล มีประสิทธิภาพและผู้ป่วยมีความปลอดภัยสูงสุด

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลกระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic ketoacidosis (DKA) เป็นรายกรณี โดยใช้วิธีการ FANCAS
2. เพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด DKA

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษารายกรณี (Case study) โดยใช้กระบวนการประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบ FANCAS และนำมาวางแผนการพยาบาลในผู้ป่วยแต่ละราย และเพื่อประเมินผลกระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic ketoacidosis(DKA) และเป็นแนวทางในการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด DKA ที่เข้ารับการรักษามานาน 4 โรงพยาบาล ขอนแก่น เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคือ แบบบันทึกข้อมูลการรักษา ประวัติการเจ็บป่วย รวบรวมจากเวชระเบียน การสอบถามจากญาติ การสังเกต การวิเคราะห์ข้อมูล

ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

1. รวบรวมข้อมูลโดยใช้กระบวนการประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบ FANCAS
2. นำข้อมูลที่รวบรวมได้มาวิเคราะห์วางแผนการพยาบาล ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผล สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และข้อเสนอแนะจากการศึกษา
3. เรียบเรียงเนื้อหาวิชาการจัดพิมพ์เป็นรูปเล่มและเผยแพร่ผลงานทางวิชาการ

ผลการศึกษา

1. ประวัติการรักษาในผู้ป่วยแต่ละราย

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA) จำนวน 2 ราย

ประเด็น การเปรียบเทียบ	ผลการศึกษารายที่ 1	ผลการศึกษารายที่ 2
1. พฤติกรรมสุขภาพ	ชายไทยอายุ 48 ปี เป็น DM Type 1 Dx ปี 2563 อาการสำคัญ คือ ซึม ล่วงก่อนมา รพ. 6 ชม. ประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน 2 วันก่อนมามีท้องเสีย ถ่ายเป็นน้ำตลอด ทานอาหารได้น้อย เหนื่อยเพลีย จึงหยุดฉีดยา Insulin เอง 6 ชม. ยังมีถ่ายเหลวเป็นน้ำอยู่ ญาติพบซึมลง ปลุกไม่ตื่น เรียก EMS ออกรับ On ETT DTX ได้ HI ให้ RI 10 unit iv, On RI 100 unit ใน 0.9% NSS 100 ml ⑤ rate 6 - 14 cc/hr, On 7.5%NaHCO ₃ 100 ml rate in 30 min On 0.45% Nacl 1000 ml ⑤ rate 150 ร่วมกับให้ RI ส่งมารักษาต่อที่ รพ.ขอนแก่น	ชายไทยอายุ 18 ปี ไม่มีประวัติโรคประจำตัว อาการสำคัญ คือ หายใจหอบเหนื่อย จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ ก่อนมา 3 ชม. มาประวัติเจ็บป่วยปัจจุบัน 1 วันก่อนมาปวดท้องมาก ไม่ถ่าย อุจจาระ ทานยาไม่ดีขึ้นจึงมา รพ. 3 ชม. มีหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้น On ETT DTX ได้ HI Load 0.9% NSS 1000 ml then On 0.9% NSS 1000 ml ⑤ rate 100 ให้ RI 10 unit iv ร่วมกับได้รับ 7.5%NaHCO ₃ 100 ml iv push then 100 ml iv drip in 30 min ส่งมารักษาต่อที่ รพ.ขอนแก่น
วิเคราะห์ประเด็น พฤติกรรมสุขภาพ	ผู้ป่วยรายที่ 1 มีประวัติเป็น DM และหยุดฉีดยามาแล้ว 2 วัน ร่วมกับการวินิจฉัยและการตรวจคัดกรองที่รวดเร็วว่ามีความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะ Hypo-Hyperglycemia ได้	ผู้ป่วยรายที่ 2 ยังไม่มีประวัติการมีโรคประจำตัวว่าเป็น DM แต่มีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ซึ่งเป็นตัวส่งเสริมให้เกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูง และอาการที่มา รพ.ด้วยหอบเหนื่อย จุกแน่นใต้ลิ้นปี่ การตรวจคัดกรองเพื่อวินิจฉัยอาจล่าช้าได้จาก อาการและอาการแสดงที่ไม่ชัดเจนได้

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA) จำนวน 2 ราย (ต่อ)

ประเด็น การเปรียบเทียบ	ผลการศึกษารายที่ 1	ผลการศึกษารายที่ 2
2. การวินิจฉัย พยาธิ สภาพ อาการและ อาการแสดง	แรกรับที่โรงพยาบาลขอนแก่นผู้ป่วย DX. DKA c RS failure c severe Metabolic acidosis รู้สึกตัวรู้เรื่อง On ETT c Ventilator Setting PCV mode RR 22 IP 28 PEEP 5 FiO₂ 0.4 DTX ที่ ER DTX = HI Load 0.9 NSS รวม 2000 มล On 0.45%Nacl 1,000 ml ⑤ rate 150 ml/hr, On RI 100 unit ใน 0.9%NSS 100 ml ⑤ rate 6 -14 cc/hr ผลตรวจ VBG PH=6.9 HCO₃ =2.9 ได้รับยา 7.5%NaHCO₃ 100 ml rate in 30 min ย้ายเข้า หอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 4 V/S แรก รับ BP 130/80 mmHg MAP 99 mmHg HR 106 ครั้ง/นาที RR 20 ครั้ง/นาที Pain score 3/10 NEWS 6	แรกรับที่โรงพยาบาลขอนแก่นผู้ป่วย ผู้ป่วย DX. DKA c RS failure c severe Metabolic acidosis ผู้ป่วย รู้สึกตัวรู้เรื่อง On ETT c Ventilator Setting PCV mode RR 20 IP 25 FiO₂ 0.4 ที่ ER DTX = 326 PEEP 5 FiO₂ 0.4 Load 0.9% NSS 1000 มล then drip rate 100 cc/hr, On RI 100 unit ใน 0.9% NSS 1000 ml ⑤ rate 5 cc/hr, NPH 4 unit 10.00,22.00 RI 4 unit prefeed 0.9% NSS 100 ml ผสม KLC 40 meq ⑤ rate 100 cc/hr, ผลตรวจ VBG PH=6.93 HCO₃ =4.5 ได้รับ ยา 7.5%NaHCO₃ 100 ml push then 100 ml ⑤rate in 30 min ย้ายเข้าหอผู้ป่วยหนักอายุรกรรม 4 V/S แรกรับ BP 107/58 mmHg MAP 78 mmHg HR 134 ครั้ง/นาที RR 24 ครั้ง/นาที Pain score 3/10 NEWS 9

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA) จำนวน 2 ราย (ต่อ)

ประเด็น การเปรียบเทียบ	ผลการศึกษารายที่ 1	ผลการศึกษารายที่ 2
วิเคราะห์การวินิจฉัย พยาธิสภาพ อาการ และอาการแสดง	ผู้ป่วยรายที่ 1 มีระดับน้ำตาลสูงมาก(HI) จากภาวะการเจ็บป่วยร่วมคือ พยาธิสภาพ อาการ ท้องเสีย ทานอาหารได้น้อย หยุดฉิดยาเบาหวาน 2 วันที่มีอาการ ท้องเสีย เป็นเหตุให้ร่างกายเกิดภาวะขาดน้ำร่วมกับมีโรคประจำตัวที่เป็น เบาหวานอยู่แล้วจึงเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดภาวะน้ำตาลสูง เกิดคีโตนคั่งจาก พยาธิสภาพของโรคเบาหวานที่ขาดอินซูลินทำให้มีการสลายไขมัน^(1,2,7) เกิด ภาวะ Metabolic acidosis ได้ ซึ่งการให้สารน้ำอย่างเพียงพอร่วมกับการ ที่ผู้ป่วยได้รับ Insulin อย่างรวดเร็วมีส่วนช่วยลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน ที่รุนแรงกับผู้ป่วยได้ ผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับการให้สารน้ำอย่างรวดเร็วร่วมกับการให้ Insulin 10 unit ⑤ เมื่อถึง ER รพ.ขอนแก่นพบว่าค่า DTX จาก HI ลดลงเหลือ 326 ในผู้ป่วยรายนี้ร่างกายไม่มีการสูญเสีย น้ำมาก่อน เหมือนผู้ป่วยรายที่ 1 เมื่อได้รับสารน้ำร่วมกับการได้รับ Insulin จึงช่วยให้ระดับน้ำตาลลดลงเร็ว กว่ารายที่ 1 และภาวะ Metabolic acidosis ในรายที่ 2 นี้ได้รับการจัดการ ทดแทนในส่วนของ $7.5\% \text{NaHCO}_3$ ในปริมาณที่เพิ่มขึ้นจากผู้ป่วยรายที่ 1 จึงสามารถช่วยลดความเป็นกรดได้มากกว่า ถึงแม้ว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายจะมีค่า PH อยู่ที่ 6.9 เท่ากันแต่ค่า HCO_3 ในผู้ป่วย รายที่ 1 = 2.9 แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 ค่า $\text{HCO}_3 = 4.5$ เมื่อได้รับ $7.5\% \text{NaHCO}_3$	
3. การรักษา	-On Ventilator setting PCV mode RR 22 PIP 20 PEEP 5 FiO20.4 Ti 1.0 - On RI 100 unit ใน 0.9% NSS 100 ml ⑤ rate 6-14 cc/hr ปรับ ตามค่า DTX q 1 hr -0.9% NSS 1000 ml ⑤ rate 250 cc/hr - electrolyte, VBG ทุก 4 ชม. RI 4 unit prefeed Serum Osmole 06.00 น.	-On Ventilator setting PCV mode RR 20 PIP 22 PEEP 5 FiO20.4 Ti 1.1 - On RI 100 unit ใน 0.9% NSS 100 ml ⑤ rate 2.5 – 5 cc/hr ปรับตามค่า DTX q 1 hr -DTX q 1 hr NPH 4 unit 10.00,22.00

ตารางที่ 1 ผลการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis (DKA) จำนวน 2 ราย (ต่อ)

ประเด็น การเปรียบเทียบ	ผลการศึกษารายที่ 1	ผลการศึกษารายที่ 2
	On 0.45%Nacl 1,000 ml+KCL 40 mEq ⑤ rate 100 ml/hr - Ceftazidime 2 gm ⑤ q 8 hr -Metronidazole 500 mg ⑤ q 8 hr	-0.9% NSS 1000 ml + KCL 40 mEq ⑤ rate 100 cc/hr -5%DN/2 1000 ml ⑤ rate 100 cc/hr - electrolyte, VBG ทุก 4 ชม. Serum Osmole 06.00 น. - Ceftazidime 2 gm ⑤ q 8 hr
วิเคราะห์การรักษา	กรณีศึกษาที่ 1 ได้สารน้ำอย่างเพียงพอ และให้ยา ATB Metronidazole 500 mg ⑤ q 8 hr, Ceftazidime 2 gm ⑤ q 8 hr รักษาเรื่อง infective diarrhea การให้ยา Insulin และการให้สารน้ำ จะทำให้ Potassium กลับเข้าเซลล์ทำให้เกิดภาวะ Hypokalemia ได้รวมถึงร่างกายมีการขับน้ำตาลออกทางปัสสาวะและมีการสูญเสีย โซเดียม โพแทสเซียม แมกนีเซียม และฟอสฟอรัสทางปัสสาวะ⁽⁷⁾ ร่วมด้วย จึงได้รับการรักษาด้วย On 0.45%Nacl 1,000 ml+KCL 40 mEq ⑤ rate 100 ml/hr และเฝ้าติดตามผล I/O ตรวจ lab electrolyte, VBG ทุก 4 ชม กรณีศึกษาที่ 2 ได้สารน้ำร่วมกับที่ได้รับยา Insulin ร่วมกับได้รับยา NPH 4 unit 10.00, 22.00 ช่วยให้อัตราน้ำตาลลดลงได้ดี การให้ยา Insulin และการให้สารน้ำ จะทำให้ Potassium กลับเข้าเซลล์ทำให้เกิดภาวะ Hypokalemia⁽⁷⁾ ได้รวมถึงร่างกายมีการขับน้ำตาลออกทางปัสสาวะและมีการสูญเสีย โซเดียม โพแทสเซียม แมกนีเซียม และฟอสฟอรัสทางปัสสาวะ⁽⁷⁾ ร่วมด้วย รักษาด้วย 0.9% NSS 1000 ml + KCL 40 mEq ⑤ rate 100 cc/hr ทั้ง 2 รายมีแนวทางการรักษาที่คล้ายคลึงกัน	

จากกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ได้สรุปเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามกรอบแนวคิด FANCAS⁽⁸⁾ ซึ่งเป็นแบบประเมินที่

เน้นลำดับปัญหาสำคัญของผู้ป่วยที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงของพยาธิสภาพของร่างกาย ทำให้ประเมินปัญหาได้รวดเร็วและครอบคลุม

ปัญหาที่คุกคามกับชีวิตของผู้ป่วย ประเมิน
ดังนี้ ด้านความสมดุลของน้ำ (Fluid balance)
ด้านการหายใจ (Aeration) ด้านโภชนาการ
(Nutrition) ด้านการติดต่อสื่อสาร (Com-
munication) ด้านการทำกิจกรรม (Activ-

ity) และด้านการกระตุ้น (Stimulation) ซึ่ง
พยาบาลเป็นบุคคลสำคัญในการให้การดูแล
ผู้ป่วยทั้งด้านร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาล จากกรณีศึกษา
ทั้ง 2 ราย สรุปข้อวินิจฉัยการพยาบาล ดังนี้

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามกระบวนการประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบ FANCAS⁽⁸⁾

FANCAS	ผลการศึกษา รายที่ 1	การประเมิน (รายที่1)	ผลการศึกษา รายที่ 2	การประเมิน (รายที่ 2)
F (Fluid bal- ance)	-มีภาวะน้ำตาลใน เลือดสูงจากการ ขาดประสิทธิภาพ การท างาน ของอินซูลินใน ร่างกายและมี ภาวะเลือดเป็น กรด	-U/D DM Type 1 - ต้องเสีย หยุต ฉีดยาเบาหวาน 2 วัน -ทานอาหารได้ น้อย - DTX = HI -BS=1408	-มีภาวะน้ำตาลใน เลือดสูงจากการ ขาดประสิทธิภาพ การทำงานของ อินซูลินในร่างกาย และมีภาวะเลือด เป็นกรด	-first Dx. DM Type 1 - หายใจ หอบ เหนื่อย จุกแน่น ใต้ลิ้นปี่ - -DTX = HI จาก รพช. - ER KKH DTX = 326
	-มีภาวะไม่สมดุล ของน้ำและเกลือ แร่เนื่องจากมีการ ขับปัสสาวะมาก ผิดปกติ	- Serum ke- tone=12.50 - $\text{HCO}_3=2.9$ - -PH=6.91 - Corrected Na =128.9	-มีภาวะไม่สมดุล ของน้ำและเกลือ แร่เนื่องจากมีการ ขับ ปัสสาวะมาก ผิดปกติ	- -BS=393 -Serum ke- tone=7.66 - $\text{HCO}_3 = 4$ - -PH = 6.93 -Corrected Na =140.86
	- เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะน้ำตาลใน เลือดต่ำจากการ ได้รับยาลดระดับ น้ำตาล	-Urine output 1100- 2400/แวน -Serum K 3.9 - On RI 100 unit ใน 0.9% NSS 100 ml ⊕ rate	- เสี่ยงต่อการเกิด ภาวะน้ำตาลใน เลือดต่ำจากการ ได้รับยาลดระดับ น้ำตาล	-Urine output= 1300-2500/แวน -Serum K 3.2 - On RI 100 unit ใน 0.9% NSS 100 ml ⊕ rate

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามกระบวนการประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบ FANCAS⁽⁸⁾ (ต่อ)

FANCAS	ผลการศึกษา รายชื่อ 1	การประเมิน (รายชื่อ1)	ผลการศึกษา รายชื่อ 2	การประเมิน (รายชื่อ 2)
		6 cc/hr ปรับตาม ค่า DTX ทุก 1 ชม - 14 cc/hr -On NSS 1000 ml 250 ml/hr -NPO 5 วัน		5 cc/hr ปรับตาม ค่า DTX ทุก 1 ชม -On 5%DN/2 1000 ml 100 ml/hr -NPO 2 วัน
A (Aeration)	-เสี่ยงต่อภาวะ พร่องออกซิเจน จากประสิทธิภาพ การแลกเปลี่ยน ก๊าซลดลง เนื่องจากการมี กรดในร่างกาย -แบบแผนการ ไอซ์เบสเมหะไม่มี ประสิทธิภาพ เนื่องจากใส่ท่อ ช่วยหายใจ	- $\text{HCO}_3 = 2.9$ - $\text{PH} = 6.91$ -On ETT c Ven- tilator setting PCV mode RR 22 PIP 20 PEEP 5 FiO_2 0.4 Ti 1.0 $\text{O}_2\text{Sat} = 100$	-เสี่ยงต่อภาวะ พร่องออกซิเจน จากประสิทธิภาพ การแลกเปลี่ยน ก๊าซลดลง เนื่องจากการมี กรดในร่างกาย -แบบแผนการ ไอซ์เบสเมหะไม่มี ประสิทธิภาพ เนื่องจากใส่ท่อ ช่วยหายใจ	- $\text{HCO}_3 = 4$ - $\text{PH} = 6.93$ -On ETT c Ven- tilator setting PCV mode RR 20 PIP 22 PEEP 5 FiO_2 0.4 Ti 1.1 $\text{O}_2\text{Sat} = 100$
N (Nutrition)	-เสี่ยงต่อการ ขาดสารอาหาร เนื่องจากได้รับ พลังงานไม่เพียงพอ	-NPO 5 วัน -On NSS 1000 ml 250 ml/hr -ต้องเสียทาน อาหารได้น้อย -Alb = 3.6 g/ dl(13/9/66) -Alb = 3.3 g/ dl(14/9/66)	-เสี่ยงต่อการ ขาดสารอาหาร เนื่องจากได้รับ พลังงานไม่เพียงพอ	-NPO 2 วัน -On 5%DN/2 1000 ml ml/hr -Alb = 5 g/ dl(29/11/66) -Alb = 3.2 g/ dl(3/12/66) C Communica- tion)

ตารางที่ 2 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามกระบวนการประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบ FANCAS⁽⁸⁾ (ต่อ)

FANCAS	ผลการศึกษารายที่ 1	การประเมิน (รายที่1)	ผลการศึกษารายที่ 2	การประเมิน (รายที่ 2)
A (Activity)	- ไม่สามารถสื่อสารทางวาจาเนื่องจากคาท่อหลอดลมคอ	- On ETT c Ventilator	- ไม่สามารถสื่อสารทางวาจาเนื่องจากคาท่อหลอดลมคอ	- On ETT c Ventilator
	- ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงเนื่องจากเจ็บป่วยวิกฤต	- เหนื่อยเพลียจากพยาธิสภาพของโรค - ถูกผูกยึด เพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ - On ETT c Ventilator	- ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลงเนื่องจากเจ็บป่วยวิกฤต	- สับสน ดันไปมา - ได้รับยา Fentanyl 100 µg + 0.9 NSS 100 ml ⑤ 5 cc/hr - ถูกผูกยึด เพื่อป้องกันการดึงท่อช่วยหายใจ - On ETT c Ventilator
S (Stimulation)	- ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย - แบบแผนการดำรงกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลง - เนื่องจากการเจ็บป่วยวิกฤต	- ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก - ถามตอบรู้เรื่องทำตามคำสั่งได้	- ผู้ป่วยวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย - แบบแผนการดำรงกิจวัตรประจำวันเปลี่ยนแปลง - เนื่องจากการเจ็บป่วยวิกฤต	- ผู้ป่วยถูกจำกัดการเคลื่อนไหวและต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยหนัก - ถามตอบรู้เรื่องทำตามคำสั่งได้ มี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลระยะวิกฤต

1. เสี่ยงต่อภาวะพร่องออกซิเจนจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงเนื่องจากการมีกรดในร่างกาย

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีซีมลงก่อนมา รพ.
2. ABG PH=7.18 mmol/L, PCO₂= 15.7, PaO₂= 250, HCO₃= 6 mmol/L,

O₂Sat= 99.7%

3. On ETT c Ventilator

4. DTX = HI, Serum ketone=12.50

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ และมีประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซดีขึ้น

เกณฑ์การประเมิน

1. รู้สึกตัวดี GCS 15 คะแนน

2. ABG PH=7.35-7.45 mmol/L,

PCO₂ = 35-45mmHg HCO₃ =18-23 mmol/L, PaO₂ =83-108 mmHg, O₂Sat= 95-98 %

3. ถอดท่อช่วยหายใจได้ O₂ Sat 95-98 %

4. Serum ketone < 0.6 mmol/L2

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที - 1 ชม ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด

2. ดูแลให้สารน้ำ เป็น 0.9% NSS 1000 ml ⑤ rate 250 cc/hr ตามแผนการรักษา ติดตามประเมินสมดุลน้ำเข้าและสมดุลน้ำออกจากร่างกายผู้ป่วย

3. ดูแลให้ได้รับ RI 100 unit ใน 0.9% NSS 100 ml ⑤ rate 6 cc/hr รายงานแพทย์เพื่อปรับ RI ตามค่า DTX q 1 hr และดูแลให้ได้รับ RI 8 unit ⑤ ตามแผนการรักษา ติดตามระดับน้ำตาลควรลดลง 50-75 mg/dL/hr หากระดับน้ำตาลลดน้อยกว่า 50 mg/dL/hr^(1,2) รายงานแพทย์เพื่อประเมิน Hydration status เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอ⁽⁶⁾

4. ติดตามผลเลือดเพื่อประเมินสมดุลกรด-ด่างในร่างกาย ทุก 4 ชม. ร่วมกับการเฝ้า

ระวังอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก เช่น หายใจหอบถี่ ปัสสาวะออกมาก ภาวะความดันโลหิตต่ำ ระดับ electrolyte ต่างๆ เพื่อรายงานแพทย์ทราบและแก้ไขได้อย่างทันท่วงที

5. ติดตามเจาะ DTX ทุก 1 ชม. ตามแผนการรักษา ติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ Insulin เช่น ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เหงื่อแตก ใจสั่น มือสั่น แขนขาอ่อนแรง เหนื่อย ซึม ไม่รู้สึกตัว หหมดสติ ชัก⁽²⁾ สัญญาณชีพ ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 4 ชม ดูแลให้ได้รับสารน้ำตามแผนการรักษา

6. ดูแลให้ On ETT c Ventilator setting PCV mode RR 22 PIP 20 PEEP 5 FiO₂ 0.4 Ti 1.0 ตามแผนการรักษา ดูแลไม่ให้สายเครื่องช่วยหายใจพับหักงอ ดูแลให้อุณหภูมิหม้อน้ำของเครื่องช่วยหายใจอยู่ในช่วง 32-34 องศาเพื่อป้องกันความผิดปกติของเยื่อปอดทางเดินหายใจ⁽⁹⁾

7. ดูแล suction clear airway ติดตามค่า O₂Sat ปลายนิ้ว เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยใช้วิธีการดูดเสมหะแบบระบบปิด ปรับความดันให้อยู่ในระดับ 120-200 mmHg และให้ความชื้นชั้นออกซิเจน 100% ในขณะที่ยอดดูดเสมหะ ทำความสะอาดปากฟัน ทุก 4 ชม เพื่อลดการสะสมของแบคทีเรีย

8. วัด ความ ดัน ของ กระ เปาะ หลอดลม (Cuff pressure) อย่างน้อยแวนละ 1 ครั้ง โดยก่อนวัดควรจัดให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูง และห่างจากมืออาหารอย่างน้อย 2 ซม. โดยค่าความดันของกระเปาะลมควรอยู่ระหว่าง 25-30 mmHg หากมากกว่า 30 จะมีความเสี่ยง

ต่อการขาดเลือดของท่อหลอดลมคอ⁽⁹⁾

9. จัดทำศีรษะสูงเพื่อส่งเสริมการขยายตัวของปอด ติดตามผล ABG, Film X-ray เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอและเฝ้าติดตามภาวะสมดุลกรดต่างในร่างกายของผู้ป่วยเพื่อรายงานแพทย์ได้ทันที

การประเมินผล : ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่อง E4VtM6 pupil 3 mm. RTL. both eye อัตราการหายใจ 22 - 24 ครั้ง/นาที เสมหะขาวชุ่ม ปริมาณเล็กน้อย ฟิล์มเอกซเรย์ No infiltration ผล ABG PH= 7.49 HCO_3^- = 13.5 PaO_2 = 204 O_2Sat = 99.8% สัญญาณชีพปกติ ระดับ Serum ketone=0.22 DTX อยู่ในช่วง 80-200 mg% ผู้ป่วยสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้หลังเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยหนัก 4 วัน หลังการถอดท่อช่วยหายใจ อัตราการหายใจ 16- 20 ครั้ง/นาที Serum ketone 0.2 mmol/L, off RI drip ในวันที่ 14/9/66 เปลี่ยนเป็น NPH 10 unit sc 06.00, 18.00 น ต่อและย้ายออกจากหอผู้ป่วยหนักไปหอผู้ป่วยสามัญ ในวันที่ 6 หลังการรักษา สรุปปัญหาได้รับการแก้ไข เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 รายมาด้วยปัญหา DKA เมื่อได้รับการจัดการแก้ไขภาวะน้ำตาลสูงอย่างรวดเร็ว ทำให้สามารถแก้ไขสภาวะกรดในร่างกายได้ เนื่องจากผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่มีพยาธิสภาพที่ปอดมาก่อนจึงทำให้ปัญหานี้หมดไปอย่างรวดเร็ว และสามารถถอดท่อช่วยหายใจได้เมื่อภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและภาวะกรดในร่างกายได้รับการแก้ไข

2. มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงจากการขาดประสิทธิภาพการทำงานของอินซูลินในร่างกายและมีภาวะเลือดเป็นกรด

3. มีภาวะไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่เนื่องจากการขับปัสสาวะมากผิดปกติจาก osmotic diuresis

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีซีมลงก่อนมา รพ.
2. หยุดฉีดยาเบาหวานมา 2 วัน
3. ท้องเสียเป็นน้ำ ร่วมกับทานอาหารได้น้อย
4. VBG PH=6.91 mmol/L, HCO_3^- = 2.9 mEq/L2
5. On ETT c Ventilator
6. DM Type 1
7. DTX = HI, Serum ketone=12.50
8. On RI 100 unit ใน 0.9% NSS 100 ml ⑤ rate 6 cc/hr
9. Na= 128 Correct Na= 133
10. Urine output 1100- 2400/แวน

วัตถุประสงค์:

1. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและจากภาวะเลือดเป็นกรด
2. เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะไม่สมดุลของน้ำและเกลือแร่

เกณฑ์การประเมิน (ข้อ 2และข้อ3)

1. รู้สีกตัวดี GCS 15 คะแนน
2. VBG PH=7.32-7.42 mmol/L, HCO_3^- = 18-23 mmol/L
3. ค่า DTX อยู่ในช่วง 80-180 mg%
4. Serum ketone < 0.6 mmol/L
5. Urine output > 0.5 ml/kg/hr
6. Serum K 3.5-5.0
7. Na= 130-140 mmol/L Correct Na= <150

8. Off RI drip เปลี่ยนเป็นแบบ bolus หรือ oral ได้

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความรู้สึกตัว บันทึกสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที - 1 ชม ติดตามอาการเปลี่ยนแปลงอย่างใกล้ชิด

2. ดูแลให้สารน้ำ เป็น 0.9% NSS 1000 ml load then 0.9% NSS 1000 ml (V) rate 250 cc/hr ตามแผนการรักษา ติดตามระดับ Na, Correct Na หากค่า Correct Na >150 มีความเสี่ยงต่อ hyperosmolarity ซึ่งจะมีผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะ cerebral edema ได้⁽¹⁾

3. ดูแลให้ได้รับ RI 100 unit ใน 0.9% NSS 100 ml (V) rate 6 cc/hr รายงานแพทย์เพื่อปรับ RI ตามค่า DTX q 1 hr และดูแลให้ได้รับ RI 8 unit (V) ตามแผนการรักษา ติดตามระดับน้ำตาลควรลดลง 50-75 mg/dL/hr หากระดับน้ำตาลลดน้อยกว่า 50 mg/dL/hr^(1,2) รายงานแพทย์เพื่อประเมิน Hydration status เพื่อประเมินว่าผู้ป่วยได้รับสารน้ำเพียงพอ⁽⁶⁾

4. ติดตามผลเลือดเพื่อประเมินสมดุลกรด-ด่างในร่างกาย ทุก 4 ชม. ร่วมกับการเฝ้าระวังอาการเปลี่ยนแปลงทางคลินิก เช่น หายใจหอบลึก ปัสสาวะออกมาก ภาวะความดันโลหิตต่ำ ระดับ electrolyte ต่างๆ เพื่อรายงานแพทย์ทราบและแก้ไขได้อย่างทันที่

5. ติดตามเจาะ DTX ทุก 1 ชม. ตามแผนการรักษา ติดตามภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับ Insulin ติดตามสัญญาณชีพ ทุก 30 นาที ประเมินระดับความรู้สึกตัวทุก 4 ชม

6. ติดตามปริมาณปัสสาวะทุก 4 ชม. ในวันแรกที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วย

หนักเพื่อประเมินความสมดุลของน้ำเข้าและน้ำออกและรายงานแพทย์เพื่อพิจารณาให้สารน้ำอย่างเพียงพอกับความต้องการของผู้ป่วย

7. ดูแลให้ On ETT c Ventilator setting PCV mode RR 22 PIP 20 PEEP 5 FiO₂ 0.4 Ti 1.0 ตามแผนการรักษา ดูแลไม่ให้สายเครื่องช่วยหายใจพับหักงอ ดูแลให้อุณหภูมิหม้อน้ำของเครื่องช่วยหายใจอยู่ในช่วง 32-34 องศาเพื่อป้องกันความผิดปกติของเยื่อปอดทางเดินหายใจ⁽⁹⁾ ช่วยให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอจนกว่าจะได้รับการแก้ไขภาวะความเป็นกรดให้ดีขึ้น

8. ดูแล suction clear airway ติดตามค่า O₂Sat ปลายนิ้ว เพื่อให้ทางเดินหายใจโล่ง ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ โดยใช้วิธีการดูดเสมหะแบบระบบปิด ปรับความดันให้อยู่ในระดับ 120-200 mmHg และให้ความเข้มข้นออกซิเจน 100% ในขณะที่ดูดเสมหะ⁽¹¹⁾ ทำความสะอาดปากฟัน ทุก 4 ชม เพื่อลดการสะสมของแบคทีเรีย

การประเมินผล : ผู้ป่วยรู้ตัวรู้เรื่อง E4vTM6 pupil 3 mm. RTL. both eye อัตราการหายใจ 22 - 24 ครั้ง/นาที ผล ABG PH= 7.40 HCO₃ = 13 PaO₂ =210 O₂Sat= 99.8, VBG PH= 7.45 HCO₃ = 15.9 สัญญาณชีพปกติ ระดับ electrolyte (14/9/66) Na 128, potassium 3.4, chloride 16.6 Serum ketone=0.22 DTX อยู่ในช่วง 80-200 mg สามารถ off RI drip ในวันที่ 2 ของการรักษาในหอผู้ป่วยหนักอายุกรรม 4 ทั้ง 2 ราย ได้รับการรักษาด้วย NPH sc 06.00, 18.00 น ร่วมกับการให้ regular insulin ตามระดับ DTX ทั้ง 2 ราย สารน้ำเข้าและออก

มีความสมดุลกัน ในวันที่ 2 ของการเข้ารับการรักษา

สรุปการศึกษา อภิปรายผล

จากการใช้แบบประเมิน FANCAS พบปัญหาทางการพยาบาลที่คล้ายคลึงกันทั้ง 2 ราย ซึ่งพบว่าในช่วงการเจ็บป่วยวิกฤต มีปัญหากรดในร่างกายนานทั้ง 2 ราย ซึ่งมีสาเหตุมาจากพฤติกรรมดูแลสุขภาพ ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มแอลกอฮอล์ การใช้ยาเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลอย่างต่อเนื่อง ดังเช่นผู้ป่วยรายที่ 1 หยุดฉีดยาเมื่อมีอาการท้องเสีย รับประทานอาหารได้น้อย ส่วนรายที่ 2 ดื่มแอลกอฮอล์ และไม่มีการควบคุมอาหาร ใช้สารเสพติด พร่องความรู้และขาดความตระหนักในการเฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดจนเกิดภาวะน้ำตาลในเลือดสูงหรือต่ำมากจนถึงภาวะวิกฤตได้ ซึ่งพบว่าการใช้กระบวนการประเมินภาวะสุขภาพตามกรอบ FANCAS ในครั้งนี้ทำให้การวินิจฉัยการพยาบาลและให้การพยาบาลได้รวดเร็ว สามารถช่วยลดระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้ ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 รายนอนรักษาในโรงพยาบาลอยู่ที่ 5 วัน และสามารถลดภาวะแทรกซ้อนจากน้ำตาลในเลือดสูงชนิด DKA ได้ ดังจะเห็นได้จากการศึกษาของ จิราภรณ์⁽¹⁾ พบว่าผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด DKA มีระยะการนอนรักษาในโรงพยาบาลอยู่ที่ 7 วันและ 15 วัน หากมีโรคร่วมจะทำให้ระยะเวลาในการนอนรพ.เพิ่มขึ้นได้

ดังนั้นการดูแลกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่ให้มีระยะยาวคือ การวางแผนจำหน่าย การ

ติดตามพฤติกรรมดูแลสุขภาพการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้านทั้งการรับประทานอาหาร ออกกำลังกาย การสังเกตภาวะน้ำตาลในเลือดสูงและน้ำตาลในเลือดต่ำ ให้ผู้ป่วยและญาติ การมาตรวจตามนัด จัดให้มี fast tack เพื่อให้การดูแลระยะวิกฤต การจัดตั้งกลุ่มไลน์ผู้ป่วยเบาหวานเพื่อที่จะได้รู้สีกว่ามีเพื่อนที่สามารถพูดคุยแลกเปลี่ยนการดูแลสุขภาพ และมี Case manager เบาหวานคอยให้คำปรึกษาจะช่วยเสริมพลังอำนาจในการดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนในผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลได้

เอกสารอ้างอิง

1. จิราภรณ์ ชินโสสม.การพยาบาลผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดสูงชนิด Diabetic Ketoacidosis(DKA): กรณีศึกษา. ชัยภูมิเวชสาร. 2563; 40: 2. 115-32
2. สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี. แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน 2566. พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ. ศรีเมืองการพิมพ์ จำกัด; 2566. 137-39
3. ภาณุพงษ์ รัตนวรรณิ.ภาวะเลือดเป็นกรดจากเบาหวาน(DKA) ในผู้ป่วยผู้ใหญ่ โรงพยาบาลเซกา.วารสารโรงพยาบาลนครพนม.2564; 8:2 https://he01.tci-thaijo.org/index.php/nkpjournal_9/article/view/252578/170528
4. กรมควบคุมโรค กองโรคไม่ติดต่อ. รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องพ.ศ.

2562. พิมพ์ครั้งที่ 1 สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์. 2562
5. โรงพยาบาลขอนแก่น. สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขเครือข่ายบริการสุขภาพ CUP โรงพยาบาลขอนแก่น รอบ 1 ปีงบประมาณ 2566. 9-12.
6. งานสถิติเวชระเบียนโรงพยาบาลขอนแก่น. สรุปผลการดำเนินงานประจำปี 2565-2566. ขอนแก่น: กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยหนัก โรงพยาบาลขอนแก่น.
7. สุนิสา พลนอก. กรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วย Diabetic ketoacidosis. โรงพยาบาลมหาสารคามราชสีมา. 2563 https://www.mnrh.go.th/pdf_file_academic/3011202001_RESEARCH.pdf
8. สุจิตรา ลีมอานวยลาภ. การประเมินผู้ป่วยระยะวิกฤต: FANCAS ใน สุจิตรา ลีมอานวยลาภ, กาญจนา สิมะ จารีก, เพลินตา ศิริปการและชวณพิศ ทำนอง, บรรณาธิการ. การปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยผู้ใหญ่ระยะวิกฤต. พิมพ์ครั้งที่ 7 ขอนแก่น: คลังน่านาวิทยา; 2556. 1-32
9. จันทร์ทิรา เจียรณัย, อาทินุช เบญจจะรักษ์, กนกนารถ กิ่งสันเทียะ, สุรางคณา พรหมมาศ. การพยาบาลผู้ป่วยวิกฤตที่ใช้เครื่องช่วยหายใจ: ทฤษฎีการดูแลตนเองและการประยุกต์ใช้ทฤษฎีระบบพยาบาล. วารสารสุขภาพและการศึกษาพยาบาล. 2565; 28: 1-12 <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Jolbcnm/article/view/255755/175895>
10. กันตภณ เชื้ออ้อ. แนวทางการส่งเสริมการจัดการสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโควิด-19 สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบุรี. 2565; 1: 127-132 <https://so03.tci-thaijo.org/index.php/ajpbru/article/view/257678/175186>
11. จันทร์ทิรา เจียรณัย, ณัฐจิตา เพชรประไพ, ศรัญญา จุฬาริ, วาริธร ประวัตินวงศ์, รวีวรรณ พงษ์พุดพิพัชร และสิริกร ขาวบุญมาศิริ. การดูแลแบบประคับประคองในผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ: การทบทวนจากหลักฐานเชิงประจักษ์. ราชวดีสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุรินทร์. 2561; 8: 82-93 <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/bcnsurin/article/view/166954/120502>

ความรู้ ทักษะและพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้กับระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ ตำบลสำราญ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา¹ สุภารัตน์ สถานพงษ์² ศศิธร ชมสุวรรณ³

(วันที่รับบทความ: 18 มกราคม 2567, วันที่แก้ไข: 28 มีนาคม 2567, วันที่ตอบรับ: 17 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นแบบเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้กับระดับโคเลสเตอรอลในเลือดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางและสามารถได้รับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชจากการบริโภค การได้รับสารกำจัดศัตรูพืชสามารถส่งผลกระทบต่อร่างกาย เช่น ระบบประสาท ระบบสืบพันธุ์ และระบบหัวใจ และหลอดเลือด กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ จำนวน 44 คน เครื่องมือการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ ทักษะและพฤติกรรม และกระดาษทดสอบโคเลสเตอรอล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติ Chi-square และ Fisher's exact test

กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 27.18 ปี (S.D.=3.75) จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ ชั้นสูง ปวส. และปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 25.0 เท่ากัน อาชีพส่วนใหญ่เป็นพนักงาน ลูกจ้างเอกชน ร้อยละ 34.1 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 97.7 พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในระดับสูง ร้อยละ 68.2 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 31.8 ส่วนใหญ่ ร้อยละ 81.8 มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 18.2 และส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 68.2 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.5 นอกจากนี้ ยังพบว่าความรู้ ทักษะและพฤติกรรมกรรมการบริโภคผักและผลไม้มีแนวโน้มความสัมพันธ์กับระดับโคเลสเตอรอลในเลือด ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาสามารถใช้วางแผนเพื่อป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพจากการสัมผัสสารเคมีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ได้

คำสำคัญ: ระดับโคเลสเตอรอลในเลือด, การบริโภคผักและผลไม้, หญิงตั้งครรภ์, หญิงให้นมบุตร, หญิงวัยเจริญพันธุ์

¹อาจารย์, ²⁻³นักศึกษาคณะศึกษาศาสตร์ สาขาสังคมศาสตร์ สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน,

¹⁻³วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding author: ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา, e-mail: phanuwat@scphkk.ac.th

**Knowledge attitudes and behaviors regarding fruit and vegetable consumption
and blood cholinesterase levels among reproductive women
in Samran Subdistrict, Mueang Khon Kaen District, Khon Kaen.**

Phanuwat Sriyotha¹ Sudarat Satanpong² Sasitorn Chomsuwan³

(Received 18th January 2024; Revised : 28th March 2024; Accepted 17th April 2024)

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive research aims to determine the relationship between knowledge attitudes and behaviors regarding fruit and vegetable consumption and blood cholinesterase levels of reproductive women. Reproductive women are susceptible and could be exposed to pesticides through daily consumption. Exposure to pesticides could affect nervous, reproductive and cardiovascular system. The samples were 44 reproductive women. The research tools included questionnaires regarding knowledge, attitudes and behaviors regarding consumption of fruits and vegetables as well as cholinesterase reactive paper. Data were then analyzed for percentage, average and standard deviation. The correlation was also analyzed using Chi-square test and Fisher's exact test.

The average age of the samples was 27.18 years (S.D.=3.75). 25.0% of them graduated with a diploma level as well as a bachelor's degree or higher. Most of their occupations were private employees/employees (34.1%). 97.7% of the samples had no medical pre-existing conditions. 68.2% of the samples had a high level of knowledge, followed by 31.8% with a moderate level. Most of the samples (81.8%) had the attitudes falling in a high level, followed by a moderate level (18.2%). 68.2% of the samples had a high level of behaviors, followed by a moderate level (29.5%). It was also found that knowledge, attitudes, and behaviors regarding fruit and vegetable consumption had a trend of relationship with blood cholinesterase levels. This results could be used for preventive planning against pesticide exposure among the pregnant women.

Keywords: blood cholinesterase levels, fruit and vegetable consumption, pregnant, breastfeeding, reproductive women

¹Lecturer ^{2,3}Student in the Bachelor's of Public Health Program in Community Public Health

¹⁻³Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute.

Corresponding author: Phanuwat Sriyotha, e-mail: phanuwat@scphkk.ac.th

บทนำ

จากรายงานสรุปการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตรในไทย ปี 2563 มีการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตร ถึง 91 ล้านกิโลกรัม มูลค่ากว่าสองหมื่นล้านบาท⁽¹⁾ โดยพบว่าสารกำจัดแมลง (Insecticides) มีปริมาณการนำเข้าสูง เป็นอันดับสองรองจากสารกำจัดวัชพืช (Herbicide) ประเภทของสารกำจัดแมลงที่มีการนำเข้าสูงสุด คือ สารกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟต อีกทั้งสถานการณ์การใช้สารเคมีทางการเกษตรยังพบครีวเรือนที่ยังคงใช้สารเคมีทางการเกษตรจำนวน 677,522 ครีวเรือน หรือร้อยละ 25.60⁽²⁾ โดยเฉพาะสารเคมีทางการเกษตร 3 ชนิด ได้แก่ พาราควอต คลอไพริฟอสและไกลโฟเซตโดยพาราควอตก่อให้เกิดพิษเฉียบพลันก่อให้เกิดโรคพาร์กินสันและยังพบสารตกค้างในชีรรมของทารกแรกเกิดและมารดาอีกด้วย ขณะที่คลอไพริฟอส ก็ทำให้เกิดความผิดปกติด้านพัฒนาการทางสมองของเด็กที่แม่ได้รับสารระหว่างตั้งครรภ์ ส่วนไกลโฟเซต เป็นสารที่อาจก่อมะเร็ง รบกวนการทำงานของระบบต่อมไร้ท่อได้⁽³⁾ โดยสารเคมีทางการเกษตรยังสร้างผลกระทบต่อร่างกายของผู้ใช้และผู้บริโภคอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ผู้บริโภคผักผลไม้สดเป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่สามารถได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชทางอ้อม

จากการศึกษางานวิจัยส่วนใหญ่ที่ผ่านมา⁽⁴⁻⁷⁾ เน้นศึกษาที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของเกษตรกรเป็นหลัก โดยหญิงวัยเจริญพันธุ์เป็นวัยที่อาจได้รับความเสี่ยงจากการได้รับสารกำจัดศัตรูพืชในฐานะผู้บริโภค นอกจากนี้สารออร์กาโนฟอสเฟตสามารถส่งผ่านจากแม่ไปสู่ทารกได้ทางสายสะดือและน้ำนม โดย

ส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านต่างๆ ของเด็ก ในช่วงวัยทารกหากได้รับสัมผัสสารออร์กาโนฟอสเฟตแม่ในปริมาณเพียงเล็กน้อยอาจส่งผลกระทบต่อพัฒนาการได้^(8,9) ซึ่งกลุ่มออร์กาโนฟอสเฟตที่ใช้งานอยู่บางชนิดอาจหลงเหลืออยู่บนอาหารหรือในอาหารหลังจากนำผักผลไม้ไปใช้ประกอบอาหารและบุคคลทั่วไปสามารถสัมผัสสารเคมีนี้ผ่านอาหารและเครื่องดื่มที่เราบริโภคในชีวิตประจำวันได้ เช่น น้ำเปล่า น้ำผลไม้ ไวน์ อาหารปรุงสำเร็จ นอกจากนี้การล้างและปอกเปลือกผักและผลไม้ อาจจะไม่สามารถขจัดสิ่งตกค้างได้ทั้งหมด^(10, 11) จากผลการศึกษาเกี่ยวกับความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและระดับโคลีนเอสเตอเรสในชีรรมของหญิงตั้งครรภ์ อำเภอท่าศาลา จังหวัดนครศรีธรรมราช⁽¹²⁾ พบว่ามีความรู้อยู่ในระดับปานกลางมากที่สุด ร้อยละ 58.98 และมีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 87.73 อธิบายได้ว่า ความรู้ส่งผลให้เกิดทัศนคติที่ดีและทำให้เกิดพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ที่ปลอดภัย แต่อาจจะเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างไม่ได้เตรียมอาหารเอง ซื้อผักและผลไม้จากร้านค้าหรือตลาด และกลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งยังล้างผักและผลไม้เพื่อกำจัดสารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่ถูกวิธี จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีระดับโคลีนเอสเตอเรสอยู่ในระดับไม่ปลอดภัย ร้อยละ 54.49

ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาเรื่อง ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้กับระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือด โดยให้ความ

สนใจในกลุ่มตัวอย่างหญิงวัยเจริญพันธุ์มากขึ้น เนื่องจากการศึกษาพบว่ายามีน้อย ดังนั้น หากทราบความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการได้รับพิษจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่อาจส่งผลกระทบต่อระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือด เพื่อใช้ระดับการเปลี่ยนแปลงของเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรสเป็นตัวบ่งชี้ผลกระทบต่อสุขภาพได้ นอกจากนี้ เพื่อเป็นแนวทางการวางแผนและป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพ อีกทั้งให้ตระหนักถึงความสำคัญเกี่ยวกับพฤติกรรมเพื่อลดสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ปนเปื้อนและอาจตกค้างในร่างกาย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ของหญิงวัยเจริญพันธุ์
2. เพื่อศึกษาระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดของหญิงวัยเจริญพันธุ์
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้กับระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดของหญิงวัยเจริญพันธุ์

สมมติฐาน

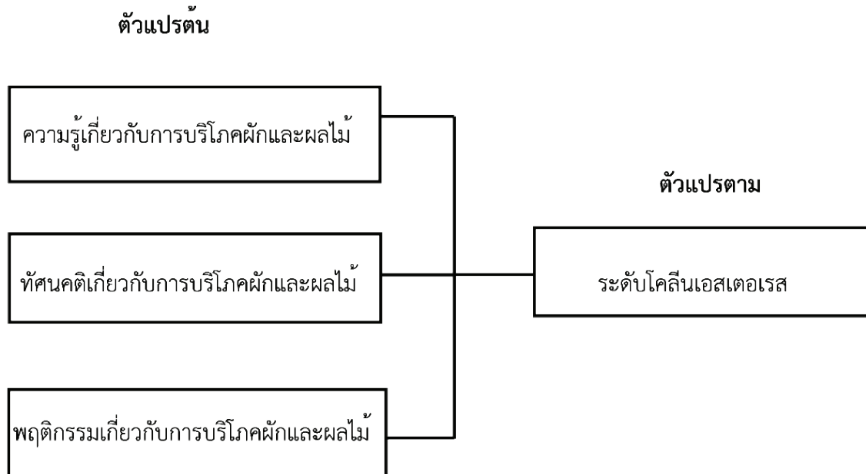
ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้มีความสัมพันธ์กับระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดของหญิงวัยเจริญพันธุ์

นิยามศัพท์เฉพาะ

หญิงวัยเจริญพันธุ์ หมายถึง หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อายุ 20-36 ปี รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร เนื่องจากช่วงอายุของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมกับการตั้งครรภ์ที่สุด ช่วงอายุ 20-35 ปี เป็นช่วงที่ร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ มีฮอร์โมนเพศที่สมดุล และการตั้งครรภ์ที่อายุมากกว่า 35 ปีทางการแพทย์ จะถือว่าเป็นภาวะเสี่ยงสูงต่อภาวะสุขภาพของมารดาและทารก และเนื่องจากหากสตรีมีการตั้งครรภ์ที่อายุ 35 ปี เพิ่มอีก 1 ปี เป็น 36 ปี เป็นพิจารณาเพิ่มไว้สำหรับการให้นมบุตร โดยกรมอนามัยยรณรงค์ให้ลูกดื่มนมแม่ตั้งแต่หลังคลอดจนถึงอายุ 6 เดือน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

ผู้วิจัยใช้กรอบแนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม (KAP)⁽¹³⁾ ที่มีตัวแปรต้นได้แก่ ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการบริโภคผักและผลไม้ ที่อาจจะมีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม คือระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดของกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ ดังกรอบแนวคิดการวิจัยดังนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยศึกษาในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่ในเขตตำบลสำราญ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ใช้การเลือกการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย โดยจะเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง ที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์คัดเข้า ระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัย ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึง เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

ประชากรที่ศึกษา

หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่ในเขตตำบลสำราญ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

กลุ่มตัวอย่าง

หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อยู่ในเขตตำบลสำราญ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้โดยใช้สูตร ไม่ทราบขนาดของประชากรหรือ $p = 0.3846$ สูตรของคอกแรน

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

n = ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา
 p = ค่าสัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร จากงานวิจัยที่ศึกษา เท่ากับ 0.3846⁽¹²⁾
 e = ระดับความคลาดเคลื่อนของการสุ่มตัวอย่างที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ เท่ากับ 0.08
 Z = ระดับความเชื่อมั่น 95% หรือระดับนัยสำคัญ 0.05 มีค่า Z เท่ากับ 1.96
 ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณ เท่ากับ 143 ตัวอย่าง

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วม

โครงการ หญิงวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 20-36 ปี ที่อยู่ในเขตตำบลสำราญ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น และหากมีการตั้งครรภ์ ต้องอยู่ในไตรมาสที่ 1 และ 2 (อายุครรภ์ไม่เกิน 28 สัปดาห์) ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 44 คน

เกณฑ์คัดเลือกลุ่มตัวอย่างออกจาก

โครงการ หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีโรคประจำตัว ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน และโรคเลือด

ธาลัสซีเมีย และอยู่ในระหว่างการรับประทานยาที่มีผลต่อการแข็งตัวของเลือดได้แก่แอสไพริน (Aspirin) วาร์ฟาริน (Wafarin) ซึ่งเป็นปัจจัยรบกวนต่อการแปลผลการคัดกรองความเสี่ยงด้วยกระดาษทดสอบโคลินเอสเตอเรส โดยสารบางชนิดมีผลยับยั้งการทำงานของเอ็นไซม์ลดปริมาณสารสื่อประสาท กระตุ้นการทำงานของเอ็นไซม์ หรือเพิ่มปริมาณสารสื่อประสาท

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออก เป็น 2 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ แบ่งออกเป็น 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ครอบครัว เฉลี่ยต่อเดือน โรคประจำตัว อายุครรภ์ จำนวน 6 ข้อ

ตอนที่ 2 ความรู้ต่อการปนเปื้อนของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้ จำนวน 10 ข้อ โดยมีลักษณะคำถามแบบเลือกตอบใช่หรือไม่ใช่ หากตอบถูกให้ 1 คะแนนและตอบผิดให้ 0 คะแนน รวม 10 คะแนน และกำหนดเกณฑ์การแปลผลคะแนน⁽¹⁴⁾ เป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง ระดับต่ำ

ตอนที่ 3 ทักษะต่อการปนเปื้อนของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้ จำนวน 5 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert's scale) แบ่งเป็น 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด โดยแบ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง ระดับต่ำ⁽¹⁵⁾

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการล้างผักและผลไม้ จำนวน 9 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตรวัดแบบลิเคิร์ตแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ ปฏิบัติมากที่สุด ปฏิบัติมาก ปฏิบัติปานกลาง ปฏิบัติน้อย และไม่ปฏิบัติเลย โดยแบ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนนเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง ระดับต่ำ⁽¹⁵⁾

ส่วนที่ 2 ระดับโคลินเอสเตอเรสในเลือด วัดโดยใช้กระดาษทดสอบโคลินเอสเตอเรส โดยมีการแปลผลข้อมูลใช้เวลา 4-7 นาที ตามอุณหภูมิแต่ละช่วง อ่านผลโดยการเทียบแผ่นสีมาตรฐานสีที่เปลี่ยนแปลงไปกับกระดาษทดสอบ⁽¹⁶⁾ ดังนี้

- สีเหลือง ระดับปกติ มีเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในซีรัม ≥ 100 หน่วยต่อมิลลิลิตร
- สีเหลืองอมเขียว ระดับปลอดภัย มีเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในซีรัม ≥ 87.5 แต่ < 100 หน่วยต่อมิลลิลิตร
- สีเขียว ระดับเสี่ยง มีเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในซีรัม ≥ 75 แต่ < 87.5 หน่วยต่อมิลลิลิตร
- สีเขียวเข้ม ระดับไม่ปลอดภัย มีเอนไซม์โคลินเอสเตอเรสในซีรัม < 75 หน่วยต่อมิลลิลิตร

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็น 2 ส่วน
2. ผู้วิจัยได้ส่งเครื่องมือให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เพื่อพิจารณาด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) พบว่ามีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00 ข้อคำถามด้านความรู้ มีค่า

ความยากง่าย (Difficulty) เท่ากับ 0.27-0.80 และค่าอำนาจจำแนกเท่ากับ 0.23 - 0.77 วิเคราะห์ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ในส่วนของข้อคำถามด้านความรู้ โดยใช้การวิเคราะห์สถิติ Kuder and Richardson (KR-20) มีค่าเท่ากับ 0.72 สำหรับในส่วนของข้อคำถามด้านพฤติกรรม และข้อคำถามด้านทัศนคติวิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค (Cronbach's alpha coefficient) พบว่ามีค่าเท่ากับ 0.60 และ 0.88 ตามลำดับ และในภาพรวมมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78

3. นำแบบสอบถามที่แก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ศึกษาเป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ หมู่ที่ 7 ตำบลพระลับ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ดังนี้ 1)ข้อมูลทั่วไป ความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2)วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมกับระดับโคลีนเอสเตอเรส ในเลือดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ใช้ Chi-square test หากไม่เป็นไปตามข้อตกลงจะพิจารณาใช้ Fisher's exact test

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้ผ่านการอนุมัติรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

เลขที่ HE652055 วันที่ 24 พฤศจิกายน 2565

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ทำหนังสือขออนุญาตทำการวิจัย เพื่อขอความอนุเคราะห์จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น และประสานกับเจ้าหน้าที่รวมถึงอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน เพื่อวางแผนในการเก็บข้อมูลชี้แจงวัตถุประสงค์ประโยชน์ที่จะได้รับการวิจัยและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ลงพื้นที่เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง และให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล

3. ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บตัวอย่างเลือดโดยการเจาะปลายนิ้วเพื่อทดสอบโคลีนเอสเตอเรส ซึ่งมีเครื่องมือและที่จำเป็นหลัก ได้แก่ กระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรสและแผ่นเทียบสีมาตรฐาน

4. เก็บตัวอย่างเลือดโดยการเจาะปลายนิ้วใส่ Capillary tube อย่างน้อย 3/4 ของหลอดนำไปปั่นแยกซีรัม โดยใช้เครื่องปั่นฮีมาโตคริตนาน 5 นาที กรณีไม่มีเครื่องปั่นฮีมาโตคริตสามารถตั้งหลอดในแนวตั้งเพื่อให้เกิดการแยกตัวของเม็ดเลือดแดงและน้ำเหลืองซึ่งอาจใช้เวลาประมาณ 0.5 - 2 ชั่วโมง เม็ดเลือดแดงจะตกตะกอนอยู่ก้นหลอดและน้ำเหลืองจะอยู่ชั้นบน ซึ่งเป็นส่วนที่จะนำมาใช้ในการทดสอบ

5. นำซีรัมมาหยดลงบนแผ่นทดสอบโคลีนเอสเตอเรส และแปลผลข้อมูลที่เวลา 4-7 นาที

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป เก็บรวบรวมกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 44 คน ร้อยละ 30.77 มีอายุเฉลี่ย 27.18 ปี อายุต่ำสุด 20 ปี และอายุสูงสุด 36 ปี โดยส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง/ปวส.และปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 25.0 เท่ากัน ประกอบอาชีพพนักงาน/ลูกจ้างเอกชน ร้อยละ 34.1 เป็นส่วนใหญ่ มีรายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 10,000 - 20,000 บาท ร้อยละ 50.0 โดยส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 97.7 โดยพบว่ากลุ่มเป้าหมายเป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ ร้อยละ 77.2

รองลงมา คือ หญิงให้นมบุตรและหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 11.4 เท่ากัน

2. ความรู้ต่อการปนเปื้อนของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้เกี่ยวกับการปนเปื้อนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในพืชผักผลไม้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 68.2 รองลงมาอยู่ระดับปานกลาง ร้อยละ 31.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการปนเปื้อนสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เท่ากับ 7.84 คะแนน สูงสุดเท่ากับ 10 คะแนน และต่ำสุดเท่ากับ 4 คะแนน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของระดับความรู้ต่อการปนเปื้อนของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้ ในภาพรวม

ระดับความรู้	จำนวน (n=44)	ร้อยละ
ระดับสูง (8-10 คะแนน)	30	68.2
ระดับปานกลาง (4-7คะแนน)	14	31.8
Mean (S.D.)=7.84(1.35); Median (IQR)=8.00(2.00); Min:Max =4:10		

3.ทัศนคติต่อการปนเปื้อนของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความคิดเห็นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 81.8 โดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับทัศนคติเท่ากับ 4.30 คะแนน (S.D. = (0.53) เมื่อพิจารณารายชื่อ พบว่าส่วนใหญ่ตอบความคิดเห็น

“มากที่สุด” คือ 4) ท่านคิดว่าสารเคมียาฆ่าแมลงที่ตกค้างในผักและผลไม้สามารถสะสมในร่างกายและส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้ ร้อยละ 59.1 รองลงมา คือ 2) ท่านคิดว่าการล้างผักและผลไม้ที่ถูกวิธีมีส่วนในการลดสารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้ ร้อยละ 56.8 ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละทัศนคติต่อการปนเปื้อนของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักผลไม้ รายข้อ (n=44)

ข้อความทัศนคติ	ระดับความคิดเห็น(n/%)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ท่านคิดว่าการล้างผักและผลไม้ตามวิธีการต่าง ๆ ที่ถูกต้อง มีความยุ่งยาก เสียเวลา และสิ้นเปลืองทรัพยากรมาก	4 (9.1)	5 (11.4)	6 (13.6)	11 (25.0)	18 (40.9)
2. ท่านคิดว่าการล้างผักและผลไม้ที่ถูกต้องมีส่วนในการลดสารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้	25 (56.8)	15 (34.1)	4 (9.1)	0	0
3. ท่านเชื่อว่าผักและผลไม้ทุกชนิดมีปริมาณสารเคมี ยาฆ่าแมลงปนเปื้อนอย่างแน่นอน	22 (50.0)	14 (31.8)	7 (15.9)	1 (2.3)	0
4. ท่านคิดว่าสารเคมียาฆ่าแมลงที่ตกค้างในผักและผลไม้สามารถสะสมในร่างกายและส่งผลกระทบต่อสุขภาพได้	26 (59.1)	16 (36.4)	2 (4.5)	0	0
5. ถ้าหากท่านซื้อผัก ท่านจะเลือกซื้อผักปลอดภัยจากสารพิษ โดยท่านจะเลือกซื้อผักที่มีการรับรองจากทางราชการ	24 (54.5)	14 (31.8)	5 (11.4)	1 (2.3)	0

4. พฤติกรรมการล้างผักและผลไม้ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการล้างผักและผลไม้ในระดับมาก ร้อยละ 68.2 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 29.5 โดยมีคะแนนเฉลี่ยระดับพฤติกรรมเท่ากับ 3.75 คะแนน (S.D. = 0.49) เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าส่วนใหญ่มี

พฤติกรรมการปฏิบัติ “มากที่สุด” คือ 1) ท่านล้างผักและผลไม้ก่อนนำมาประกอบอาหาร ร้อยละ 77.3 รองลงมา คือ 9) ก่อนการลวกผักหรือต้มผักท่านล้างทำความสะอาดก่อนเสมอ ร้อยละ 70.5 ตามลำดับ ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละ พฤติกรรมการล้างผักและผลไม้ รายข้อ (n=44)

ข้อคำถามพฤติกรรม	ระดับการปฏิบัติ (n/%)				
	ปฏิบัติมากที่สุด	ปฏิบัติมาก	ปฏิบัติปานกลาง	ปฏิบัติน้อย	ไม่ปฏิบัติเลย
1. ทานล้างผักและผลไม้ก่อนนำมาประกอบอาหาร	34 (77.3)	6 (13.6)	4 (9.1)	0	0
2. ทานใช้น้ำเปล่าในการล้างผักและผลไม้สด โดยให้น้ำเปล่าไหลผ่านปริมาณมากพร้อมถูไปมา	28 (63.3)	10 (23)	5 (11.4)	1 (2.3)	0
3. ทานแช่ผักและผลไม้ในน้ำนาน 15 นาที ก่อนนำมาประกอบอาหารและก่อนบริโภค	8 (18.2)	16 (36.4)	13 (29.5)	6 (13.6)	1 (2.3)
4. ในการล้างผักที่เป็นใบ ทานแกะใบออกก่อน แล้วล้างทำความสะอาดพร้อมถูไปมา	21 (47.7)	14 (31.8)	8 (18.2)	1 (2.3)	0
5. ทานใช้สารละลายผงฟู หรือน้ำยาล้างผัก หรือน้ำส้มสายชู หรือน้ำเกลือในการล้างผักและผลไม้สด	4 (9.1)	8 (18.2)	21 (47.7)	6 (13.6)	5 (11.4)
6. ทานเลือกซื้อผักและผลไม้ตามฤดูกาล	22 (50.0)	11 (25.0)	9 (20.4)	1 (2.3)	1 (2.3)
7. ทานเลือกซื้อผักและผลไม้สดที่มีร่องรอยการทำลายของศัตรูพืช	2 (4.6)	16 (36.4)	17 (38.6)	3 (6.8)	6 (13.6)
8. ทานซื้อผักและผลไม้ โดยเลือกความสดสวยเป็นหลัก	15 (34.1)	18 (40.9)	9 (20.5)	2 (4.5)	0
9. ก่อนการลวกผักหรือต้มผักทานล้างทำความสะอาดก่อน	31 (70.5)	8 (18.2)	2 (4.5)	3 (6.8)	0

5. ระดับโคลินเอสเตอเรสในเลือด
พบว่าผลการตรวจระดับโคลินเอสเตอเรสในเลือดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้กระดาษทดสอบโคลินเอสเตอเรสโดยการเทียบแผ่นสีมาตรฐาน

ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปลอดภัย ร้อยละ 45.5 รองลงมาคือ ระดับเสี่ยง และระดับไม่ปลอดภัย ร้อยละ 36.4 และ 18.1 ตามลำดับ ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละ ระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง (n=44)

ระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือด	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับปลอดภัย	20	45.5
ระดับเสี่ยง	16	36.4
ระดับไม่ปลอดภัย	8	18.1

6. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้กับระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Chi-Square Test ความรู้ต่อการปนเปื้อนของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติกับระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test ทัศนคติต่อการ

ปนเปื้อนของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

ความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมกับระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง พฤติกรรมการล้างผักและผลไม้ของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม กับระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดของกลุ่มตัวอย่าง

ระดับ	ระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือด		OR	95% CI of OR	P-value
	มีความเสี่ยง	ไม่มีความเสี่ยง			
ระดับความรู้					
สูง	15(50.0)	15(50.0)	0.56	0.15 to 2.05	0.375
ปานกลาง	9(64.3)	5(35.7)			
ระดับทัศนคติ					
สูง	20(55.6)	16(44.4)	1.25	0.27 to 5.80	1.000
ปานกลาง	4(50.0)	4(50.0)			
ระดับพฤติกรรม					
มาก	19(63.3)	11(36.7)	3.11	0.83to 11.66	0.087
ปานกลาง	5(35.7)	9(64.3)			

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ต่อการปนเปื้อนสารเคมีกำจัดศัตรูพืชอยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับ อรุณฯ อาจประจัญ, เบญจมาภรณ์ อิศรเดช⁽¹⁷⁾ ที่ศึกษาความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผักปลอดสารพิษของผู้บริโภค ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับผักปลอดสารพิษอยู่ในระดับสูง อาจกล่าวได้ว่า เป็นผลมาจากปัจจุบันนี้อยู่ในยุคที่มีการเข้าถึงสื่อออนไลน์ อินเทอร์เน็ต และเทคโนโลยีที่ทันสมัย ทำให้มีการเรียนรู้ สืบค้นได้ง่ายและรวดเร็ว อีกทั้งกลุ่มตัวอย่างมีการศึกษาในระดับที่สูง จากข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบถูกมากที่สุด คือ ควรเลือกซื้อที่แสดงฉลากที่ถูกต้อง เพื่อให้สามารถตรวจสอบย้อนกลับถึงแหล่งที่มาของผักและผลไม้ได้ ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของเบอร์นูน⁽¹³⁾ กล่าวคือ การศึกษาหรือความรู้เป็นอีกลักษณะหนึ่ง ที่มีอิทธิพลต่อการรับรู้ของบุคคล การได้รับการศึกษาในระดับที่ต่างกัน ในยุคที่ต่างกัน ทำให้มีความเข้าใจและความต้องการที่แตกต่างกันไป

ทัศนคติต่อการปนเปื้อนของสารเคมีกำจัดศัตรูพืช พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ซึ่งข้อคำถามส่วนใหญ่ตอบมากที่สุด คือ สารเคมีฆ่าแมลงที่ตกค้างในผักและผลไม้สามารถสะสมในร่างกายและส่งผลเสียต่อสุขภาพได้ อาจอธิบายได้ว่า ความรู้ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับที่มาก จึงส่งผลให้เกิดทัศนคติอยู่ในระดับสูง

พฤติกรรมการล้างผักและผลไม้ พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก สอดคล้องกับ แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับ

ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรม⁽¹³⁾ กล่าวคือ การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นในลักษณะเกี่ยวเนื่องกัน อธิบายได้ว่า การมีความรู้ความเข้าใจมาก มีผลทำให้เกิดทัศนคติที่ดี ซึ่งทัศนคติที่ดีอาจก่อให้เกิดพฤติกรรมการปฏิบัติที่เหมาะสม

ระดับโคลินเอสเตอเรสในเลือดอยู่ในระดับปลอดภัย กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทัศนคติอยู่ในระดับสูง ส่งผลให้มีการปฏิบัติในทางที่ดีและเหมาะสม อาจทำให้ระดับโคลินเอสเตอเรสในเลือดส่วนใหญ่อยู่ในระดับปลอดภัย แต่ถึงอย่างไรไม่สอดคล้องกับงานวิจัย รัชฎาภรณ์ ธรรมรัตน์, ปฤษฎาพร ผลประหาร, รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ⁽¹²⁾ ซึ่ง พบว่า กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งมีระดับโคลินเอสเตอเรสในซีรัมอยู่ในระดับไม่ปลอดภัย อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างของงานวิจัยที่ไม่สอดคล้องกัน กล่าวคือ กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาที่แตกต่างกันซึ่งอาจมีผลในด้านของความรู้ พฤติกรรม ที่อาจส่งผลต่อระดับโคลินเอสเตอเรส

ความรู้มีความสัมพันธ์กับระดับโคลินเอสเตอเรสในซีรัมแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัย รัชฎาภรณ์ ธรรมรัตน์, ปฤษฎาพร ผลประหาร, รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ⁽¹²⁾ จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง/ปวส.และปริญญาตรีหรือสูงกว่า อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการศึกษาที่สูง อาจทำให้มีความรู้ความเข้าใจในระดับสูง ส่งผลกับระดับโคลินเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย

ทัศนคติมีความสัมพันธ์กับระดับโคลินเอสเตอเรสในเลือดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษา อธิบายได้ว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นวัย

ที่มีการคิด วิเคราะห์และมีเหตุผล อีกทั้งมีระดับการศึกษาที่สูง และประกอบอาชีพพนักงานรัฐ/ลูกจ้างเอกชน ซึ่งอาจส่งผลให้ระดับโคลีนเอสเตอเรสอยู่ในระดับที่ปลอดภัย

พฤติกรรมมีความสัมพันธ์กับระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับงานวิจัยของรัชฎาภรณ์ธรรมรัตน์, ปฤษฎาพร ผลประหาร, รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ⁽¹²⁾ อธิบายได้ว่า การมีพฤติกรรมการปฏิบัติระดับมากของกลุ่มตัวอย่าง อาจส่งผลให้ระดับโคลีนเอสเตอเรสอยู่ในระดับปลอดภัย กล่าวคือ การล้างผักและผลไม้ก่อนนำมาประกอบอาหารหรือรับประทานทุกครั้ง หรือวิธีการล้างผักต่างๆ รวมถึงการล้างผักและผลไม้ที่ถูกวิธีสามารถช่วยลดสารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้ ซึ่งวิธีเหล่านี้จะช่วยลดความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างที่จะได้รับสารตกค้างเข้าสู่ร่างกายได้ ซึ่งสอดคล้องกับรัตติยากร ศรีโคตร, วิชาดา จงมีवासนา⁽¹⁸⁾ และสมพนธ์ วรรณวิมลรักษ์, ขนิพรรณ บุตรยี่, ชลธิชา วรรณวิมลรักษ์⁽⁶⁾ ที่ศึกษาเกี่ยวกับสารตกค้างและวิธีลดปริมาณสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในผักและผลไม้

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. เป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานเพื่อเป็นแนวทางในการวางแผนและป้องกันผลกระทบจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และนำข้อมูลผลการศึกษาเพื่อใช้ในการเฝ้าระวัง ประเมินความเสี่ยง และตรวจระดับโคลีนเอสเตอเรสในเลือดของหญิงวัยเจริญพันธุ์ รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ และหญิงให้นมบุตร

2. เป็นข้อมูลสำหรับหน่วยงานที่

เกี่ยวข้อง ในการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในเรื่องการปนเปื้อนของสารเคมีในผักและผลไม้ รวมถึงวิธีการล้างผักและผลไม้ก่อนการบริโภค เพื่อลดสารเคมีที่ถูกวิธี

ข้อจำกัดในการวิจัย

1. การวิจัยครั้งนี้มีการใช้แบบสอบถามที่ไม่ได้ครอบคลุมในเรื่องของการประกอบอาชีพของครอบครัว ถ้าหากทราบก็อาจเป็นผลที่นำมาอภิปรายได้ในด้านต่าง ๆ ของการได้รับความเสี่ยง เช่น ในกรณีที่บุคคลในครอบครัวเป็นเกษตรกร ก็อาจทำให้มีการรับสัมผัสความเสี่ยงมากขึ้น

2. การวิจัยครั้งนี้กลุ่มเป้าหมายมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างมีจำนวนน้อย มีผลในการแปลข้อมูลต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการตั้งข้อคำถามในการสำรวจเก็บรวบรวมข้อมูลต่าง ๆ ให้มีความครอบคลุมและเหมาะต่อการศึกษาวิจัยในเรื่องนั้นๆ เพื่อที่จะได้ทราบและนำมาวิเคราะห์ อภิปรายข้อมูลได้มากขึ้น

2. ควรศึกษากลุ่มตัวอย่างโดยลงสำรวจพื้นที่ก่อนการเก็บข้อมูลการทำวิจัย รวมถึงการขยายขอบเขตการศึกษาในเชิงพื้นที่ เพื่อให้ได้กลุ่มตัวอย่างมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสำราญ ที่ให้ความอนุเคราะห์ใช้สถานที่ในการรวบรวมข้อมูล และขอ

ขอขอบคุณผู้นำหมู่บ้าน อสม. ตำบลสำราญ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี ตลอดจนผู้ที่ไม่ได้กล่าวนามในที่นี้

เอกสารอ้างอิง

1. ศูนย์ข้อมูลเกษตรแห่งชาติ. การนำเข้าวัตถุดิบอันตรายทางการเกษตร(รายประเภทการใช้) 2563 [Available from: <https://shorturl-ddc.moph.go.th/JTcx0>
2. กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. รายงานสถานการณ์การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพสำหรับแรงงานนอกระบบ [Internet]; 2563. Podcast. Available from: <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1139520210507084901.pdf>
3. THAI-PAN. ประชุมวิชาการเพื่อเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ปี 2563 2563 [Available from: <https://thaipan.org/conference2020-document>.
4. รัชฎาภรณ์ จันทสุวรรณ, อุไร จเรประพาฬ. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันสารเคมีเข้าสู่ร่างกาย และระดับโคลีนเอสเตอเรสในซีรัมของเกษตรกร ตำบลเขาพระบาท จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2019;27(1): 68-77.
5. ศรีัญญา พันธุ์คุณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเกษตรกรผู้ปลูกยาสูบ: กรณีศึกษา จังหวัดสุโขทัย: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2016.
6. สมพนธ์ วรรณวิมลรักษ์, ชนิพรรณ บุตรยี่, ชลธิชา วรรณวิมลรักษ์. สถานการณ์การปนเปื้อนของยาฆ่าแมลงในผักและผลไม้ที่ขายในตลาดไทย. วารสารโภชนาการ. 2022;57(2):1-17.
7. ทินกร ชื่นชม. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรสในเลือดของเกษตรกร. วารสารแพทย์เขต 4-5. 2018;37(2):86-97.
8. ชัยเลิศ กิ่งแก้วเจริญชัย, เจนจิรา ดวงสอนแสง. อันตรายจากยาปราบศัตรูพืช [Available from: <https://shorturl-ddc.moph.go.th/Dttry>
9. บุญสิตา สุวรรณกุล, กรองพร องค์กรประเสริฐ, รัตนา ทรัพย์บำเรอ. สารออร์กาโนฟอสเฟตและพัฒนาการของทารก. วชิรเวชสารและวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง. 2018;62(5):411-22.
10. Syamila AI, Kusumawardani DA, Nurika G. Pesticide Exposure and Health Problems among Women In Reproductive AGE: A Literature Review 2022 [Available from: <https://shorturl-ddc.moph.go.th/QM1wJ>
11. ลีณา สุนทรสุข. การลดสารตกค้างในผักผลไม้ 2562 [Available from: <https://shorturl-ddc.moph.go.th/LUiHr>
12. รัชฎาภรณ์ ธรรมรัตน์, ปฤษฎาพร ผลประसार รจ. ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผักและผลไม้ปลอดภัยจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชและระดับโคลีนเอสเตอเรสในซีรัมของหญิงตั้งครรภ์ อำเภอท่าศาลา

- จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารแพทยนาวิ. 2563;47(3):659-61.
13. Shelter Blog. ทักษะคติ (Attitude) 2552 [Available from: <http://phatrsa.blogspot.com/2010/01/attitude.html>
 14. Bloom SJ. Taxonomy of education objective. In: book1 h, editor. cognitive domain. New York: David Mckay; 1975.
 15. Best JW. Research in Education. New Jersey: Prentice hall Inc. ; 1977.
 16. ศิริวรรณ ฉันทเจริญ, อรพันธ์ อันติมานนท์, โกวิท บัญมิพงศ์. เกษตรกรได้รับอันตรายจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชได้อย่างไรบ้าง โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด: สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2553 [พิมพ์ครั้งที่ 3]
 17. อรุณช อาจประจัญ, เบญจมาภรณ์ อิศรเดช. ความรู้และพฤติกรรมการบริโภคผักปลอดสารพิษของผู้บริโภคในเขตกรุงเทพมหานคร [ปริญญามหาบัณฑิต]2558.
 18. รัตติยากร ศรีโคตร, วิชาดา จงมีวาสนา. วิธีลดปริมาณสารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชตกค้างในผักและผลไม้. วารสารกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์. 2021;63(1):38-50.

**ความรู้และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำของพนักงาน
ทำความสะอาดห้างสรรพสินค้าในอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น**

ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา¹, ธนดา ลิทธิจันทร์เสน², นลชนต์ ไชยหงส์³

(วันที่รับบทความ: 18 มกราคม 2567, วันที่แก้ไข: 28 มีนาคม 2567, วันที่ตอบรับ 17 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

พนักงานทำความสะอาดมีโอกาสสัมผัสสารเคมีจากผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำมากกว่าบุคคลทั่วไป ถึงแม้บริษัททำความสะอาดมีการชี้แจงเกี่ยวกับวิธีการใช้ผลิตภัณฑ์ อันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์ และการป้องกันอย่างถูกต้อง และพนักงานมีระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำในระดับมาก แต่ไม่อาจสรุปได้ว่ามีพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ที่เหมาะสมเสมอไป การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ และหาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 คน ถูกเลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple Random Sampling) ข้อมูลถูกวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด และสถิติ Fisher's Exact Test ในการหาค่าความสัมพันธ์

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.78 อายุเฉลี่ย 46.15 ปี (S.D. = 10.55) ได้รับคำชี้แจง หรือแนะนำ เกี่ยวกับวิธีการใช้ผลิตภัณฑ์ อันตรายจากการใช้ผลิตภัณฑ์ และการป้องกันอย่างถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 97.80 ระดับความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์ ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 95.70 และระดับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ในภาพรวม อยู่ในระดับปฏิบัติระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 87.00 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ พบว่าระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมี (p-value = 0.246)

คำสำคัญ: ความรู้และพฤติกรรม, ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาด, พนักงานทำความสะอาด

¹อาจารย์, ²⁻³นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน,

¹⁻³วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding author : ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา, e-mail: phanuwat@scphkk.ac.th

Knowledge and Behaviors regarding Using Bathroom Cleaning Products among Department Store Cleaning Staff in Mueang District, Khon Kaen Province.

Phanuwat Sriyotha¹, Thanada Sittijunsen², Natachon Chaihong³

(Received 18th January 2024; Revised: 28th March 2024; Accepted 17th April 2024)

Abstract

Cleaning staff is more likely to be exposed to chemicals from products used for bathroom cleaning, compared to other in general. Although cleaning companies inform the cleaning staffs about proper chemical use instructions and the staff is also found knowledgeable regarding chemical safety, their behaviors are inconclusively appropriate and safe. This cross-sectional descriptive research aims to determine knowledge and behaviors regarding chemical products using for bathroom cleaning, and to determine the relationship between them. A total sample of 46 people was selected using a simple random sampling method. Data were then analyzed for descriptive statistics, presenting frequency, percentage, mean, standard deviation, median, maximum and minimum. Also, Fisher's exact test statistic was used to analyze for correlation.

The results found that most of the samples were female (84.78%) with an average age of 46.15 years (S.D. = 10.55). Representing 97.80% of the samples, they had been informed or advised how to use the chemical products, their hazards and proper protection. Their knowledge of overall chemical use was found in a high level 95.70 % and the behaviors of chemical use were fell in the high level 87.00 %. However, the analysis of the relationship between the knowledge and behaviors of using chemical products for bathroom cleaning revealed no relationship between those (p-value = 0.246).

Keywords: knowledge and behaviors, chemical product for bathroom cleaning, cleaning staffs

¹Lecturer, ^{2,3}Student in the Bachelor's of Public Health Program in Community Public Health

¹⁻³Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute.

Corresponding author: Phanuwat Sriyotha, e-mail: phanuwat@scphkk.ac.th

1. บทนำ

ปัจจุบันผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดเข้ามา มีบทบาทในชีวิตประจำวันอย่างมาก ในอดีตการทำความสะอาดโดยทั่วไปจะใช้น้ำในการทำความสะอาด ต่อมาการนำสิ่งที่มีอยู่ตามธรรมชาติมา ใช้ร่วมกับน้ำในการทำให้อสิ่งสกปรกหลุดออก และได้มีการพัฒนาสิ่งที้นำมาใช้ทำความสะอาด เรื่อยๆ ซึ่งสารเคมีเป็นตัวเลือกหนึ่งที่นิยมนำมาใช้ ในการทำให้สิ่งสกปรกหลุดได้ง่ายขึ้นและเร็วขึ้น รวมทั้งเพิ่มคุณสมบัติด้านอื่น ๆ อีก เช่น ฆ่าเชื้อ โรค ฟอกสี เป็นต้น⁽¹⁾ สารทำความสะอาดห้องน้ำ และเครื่องสุขภัณฑ์บางชนิดมีสมบัติเป็นกรด ส่งผลทำให้ผู้ใช้เกิดความระคายเคืองของระบบทางเดินหายใจ และผิวหนังอีกด้วย ดังนั้นในการใช้ ต้องระมัดระวังโดยปฏิบัติตามคำแนะนำการใช้ อย่างเคร่งครัด และต้องใช้ในปริมาณที่เหมาะสม การใช้ในปริมาณมากเกินไปไม่ได้หมายความว่า จะช่วยทำความสะอาดได้มากขึ้น ในทางตรงกันข้าม อาจส่งผลต่อสุขภาพของ ผู้ใช้⁽²⁾

พนักงานทำความสะอาดถือเป็น อาชีพพื้นฐานที่มีอยู่ทั่วโลก จากผลการสำรวจ การการณ์มีงานทำของประชากรโดยสำนักงาน สถิติแห่งชาติในเดือนพฤศจิกายน ปี 2553-2557 พบว่าอาชีพพนักงานบริการรวมถึงพนักงาน ทำความสะอาดมีจำนวนมากเป็นอันดับ 2 ของผู้มีงานทำ คิดเป็นร้อยละ 19.1⁽³⁾ และทิศทางการเปลี่ยนแปลงของอาชีพ ปี 2558-2562 จำแนกตามหมวดอาชีพ พบว่าในหมวดของ อาชีพพื้นฐาน อาชีพพนักงานทำความสะอาด มีอัตราการเจริญเติบโตเฉลี่ยเพิ่มมากขึ้นทุกปี คิดเป็นร้อยละ 1.7⁽⁴⁾ ประเทศไทยมีจำนวน พนักงาน ทำความสะอาดประมาณ 5 ต่อ 1,000

ของพนักงานทั้งหมด⁽⁵⁾

พนักงานทำความสะอาดมีความเสี่ยง ด้านสุขภาพด้วยลักษณะธรรมชาติการทำงานที่ เกี่ยวกับการทำความสะอาด พนักงานทำความสะอาด จึงมีการสัมผัสน้ำยาฆ่าเชื้อ กรด ต่าง สารตัวทำลาย และสารเพิ่มความหอม เช่น น้ำยากลุ่มไฮโดรคลอริก (Hydrochloric: HCl) กลูตาแรลดีไฮด์ (Glutaraldehyde)⁽⁵⁾ การพัฒนา ส้วมสาธารณะในประเทศไทยให้ได้มาตรฐาน (Healthy Accessibility Safety: HAS) เกณฑ์ มาตรฐานข้อ 9 ระบุไว้ว่าต้องจัดให้มีการทำความสะอาด และระบบการควบคุมตรวจตราเป็น ประจำ จัดระบบให้มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบ ทำความสะอาดเป็นประจำ ควรทำความสะอาด อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง ดังนั้น พนักงานทำความสะอาดจึงมีโอกาสสัมผัสสารเคมีจากผลิตภัณฑ์ ทำความสะอาดห้องน้ำมากกว่าบุคคลทั่วไปถึง 14 เท่า⁽⁶⁾

จากการศึกษาทฤษฎีทฤษฎีพฤติกรรม นิยม (Behavioral view of motivation) และ ทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรม (KAP Theory) พบว่า ความรู้ และทักษะคติ มีผล ต่อพฤติกรรม เมื่อบุคคลได้รับสาร ย่อมส่งผลให้ เกิดการเปลี่ยนแปลง ทั้งในด้านความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมของบุคคล ซึ่งทั้ง 3 อย่างจะเกิด ขึ้นแบบต่อเนื่องกัน กล่าวคือ เมื่อบุคคลเกิดการ เปลี่ยนแปลงในด้านความรู้ ย่อมส่งผลให้เกิด พฤติกรรมการปฏิบัติตนของบุคคลทั้งพฤติกรรม ในด้านบวก และพฤติกรรมในด้านลบ และจาก การสำรวจงานวิจัยที่ผ่านมา พบว่า การศึกษา ที่เกี่ยวข้องกับสารเคมีส่วนใหญ่ ศึกษามุ่งเน้นใน เรื่องของสารเคมีที่ใช้ทางด้านการเกษตร และ

อุตสาหกรรม ซึ่งผู้ทำการศึกษาให้ความสำคัญกับกลุ่มประชากรที่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและผู้ประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรมเป็นหลัก แต่โดยทั่วไปแล้วการใช้ผลิตภัณฑ์จากสารเคมีไม่ได้มีเพียงประชาชนกลุ่มประกอบอาชีพเกษตรกรรมเท่านั้นที่ใช้ บุคคลทั่วไป โดยเฉพาะในกลุ่ม ผู้ประกอบอาชีพพนักงานทำความสะอาด ซึ่งเป็นอาชีพพื้นฐานที่มีลักษณะการทำงานที่มีการใช้และการสัมผัสสารเคมีที่อยู่ในผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำมากกว่าบุคคลทั่วไป ซึ่งบุคคลเหล่านี้นับว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับอันตรายจากสารเคมีที่แอบแฝงอยู่ในผลิตภัณฑ์

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมา ยังไม่ปรากฏการศึกษาผู้ประกอบอาชีพพนักงานทำความสะอาดในห้างสรรพสินค้า มีเพียงการศึกษาในกลุ่มพนักงานทำความสะอาดในสถานบริการต่างๆ ผู้ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและผู้ประกอบอาชีพในโรงงานอุตสาหกรรม ที่ลักษณะการทำงานต้องมีการใช้สารเคมี จึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของความเสี่ยงสุขภาพที่สามารถเกิดขึ้นได้จากการได้รับสัมผัสสารเคมีจากการประกอบอาชีพของพนักงานทำความสะอาดห้างสรรพสินค้าในอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ดังนั้น จึงทำการศึกษา โดยการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับความรู้ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำของพนักงานทำความสะอาดห้างสรรพสินค้า เพื่อนำไปศึกษาความรู้ พฤติกรรม และหาความสัมพันธ์เกี่ยวกับความรู้ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำของพนักงานทำความสะอาด ซึ่งสามารถนำผลการ

ศึกษาไปใช้ในการเฝ้าระวังการรับสัมผัสสารเคมีจากผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำที่จะส่งผลต่อสุขภาพจากการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำได้ต่อไป และสามารถใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนและแก้ไขปัญหาการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำที่ไม่เหมาะสม อีกทั้งยังสามารถใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ประกอบอาชีพพนักงานทำความสะอาดในปัจจุบัน และอนาคต

2. วัตถุประสงค์

2.1 เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำของพนักงานทำความสะอาดห้างสรรพสินค้าในอำเภอเมืองขอนแก่น

2.2 เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำของพนักงานทำความสะอาดห้างสรรพสินค้าในอำเภอเมืองขอนแก่น

2.3 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความรู้ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำของพนักงานทำความสะอาดห้างสรรพสินค้าในอำเภอเมืองขอนแก่น

3. วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 รูปแบบการวิจัย

ในการศึกษารั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยศึกษาความรู้และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดห้องน้ำของพนักงานทำความสะอาดห้างสรรพสินค้า ในอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น

จำนวน 8 แห่ง เนื่องจากเป็นห้างสรรพสินค้าที่ตั้งอยู่ในอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เป็นที่รู้จักและเป็นที่ยอมรับสำหรับประชาชนทั่วไป อีกทั้งมีพนักงานทำความสะอาด ซึ่งเป็นบุคลากรที่มีคุณสมบัติเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่างของงานวิจัย

3.2 ประชากรและตัวอย่างการวิจัย

3.2.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นพนักงานทำความสะอาดห้องน้ำในห้างสรรพสินค้า อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง คือ พนักงานทำความสะอาดห้องน้ำห้างสรรพสินค้าภายในอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น การคำนวณหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรการหาขนาดของกลุ่มตัวอย่างกรณีไม่ทราบจำนวนประชากร โดยใช้สูตรการประมาณค่าสัดส่วนของ W.G. Cochran⁽⁷⁾ ดังนี้

$$n = \frac{P(1 - P)Z^2}{d^2}$$

เมื่อกำหนดให้ n คือ จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ต้องการ

P คือ สัดส่วนของประชากรที่ผู้วิจัยต้องการสุ่ม โดยได้จากการศึกษางานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

Z คือ ระดับความเชื่อมั่นที่กำหนดหรือระดับนัยสำคัญ ณ ที่นี้ใช้ระดับนัยสำคัญ 0.05

d คือ สัดส่วนความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นได้ ณ ที่นี้กำหนดระดับความผิดพลาดไม่เกินร้อยละ 8

ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการคำนวณเท่ากับ 110 ตัวอย่าง เนื่องจากการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ห้างสรรพสินค้าแต่ละแห่งมีพนักงานที่ปฏิบัติงานในส่วนนี้เป็นจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนห้องน้ำ และขนาดของห้างสรรพสินค้า อีกทั้งขอบเขตพื้นที่ของการศึกษาเป็นการศึกษาเฉพาะในกลุ่มพนักงานทำความสะอาดห้างสรรพสินค้าในพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่นเท่านั้น ทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษามีขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยคำนวณได้

โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า (Inclusion criteria) คือ 1) ผู้ที่มีอายุ 20 - 60 ปี 2) เป็นพนักงานทำความสะอาดห้องน้ำในห้างสรรพสินค้า อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ที่มีการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ และเกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria) คือ ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารหรือไม่สามารถให้ข้อมูลได้ ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 46 คน

3.2.3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาในครั้งนี้ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลาก

3.3 เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามการปฏิบัติงานทำความสะอาดห้องน้ำของพนักงานทำความสะอาดห้างสรรพสินค้าในอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน จำนวนทั้งหมด 32 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ด้านลักษณะของประชากร ได้แก่ เพศ, อายุ, และระดับการศึกษาสูงสุด โดยข้อคำถามเป็นลักษณะเลือกตอบและเติมข้อความ จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการทำงาน ประกอบด้วยระยะเวลาในการประกอบอาชีพ, การได้รับคำชี้แจง หรือแนะนำ เกี่ยวกับวิธีการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ อันตรายจากการใช้ และการป้องกันอย่างถูกต้อง, และการเก็บรักษาบรรจุภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ แยกไว้เป็นส่วนที่ปลอดภัยโดยข้อความเป็นลักษณะเลือกตอบ และเติมข้อความ จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ ประกอบด้วย การได้รับความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำในการปฏิบัติงาน การใช้ และการจัดเก็บผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำอย่างถูกต้อง การปฏิบัติตัวเมื่อได้รับสัมผัสผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ โดยข้อความเป็นลักษณะแบบตรวจสอบรายการ (Checklist) ใช่-ไม่ใช่ จำนวน 12 ข้อ

แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำใช้เกณฑ์การให้คะแนนเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) จำนวน 3 ระดับ ดังนี้ มาก หมายถึง มีระดับคะแนนระหว่าง 9 - 12 คะแนน, ปานกลาง หมายถึง มีระดับคะแนนระหว่าง 4 - 8 คะแนน, และน้อย หมายถึง มีระดับคะแนนระหว่าง 0 - 3 คะแนน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์

สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ ประกอบด้วย การปฏิบัติตัวในการใช้สารเคมี การใช้อุปกรณ์ป้องกันตนเองขณะใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดห้องน้ำ และหลังใช้ผลิตภัณฑ์ทำความสะอาดห้องน้ำ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบตามความถี่ของการปฏิบัติ เป็นลักษณะมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งคำถามมีความหมายทั้งทางบวกและทางลบ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ ปฏิบัติทุกครั้ง หมายถึง ปฏิบัติทุกครั้ง หรือปฏิบัติ 7 ครั้งขึ้นไป/สัปดาห์, ปฏิบัติบ่อยครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 5-6 ครั้ง/สัปดาห์, ปฏิบัติบางครั้ง หมายถึง ปฏิบัติ 3-4 ครั้ง/สัปดาห์, ไม่ค่อยปฏิบัติ หมายถึง ปฏิบัติ 1-2 ครั้ง/สัปดาห์, และไม่ปฏิบัติเลย หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย จำนวน 14 ข้อ

จากนั้นผู้วิจัยจะนำข้อมูลจากแบบสอบถามส่วนที่ 4 มาหาค่าเฉลี่ย และหาค่าตัวกลาง โดยให้คะแนน ตามเกณฑ์ของครอนบาค โดยแบ่งช่วงของค่าตัวกลางเลข คณิต 5 กลุ่ม ในการแปลความหมาย ดังนี้ คือ

- 1.00 - 1.49 หมายถึง ปฏิบัติระดับน้อยที่สุด,
- 1.50 - 2.49 หมายถึง ปฏิบัติระดับน้อย,
- 2.50 - 3.49 หมายถึง ปฏิบัติระดับปานกลาง,
- 3.50 - 4.49 หมายถึง ปฏิบัติระดับมาก, และ
- 4.50 - 5.00 หมายถึง ปฏิบัติระดับมากที่สุด

3.4 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) และวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ของแบบสอบถาม มีค่าเท่ากับ 1.00 ทุกข้อ และมีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.75

แบบสอบถามส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำวิเคราะห์โดยใช้สถิติ KR-21 เท่ากับ 0.50

แบบสอบถามส่วนที่ 4 พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำวิเคราะห์โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาร์ค มีค่าเท่ากับ 0.83

3.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลไปยังห้างสรรพสินค้าในอำเภอเมืองขอนแก่น จากนั้นขอความร่วมมือ และความยินยอมจากอาสาสมัครในการตอบแบบสอบถาม ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ประโยชน์ และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้น โดยอาสาสมัครมีอิสระที่จะตอบหรือไม่ตอบคำถามในแบบสอบถาม จากนั้นรวบรวมข้อมูล และตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของการตอบแบบสอบถาม และนำข้อมูลที่ได้ไปทำการวิเคราะห์ต่อไป ระยะเวลาที่ใช้ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ ดำเนินการตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565 ถึง กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566

3.6 การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ได้รับการพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โดยผ่านการอนุมัติตามหนังสือรับรองเลขที่ HE652056 ลงวันที่ 24 พฤศจิกายน พ.ศ.2565

3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุด

ค่าต่ำสุด และหาค่าความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรม โดยใช้สถิติอนุมาน คือ Fisher's Exact Test

4. ผลการวิจัย

4.1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 46 คน แบ่งเป็นเพศชาย จำนวน 7 คน เพศหญิง จำนวน 39 คน มีอายุเฉลี่ย 46.15 ปี (S.D. = 10.55) อายุต่ำสุด 20 ปี และสูงที่สุด 60 ปี ระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา มีสัดส่วนมากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 41.30 รองลงมา คือ มัธยมศึกษาตอนปลาย และมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 26.10 และ 23.91 ตามลำดับ

4.2 ข้อมูลการทำงาน

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 46 คน ประกอบอาชีพพนักงานทำความสะอาดมาเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 3.53 ปี (S.D. = 3.77) ระยะเวลาสั้นที่สุด คือ 1 เดือน และสูงที่สุด คือ 14 ปี 2 เดือน ใน 1 วัน ได้รับการชี้แจง หรือแนะนำ เกี่ยวกับวิธีการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ อันตรายจากการใช้ และการป้องกันอย่างถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 97.80 และไม่ได้รับการชี้แจง หรือแนะนำ เกี่ยวกับวิธีการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมี ทำความสะอาดห้องน้ำ อันตรายจากการ ใช้ และการป้องกันอย่างถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 2.20 มีการเก็บรักษาบรรจุภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำแยกไว้เป็นสัดส่วนที่ปลอดภัย คิดเป็นร้อยละ 100.00

4.3 การศึกษาความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ ในภาพรวม

ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ เมื่อพิจารณาในภาพรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่

มีความรู้อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 95.70 รองลงมา คือความรู้ในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 4.30 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของความรู้ เท่ากับ 11.00 (S.D. = 1.27) คะแนนสูงที่สุด เท่ากับ 12 และต่ำที่สุด เท่ากับ 6 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ ในภาพรวม

ระดับความรู้	จำนวน (n=46)	ร้อยละ
ระดับปานกลาง (4 - 8 คะแนน)	2	4.30
ระดับมากที่สุด (9 - 12 คะแนน)	44	95.70
$\bar{X}$ (S.D.) = 11.00(1.27); Median(IQR) = 11.00(2); Min : Max = 6 : 12		

4.4 การศึกษาความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำรายข้อ

ผลการศึกษาความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ ข้อคำถามที่ 11.) ขณะใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ เราควรเปิดประตู หน้าต่าง เพื่อระบายอากาศให้ถ่ายเท คิดเป็นร้อยละ 100.00 รองลงมา คือ ข้อคำถามที่ 2.) เราจำเป็นต้องมีการเก็บรักษาบรรจุภัณฑ์ไว้เป็นสัดส่วนในที่ปลอดภัย ข้อคำถามที่ 9.) เมื่อผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำเข้าตา ให้รีบล้างออกด้วยน้ำสะอาด หากไม่ดีขึ้นให้รีบไปพบแพทย์ทันที คิดเป็นร้อยละ 97.80 เท่ากัน ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างตอบผิดมากที่สุด คือ ข้อคำถามที่ 10.) หากพบผู้รับประทานผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ ให้ดื่มนมหรือ

น้ำมาก ๆ แต่ห้ามทำให้อาเจียน พร้อมรีบนำส่งแพทย์ทันที คิดเป็นร้อยละ 37.00 รองลงมา คือ ข้อคำถามที่ 4.) เราสามารถผสมผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำได้ตามปริมาณที่ต้องการ คิดเป็นร้อยละ 21.70

4.5 การศึกษาพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ ในภาพรวม

ผลการศึกษาพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปฏิบัติระดับมาก (3.50-4.49) คิดเป็นร้อยละ 87.00 รองลงมา คือ พฤติกรรมอยู่ในระดับปฏิบัติระดับปานกลาง (2.50-3.49) คิดเป็นร้อยละ 13.00 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรม เท่ากับ 4.02 (S.D. = 0.40) คะแนนสูงที่สุด เท่ากับ 4.37 และต่ำที่สุด เท่ากับ 2.63 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ ในภาพรวม

ระดับพฤติกรรม	จำนวน (n=46)	ร้อยละ
ปฏิบัติระดับปานกลาง (2.50 - 3.49)	6	13.00
ปฏิบัติระดับมาก (3.50 - 4.49)	40	87.00
$\bar{X}$ (S.D.) = 4.02(0.40); Median(IQR) = 4.16(0.63); Min : Max = 2.63 : 4.37		

4.6 การศึกษาพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำรายข้อ

ผลการศึกษาพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่า ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบระดับพฤติกรรม “ปฏิบัติทุกครั้ง” มากที่สุดคือ ข้อคำถามที่ 9.) ท่านเปลี่ยนอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (เช่น ถุงมือ รองเท้าบูท) ที่สวมใส่ใหม่เสมอ เมื่อพบว่าเกิดการชำรุด คิดเป็นร้อยละ 93.50 รองลงมา คือ ข้อคำถามที่ 8.4) การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล คือรองเท้าบูท ข้อคำถามที่ 10.) หลังจากใช้ผลิตภัณฑ์เสร็จท่านล้างมือทำความสะอาดทุกครั้ง ข้อคำถามที่ 11.) หลังจากปฏิบัติงานเสร็จแล้วท่านมีการทำความสะอาดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (เช่น ถุงมือ รองเท้าบูท) และจัดเก็บรักษาเป็นอย่างดี คิดเป็นร้อยละ 91.30 เท่ากัน

ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบระดับพฤติกรรม “ปฏิบัติบ่อยครั้ง” มากที่สุดคือ 2.) ท่านปฏิบัติตามคำแนะนำวิธีการใช้ผลิตภัณฑ์ที่ถูกขนาด และถูกวิธี โดยดูจากฉลากที่ติดข้างขวด คิดเป็นร้อยละ 21.70 รองลงมา คือ 1.) ท่านอ่านฉลากข้างขวดทุกครั้งก่อนใช้ผลิตภัณฑ์ 3.) การผสมผลิตภัณฑ์ ทำการผสมตามฉลาก

กำหนด 12.) หลังจากเลิกงานท่านอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายทันที 13.) ท่านทำความสะอาดชุดทำงานทุกวันหลังเวลาเลิกงาน 14.) ท่านแยกทำความสะอาดชุดทำงานกับชุดที่ใส่ในชีวิตประจำวัน คิดเป็น ร้อยละ 17.40 เท่ากัน

ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบระดับพฤติกรรม “ปฏิบัติบางครั้ง” มากที่สุดคือ 1.) ท่านอ่านฉลากข้างขวดทุกครั้งก่อนใช้ผลิตภัณฑ์ คิดเป็นร้อยละ 6.50 รองลงมา คือ 5.) หยุดการใช้ผลิตภัณฑ์ทันทีเมื่อปรากฏอาการแพ้สารเคมี เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ แน่นหน้าอก เป็นต้น คิดเป็นร้อยละ 4.30

ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบระดับพฤติกรรม “ไม่ค่อยปฏิบัติ” มากที่สุดคือ 8.3) การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลขณะทำงาน คือ หมวก คิดเป็นร้อยละ 4.30 รองลงมา คือ 4.) การแยกประเภทของผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำโดยการสุดดมผลิตภัณฑ์ก่อนใช้ คิดเป็นร้อยละ 8.5 การใช้อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคลขณะทำงาน คือ เข็มกันสารเคมี 12.) หลังจากเลิกงานท่านอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายทันที คิดเป็นร้อยละ 2.20 เท่ากัน

ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบระดับพฤติกรรม “ไม่ปฏิบัติเลย” มากที่สุด คือ 6.) ดื่มน้ำ หรือรับประทานอาหารในบริเวณที่

กำลังมีการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาด
ห้องน้ำ คิดเป็นร้อยละ 97.80 รองลงมา คือ 4.)
การแยกประเภทของผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาด
ห้องน้ำ โดยการสุดตมผลิตภัณฑ์ก่อนใช้
คิดเป็นร้อยละ 95.70

4.7 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ โดยใช้สถิติ Fisher's Exact Test

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง
ความรู้และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมี
ทำความสะอาดห้องน้ำ โดยใช้สถิติ Fisher's
Exact Test พบว่า ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง
ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์
สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ ($p\text{-value} =$
0.246) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ โดยใช้สถิติ
Fisher's Exact Test

ตัวแปร	พฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมี ทำความสะอาดห้องน้ำ				p-value
	เหมาะสม (ปฏิบัติมากที่สุด และปฏิบัติมาก)		ไม่เหมาะสม (ปฏิบัติปานกลาง, ปฏิบัติน้อย, และปฏิบัติน้อยที่สุด)		
	จำนวน (n=6)	ร้อยละ	จำนวน (n=40)	ร้อยละ	
ความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์ สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ					
ปานกลาง	1	50.00	1	50.00	0.246
มาก	5	11.40	39	88.60	

5. อภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับมาก โดยข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมากที่สุด คือ ขณะใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ เราควรเปิดประตูหน้าต่าง เพื่อระบายอากาศให้ถ่ายเท แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ในการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ สอดคล้องกับการวิจัยของวันปิติ ธรรมศรี และคณะ⁽⁸⁾ ศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดแมลงของเกษตรกรที่ปลูกข้าวโพดอำเภอศรีรัตนะ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดแมลงอยู่ในระดับดีมาก และจากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนมากได้รับการชี้แจง หรือแนะนำ เกี่ยวกับวิธีการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ อันตรายจากการใช้ และการป้องกันอย่างถูกต้อง สอดคล้องกับงานวิจัยของปัทมาพร บุตดาเพ็ง และคณะ⁽⁹⁾ ศึกษาการประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของพนักงานทำความสะอาดในโรงพยาบาล : กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คน พบว่า พนักงานทำความสะอาดทุกคนมีการทำงานที่ต้องสัมผัสกับน้ำยา หรือสารเคมี ส่วนมากเคยเข้ารับการอบรม ความรู้เกี่ยวกับการใช้สารเคมี เนื่องจากขนาดของกลุ่มตัวอย่าง และลักษณะพื้นฐานการทำงานมีความใกล้เคียงกัน ทำให้สามารถอนุมานได้ว่าการประกอบอาชีพพนักงานทำความสะอาดโดยทั่วไปต้องมีการได้รับการอบรมความรู้เกี่ยวกับ

การใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีก่อนการทำงาน

การศึกษาพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ เมื่อพิจารณาในภาพรวม พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปฏิบัติระดับมาก ข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตอบระดับพฤติกรรม “ปฏิบัติทุกครั้ง” มากที่สุด คือ ท่านเปลี่ยนอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคล (เช่น ถุงมือ รองเท้าบูท) ที่สวมใส่ใหม่เสมอ เมื่อพบว่าการเกิดการชำรุด โดยจากผลการศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 46 คน ประกอบอาชีพพนักงานทำความสะอาดมาเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 3 - 4 ปี ซึ่งจากการศึกษาทฤษฎีพฤติกรรมนิยม (Behavioral view of motivation) ทฤษฎีนี้ให้ความสำคัญกับประสบการณ์ในอดีต (Past experience) ว่ามีผลต่อแรงจูงใจของบุคคลเป็นอย่างมาก อาจสรุปได้ว่าประสบการณ์ในการประกอบอาชีพพนักงานทำความสะอาด มีผลต่อพฤติกรรมในการใช้สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ และพฤติกรรมในการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำที่เหมาะสม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของกฤตวิทย์ สุขอึ้ง และคณะ⁽¹⁰⁾ ศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกกาแฟอาราบิก้าบ้านห้วยส้านลีซอ ตำบลห้วยชมภู อำเภอเมืองจังหวัดเชียงราย พบว่า ภาพรวมพฤติกรรมก่อนการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกกาแฟอาราบิก้าในหมู่บ้านห้วยส้านลีซออยู่ในระดับที่ดีโดยเฉพาะเกษตรกรเลือกซื้อสารเคมีกำจัดศัตรูพืชตามชนิดของศัตรูพืชอาจเป็นเพราะเกษตรกรมีประสบการณ์ฉีดพ่นสารเคมีต่อเนืองมานานและเคยได้รับความรู้และข่าวสารที่เกี่ยวข้อง

กับอันตรายจากการใช้สารเคมีที่ไม่ถูกต้องจึงตระหนักถึงอันตรายของการใช้สารเคมีที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพของเกษตรกรและสิ่งแวดล้อม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ พบว่า ระดับความรู้ของกลุ่มตัวอย่าง ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ ($p\text{-value} = 0.246$) ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประสบการณ์ทำงานเฉลี่ย 3 - 4 ปี ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการประกอบอาชีพพนักงานทำความสะอาดที่มีการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำอยู่เป็นประจำ ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอาจมีความเคยชินต่อพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ แต่ทั้งนี้อาจไม่ได้หมายความว่าสิ่งที่กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ ในระดับมาก จะส่งผลให้พนักงานทำความสะอาดมีการแสดงออกทางพฤติกรรมในการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมี ทำความสะอาดที่เหมาะสม ซึ่งไม่สอดคล้องกับทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทศคติ และพฤติกรรม (KAP theory)⁽¹¹⁾ เป็นทฤษฎีที่ให้ความสำคัญ กับตัวแปร 3 ตัว ได้แก่ ความรู้ (Knowledge) ทศคติ (Attitude) และพฤติกรรม (Practice) ของผู้รับสาร อาจสรุปได้ว่า หากพนักงานทำความสะอาด มีความรู้ และมีทศคติที่ถูกต้องต่อการ ใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำแล้ว ย่อมส่งผลให้มีพฤติกรรมในการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำที่มีความเหมาะสม ซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของรัตนาวรรณ พนมชัย และคณะ⁽¹²⁾ ศึกษาการประเมินความเสี่ยง

จากการทำงานของพยาบาล แผนกผู้ป่วยในกรณีศึกษา โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 126 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องความปลอดภัยในการทำงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และมีพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงาน ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยของณัฐธยา วิไลวรรณ⁽¹³⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกร อำเภอเมือง จังหวัดปทุมธานี กลุ่มตัวอย่างจำนวน 220 คน พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากอันตรายในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรความสัมพันธ์กัน อธิบายได้ว่าเกษตรกรมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในระดับสูง นอกจากจะมีความรู้แล้วยังส่งผลให้เกษตรกรนำความรู้ที่มีไปปฏิบัติให้เกิดพฤติกรรมที่ดีและถูกต้องเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชอีกด้วย

อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษาในครั้งนี้ เนื่องจากการเป็นนักศึกษาเฉพาะในกลุ่มพนักงานทำความสะอาดห้างสรรพสินค้าในพื้นที่อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่นเท่านั้น ทำให้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมการศึกษานี้มีน้อยกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยคำนวณ ซึ่งจากการที่มีขนาดกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ค่อนข้างน้อย อาจทำให้ไม่เพียงพอต่อการอนุมานถึงพนักงานทำความสะอาดห้างสรรพสินค้าในแห่งอื่น และการศึกษาในครั้งนี้จะเป็นประโยชน์มากยิ่งขึ้น หากมีการศึกษาความสัมพันธ์ของ

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมของพนักงานทำความสะอาดห้างสรรพสินค้า เพื่อให้ได้ผลการศึกษาที่มีความครอบคลุมและสอดคล้องกันมากยิ่งขึ้น

6. ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีโครงการส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำของพนักงานทำความสะอาด เนื่องจากผลการศึกษาวิจัยแสดงให้เห็นว่า การมีความรู้ในระดับมาก ไม่มีความสัมพันธ์ในการแสดงออกทางพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ ดังนั้น จึงควรมีการส่งเสริมให้พนักงานทำความสะอาดมีทัศนคติที่ดีต่อการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำ เพื่อให้พนักงานทำความสะอาดห้องน้ำมีพฤติกรรมในการใช้สารเคมีที่เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. ห้างสรรพสินค้าหรือหน่วยงานต้นสังกัดของผู้ปฏิบัติงานควรจัดให้มีมาตรการในการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำของพนักงานทำความสะอาดที่ถูกต้องเหมาะสม ตามเอกสารที่แสดงข้อมูลของสารเคมีที่เกี่ยวข้องกับความปลอดภัยของสาร (Material Safety Data Sheet: MSDS)

3. ควรมีการศึกษาเกี่ยวกับทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน โดยสร้างแบบสอบถามให้ครอบคลุมถึงทัศนคติของผู้ปฏิบัติงาน เพื่อที่จะสามารถหาความสัมพันธ์ระหว่างทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์สารเคมีทำความสะอาดห้องน้ำของพนักงานทำความสะอาด

7. กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณพนักงานทำความสะอาดห้างสรรพสินค้าในอำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่นซึ่งเป็นอาสาสมัครที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามและให้ข้อมูลกับผู้วิจัย จนทำให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี และขอขอบคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย ผู้เชี่ยวชาญกรรมการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย รวมถึงผู้อำนวยการ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และอาจารย์ในหลักสูตรสาธารณสุขชุมชนทุกท่าน ที่ได้เห็นความสำคัญต่องานวิจัยนี้

8. เอกสารอ้างอิง

1. สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. ภัยมืดจากผลิตภัณฑ์ทำความสะอาด. คลังความรู้ SciMath [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สถาบันส่งเสริมการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี; 2554 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.scimath.org/article-science/item/2101-dark-of-cleaning-products#:~:text>
2. สุภาวดี สาระวัน. เคมีในชีวิตประจำวัน สำคัญกับเราจริงหรือ?. คลังความรู้ SciMath [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: 2563 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.scimath.org/article-chemistry/item/11463-2020-04-20-08-25-47>
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สรุปผลที่สำคัญการสำรวจภาวะการทำงานของประชากร พ.ศ.

2557. สำนักงานสถิติแห่งชาติ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานสถิติแห่งชาติ. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.m-society.go.th/ewtadmin/ewt/mso_web/article_attach/11976/16235.pdf
4. กองวิจัยตลาดแรงงาน กรมจัดหางาน. ทิศทางการเปลี่ยนแปลงของอาชีพ [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพมหานคร: กรมจัดหางาน; 2558 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/bkk_th/a8b1450c699bf-90745de2cf8221447b6.pdf
 5. ฉัตรยุภา จิโนรส, ขวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์, และวันเพ็ญ ทรงคำ. ปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการทำงานและภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงของพนักงานทำความสะอาดโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ. วารสารพยาบาลสาร 2559;43(1):57-69.
 6. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เกณฑ์มาตรฐานสิ่งแวดล้อมระดับประเทศ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี:กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.71.139/group_sr/all-file/1588848107.pdf
 7. มหาวิทยาลัยรามคำแหง. สูตรการหาขนาดกลุ่มตัวอย่าง [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยรามคำแหง; 2556 [เข้าถึงเมื่อ 19 กันยายน 2565]. เข้าถึงได้จาก: http://www.edu.ru.ac.th/images/edu_files/formulation_example.pdf
 8. วันปิติ ธรรมศรี, สิริพร พรหมอุทัย, วนิดา บุษยาตรัส, และสุชมาภรณ์ ศาลางาม. ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดแมลงของเกษตรกรที่ปลูกข้าวโพดอำเภอศรีรัตน์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2564;7(2):71-81.
 9. ปัทมาพร บุคตาเพ็ง, และอุไรวรรณ อินทร์ม่วง. การประเมินความเสี่ยงต่อสุขภาพของพนักงานทำความสะอาดในโรงพยาบาล: กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2552;2(3):1-8.
 10. กฤติวิษณุ สุขอึ้ง, และสุวรรณา พนาอดิศัย. พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ เกษตรกรผู้ปลูกกาแฟอาราบิก้าบ้านห้วยसानลิซอ ตำบลห้วยชมพู อำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรดิตถ์ สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี (เพื่อการพัฒนาท้องถิ่น) 2564;16(1):19-33.
 11. กนกวรรณ วรปัญญา, ศรีรัตน์ ล้อมพงศ์, และนนทพร ภัทรพุท. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อความปลอดภัยที่มีต่อพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานทำความสะอาดในโรงพยาบาลตติยภูมิแห่งหนึ่งของจังหวัดปทุมธานี. วารสารสาธารณสุขล้านนา 2563; 16(1):94-105.

12. รัตนาวรรณ พนมชัย, และอุไรวรรณ อินทร์ม่วง. การประเมินความเสี่ยงจากการทำงาน ของพยาบาลแผนกผู้ป่วยในกรณีศึกษา โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2562;12(2):73-84.
13. ณัฐธยา วิไลวรรณ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการป้องกันอันตรายจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในกลุ่มเกษตรกร อำเภอเมืองจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา 2559;393-400.

ความพึงพอใจต่อคุณภาพน้ำประปาของหมู่บ้านแห่งหนึ่ง อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

ภาณุวัฒน์ ศรีโยธา¹ ศตพร โคตรสมบัติ² ณัฏฐณิชา ศรีมัตย์³

(วันที่รับบทความ: 5 กุมภาพันธ์ 2567, วันที่แก้ไข: 28 มีนาคม 2567, วันที่ตอบรับ 17 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

การผลิตน้ำประปาหมู่บ้านถึงแม้มีการปรับปรุงคุณภาพน้ำ แต่ก็พบปัญหาน้ำไม่ได้มาตรฐาน อาจจะเป็นเนื่องจากประสิทธิภาพของผู้ดำเนินการระบบ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพน้ำประปา กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือเจ้าหน้าที่ดูแลน้ำประปาทั้งหมดและประชาชนที่อาศัยในหมู่บ้าน ใช้วิธีแบบเจาะจง 50 คน เก็บข้อมูลจากแบบบันทึกกระบวนการผลิตน้ำประปา และแบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้น้ำประปา สถิติที่วิเคราะห์คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

ผลการวิจัย พบว่าปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำประปาปลายท่อ 50 หลังคาเรือน มีค่าน้อยกว่า 0.2 ppm ไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน และข้อมูลจากแบบสอบถามพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72 อายุเฉลี่ยคือ 47.96 ปี (S.D.= 9.90) ความพึงพอใจในกลิ่นของน้ำประปา ระดับดีมากค่าเฉลี่ย 4.52 (S.D. = 0.54) รองลงมาคือความพึงพอใจระดับดี คือ ความใส ค่าเฉลี่ย 3.96 (S.D. = 0.75) ความพอเพียง ค่าเฉลี่ย 3.92 (S.D. = 0.72) สีของน้ำ (ไม่มีสี) ค่าเฉลี่ย 3.60 (S.D. = 0.60) และความสะอาด ค่าเฉลี่ย 3.56 (S.D. = 0.73) พารามิเตอร์ที่ได้ความพึงพอใจในระดับปานกลาง คือ การไหลของน้ำประปา ค่าเฉลี่ย 3.04 (S.D. = 0.78) มีเจ้าหน้าที่ดูแลระบบประปาทั้งหมด 3 คน อายุอยู่ในช่วง 50 - 55 ปี มีประสบการณ์ทำงานด้านการผลิตน้ำประปาอยู่ในช่วง 1 - 4 ปี ทั้งหมดไม่เคยผ่านการอบรมเรื่องระบบน้ำ และคุณภาพน้ำไม่เคยผ่านการตรวจประเมินคุณภาพของน้ำประปา

คำสำคัญ : ความพึงพอใจคุณภาพน้ำประปา, ประปาหมู่บ้าน, คลอรีนอิสระคงเหลือ

¹อาจารย์, ^{2,3}นักศึกษาลัทธิสุทธสาธิตสาธิตบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน

¹⁻³วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Satisfaction towards the quality of tap water in a village in Kumphawapi District, Udon Thani Province.

Phanuwat Sriyotha¹ Sataporn Koatsombut² Natthanicha Srimat³

(Received 5th February 2024; Revised : 28th March 2024; Accepted 17th April 2024)

ABSTRACT

Although, water quality in a village water production is improved, distributed water is found not up to standard possibly due to ineffective operators. This study is a descriptive research aiming to determine factors affecting quality of tap water. The study sample included all water supply operators and people residing in the village who were purposively selected. Data were collected through a water production record and questionnaires regarding satisfaction of tap water. Statistics analyzed are number, percentage, mean, standard deviation. Minimum and maximum values

The results found that the levels of remaining free chlorine in the tap water at the end of the pipeline at 50 households was lower than 0.2 ppm, which did not meet the standard. The data collected from the questionnaires revealed that the majority were female, 72 percent, with an average age is 47.96 years (S.D. = 9.90). Satisfaction of the smell of tap water fell in a very good level (mean= 4.52, S.D. = 0.54), followed by the satisfaction of clarity, (mean = 3.96, S.D. = 0.75), sufficiency of tap water (mean = 3.92, S.D. = 0.72), color of water (mean = 3.60, S.D. = 0.60), and cleanliness (mean = 3.56, S.D. = 0.73). The satisfactory parameter falling in satisfaction at a moderate level was water flow (mean = 3.04, S.D. = 0.78). Also, it was found that there were three operators, aged 50-55 years old, with 1 - 4 years experience of water production, all of them had never been trained for water systems. The water quality had never been tested for the quality of tap water.

Keywords : Satisfaction of tap water quality, village water supply, free residual chlorine

¹Lecturer, ^{2,3}Student in the Bachelor's of Public Health Program in Community Public Health

¹⁻³Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen, Faculty of Public Health and Allied Health Sciences, Praboromarajchanok Institute.

Corresponding author : Phanuwat Sriyotha, e-mail : phanuwat@scphkk.ac.th

หลักการและเหตุผล

จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กลุ่มรายงานมาตรฐานอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วงต่อประชากรแสนคนของอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานีพบว่า ปี พ.ศ. 2564, 2565 และ 2566 มีอัตราป่วยด้วยโรคอุจจาระร่วง 903.81, 2,848.16 และ 474.17 ต่อประชากรแสนคนตามลำดับ⁽¹⁾ ซึ่งสถิติ 3 ปีย้อนหลังนี้ พบทำให้เห็นว่าโรคอุจจาระร่วงซึ่งเป็นโรคติดต่อทางอาหารและน้ำ เป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่จะต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน ปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพน้ำที่ดีจึงเริ่มต้นจากการผลิตน้ำประปาหมู่บ้านเริ่มต้นด้วยการสูบน้ำดิบขึ้นมาจากหนองหรือลำคลอง โดยมีปัจจัยหลักที่สะท้อนถึงความสะดวกของน้ำคือคลอรีน โดยจะมีคลอรีนอิสระคงเหลือในระบบเส้นท่อตั้งแต่โรงงานผลิตน้ำจนถึงบ้านผู้ใช้น้ำไม่น้อยกว่า 0.2 มิลลิกรัมต่อลิตรเพื่อรักษาคุณภาพน้ำประปาให้สะอาดปลอดภัยจนถึงมือผู้บริโภคตามเกณฑ์แนะนำขององค์การอนามัยโลก⁽²⁾

การศึกษาแนวทางพัฒนาระบบการผลิตน้ำประปาของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่าคุณภาพน้ำประปาเมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำประปากรมอนามัย พ.ศ. 2553 พบว่าค่าพารามิเตอร์ไม่อยู่ในเกณฑ์ ซึ่งปัญหาที่อาจส่งผลต่อการผลิตของระบบผลิตน้ำประปา คือ ระบบผลิต การปฏิบัติงานดูแลระบบผลิตน้ำประปาตามรอบการบำรุงรักษา และผู้ดูแลระบบประปา⁽³⁾

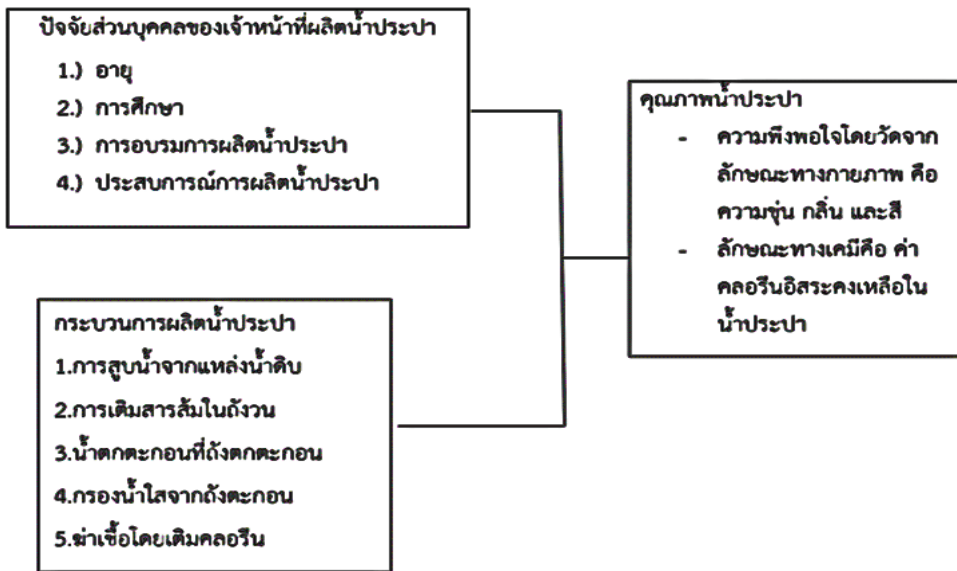
งานวิจัยที่กล่าวข้างต้น ทางคณะผู้จัดทำจึงต้องการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อคุณภาพน้ำประปาที่ได้ข้อมูลจากประชาชนผู้ใช้น้ำประปาในพื้นที่และศึกษาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เพราะแหล่งน้ำประปาหมู่บ้านจะมีเจ้าหน้าที่ควบคุมกระบวนการในการปรับคุณภาพแหล่งน้ำซึ่งเจ้าหน้าที่เหล่านี้ต้องมีความรู้ที่ถูกต้องในการจัดการระบบ กระบวนการขั้นตอน อุปกรณ์เครื่องมือต่างๆ ซึ่งข้อมูลจากประชาชนผู้ใช้น้ำประปาในพื้นที่และการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนหาแนวทางพัฒนาให้แหล่งน้ำประปาสะอาด ปลอดภัย ไม่เป็นแหล่งรังโรค ซึ่งเป็นพื้นฐานของการมีสุขอนามัยที่ดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการศึกษาคุณภาพน้ำประปาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ได้กำหนดกรอบแนวคิดการวิจัย ดังต่อไปนี้



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง โดยศึกษาในกลุ่มประชาชนที่อาศัยในหมู่บ้านทั้งเพศชายและเพศหญิงที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์คัดเข้าและเจ้าหน้าที่ผู้ควบคุมการผลิตน้ำประปาหมู่บ้านทั้งหมดระยะเวลาในการดำเนินงานวิจัยตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2565 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2566

เกณฑ์คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการ

ประชาชนที่อาศัยในหมู่บ้านโดยการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบเจาะจงรวมจำนวน 50 คน เป็นประชากรอายุตั้งแต่ 20 - 59 ปี ที่อาศัยในหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่ผลิตน้ำประปาทั้งหมด 3 คน และตรวจคลอรีนอิสระคงเหลือปลายท่อ 50 หลังคาเรือน ซึ่งแบ่งพื้นที่ครัวเรือนตามระยะห่างไกลจุดจ่ายคลอรีนไปจนถึงครัวเรือนที่มีระยะห่างไกลจากจุดจ่ายคลอรีน

โดยแบ่งพื้นที่สำรวจครัวเรือนเป็น 3 เขต ดังนี้ เขตที่ 1 หมู่บ้านที่อยู่ทางทิศตะวันตกของจุดเติมคลอรีน ในรูปให้เป็นพื้นที่วงกลมสีแดงซึ่งเป็นพื้นที่ที่อยู่ใกล้จุดจ่ายคลอรีน เขตที่ 2 หมู่บ้านที่อยู่ทางทิศใต้ของจุดเติมคลอรีน ในรูปให้เป็นพื้นที่วงกลมสีน้ำเงินซึ่งเป็นพื้นที่ที่อยู่ใกล้จุดจ่ายคลอรีนรองลงมาจากพื้นที่วงกลม สีแดง และเขตที่ 3 หมู่บ้านที่อยู่ทางทิศตะวันออกของจุดเติมคลอรีน ในรูปให้เป็นพื้นที่วงกลมสีเขียว ซึ่งเป็นพื้นที่ที่อยู่ไกลจุดจ่ายคลอรีนมากที่สุด ดังภาพ



เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ 1 แบบบันทึกกระบวนการ

ผลิตน้ำประปาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (สำหรับเจ้าหน้าที่ผลิตน้ำประปา) แบ่งออกเป็น 2 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา การอบรมการผลิตน้ำประปา ประสบการณ์การผลิตน้ำประปา

ตอนที่ 2 แบบบันทึกกระบวนการผลิตน้ำประปาหมู่บ้าน

เครื่องมือที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้น้ำประปาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี แบ่งออกเป็น 3 ตอน

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจในการใช้น้ำประปาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ซึ่งคำถามมีลักษณะเป็นแบบมาตราประเมินค่า 5 ระดับ

ตอนที่ 3 ปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือปลายท่อในน้ำประปา

โดยแปลผลการทดสอบเทียบกับแผนสีมาตรฐานดังนี้

สีเหลืองอ่อน คือ พบค่าคลอรีนอิสระคงเหลือปลายท่อ 0.2 ppm

สีเหลืองปานกลาง คือ พบค่าคลอรีนอิสระคงเหลือปลายท่อ 0.5 ppm

สีเหลืองมาก คือ พบค่าคลอรีนอิสระคงเหลือปลายท่อ 1.0 ppm

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. นำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามาพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยโดยมีการเพิ่มประเด็นคำถามเพื่อให้มีความสอดคล้องกับบริบทที่ทำการศึกษา

2. ผู้วิจัยได้เสนอให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) และหาดัชนีความสอดคล้อง (Item-objective Congruence Index : IOC) ของแบบสอบถามโดยเลือกข้อที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ .50 ขึ้นไป จากนั้นนำมาพิจารณาความเหมาะสมของสำนวนภาษา การใช้ถ้อยคำ และนำแบบสอบถามไปปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ครบถ้วน

3. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (Tryout) กับกลุ่มประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มที่ศึกษา จำนวน 30 คน

4. นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์คุณภาพของเครื่องมือ ดังนี้ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ของแบบสอบถาม ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67 – 1.00 ตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามโดยใช้วิธีการตรวจสอบด้วยการหาค่า Cronbach's alpha coefficient ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.7

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ติดต่อประสานงานและทำหนังสือขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลไปยังผู้นำหมู่บ้าน

2. ยื่นหนังสือราชการติดต่อประสานงานกับผู้นำหมู่บ้านและชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยแก่กลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งแจ้งสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ โดยมีเอกสารให้ลงนามในใบยินยอมโดยให้กลุ่มตัวอย่างตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง

3. เก็บข้อมูลกระบวนการผลิตน้ำประปาจากเจ้าหน้าที่ผู้ควบคุมระบบการประปา ข้อมูลความพึงพอใจจากกลุ่มตัวอย่าง 50 คน และตรวจสอบคุณภาพน้ำประปาปลายทางที่หมู่บ้านแห่งหนึ่งในอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี จำนวน 50 หลังคาเรือน โดยใช้ชุดทดสอบคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำ (อ.31)

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percent)

ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่โครงการ HE652061

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่ผลิตน้ำประปา พบว่า เจ้าหน้าที่ผลิตน้ำประปาของหมู่บ้าน มีทั้งหมด 3 คน อายุอยู่ในช่วง 50 - 55 ปี มีระดับการศึกษาอยู่ในช่วงมัธยมศึกษาตอนต้น - มัธยมศึกษาตอนปลายมีประสบการณ์ ทำงานด้านการผลิตน้ำประปาอยู่ในช่วง 1 - 4 ปี และเจ้าหน้าที่ผลิตน้ำประปาทุกคนไม่เคยเข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับการผลิตน้ำประปาหมู่บ้าน

2. กระบวนการผลิตน้ำประปา ระบบประปาช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ระบบน้ำดิบ ระบบผลิตน้ำ ระบบจ่ายน้ำ ใช้งานได้ สภาพเป็นปกติ ไม่มีการชำรุด การควบคุมการผลิตช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีการตรวจสอบสภาพน้ำดิบก่อนเติมสารส้มทุก 1 เดือน โดยตรวจสอบความขุ่นและสีของแหล่งน้ำดิบ เติมสารส้มที่ช่วยในการตกตะกอนของน้ำดิบเป็นประจำโดยตรวจสอบจากการดูตะกอนของน้ำดิบที่อยู่ ถังวนเติมสารละลายคลอรีนเพื่อฆ่าเชื้อโรคในน้ำเป็นประจำ ไม่เคยส่งวิเคราะห์คุณภาพน้ำในห้องปฏิบัติการ และไม่มี การตรวจวัดปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำประปาปลายทาง

3. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากกลุ่มตัวอย่าง 50 คนจากครัวเรือนในหมู่บ้านประกอบด้วยเพศชาย 14 คน คิดเป็นร้อยละ 28.0 เพศหญิง 36 คน คิดเป็นร้อยละ 72.0 มีอายุเฉลี่ย 47.96 ปี (S.D.= 9.90) อายุสูงสุดคือ 59 ปี และอายุต่ำสุดคือ 20

4. คุณภาพน้ำประปา

4.1 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจในการใช้น้ำประปาหมู่บ้าน

ความพึงพอใจในการใช้น้ำประปาหมู่บ้าน จำนวน 50 คน กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจมากที่สุด คือกลิ่นของน้ำประปา (เช่น กลิ่นเหม็นคาว, กลิ่นคลอรีน, กลิ่นโคลน) จำนวน 22 คน คิดเป็นร้อยละ 44.0 รองลงมา คือ ความใสของน้ำประปา จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 26.0 ตามลำดับ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความพึงพอใจในการใช้น้ำประปาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (n=50)

พารามิเตอร์	ระดับความพึงพอใจ(จำนวน/ร้อยละ)				
	มากที่สุด	มาก	ปานกลาง	น้อย	น้อยที่สุด
1. ความใส	13 (26.0%)	22 (44.0%)	15 (30.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
2. กลิ่นของน้ำประปา (เช่น กลิ่นเหม็นคาว, กลิ่นคลอรีน, กลิ่นโคลน)	22 (44.0%)	27 (54.0%)	1 (2.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
3. สีของน้ำ (ไม่มีสี)	3 (6.0%)	24 (48.0%)	23 (6.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)
4. ความสะอาดไม่มีสิ่งแปลกปลอม	5 (10.0%)	20 (40.0%)	23 (46.0%)	2 (4.0%)	0 (0.0%)
5. ความแรงของน้ำประปา	0 (0.0%)	16 (32.0%)	20 (40.0%)	14 (28.0%)	0 (0.0%)
6. ความพอเพียงของน้ำประปา	11 (22.0%)	24 (48.0%)	15 (30.0%)	0 (0.0%)	0 (0.0%)

4.2 ความพึงพอใจในการใช้น้ำประปาหมู่บ้าน

ความพึงพอใจในการใช้น้ำประปาหมู่บ้าน จำนวน 50 คน กลุ่มตัวอย่างพึงพอใจ

มากที่สุด คือ กลิ่นของน้ำประปา (เช่น กลิ่นเหม็นคาว กลิ่นคลอรีน กลิ่นโคลน) ค่าเฉลี่ย 4.52 (S.D = 0.54) และมีระดับความพึงพอใจในการใช้น้ำประปาระดับดีมาก ดังตารางที่ 2

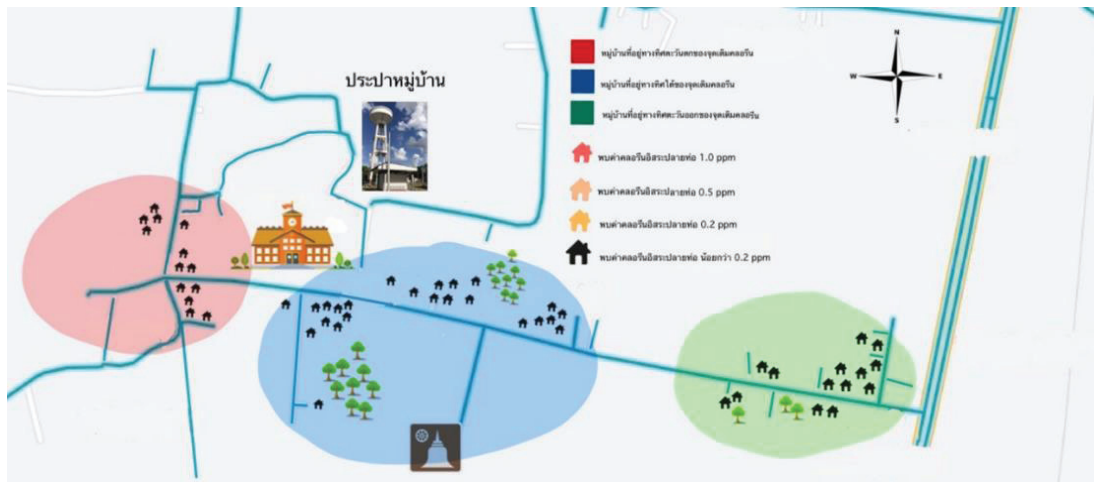
ตารางที่ 2 ความพึงพอใจในการใช้น้ำประปาหมู่บ้านแห่งหนึ่งในอำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี (n=50)

พารามิเตอร์	ค่าเฉลี่ย	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	แปลผล
1. ความใส	3.96	0.75	ระดับดี
2. กลิ่นของน้ำประปา (เช่น กลิ่นเหม็นคาว, กลิ่นคลอรีน, กลิ่นโคลน)	4.52	0.54	ระดับดีมาก
3. สีของน้ำ (ไม่มีสี)	3.60	0.60	ระดับดี
4. ความสะอาดไม่มีสิ่งแปลกปลอม	3.56	0.73	ระดับดี
5. ความแรงของน้ำประปา	3.04	0.78	ระดับปานกลาง
6. ความพอเพียงของน้ำประปา	3.92	0.72	ระดับดี

4.3 ปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำประปาปลายทาง

ตรวจปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือที่ต้นทางจุดสถานีจ่ายน้ำ และจากการสุ่มตัวอย่างทั้งหมด 50 ครั้วเรือน โดยแบ่งพื้นที่สำรวจครั้วเรือนเป็น 3 เขต ดังนี้ เขตที่ 1 หมู่บ้านที่อยู่ทางทิศตะวันตกของจุดเดิมคลอรีน ให้เป็นพื้นที่

วงกลมสีแดงซึ่งเป็นพื้นที่ที่อยู่ใกล้จุดจ่ายคลอรีนเขตที่ 2 หมู่บ้านที่อยู่ทางทิศใต้ของจุดเดิมคลอรีน ให้เป็นพื้นที่วงกลมสีน้ำเงิน และเขตที่ 3 หมู่บ้านที่อยู่ทางทิศตะวันออกของจุดเดิมคลอรีน ในรูปให้เป็นพื้นที่วงกลมสีเขียวซึ่งเป็นพื้นที่ที่อยู่ไกลจุดจ่ายคลอรีนมากที่สุด



ผลการศึกษา พบว่า ปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำประปาที่ต้นทางสถานีจ่ายน้ำและปลายท่อของหมู่บ้าน จำนวน 50

หลังคาเรือน มีค่าน้อยกว่า 0.2 ppm คิดเป็นร้อยละ 100 ซึ่งมีค่าไม่ผ่านเกณฑ์มาตรฐานตามที่กำหนดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เกณฑ์ปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือที่ปลายท่อจ่ายน้ำ

สถานีจ่ายน้ำประปาหมู่บ้าน	ปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือที่ปลายท่อ	เกณฑ์มาตรฐาน	
		ผ่าน	ไม่ผ่าน
เขตที่ 1 หมู่บ้านที่อยู่ทางทิศตะวันตกของจุดเดิมคลอรีน	น้อยกว่า 0.2 ppm		•
เขตที่ 2 หมู่บ้านที่อยู่ทางทิศใต้ของจุดเดิมคลอรีน	น้อยกว่า 0.2 ppm		•
เขตที่ 3 หมู่บ้านที่อยู่ทางทิศตะวันออกของจุดเดิมคลอรีน	น้อยกว่า 0.2 ppm		•

อภิปรายผลการวิจัย

ความใสของน้ำประปาของหมู่บ้านนี้พบว่า มีความใส ไม่มีความขุ่น ซึ่งมีความพึงพอใจในระดับดี สะอาดน่าใช้สำหรับการอุปโภค ซึ่งสอดคล้องกับภาคภูมิ เกิดมงคล⁽⁵⁾ ในการกรองจะใช้ทรายหยาบและทรายละเอียดเพื่อการกรองตะกอนขนาดเล็กมากในน้ำและให้

มีความใสสะอาดมากขึ้นและทรายกรองควรจะมีการล้างทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้การกรองมีประสิทธิภาพ

กลิ่นของน้ำประปาของหมู่บ้าน ไม่มีกลิ่นอันไม่พึงประสงค์ที่ทำให้เกิดความรู้สึกไม่พอใจใช้อุปโภค พบว่าประชาชนมีความพึงพอใจในระดับดีมาก ซึ่งถือว่าเป็นมาตรฐานที่สอดคล้อง

กับการประปาส่วนภูมิภาค⁽⁶⁾ กลิ่นนั้นมาตรฐานกำหนดไว้ว่าต้องไม่เป็นที่น่ารังเกียจ และระบบประปาหมู่บ้านแห่งนี้ใช้แหล่งน้ำผิวดินในการผลิตน้ำประปาใช้ในหมู่บ้านจึงทำให้ไม่มีกลิ่น เพราะแหล่งน้ำผิวดินเป็นแหล่งน้ำที่มีความลึกตื้นๆ ไม่มีการทับถมมากเหมือนน้ำบาดาลที่มักก่อให้เกิดสนิม ซึ่งสอดคล้องกับมิตร นิรันดร์⁽⁷⁾ ที่ได้เสนอวิธีทางแก้ไขปัญหากลิ่นสนิม โดยกลิ่นสนิมเกิดจากปริมาณสารละลายเหล็กสนิมที่สูงเจือปนอยู่ในน้ำบางครั้งอาจเกิดจากกัตกร่อนของสารละลายเกลือแคลเซียม และแมกนีเซียมที่อยู่ในน้ำทำปฏิกิริยากับเหล็ก เพราะเหล็กในน้ำธรรมชาติส่วนใหญ่โดยเฉพาะในน้ำใต้ดินหรือน้ำบาดาล มักจะพบเหล็กอยู่ด้วยเสมอ จนทำให้เกิดสนิมตามมาด้วยกลิ่นเหม็น

สีของน้ำ (ไม่มีสี) ประชาชนในพื้นที่มีความพึงพอใจในระดับดี เพราะน้ำไม่มีสี เป็นผลมาจากกระบวนการตกตะกอน ร่วมกับการกรองที่ดี ซึ่งสอดคล้องกับสุพัต และ ปิยวรรณ⁽⁸⁾ ศึกษาคุณภาพน้ำประปาในตำบลละอาย จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่าน้ำประปานั้นมีความขุ่นมีค่าสูงเกินเกณฑ์มาตรฐานคุณภาพน้ำประปา ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดูแลระบบประปาที่ไม่มีประสิทธิภาพ ซึ่งจากการลงพื้นที่สำรวจ พบว่าเครื่องผลิตน้ำประปาเป็นสนิมระบบประปาขาดการดูแล ไม่มีระบบฆ่าเชื้อโรคเนื่องจากระบบกรอง ระบบตกตะกอนไม่สามารถใช้งานได้ทำให้น้ำในระบบประปามีความขุ่น มีสี กลิ่น

ความสะอาดไม่มีสิ่งแปลกปลอมในน้ำประปา ประชาชนในพื้นที่มีความพึงพอใจในระดับดี ไม่พบเศษหิน ดิน ทราย หรือวัสดุอื่นๆ ที่ไม่พึงประสงค์พบปะปนมากับน้ำประปา ซึ่ง

สอดคล้องกับการประปาส่วนภูมิภาค⁽⁹⁾ การกรองน้ำใสจากถังตกตะกอน จะถูกกรองเอาสารแขวนลอยต่างๆ ออกด้วยถังกรองทราย โดยจะใช้ทรายหยาบและทรายละเอียดเพื่อกรองตะกอนที่เล็กมากในน้ำและให้มีความใสมากขึ้นการเรียงทรายในถังกรองนั้นจึงมีผลต่อประสิทธิภาพในการกรองเช่นกัน

ระดับความแรงของน้ำประปา ประชาชนในพื้นที่มีความพึงพอใจในระดับ ปานกลาง โดยปกติแล้วระบบประปาหมู่บ้านนี้มีการสูบน้ำประปาโดยการปล่อยน้ำจากหอสูง แต่ครัวเรือนที่ตั้งอยู่ไกลจากสถานีจ่ายน้ำก็มีระดับความแรงของประปาที่ไหลช้า ดังนั้นอาจเกิดจากท่อส่งน้ำมีสภาพชำรุด เก่า เกิดการอุดตันจึงควรทำความสะอาดท่อส่งน้ำซึ่งสอดคล้องกับเนตรนภาพงเพชร⁽¹⁰⁾ ท่อเมนจ่ายน้ำ ควรล้างอย่างน้อยปีละ 2 ครั้ง โดยการเปิดหัวดับเพลิงหรือประตุน้ำระบายตะกอนที่จุดปลายของท่อเมนและปล่อยน้ำไหลทิ้งลงรางระบายน้ำนอกจากนี้ควรสำรวจความดันในระบบจ่ายน้ำทั้งหมด ควรทำปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้ทราบถึงตำแหน่งของรอยรั่วขนาดใหญ่ที่อุดตันและท่อเมนที่มีขนาดเล็กเกินไป

ความพอเพียงของน้ำประปา ประชาชนพึงพอใจในระดับดี แต่เมื่อถึงฤดูร้อน หน้าแล้งของประเทศไทยแล้ว ประชาชนจะประสบปัญหาด้านความพอเพียงของน้ำประปาที่มีปริมาณลดลงกว่าเดิม ซึ่งสอดคล้องกับจารุณี วงสว่าง⁽¹¹⁾ ศึกษาการปรับตัวและผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศ ตำบลพะโต๊ะ อำเภอยะโฮ๊ะ จังหวัดชุมพร ปัญหาภัยแล้ง เป็นปัญหาที่เกิดจากการขาดแคลนน้ำในพื้นที่เป็นเวลานาน จนก่อให้เกิดความแห้งแล้ง และส่ง

ผลกระทบต่อแหล่งน้ำ ส่วนใหญ่เกิดจากฝนแล้ง ซึ่งเป็นภาวะปริมาณฝนตก น้อยกว่าปกติหรือฝนไม่ตกต้องตามฤดูกาล

ปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือ จากการสำรวจพื้นที่ที่แบ่งเป็น 3 เขต มีปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือน้อยกว่า 0.2 ppm ถือว่าต่ำกว่าเกณฑ์มาตรฐานซึ่งเมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานค่าคลอรีนอิสระคงเหลือของระบบน้ำประปาภูมิภาคและระบบน้ำประปาหมู่บ้าน ซึ่งสอดคล้องกับอัฐวิวัฒน์ เจริญรัตน์⁽¹²⁾ ศึกษาปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำประปาจังหวัดสมุทรสงคราม กรณีที่มีปริมาณคลอรีนเหลือน้อยกว่า 0.2 มิลลิกรัมต่อลิตร แสดงว่ามีปริมาณคลอรีนหลงเหลือน้อยเกินไป ทำให้ไม่สามารถฆ่าเชื้อโรคได้หมด ให้ปรับอัตราการจ่ายสารละลายคลอรีนเพิ่มขึ้นครั้งละร้อยละ 5 จนได้ปริมาณคลอรีนหลงเหลือ 0.2 - 0.5 มิลลิกรัมต่อลิตร

เจ้าหน้าที่ผลิตน้ำประปาของหมู่บ้านไม่เคยเข้าร่วมการอบรมเกี่ยวกับการผลิตน้ำประปา ไม่ได้ศึกษาถึงเกณฑ์ต่างๆ ในระบบประปาหมู่บ้าน ไม่มีการตรวจหาคลอรีนอิสระคงเหลือ ทำให้คุณภาพน้ำไม่เป็นไปตามมาตรฐานเนื่องจากปัจจัยด้านเจ้าหน้าที่ผลิตน้ำประปาที่เป็นปัจจัยสำคัญที่เกี่ยวข้องกับคุณภาพน้ำ ซึ่งสอดคล้องสิทธิชัย ใจขาน⁽³⁾ ศึกษาแนวทางพัฒนาระบบการผลิตน้ำประปาของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี พบว่าปัญหาที่อาจส่งผลต่อการผลิตของระบบผลิตน้ำประปา คือ การดูแลระบบผลิตน้ำประปาตามรอบการบำรุงรักษา และผู้ดูแลระบบประปา ซึ่งผู้ดูแลระบบประปาควรมีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปาอย่างสม่ำเสมอ ดำเนินการซ่อมแซมเครื่องมือให้สามารถใช้งานได้ และควรมีการ

อบรมเกี่ยวกับการดูแลรักษาระบบการผลิตน้ำประปา จัดทำคู่มือในการปฏิบัติงานสำหรับผู้ดูแลระบบการผลิตน้ำประปาและเพิ่มทักษะการทำ Jar -test ก่อนเติมสารเคมีทุกครั้ง

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้ประโยชน์

ควรมีการเฝ้าระวังคุณภาพน้ำประปาอย่างสม่ำเสมอ ดำเนินการซ่อมแซมเครื่องมือให้สามารถใช้งานได้ และควรมีการอบรมเกี่ยวกับการดูแลรักษาระบบการผลิตน้ำประปา จัดทำคู่มือในการปฏิบัติงานสำหรับผู้ดูแลระบบการผลิตน้ำประปา และเพิ่มทักษะการทำ Jar -test ก่อนเติมสารเคมีทุกครั้ง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

การเก็บข้อมูลน้ำประปาดำเนินการในระยะสั้น หากเพิ่มระยะเวลาและมีเก็บตัวอย่างมากขึ้น จะสามารถได้ข้อมูลคุณภาพน้ำในสถานการณ์ที่หลากหลาย เช่น ฤดูกาลที่มีผลต่อประสิทธิภาพการผลิตน้ำประปา นอกจากนั้นควรเก็บกลุ่มอาสาสมัครเจ้าหน้าที่ในมุมมองเชิงคุณภาพ เพื่อให้ทราบข้อมูลที่ละเอียดที่สามารถสะท้อนการทำงาน และคุณภาพของน้ำประปา

เอกสารอ้างอิง

1. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. กลุ่มรายงานมาตรฐาน [อินเทอร์เน็ต]. ม.ป.ป. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: HDC - Report (moph.go.th)
2. การประปานครหลวง. มาทำความรู้จัก “คลอรีน” กันเถอะ [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้า

- ถึงเมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.facebook.com/MWThailand/posts/3069875053054565/>.
3. สิทธิชัย ใจขาน, สุภาณี จันทศิริ. แนวทางการพัฒนามาตรฐานกระบวนการผลิตน้ำประปาของมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ. 2563;13(1):645-56
 4. ปิยวดี ปลื้มฤดี, ผกามาศ ผจญแก้ว. ระบบแจ้งเตือนแก๊สคลอรีนหมดสำหรับกระบวนการผลิตน้ำประปา. วารสาร นวัตกรรมการเรียนรู้และเทคโนโลยี. 2564;1(2): 42-50.
 5. ภาคภูมิ เกิดมงคล. การปรับปรุงคุณภาพน้ำประปาของกิจการประปาเทศบาลตำบลหนองหัวฟาน อำเภอขามสะแกแสง จังหวัดนครราชสีมา [วิทยานิพนธ์ปริญญา วิศวกรรมศาสตรมหาบัณฑิต]. นครราชสีมา: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี; 2561
 6. การประชาสัมพันธ์. กระบวนการผลิตน้ำประปาและควบคุมคุณภาพน้ำ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 กันยายน 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://reg4.pwa.co.th/km/sites/default/files/km/upload/news1-281062.pdf>.
 7. มิตร์ นิรันดร์. น้ำบาดาลมีกลิ่นโคลน สนิม แก๊วยังไง ทำอย่างไรให้ไม่มีกลิ่น [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.mittwater.com/how-to-groundwater-smells>.
 8. สุพัต เหมทานนท์, ปิยวรรณ เนื่องมัจฉา. การศึกษาความเหมาะสมของคุณภาพน้ำประปาในการอุปโภคในพื้นที่ ตำบลละฮาย อำเภอนางิ้ว จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสาร มหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช. 2560; 36(1): 98-111.
 9. การประชาสัมพันธ์. กระบวนการผลิตน้ำประปาและควบคุมคุณภาพน้ำ. [อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 25 กันยายน 2565]; เข้าถึงได้จาก: <https://reg4.pwa.co.th/km/sites/default/files/km/upload/news1-281062.pdf>
 10. เนตรนภา พงเพ็ชร. การพัฒนาคุณภาพน้ำประปาโดยมีส่วนร่วมของชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบลเสี้ยว จังหวัดเลย. วารสารวิจัยเพื่อการพัฒนาเชิงพื้นที่. 2563;12(2): 87-100
 11. จารุณี วงสว่าง. การปรับตัวและผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงสภาพภูมิอากาศและการรับรู้ในการเตรียมความพร้อมเรื่องภัยพิบัติทางธรรมชาติของเกษตรกรผู้ปลูกทุเรียนในพื้นที่ ตำบลพะโต๊ะ อำเภอพะโต๊ะ จังหวัดชุมพร.[วิทยานิพนธ์ปริญญา วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. ชุมพร: สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2563
 12. อัญญวัฒน์ เจริญรัตน์. ปริมาณคลอรีนอิสระคงเหลือในน้ำประปา จังหวัดมหาสารคาม. วารสารสุขภาพอาหารและน้ำ. 2560;8(3): 5-13.

ผลของโปรแกรมความรู้การป้องกันภาวะโลหิตจางในผู้ปกครองเด็กอายุ 6 เดือนอนงค์พรรณ ฉลาดสกุล¹, กาญจน์ เพชรบ่อทอง²

(วันที่รับบทความ: 28 มกราคม 2567, วันที่แก้ไข: 10 เมษายน 2567, วันที่ตอบรับ: 17 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง แบบสองกลุ่มทดสอบก่อน-หลัง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรู้การป้องกันภาวะโลหิตจางในผู้ปกครองเด็กอายุ 6 เดือน กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ปกครองเด็กอายุ 6-9 เดือน ที่มารับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ระหว่างเดือน ตุลาคม 2566 - มกราคม 2567 จำนวน 66 ราย โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง กลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมความรู้การป้องกันภาวะโลหิตจางในผู้ปกครองเด็กอายุ 6 เดือนเป็นเวลา 12 สัปดาห์ วัดความรู้ พฤติกรรมการให้น้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในผู้ปกครองเด็ก และระดับ ฮีมาโตคริตของเด็กอายุ 9 เดือนของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองประกอบด้วยสื่อ วีดิทัศน์ สื่ออินโฟกราฟ แบบบันทึกการลงข้อมูลการให้น้ำเสริมธาตุเหล็กผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมการให้น้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในผู้ปกครองเด็กอายุ 6 เดือน และผลการตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางของเด็กอายุ 9 เดือน

ผลการทดลองพบว่า ภายหลังได้รับโปรแกรมผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้ และคะแนนพฤติกรรมการให้น้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางของเด็กอายุ 9 เดือน กลุ่มทดลองมีระดับฮีมาโตคริตมากกว่าเท่ากับ 33 % สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ P-value .215

คำสำคัญ : การให้ความรู้, การป้องกันภาวะโลหิตจาง^{1,2}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Corresponding author: อนงค์พรรณ ฉลาดสกุล, e-mail: anp.c2528@gmail.com

Effects of the Knowledge Program of Anemia Prevention for Parents of 6-month-old Children.

Anongpan Chalardsakul¹ Kanjanee Phedbotong²

(Receive 28th January 2024; Revised : 10th April 2024; Accepted 17th April 2024)

Abstract

This research study is a quasi-experimental research. two group pre-post test design. The objective was to study the effects of the knowledge program of Anemia Prevention for Parents of 6-month-old Children. The sample group included the parents of children aged 6-9 months who came to receive services at the Child Health Checkup Clinic. Health Promoting Hospital Health Center 7, Khon Kaen, between October 2023 - January 2024, a totaling of 66 cases were, purposively selected. The control group included individuals receiving a normal nursing care. While the experimental group received the knowledge program of Anemia Prevention for Parents of aged 6 months for 12 weeks. Both control and experimental groups were measured the levels of knowledge and behavior regarding giving iron supplements to prevent anemia among the parents of children. Along with hematocrit levels of 9-month-old children. The experimental tools included media, video, infographic media. medication record and knowledge via LINE application. The tools for data collection included questionnaires regarding general information, knowledge and behaviors of giving iron supplements to prevent anemia among parents of 6-month-old children, and the result of anemia screening of 9-month-old children.

The results of the experiment found that after receiving the program, parents in the experimental group had higher levels of knowledge and behaviors for administering iron supplements to prevent anemia than those in the control group with that statistical significance at the .05 level. Anemia screening in the 9-month-old children, revealed that the experimental group has 33% higher levels of hematocrit, compared to the control group, but without statistical significance, (P-value .215)

Keywords: knowledge, prevent anemia

^{1,2}Registered Nurse (Professional Level)

^{1,2}Health Promoting Hospital, Regional Health Promotion Center 7 Khonkaen

Corresponding author: Anongpan Chalardsakul, e-mail: anp.c2528@gmail.com

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ภาวะโลหิตจางในเด็กปฐมวัย (0 - 5 ปี) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุข สาเหตุส่วนใหญ่ของโลหิตจางในเด็ก เกิดจากการขาดธาตุเหล็ก⁽¹⁾ ส่งผลให้เด็กเจริญเติบโตช้า อ่อนเพลีย เฉื่อยชา สมาธิสั้น ความสามารถในการเรียนรู้ลดลงและที่สำคัญเป็นสาเหตุสำคัญของการพร่องทางสติปัญญาที่ป้องกันได้ ประเทศไทยพบอุบัติการณ์ของภาวะโลหิตจาง 231.63 ต่อ 100,000 ประชากร โดยจากการสำรวจภาวะโภชนาการของเด็กไทยอายุ 6 เดือน - 12 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2553 - 2555 ภายใต้โครงการ South East Asia Nutrition Survey เด็กไทยกลุ่มเด็กปฐมวัยมีความชุกของโลหิตจางสูงในเขตชนบทถึงร้อยละ 41.7 ในขณะที่เด็กในเขตเมืองพบความชุกของโลหิตจางร้อยละ 26⁽²⁾ ความต้องการธาตุเหล็กสำหรับการเจริญเติบโตมีความแตกต่างกันตามวัย ช่วง 4-6 เดือนแรกของชีวิตทารกอาศัยธาตุเหล็กที่สะสมในร่างกายตั้งแต่ในครรภ์ที่อยู่ในครรภ์มารดาพร้อมกับธาตุเหล็กจากน้ำนมแม่ ทารกแรกเกิดมีปริมาณฮีโมโกลบินสูง เมื่อคลอดแล้วทารกจะหยุดสร้างเลือดเป็นเวลา 6-8 สัปดาห์ เมื่ออายุเกิน 2 เดือนจึงเริ่มสร้างเลือดโดยใช้ธาตุเหล็กที่สะสมไว้ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ หากไม่ได้รับธาตุเหล็กจากอาหารเลยธาตุเหล็กจะถูกใช้หมดเมื่ออายุประมาณ 6 เดือน⁽³⁾ ธาตุเหล็กถือเป็นส่วนประกอบสำคัญของฮีโมโกลบินในเม็ดเลือดแดงและสมองในส่วนของไมอีลิน ซึ่งเป็นเยื่อหุ้มแอกซอนของเซลล์ประสาทเป็นฉนวนไฟฟ้าช่วยทำให้กระแสประสาท

ผ่านไปได้เร็วขึ้น รวมถึงเป็นส่วนสำคัญในการสร้างภูมิคุ้มกัน ช่วยการเจริญเติบโตของเซลล์สมองในส่วนที่เกี่ยวข้องกับความเข้าใจและความจำช่วยการทำงานของกล้ามเนื้อต่างๆ รวมทั้งเป็นส่วนประกอบของเอนไซม์ต่างๆ ในการนำพลังงานต่างๆ ไปใช้ ดังนั้นการขาดธาตุเหล็กจึงส่งผลเสียต่อการทำงานด้านกายภาพ เกิดการเจ็บป่วยและพัฒนาการล่าช้า สูญเสียความสามารถในการเรียนรู้ตามศักยภาพอย่างถาวร โดยเฉพาะในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 2 ปี ลดประสิทธิภาพในการเรียนและอาจมีความรุนแรงจนทำให้เสียชีวิตได้ในที่สุด^(4,5)

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นถึงผลเสียที่เกิดกับเด็กจากการพร่องธาตุเหล็กโดยดำเนินการควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กโดยจัดชุดสิทธิประโยชน์จ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กแก่เด็กอายุ 6 เดือน - 5 ปี รับประทานสัปดาห์ละ 1 ครั้ง กลุ่มเด็กปฐมวัยที่อายุ 6 เดือน - 5 ปี ทุกคนที่มาใช้บริการ ณ คลินิกสุขภาพเด็กดี ในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งจะได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเชิงป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก ตามแนวทางการส่งเสริมธาตุเหล็กประชาชนไทย โดยที่เด็กอายุ 6 เดือน - 2 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่มีปริมาณธาตุเหล็ก 12.5 มิลลิกรัม สัปดาห์ละ 1 ครั้งและเด็กอายุ 2 - 5 ปี ได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่มีปริมาณธาตุเหล็ก 25 มิลลิกรัม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง⁽⁶⁾

ในการศึกษาวิจัยความชุกของภาวะโลหิตจางและผลการรักษาด้วยการให้ธาตุเหล็กทดแทนในเด็กอายุ 9 - 12 เดือน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น พบ

ว่า เด็กอายุ 9-12 เดือนมารับการตรวจทั้งหมด 898 คน มีความชุกของภาวะโลหิตจางมากถึง 40.1% ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการรักษาโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กที่สำคัญคือความร่วมมือในการรับประทานยาธาตุเหล็ก งานวิจัยนี้พบว่าความร่วมมือในการรับประทานยาตีในการมาติดตามการรักษาทั้ง 2 ครั้ง มีโอกาสรักษาสำเร็จสูงแต่มีเด็กเพียง 224 คนคิดเป็นร้อยละ 62 เท่านั้นที่มีการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ⁽⁷⁾ และในการศึกษาวิจัยเรื่องการรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 9 เดือน ที่มารับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น พบว่า กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 245 คน พบว่าเด็กอายุ 9 เดือน รับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็กไม่ถูกต้อง ร้อยละ 21.6 และยังพบว่าผู้ปกครองในกลุ่มที่ให้เด็กรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็กไม่ถูกต้อง สาเหตุเกิดจากลืม คิดเป็น ร้อยละ 68.0⁽⁸⁾ ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ปกครองขาดความตระหนัก ความรู้ความเข้าใจ ถึงความสำคัญของการรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ซึ่งอาจส่งผลให้เด็กเกิดภาวะโลหิตจางเรื้อรังได้ ผู้ปกครองจึงเป็นบุคคลที่มีความสำคัญต่อการดูแลให้เด็กรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็กถูกต้อง ครบถ้วนตามคำแนะนำของกุมารแพทย์ การให้ความรู้กับผู้ปกครองเพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับภาวะโลหิตจางในเด็ก สร้างความตระหนักเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กปฐมวัย ซึ่งการพัฒนาการให้ความรู้ผู้ปกครองในเรื่องภาวะโลหิตจางในเด็กและการป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กจึงเป็นสิ่งสำคัญ จากการศึกษาวิจัยความชุกของภาวะโลหิตจางในคลินิก

ตรวจสุขภาพเด็กดี ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ในรูปแบบเดิมอาจไม่เพียงพอ การพัฒนาการส่งเสริมความรู้การป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กจึงเป็นสิ่งสำคัญ และจากการศึกษาที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการให้ความรู้การป้องกันภาวะโลหิตจางในผู้ปกครองเด็ก ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้สนใจศึกษาผลของโปรแกรมความรู้การป้องกันภาวะโลหิตจางในผู้ปกครองเด็กอายุ 6 เดือน ที่มารับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์หลัก

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรู้การป้องกันภาวะโลหิตจางในผู้ปกครองเด็กอายุ 6 เดือน

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางในเด็กและการป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กของผู้ปกครอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.2 เพื่อเปรียบเทียบความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางในเด็กและการป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็ก หลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

2.3 เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมການให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางของผู้ปกครอง หลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

2.4 เพื่อเปรียบเทียบระดับฮีมาโตคริตของเด็กรอายุ 9 เดือน หลังได้รับโปรแกรมระหว่าง

กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

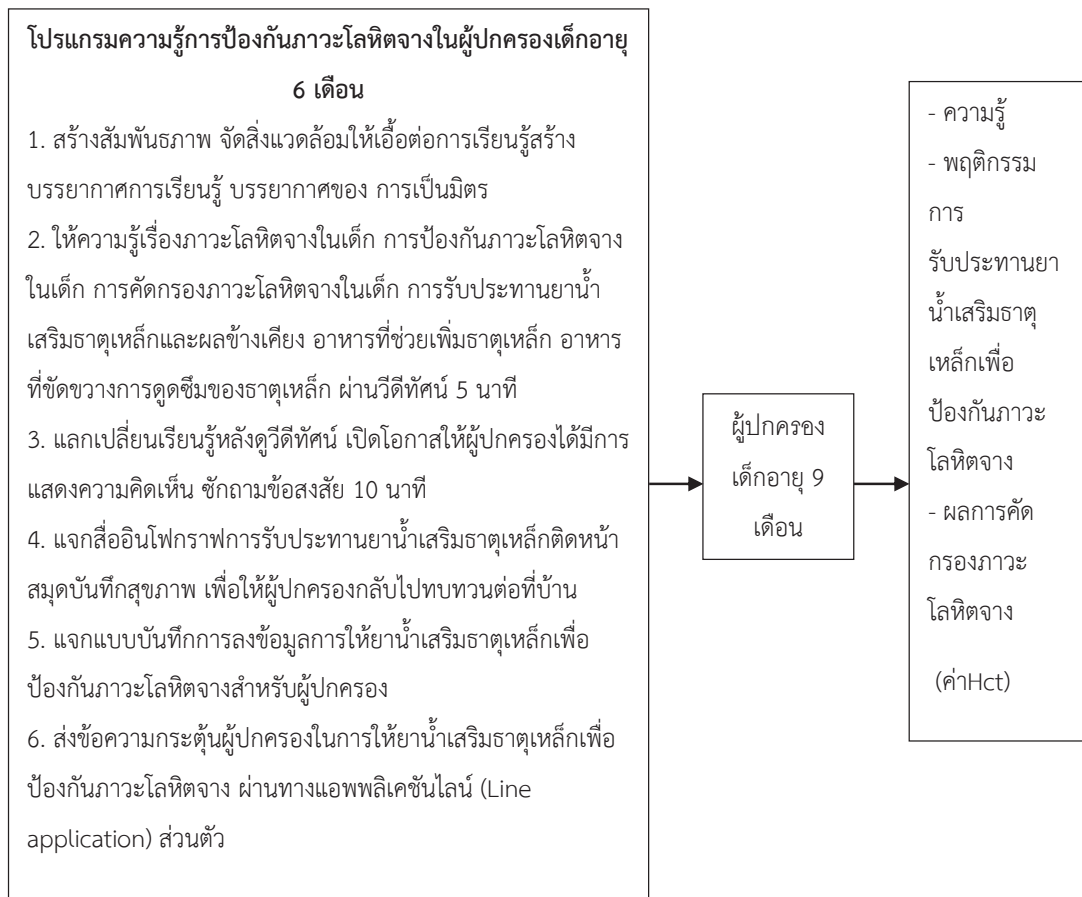
สมมุติฐานการวิจัย

1. หลังการทดลองผู้ปกครองในกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมความรู้การป้องกันภาวะโลหิตจางในผู้ปกครองเด็กอายุ 6 เดือน มีค่าคะแนนความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางในเด็กและการป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม และสูงกว่ากลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

2. หลังการทดลองผู้ปกครองในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมความรู้การป้องกันภาวะโลหิตจางในผู้ปกครองเด็กอายุ 6 เดือน มีค่าคะแนนพฤติกรรมการให้ยารักษาเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางของผู้ปกครองเด็กอายุ 6 เดือน สูงกว่าผู้ปกครองกลุ่มควบคุมที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

3. หลังการทดลอง เด็กอายุ 9 เดือนในกลุ่มผู้ปกครองที่ได้รับโปรแกรมความรู้การป้องกันภาวะโลหิตจางในผู้ปกครองเด็กอายุ 6 เดือน จะมีระดับฮีมาโตคริตสูงกว่าเด็กอายุ 9 เดือนในกลุ่มผู้ปกครองที่ได้รับการพยาบาลตามปกติ

ขอบเขตของการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมความรู้การป้องกันภาวะโลหิตจางในผู้ปกครองเด็กอายุ 6 เดือน คลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ระยะเวลาการดำเนินการ ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2566 - มกราคม พ.ศ.2567 กรอบแนวคิด ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการให้สุขศึกษา มาประยุกต์ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อจัดการเรียนรู้ เนื่องจากเป้าหมายของงานสุขศึกษาจะช่วยให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ทั้งด้านความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติให้เป็นไปในทางที่ถูกต้องเหมาะสม⁽⁹⁾ การให้สุขศึกษาจะมีผลในการจูงใจให้เกิดพฤติกรรมที่สร้างเสริมสุขภาพ โดยให้ความรู้ที่เหมาะสมและมีทัศนคติทางบวก ช่วยให้ตัดสินใจเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง มีความมั่นใจและมีทักษะที่จะนำไปสู่การลงมือปฏิบัติได้ ทำให้สามารถปฏิบัติในการดูแลเด็กให้ได้รับประทานยารักษาเสริมธาตุเหล็กได้อย่างถูกต้อง โดยมีกรอบแนวคิดในการวิจัยดังแสดงในภาพ



ภาพที่ 1 แนวคิดการวิจัย

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ เป็น ผู้ปกครองเด็กอายุ 6-9 เดือน ที่เข้ารับบริการ คลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 จังหวัดขอนแก่น จำนวน 728 คน

เกณฑ์ในการคัดเข้า (inclusion criteria)

1) เป็นผู้ปกครองเด็กอายุ 6 เดือน ที่มารับบริการในคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 จังหวัดขอนแก่น โดยผู้วิจัยติดป้ายเชิญชวน ประชาสัมพันธ์โครงการ ลงประชาสัมพันธ์

โครงการในเพจของคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี แก่ผู้ปกครองที่สนใจเข้าร่วมโครงการ 2) ไม่จำกัด ระดับการศึกษา 3) สามารถอ่าน เขียนและ เข้าใจการใช้ภาษาไทยได้ 4) ยินดีให้ความร่วมมือ ในการศึกษาวิจัย และอยู่ตลอด 12 สัปดาห์

เกณฑ์ในการคัดออก (exclusion criteria)

1) ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตามระยะเวลาที่โปรแกรมกำหนดไว้ 2) ผู้ปกครองไม่มี สมาร์ทโฟน ไม่มีอินเทอร์เน็ต

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ปกครองเด็กอายุ 6-9 เดือน กำหนดจากการสุ่มแบบการสุ่มตัวอย่าง

ที่มีลักษณะตามคุณสมบัติของประชากร ที่กำหนดจากการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และการคำนวณหา

ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณ กลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁽¹⁰⁾ โดยคำนวณได้จากสูตรดังนี้

$$\text{เมื่อ } n = \frac{2(Z\alpha_2 + Z\beta)^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)}$$

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้มาจากการศึกษาที่ผ่านมาของอรุณี ตระการรังสี⁽¹¹⁾ ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรม สุขศึกษาเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมกาเลียงดู บุตรของมารดาที่มีบุตรคนแรกอายุระหว่าง

2-6 เดือน โรงพยาบาลพระนั่งเกล้า จังหวัด จันทบุรี ได้ค่าความแปรปรวน เท่ากับ 6.11 และค่าผลต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมกาเลียงดู บุตร เท่ากับ 27.8 สามารถแทนในสมการ ได้ดังนี้

$$n = \frac{2(1.96 + 0.84)^2 \times 6.11^2}{(96.46 - 68.66)} = 21$$

ได้กลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 21 ราย ผู้วิจัย ได้ปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อทดแทนอาสาสมัคร ที่อาจจะออกระหว่างการทดลองร้อยละ 20

($r = 0.2$) คำนวณขนาดตัวอย่างที่ปรับค่า ตามสูตร⁽¹¹⁾ ได้ดังนี้

$$n_{adj} = \frac{n_o}{(1-r)^2} = \frac{21}{(1-0.2)^2} = 33 \text{ คน ต่อ กลุ่ม}$$

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ ได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) โดยเมื่อกลุ่มตัวอย่าง มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ กลุ่มละ 33 คน รวมเป็นทั้งหมด 66 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มี 2 ประเภท คือ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องรายละเอียด ดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ในการวิจัยนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน

แบบสอบถามชุดที่ 1 ข้อมูลทั่วไป สอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง เพศ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยในครอบครัวต่อเดือน สถานภาพสมรส อาชีพ

แบบสอบถามชุดที่ 2 ความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางในเด็กและการป้องกันภาวะโลหิตจาง ในเด็กดัดแปลงจากงานวิจัยเรื่อง การควบคุม และป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก

ในเด็กอายุ 6 -12 เดือน ของบุษบา อรรถาวีร⁽¹²⁾ มีทั้งหมด 20 ข้อ การให้คะแนนคำถามความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางในเด็กและการป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็ก แต่ละข้อให้คะแนนดังนี้ ตอบถูก หมายถึง 1 คะแนน ตอบผิด หมายถึง 0 คะแนน

แบบสอบถามชุดที่ 3 พฤติกรรมการให้ยารักษาธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในผู้ปกครองเด็กอายุ 6 เดือน มีทั้งหมด 10 ข้อ การให้คะแนนการปฏิบัติการรับประทานยารักษาธาตุเหล็กแต่ละข้อและให้คะแนนดังนี้ ปฏิบัติ หมายถึง 2 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติ หมายถึง 1 คะแนน

แบบสอบถามชุดที่ 4 ผลการคัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 9 เดือน สอบถามผลการคัดกรองภาวะโลหิตจางในเด็กอายุ 9 เดือน ระดับฮีมาโตคริต (Hct)

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมความรู้การป้องกันภาวะโลหิตจางในผู้ปกครองเด็กอายุ 6 เดือน ใช้กรอบแนวคิดการให้สุขศึกษามาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาโปรแกรมเพื่อจัดการเรียนรู้ให้มีประสิทธิภาพใช้ระยะเวลาดำเนินการ 12 สัปดาห์ โดยมีขั้นตอนดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 อธิบายขั้นตอนและกิจกรรมในโปรแกรมและกำหนดข้อตกลงร่วมกัน ใช้เวลา 10 นาที เก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้ผู้ปกครองตอบแบบสอบถามชุดที่ 1 และชุดที่ 2 ใช้เวลา 15 นาที เริ่มกิจกรรมโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ในการให้ความรู้ใช้เวลา 5 นาที แลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้ผู้ปกครองได้มีการแสดงความคิดเห็น 10 นาที แจกแบบบันทึกและสื่ออินโฟกราฟ สัปดาห์ที่ 2 - 11 ส่งความรู้ให้ผู้ปกครองทางแอปพลิเคชันไลน์และเตือนให้ผู้ปกครองให้ยารักษาธาตุ

เหล็ก สัปดาห์ที่ 12 ติดตามผลของโปรแกรมตอบแบบสอบถามชุดที่ 2 ชุดที่ 3 และชุดที่ 4 ใช้เวลาประมาณ 10 นาที

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถามความรู้และพฤติกรรมการให้ยารักษาธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในผู้ปกครองเด็ก 6 เดือน ดัดแปลงจากงานวิจัยเรื่อง การควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6 -12 เดือนของ คุณบุษบา อรรถาวีร⁽¹²⁾ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 0.93 ทดสอบความเที่ยง ทดลองใช้กับผู้ปกครองที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าความเที่ยงแบบสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค 0.85

เครื่องมือในการดำเนินงานวิจัย

โปรแกรมผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและสร้างสื่อการให้ความรู้ คือ วีดิทัศน์ อินโฟกราฟและแบบบันทึกตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิหลังจากนั้นปรับปรุงแก้ไข ทดลองใช้กับผู้ปกครองที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ตรวจสอบและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบผลก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired Sample T test และ Chi-squared test

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม ผู้วิจัยได้ พิจารณาสีติของกลุ่มตัวอย่างทุกระบวนการ โดยยึดหลักตามคำประกาศเฮลซิงกิ ผ่านการ รับรองโครงการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรม การวิจัยกรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 686

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ปกครองเด็กอายุ 6 เดือน ส่วนใหญ่เป็นเพศ หญิง กลุ่มควบคุม ร้อยละ 78.8 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 81.80 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่อยู่ใน สถานภาพ สมรส/คู่ ร้อยละ 90.90 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 90.90 ส่วนใหญ่เป็นมารดา กลุ่มควบคุม ร้อยละ 72.70 กลุ่มทดลอง ร้อยละ 78.80

ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 30-39 ปี กลุ่มควบคุม ร้อยละ 48.50 กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง อายุ 20-29 ปี ร้อยละ 48.40 ระดับการศึกษา สูงสุด ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับการศึกษา ปริญญาตรี กลุ่มควบคุม ร้อยละ 48.50 กลุ่ม ทดลอง ร้อยละ 33.30 ด้านรายได้ กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีรายได้ 10,001-20,000 บาทและ มากกว่า 30,000 บาทร้อยละ 33.30 กลุ่ม ทดลองมีรายได้ 10,001-20,000 บาท ร้อยละ 51.50 ส่วนใหญ่มีอาชีพรับราชการ/พนักงาน รัฐวิสาหกิจ กลุ่มควบคุม ร้อยละ 39.40 และ กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีอาชีพนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 24.20 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง จำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	7	21.2	6	18.2
หญิง	26	78.8	27	81.8
สถานภาพ				
สมรส/คู่	30	90.9	30	90.9
โสด	3	9.1	3	9.1
ความเกี่ยวข้อง				
มารดา	24	72.7	26	78.8
บิดา	6	18.2	6	18.2
ยาย	2	6.1	1	3.0
อื่นๆ	1	3.0	0	0

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้ปกครอง
จำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)				
20-29	9	27.3	16	48.4
30-39	16	48.5	15	45.5
40 ปี ขึ้นไป	8	24.2	2	6.1
การศึกษา				
ประถมศึกษา	1	3.0	1	3.0
มัธยมศึกษา	6	18.2	10	30.3
อนุปริญญา/ปวช	8	24.2	9	27.3
ปริญญาตรี	16	48.5	11	33.3
ปริญญาโท	2	6.1	2	6.1
รายได้				
น้อยกว่า 5,000 บาท	4	12.1	1	3.0
5,001-10,000 บาท	3	9.1	3	9.1
10,001-20,000 บาท	11	33.3	17	51.5
20,001-30,000 บาท	4	12.1	6	18.2
มากกว่า 30,000 ขึ้นไป	11	33.4	6	18.2
อาชีพ				
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	13	39.4	7	21.3
เกษตรกร	1	3.0	1	3.0
ค้าขาย	1	3.0	4	12.1
ประกอบอาชีพส่วนตัว	6	18.2	6	18.2
รับจ้าง	1	3.0	1	3.0
นักเรียน/นักศึกษา	5	15.2	8	24.2
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	18.2	6	18.2

2. ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางในเด็กและการป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กของผู้ปกครอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ปกครอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยพบว่า กลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 11.24 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.54 และหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงขึ้น เท่ากับ 12.27 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.23 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.001$ ใน

กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมความรู้การป้องกันภาวะโลหิตจางในผู้ปกครองเด็กอายุ 6 เดือน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ปกครอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง โดยพบว่า ก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 11.21 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.51 และหลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้สูงขึ้น เท่ากับ 17.09 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.54 ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $P\text{-value} < 0.001$ รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางในเด็กและการป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็กของผู้ปกครอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้	N	$\bar{X}$	SD	t	P-value
กลุ่มควบคุม	ก่อนทดลอง	33	11.24	1.54	-5.831	< 0.001
	หลังทดลอง	33	12.27	1.23		
กลุ่มทดลอง	ก่อนทดลอง	33	11.21	1.51	-19.755	< 0.001
	หลังทดลอง	33	17.09	1.54		

* $P < .05$

3. ผลการเปรียบเทียบความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางในเด็กและการป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็ก หลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ปกครอง หลังการทดลอง กลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.001$) โดยพบว่า กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการทดลองเท่ากับ 12.27 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.23 และกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้หลังการทดลองเท่ากับ 17.09 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.54 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความรู้เรื่องภาวะโลหิตจางในเด็กและการป้องกันภาวะโลหิตจางในเด็ก หลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	หลังการทดลอง				95%Confidence		t	p-value
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		Interval of the			
					Difference			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	Lower	Upper		
ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้	12.27	1.23	17.09	1.54	-5.506	-4.130	-13.989	< 0.001

* P<.05

4. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรม การให้ยารักษาธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางของผู้ปกครอง หลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การให้ยารักษาธาตุเหล็ก เพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางของผู้ปกครอง หลังการทดลองกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) โดย

พบว่า กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การให้ยารักษาธาตุเหล็กของผู้ปกครอง หลังการทดลองเท่ากับ 4.82 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.04 และกลุ่มทดลอง ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรม การให้ยารักษาธาตุเหล็กของผู้ปกครอง หลังการทดลองเท่ากับ 8.30 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.21 รายละเอียดแสดง ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบพฤติกรรม การให้ยารักษาธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางของผู้ปกครอง หลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	หลังการทดลอง				95%Confidence		t	p-value
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		Interval of the			
					Difference			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.	Lower	Upper		
ค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการให้ยา	4.82	1.04	8.30	1.21	-4.041	-2.929	-12.515	< 0.001

* P<.05

5. ผลการเปรียบเทียบระดับฮีมาโตคริตของเด็กอายุ 9 เดือน หลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีระดับฮีมาโตคริตสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

(P-value= .215) โดยพบว่า กลุ่มควบคุมมีระดับฮีมาโตคริตมากกว่าเท่ากับ 33% ร้อยละ 48.48 และกลุ่มทดลองมีระดับฮีมาโตคริตมากกว่าเท่ากับ 33 % ร้อยละ 63.64 รายละเอียดแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบระดับฮีมาโตคริตของเด็กอายุ 9 เดือน หลังได้รับโปรแกรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กลุ่มตัวอย่าง	ระดับฮีมาโตคริต	จำนวน	ร้อยละ	X ² (p-value)
กลุ่มควบคุม	Hct ≥ 33 %	16	48.48	1.538
	Hct < 33 %	17	51.52	
กลุ่มทดลอง	Hct ≥ 33 %	21	63.64	(.215)
	Hct < 33 %	12	36.36	

* P>.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. จากการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการให้น้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางของผู้ปกครองเด็กอายุ 6 เดือน หลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และพฤติกรรมที่สูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการได้รับโปรแกรมการให้ความรู้การรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในผู้ปกครองเด็กอายุ 6 เดือน ร่วมกับการได้รับความรู้ตามรูปแบบกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ มีผลทำให้ผู้ปกครองมีความรู้และเกิดพฤติกรรมการให้น้ำเสริมธาตุเหล็กได้ถูกต้อง สำหรับการให้ความรู้ในโปรแกรมประกอบด้วยการชมสื่อวีดิทัศน์

เป็นเวลา 5 นาที การให้สังเกตจากสื่อต่างๆ เช่น วิดิทัศน์ซึ่งเป็นสื่อการสอนโดยผ่านทางประสาทสัมผัสทางตาและหูจึงเป็นการจัดให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด และการแจกอินโฟกราฟฟิกติดหน้าสมุดบันทึกสุขภาพแม่และเด็ก ภายหลังได้ชมสื่อโดยทั้งวิดิทัศน์และภาพอินโฟกราฟฟิก มีตัวอักษรน้อยกราฟิก ภาพประกอบเข้าใจง่าย ทำให้เราความสนใจของผู้ชม/อ่านได้ดี ทำให้เข้าใจและจดจำได้ง่ายขึ้น เนื่องจากธรรมชาติของสมองของมนุษย์จะรับและมีความสุขกับภาพ⁽¹³⁾ รวมถึงสามารถจดจำความรู้ในการนำไปปฏิบัติเกิดเป็นพฤติกรรมที่เหมาะสม สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา รัตนวงศ์⁽¹⁴⁾ ปัจจัยดังกล่าวทำให้มารดาได้รับข้อมูลที่เกิดกระบวนการพิจารณา

ความสามารถของตนเองทำให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเองสูงขึ้นว่าตนสามารถมีพฤติกรรมในการดูแลบุตรได้ดีขึ้น โดยการให้สังเกตจากสื่อต่างๆ เช่น youtube วิดีทัศน์ จะเห็นว่าโปรแกรมการให้ความรู้การรับประทานยาน้ำเสริมธาตุเหล็กเพื่อป้องกันภาวะโลหิตจางในผู้ปกครองเด็กอายุ 6 เดือน ร่วมกับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การเปิดช่องทางที่สามารถติดต่อสอบถามและขอคำแนะนำเพิ่มเติมได้การใช้เทคโนโลยีในการติดต่อสื่อสารข้อมูลระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและผู้ปกครอง การให้คำแนะนำล่วงหน้าและกระตุ้นเตือน มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้อย่างถูกต้องให้กับผู้ปกครอง สอดคล้องกับการศึกษาของ เกศปรียา แก้วแสนเมือง⁽¹⁵⁾ ผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุ 25-45 ปีส่วนใหญ่มีความถี่ในการใช้งานแอปพลิเคชันไลน์ทุกวัน คิดเป็นร้อยละ 86.3 โดยสูงสุดในด้านการใช้ประโยชน์และการติดตามเหตุการณ์ต่างๆ แบ่งปันข่าวสารความรู้ได้ช่วยสร้างความบันเทิงเพลิดเพลิน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของครอบครัวด้านความรู้ ด้านพฤติกรรม ด้านความเชื่อ ทำให้ผู้ปกครองมีความเชื่อในการดูแลเด็กที่เหมาะสมและเกิดพฤติกรรมการให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่ถูกต้อง

2. จากการเปรียบเทียบระดับฮีมาโตคริตของเด็กอายุ 9 เดือนในกลุ่มทดลองสูงกว่าผู้ปกครองกลุ่มควบคุม โดยกลุ่มทดลองมีระดับฮีมาโตคริตมากกว่าเท่ากับ 33% ร้อยละ 63.64 อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ P-value .215 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าเป็นผลจากการการดำเนินการตามขั้นตอนในโปรแกรมความรู้การป้องกันภาวะโลหิตจางในผู้ปกครองเด็กอายุ 6 เดือน ร่วมกับ

การได้รับความรู้ตามรูปแบบกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ มีผลทำให้ผู้ปกครองกลุ่มทดลองมีระดับฮีมาโตคริตมากกว่าเท่ากับ 33 % สูงขึ้น ลดการเกิดภาวะโลหิตจางลงได้ เนื่องจากโปรแกรมความรู้การป้องกันภาวะโลหิตจางในผู้ปกครองเด็กอายุ 6 เดือน มีประสิทธิภาพในการเพิ่มความรู้อย่างถูกต้องเรื่องภาวะโลหิตจางในเด็กและการป้องกัน และเพิ่มพฤติกรรมการให้ยาน้ำเสริมธาตุเหล็กที่ถูกต้องมากขึ้น จึงส่งผลให้การตรวจคัดกรองภาวะโลหิตจางของเด็กอายุ 9 เดือนมีระดับฮีมาโตคริตมากกว่าเท่ากับ 33% สูงขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ริษา ดีจุฑามณี⁽¹⁶⁾ ศึกษาประสิทธิภาพของการให้ยาเสริมธาตุเหล็กทุกสัปดาห์เพื่อป้องกันภาวะเลือดจางจากการขาดธาตุเหล็กในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น พบความชุกของภาวะโลหิตจางร้อยละ 37.9 ภายหลังทดลองร้อยละ 26.7 ลดลงคิดเป็นร้อยละ 11.2 (p-value = 0.029)

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

1. ผลลัพธ์ ของโปรแกรมมีการเปลี่ยนแปลงได้อย่างต่อเนื่อง จึงควรมีการศึกษาติดตามผลลัพธ์ในช่วงวัยต่อไปเพื่อติดตามและพัฒนาความสามารถของผู้ปกครองให้อยู่ในระดับได้อย่างต่อเนื่อง

2. ปรับบริการคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี ในส่วนของโรงเรียนพ่อแม่ เพื่อการสอนและการแลกเปลี่ยนที่เข้าถึง เข้าใจง่าย นำไปใช้และปฏิบัติได้จริง

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. การศึกษานี้ศึกษาในกลุ่มผู้ปกครอง

6 - 9 เดือน ซึ่งส่งผลให้ผู้ดูแลมีความรู้และพฤติกรรมในการดูแลเด็กเพิ่มมากขึ้น ในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไปควรศึกษาในกลุ่มผู้ปกครองในช่วงอายุอื่นๆ ให้ครอบคลุมมากยิ่งขึ้น

2. การศึกษาต่อไปควรออกแบบเป็นการวิจัยเชิงทดลอง โดยควบคุมปัจจัยที่มาเกี่ยวข้องเพื่อให้สามารถทดสอบผลของโปรแกรมโปรแกรมความรู้การป้องกันภาวะโลหิตจางในผู้ปกครองเด็กอายุ 6 เดือน นี้ได้อย่างแท้จริง

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จลุล่วงไปได้เพราะได้รับความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง คลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี และได้รับความอนุเคราะห์จากผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ผู้วิจัยจึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูง

เอกสารอ้างอิง

- 4th report - the world nutrition situation: nutrition throughout the life cycle [internet]. 2000: [144 p.]. Available from: https://www.unscn.org/web/archives_resources/files/rwns4.pdf
- กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน. ภาวะโลหิตจาง ปัญหาที่ต้องทบทวน. กรุงเทพฯ: ธรรมสภา; 2546.
- Idjradinata P, Pollitt E. Reversal of developmental delays in iron-deficient anemic infants treated with iron. Lancet (London, England). 1993; 341(8836): 1-4.
- มันทนา ประทีปะเสน. รายงานการสำรวจภาวะอาหารและโภชนาการของประเทศไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ.2546. นนทบุรี: กองโภชนาการ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2549.
- พงษ์ศักดิ์ น้อยพยัคฆ์, วนิดา ปิยะศิลป์, วนิดิ์ นิงสานนท์, ประสบศรี อึ้งถาวร. Guideline in Child Health Supervision พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สรรพสาร จำกัด; 2557.
- กระทรวงสาธารณสุข. กรมอนามัย. สำนักโภชนาการ. คู่มือแนวทางควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 23 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://nutrition2.anamai.moph.go.th/th/book/download/?did=194488&id=82488&reload=>
- วศินี ติตะปัญ. ความชุกของภาวะโลหิตจางและผลการรักษาด้วยการให้ธาตุเหล็กทดแทนในเด็กอายุ 9 - 12 เดือน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://203.157.71.148/hpc7data/Res/ResFile/2566001101.pdf>
- กาญจน์ เพชรบ่อทอง. การรับประทานน้ำเสริมธาตุเหล็กในเด็กอายุ 9 เดือน ที่มารับบริการคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 5 ตุลาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <http://203.157.71.148/hpc7data/Res/ResList.aspx>

9. พรพรช โนนจ้อย. การให้สุขศึกษา. วารสาร ศรีนครินทร์เวชสาร. 2564; 36(2): 246-251.
10. อรุณ จิรวัดน์กุล. การออกแบบสอบถาม สำหรับงานวิจัย. กรุงเทพฯ: บริษัท จูน พับลิชชิ่ง จำกัด. บริษัท ส. เอเชียเพรส (1989) จำกัด; 2556.
11. อรุณี ตรีการรังสี, ณัฐกฤตา ศิริโสภณ และ กรัณฐรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์. ประสิทธิภาพ ของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อส่งเสริม พฤติกรรมการเลี้ยงดูบุตรของมารดาที่มีบุตร คนแรกอายุระหว่าง 2 - 6 เดือน โรงพยาบาล พระนั่งเกล้า จังหวัดนนทบุรี. วารสาร พยาบาลทหารบก 2558; เล่มที่ 16(3): 23-31.
12. บุษบา อรรถาวิโร, บำเพ็ญ พงศ์เพชรดิถ. การควบคุมและป้องกันภาวะโลหิตจางจาก การขาดธาตุเหล็กในเด็กอายุ 6 -12 เดือน. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข. 2563; 31(2): 82-93.
13. ศุภลักษณ์ จุฑาเครือ. การสร้างสื่อประชาสัมพันธ์ ในรูปแบบ Gifographic ด้วยโปรแกรม Adobe Photoshop CC. งานพัฒนาสื่อผสม กองเทคโนโลยีสารสนเทศ มหาวิทยาลัย มหิดล; 2561.
14. อัจฉรา รัตนวงศ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริม การรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรม การดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบ หายใจของผู้ดูแล. วารสารพยาบาล. 2561; 67(3): 1-9.
15. เกศปรียา แก้วแสนเมือง. พฤติกรรมการใช้ และความพึงพอใจจากแอปพลิเคชันไลน์ (Line) ของผู้ที่อยู่ในกลุ่มอายุ 25-45 ปี ใน เขตกรุงเทพมหานคร [วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัย ธรรมศาสตร์; 2558.
16. ริษา ดีจุฑาภรณ์, อัจฉรา มูลรัตน์, จิราภรณ์ อรุณากูร, วีรวรรณ โพธิ์แย้ม, สุชาติพิย ेम เปรมศิลป์. ประสิทธิภาพของการให้ยาเสริม ธาตุเหล็กทุกสัปดาห์เพื่อป้องกันภาวะเลือด จางจากการขาดธาตุเหล็กในนักเรียนชั้น มัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารการพยาบาล; ปีที่ 20 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม - ธันวาคม 2561: 13-21.

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิตแดงปอดสูง ที่มารักษา ณ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ศรinya ดวงเดือน¹ สีหะพงษ์ เพชรรัตน์² รัชนิดา เบ้าบุญ³

(วันที่รับบทความ: 21 มีนาคม 2567, วันที่แก้ไข: 17 เมษายน 2567, วันที่ตอบรับ: 18 เมษายน 2567)

บทคัดย่อ

การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิตแดงปอดสูงเป็นบทบาทที่สำคัญของผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิตแดงปอดสูงที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประชากรคือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิตแดงปอดสูงที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ขนาดตัวอย่าง 100 คน สุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลและแบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะความดันโลหิตแดงปอดสูงซึ่งมีค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.84 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิตแดงปอดสูงที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 94.05, S.D. = 9.82) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านสุขภาพจิตมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ($\bar{X}$ = 23.15, S.D. = 3.05) ด้านสุขภาพกาย ($\bar{X}$ = 25.11, S.D. = 3.36) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{X}$ = 10.70, S.D. = 1.66) และด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}$ = 27.97, S.D. = 3.69) อยู่ในระดับปานกลาง ดังนั้นควรส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิตแดงปอดสูงในเรื่องสุขภาพกาย สัมพันธภาพทางสังคมและสิ่งแวดล้อมเพื่อให้ผู้ดูแลดังกล่าวมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : คุณภาพชีวิต ผู้ดูแล โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิตแดงปอดสูง

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ²กุมารแพทย์, ³พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

¹⁻³ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Corresponding author : ศรinya ดวงเดือน email : sarunyaduangd@gmail.com

Quality of life of caregivers with congenital heart disease with Pulmonary arterial hypertension at Queen Sirikit Heart Center of the Northeast

Saranya Daungduaen¹, Seehapong Petcharat², Ratchanida Baobun³

(Receive 21st March 2024; Revised : 17th April 2024; Accepted 18th April 2024)

Abstract

Caring for patients with congenital heart disease with Pulmonary arterial hypertension is an important role of the caregiver who must closely monitor the patient to prevent complications that may occur. This cross-sectional analytical research aimed to study the quality of life of caregivers with congenital heart disease with Pulmonary arterial hypertension who came for treatment at Queen Sirikit Heart Center of the Northeast. The population was caregivers with congenital heart disease with Pulmonary arterial hypertension who came for treatment at Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, Faculty of Medicine, Khon Kaen University, with a sample size of 100, using purposive sampling. Data were collected using a personal information questionnaire and the Quality of life of caregivers with congenital heart disease with Pulmonary arterial hypertension which has a reliability of 0.84 and were analyzed by descriptive statistics.

The study's result found that caregivers with congenital heart disease with Pulmonary arterial hypertension had a moderate level of quality of life. ($\bar{X}$ = 94.05, S.D.= 9.82) When considering each aspect, it was found that the mental aspect had the highest average in the level of good quality of life ($\bar{X}$ = 23.15, S.D.= 3.05), the physical health aspect ($\bar{X}$ =25.11, S.D.=3.36), the social relationship aspect ($\bar{X}$ =10.70, S.D.=1.66), and environmental factors ($\bar{X}$ =27.97, S.D.=3.69). Therefore, the quality of life of caregivers of patients with congenital heart disease who have pulmonary artery hypertension should be promoted in terms of physical health, social relationships, and the environment so that such caregivers have a good quality of life.

Keyword : Quality of life, Caregivers, Congenital heart disease with Pulmonary arterial hypertension

¹Registered Nurse (Professional Level), ²Division of Pediatric Cardiology, ³Registered Nurse (Practitioner Level)

¹⁻³Queen Sirikit Heart Center of the Northeast, Faculty of Medicine Khon Kaen University.

Corresponding author : Saranya Daungduaen email : sarunyaduand@gmail.com

บทนำ

โรคหัวใจพิการแต่กำเนิด (Congenital heart disease: CHD) เป็นความผิดปกติของโครงสร้างของหัวใจที่พบตั้งแต่แรกเกิด รวมถึงความผิดปกติของเส้นเลือดใหญ่ที่ออกจากหัวใจด้วย แบ่งเป็นชนิดไม่เขียว (Acyanotic congenital heart disease) และชนิดเขียว (Cyanotic congenital heart disease) ซึ่งจากการที่มีเลือดไปปอดมากกว่าปกติจึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่อันตรายได้ คือ ภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง (Pulmonary arterial hypertension: PAH) เป็นการที่ผู้ป่วยมีภาวะที่ความดันเฉลี่ยหลอดเลือดแดงปอดสูงมากกว่า 20 มิลลิเมตรปรอทขึ้นไป (Mean pulmonary artery pressure > 20 mmHg) และค่าแรงต้านในหลอดเลือดแดงปอดสูงกว่าหรือเท่ากับ 3 (Pulmonary vascular resistance $\geq$ 3 wood units) ที่ระดับน้ำทะเล เป็นกลุ่มอาการที่ประกอบด้วย เหนื่อย หายใจไม่อิ่ม เจ็บแน่นหน้าอก หน้ามืดเป็นลม⁽¹⁾ ส่งผลกระทบต่อผลการรักษา คุณภาพชีวิตและอัตราการอยู่รอดของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด⁽²⁾ ซึ่งหากไม่ได้รับการตรวจพบแต่เนิ่นและไม่ได้รับการรักษามักจะเป็นสาเหตุที่ทำให้เสียชีวิตได้⁽³⁾ โดยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดเป็นโรคหัวใจที่พบได้บ่อยที่สุดในเด็ก อุบัติการณ์ของโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดในทารกแรกเกิดทั่วโลกพบร้อยละ 0.8 - 1.2⁽⁴⁾ ในทวีปอเมริกาเหนือ ทวีปยุโรป และทวีปเอเชียพบอุบัติการณ์โรคหัวใจพิการแต่กำเนิดประมาณ 6.9 8.2 และ 9.3 รายต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1,000 รายตามลำดับ สำหรับในประเทศไทยพบอุบัติการณ์โรคหัวใจ

พิการแต่กำเนิดประมาณ 8-10 รายต่อทารกแรกเกิดมีชีพ 1,000 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.8-1.0 ของทารกแรกเกิดทั้งหมด ทั้งยังเป็นสาเหตุอันดับสองของการเสียชีวิตในทารกและเด็กของประเทศกำลังพัฒนา⁽⁵⁾ การผ่าตัดหัวใจเป็นวิธีการรักษาที่สำคัญที่สุด เนื่องจากช่วยแก้ไขความผิดปกติของการไหลเวียนโลหิต⁽⁶⁾ สำหรับผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด พบว่ามากกว่าร้อยละ 82 จะได้รับการผ่าตัดในช่วงอายุไม่เกิน 6 ปี ส่วนใหญ่จะเป็นการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด (Open Heart Surgery) ได้แก่ VSD closure, ASD closure ตามลำดับซึ่งส่วนใหญ่จะได้รับการผ่าตัดในช่วงอายุ 3 - 6 ปี และภายหลังการผ่าตัดหัวใจ ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยหนักประมาณ 1 - 3 วัน และได้รับการรักษาต่อในหอผู้ป่วยพักฟื้นประมาณ 5 - 10 วัน หากอาการคงที่และไม่พบความผิดปกติหรือภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด แพทย์จึงอนุญาตให้กลับไปพักฟื้นที่บ้านได้และนัดติดตามผลการรักษาหลังจากออกจากโรงพยาบาล⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตาม ผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดหัวใจมีโอกาสเสียชีวิตและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ ภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนจากระบบทางเดินหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด การติดเชื้อ เป็นต้น⁽⁷⁾ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาสุขภาพและส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย

การดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังจากที่ได้รับการรักษาด้วยการผ่าตัดและไปพักฟื้นที่บ้านเป็นบทบาทที่สำคัญของผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดโดยเฉพาะในช่วง 3 เดือนแรกหลังผ่าตัด เพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟู

สภาพร่างกายและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดหัวใจ เช่น การสมานของกระดูกหน้าอกยังไม่สมบูรณ์ มีความเหนื่อยล้าได้ง่าย มีภาวะชืด ภูมิต้านทานของร่างกายต่ำ มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย มีภาวะไม่สมดุลของสารน้ำและอิเล็กโทรไลต์ เป็นต้น โดยในระยะ 2 สัปดาห์แรก ผู้ป่วยควรทำกิจกรรมต่างๆ เท่ากับขณะอยู่โรงพยาบาล เช่น กิจกรรมประจำวัน หลังจากนั้นเพิ่มกิจกรรมตามความเหมาะสมกับระดับความสามารถของผู้ป่วย และหยุดกิจกรรมทันทีที่เริ่มรู้สึกหายใจลำบาก ใจสั่น หรือคล้ายจะเป็นลม เหงื่อออกมากผิดปกติ เจ็บหน้าอก ให้นั่งพัก ถ้าอาการไม่ดีขึ้น ผู้ดูแลต้องรีบนำผู้ป่วยส่งโรงพยาบาลทันที⁽⁸⁾ โดยในการดูแลผู้ป่วยดังกล่าวนี้ยังมีด้านอื่น ๆ อีกหลายด้าน เช่น การดูแลแผลผ่าตัด การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์และมีสัดส่วนที่เหมาะสม การรับประทานยาตามแผนการรักษาอย่างถูกต้อง ทั้งขนาดยาที่ให้ เวลารับประทานยา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา การสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ทันที เช่น หายใจเหนื่อย ออกนํมมือเท้าบวม แผลอักเสบ โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่มีภาวะความดันโลหิตสูงที่ต้องใช้ยา กลุ่มซิลดีนาลิลเพิ่ม ซึ่งมีข้อมูลรายงานว่าอาการไม่พึงประสงค์ที่พบได้บ่อยคือ ปวดศีรษะ ไข้ การติดเชื้อของทางเดินหายใจส่วนบน อาการอาเจียน และท้องเสีย รวมถึงรายงานอาการไม่พึงประสงค์ที่ร้ายแรง ได้แก่ stridor และ ventricular⁽²⁾ รวมถึงการพาผู้ป่วยมาตรวจตามนัด ซึ่งผู้ดูแลจะต้องปฏิบัติอย่างถูกต้องและต่อเนื่องจะช่วยลดอัตราป่วยด้วย

ภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเข้ารับการรักษาล้างในโรงพยาบาลได้ และช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีภาวะสุขภาพที่ดีตามศักยภาพ⁽⁵⁾

ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิตเล็ดแดงปอดสูง ในปี 2563 2564 และ 2565 มีผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิตเล็ดแดงปอดสูง จำนวน 179 178 และ 185 ราย ตามลำดับ ซึ่งในปี 2565 พบผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของโรคหัวใจตามการแบ่งของสมาคมโรคหัวใจแห่งนิวยอร์ก (New York Heart Association; NYHA) ระดับของ NYHA II ขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 60 อัตราการกลับมาตรวจตามนัดหมายทุกเดือนคิดเป็นร้อยละ 90 ผู้ป่วยได้รับยารักษาเพื่อลดความดันโลหิตเล็ดแดงปอดตั้งแต่สองกลุ่มขึ้นไปถึงร้อยละ 50 และพบว่าผู้ป่วยที่กลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำด้วยภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ดังนี้ มีภาวะหัวใจด้านขวาวายจำนวน 6 ราย ภาวะหัวใจเต้นผิดจังหวะจำนวน 6 ราย มีภาวะระบบการทำงานของหัวใจและระบบหายใจล้มเหลว จำนวน 3 ราย ผู้ป่วยที่ต้องมานอนโรงพยาบาลโดยไม่ได้วางแผนมากกว่า 2 ครั้งต่อปี จำนวน 6 ราย ผู้ป่วยเสียชีวิตจำนวน 3 ราย⁽⁹⁾ จากประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าว ผู้วิจัยได้พูดคุยสอบถามปัญหาของผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า ผู้ดูแลต้องพาผู้ป่วยมาตรวจรักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ฯ ทุกเดือนเพื่อรับยา โรงพยาบาลใกล้บ้านไม่มีียดังกล่าว ต้องเหมารถในการเดินทางมาตรวจที่โรงพยาบาล ผู้ดูแลต้องเสียค่าใช้จ่ายด้านยา

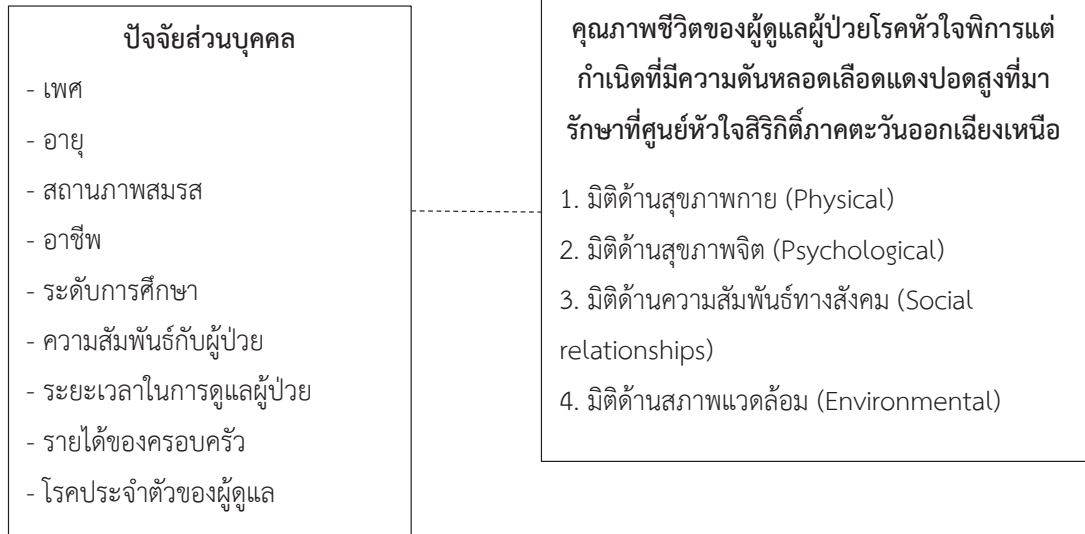
ค่าการเติมออกซิเจนที่บ้าน อีกทั้งผู้ป่วยไม่สามารถทำกิจกรรม ทำงาน เล่นหรือไปโรงเรียนได้ ต้องมีคนเฝ้าหรือดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยตลอดเวลา ทำให้ผู้ดูแลผู้ป่วยไม่ได้ทำงาน เพราะผู้ป่วยจะมีการเหนื่อยหอบได้ง่าย เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลที่พบว่าการดูแลผู้ป่วยเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแล⁽⁵⁾ เนื่องจากต้องรับภาระหนักในการดูแลโดยเฉพาะการดูแลผู้ป่วยที่ต้องให้การดูแลอย่างใกล้ชิด ทำให้ต้องใช้แหล่งประโยชน์ทั้งด้านเวลา พลังงาน และทรัพย์สินเงินทองอย่างมากในการให้การดูแลกิจวัตรประจำวันและการรักษาผู้ป่วยประกอบกับผู้ดูแลยังต้องเรียนรู้ในด้านต่างๆ เพื่อดูแลให้ผู้ป่วยมีชีวิตรอดและสามารถดำเนินชีวิตต่อไปได้ ซึ่งกิจกรรมการดูแลดังกล่าวย่อมรบกวนกิจกรรมในบทบาทอื่นๆ ในชีวิตประจำวันของผู้ดูแล จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่ามีการศึกษาเกี่ยวกับผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดค่อนข้างหลากหลาย เช่น การพยาบาลเด็กที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขหัวใจพิการแต่กำเนิด⁽⁸⁾ การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต่อเนื่องที่บ้านต่อปัจจัยจิตใจและปัจจัยคำจูน และความพึงพอใจของพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ⁽¹⁰⁾ เป็นต้น ในส่วนของผู้ดูแลพบว่ามีการศึกษาในบางประเด็น เช่น ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล⁽⁵⁾ และเป็นการศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด เช่น ความรู้เรื่องโรค การรักษา และการให้การดูแล⁽¹¹⁾

แต่ในบริบทของศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ยังไม่พบถึงการศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิตเล็ดแดงปอดสูงโดยเฉพาะผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งผู้ดูแลกลุ่มนี้ต้องดูแลหรือเฝ้าผู้ป่วยอยู่ตลอดเวลา ดังเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิตเล็ดแดงปอดสูง เพื่อที่จะได้นำผลการวิจัยมาใช้ในการเตรียมความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยและผู้ดูแลกลุ่มดังกล่าวอันจะนำความสุขและความพึงพอใจมาให้กับผู้ดูแลและผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิตเล็ดแดงปอดสูงที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

กรอบแนวคิด



วิธีดำเนินการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Analytical Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิตเล็ดแดงปอดสูงที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยผู้วิจัยได้กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วยการคำนวณโดยใช้สูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือกจำนวน 100 คน โดยมีรายละเอียดเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออก ดังต่อไปนี้

เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ (Inclusion criteria) ได้แก่ เป็นผู้ดูแลที่เป็นบุคคลในครอบครัวของผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะความดันโลหิตเล็ด

แดงปอดสูงที่ได้รับการวินิจฉัยโรคมมาแล้วอย่างน้อย 3 เดือน มีอายุ 20 - 60 ปี มีสติสัมปชัญญะ และไม่มีประวัติของโรคจิตประสาท สามารถพูด อ่าน เขียน และสื่อสารด้วยภาษาไทยได้

เกณฑ์การคัดอาสาสมัครออกจากโครงการ (Exclusion criteria) ได้แก่ ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะความดันโลหิตเล็ดแดงปอดสูงที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 9 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส อาชีพ ระดับการศึกษา โรคประจำตัวของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย รายได้ของครอบครัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามคุณภาพชีวิต ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะ

ความดันโลหิตเลือดแดงปอดสูง ซึ่งผู้วิจัยใช้แบบ
ชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ
ฉบับภาษาไทย WHOQOL-BREF-THAI โดยมี
ข้อคำถามจำนวน 26 ข้อ ลักษณะเป็นข้อคำถาม
ปลายปิด 5 ตัวเลือก ดังนี้

ไม่เลย หมายถึง ท่านไม่มีความรู้สึก
เช่นนั้นเลย รู้สึกไม่พอใจมาก หรือรู้สึกแย่มาก

เล็กน้อย หมายถึง ท่านมีความรู้สึก
เช่นนั้นนานๆ ครั้ง รู้สึกเช่นนั้นเล็กน้อย รู้สึก
ไม่พอใจหรือรู้สึกแย่น้อย

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความรู้สึก
เช่นนั้นปานกลาง รู้สึกไม่พอใจในระดับกลาง
หรือรู้สึกแย่น้อย

มาก หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่นนั้น
บ่อยๆ รู้สึกพอใจหรือรู้สึกดี

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความรู้สึกเช่น
นั้นเสมอ รู้สึกเช่นนั้นมากที่สุด รู้สึกพอใจมาก
รู้สึกดีมาก โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนแบ่งเป็น 2
กลุ่ม ดังนี้

กลุ่มที่ 1 ข้อความทางลบ 3 ข้อ จำนวน
3 ข้อ คือ ข้อ 2, 9, 11 แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไป้

ตอบ ไม่เลย เท่ากับ 5 คะแนน

ตอบ เล็กน้อย เท่ากับ 4 คะแนน

ตอบ ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

ตอบ มาก เท่ากับ 2 คะแนน

ตอบ มากที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน

กลุ่มที่ 2 ข้อความทางบวก 23 ข้อ
แต่ละข้อให้คะแนนดังต่อไปนี้

ตอบ ไม่เลย เท่ากับ 1 คะแนน

ตอบ เล็กน้อย เท่ากับ 2 คะแนน

ตอบ ปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน

ตอบ มาก เท่ากับ 4 คะแนน

ตอบ มากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน

การแปลผลคุณภาพชีวิต แบ่งเป็น 2
ลักษณะ ดังนี้

1) ระดับคุณภาพชีวิตโดยรวม สามารถ
แปลผลได้โดย คะแนนคุณภาพชีวิตมีคะแนน
ตั้งแต่ 26 - 130 คะแนน โดยมีเกณฑ์การแปล
ผลคะแนนดังนี้

คะแนน 26 - 60 คะแนน หมายถึง การ
มีคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี

คะแนน 61 - 95 คะแนน หมายถึง การ
มีคุณภาพชีวิตปานกลาง

คะแนน 96 - 130 คะแนน หมายถึง การ
มีคุณภาพชีวิตที่ดี

2) ระดับคะแนนคุณภาพชีวิต แยกออกเป็น 4 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบด้านสุขภาพกาย

ได้แก่ ข้อ 2,3,4,10,11,12,24

องค์ประกอบด้านจิตใจ

ได้แก่ ข้อ 5,6,7,8,9,23

องค์ประกอบด้านสัมพันธภาพทาง
สังคม ได้แก่ ข้อ 13,14,25

องค์ประกอบด้านสิ่งแวดล้อม

ได้แก่ ข้อ 15,16,17,18,19,20,21,22

ส่วนข้อ 1 ข้อ 26 เป็นตัวชี้วัดที่อยู่ใน
หมวดคุณภาพชีวิตและสุขภาพโดยรวม จะไม่รวม
อยู่ในองค์ประกอบทั้ง 4 ด้านนี้

องค์ประกอบ คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี
คุณภาพชีวิตปานกลาง คุณภาพชีวิตที่ดี

1. ด้านสุขภาพกาย

7 - 16 17 - 26 27 - 35

2. ด้านจิตใจ

6 - 14 15 - 22 23 - 30

3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม

3 - 7 8 - 11 12 - 15

4. ด้านสิ่งแวดล้อม

8 - 18 19 - 29 30 - 40

การตรวจสอบคุณภาพ

แบบสอบถามคุณภาพชีวิตขององค์กรอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย ได้ผ่านการทบทวนและปรับปรุงภาษาในเครื่องมือ WHO-QOL-BREF โดยผู้เชี่ยวชาญทางภาษาแล้วนำไปทดสอบความเข้าใจภาษากับคนที่มีพื้นฐานแตกต่างกัน แล้วนำมาปรับปรุงข้อที่เป็นปัญหาแล้วทดสอบซ้ำ 3 รอบ พบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาที่ดี โดยเทียบกับแบบวัด WHOQOL - 100 ฉบับภาษาไทยที่ WHO ยอมรับอย่างเป็นทางการ ซึ่งมีค่า Content validity = 0.65 และนำไปทดสอบคุณภาพเครื่องมือ (Try out) ได้ค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ 0.84

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปประเภทต่อเนื่องนำเสนอข้อมูลด้วยค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลประเภทแจกแจง นำเสนอด้วยความถี่ ร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น เลขที่ HE661457 วันที่รับรอง 19 ธันวาคม 2566

ผลการศึกษา

จากการศึกษาครั้งนี้แบ่งออกเป็น 2 ส่วน รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง 100 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74 อายุเฉลี่ย 44.60 ปี สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 81 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 38 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 41 มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิตเล็ดแดงปอดสูงที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นบิดามารดา/ลูก ร้อยละ 72 มีรายได้ของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 50 และผู้ดูแลไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 77

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิต
เลือดแดงปอดสูงที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n=100)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ		
หญิง	74	74.0
ชาย	26	26.0
2. อายุ	Mean = 44.60 ปี Min = 20 ปี Max = 60 ปี	
3. สถานภาพสมรส		
โสด	9	9.0
หม้าย/หย่า/แยก	10	10.0
คู่	81	81.0
4. อาชีพ		
รับจ้าง	29	29.0
ธุรกิจส่วนตัว	13	13.0
ข้าราชการ	15	15.0
เกษตรกร	38	38.0
อื่นๆ (แม่บ้าน)	5	5.0
5. ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	27	27.0
มัธยมศึกษา	41	41.0
ปริญญาตรี	20	20.0
สูงกว่าปริญญาตรี	4	4.0
อื่นๆ (ปวช. ปวส.)	8	8.0
6. ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย		
บิดา มารดา/ลูก	72	72.0
พี่น้อง	2	2.0
สามี ภรรยา	3	3.0
ลูกพี่ น้าอา	4	4.0
อื่นๆ (ตา ยาย ย่า)	19	19.0
7. ระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย	Mean = 8.06 ปี Min = 1 ปี Max = 36 ปี	

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิตแดงปอดสูงที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n=100) (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
8. รายได้ของครอบครัวต่อเดือน		
ต่ำกว่า 15,000 บาท	50	50.0
15,001-20,000 บาท	29	29.0
20,001-25,000 บาท	3	3.0
25,001-30,000 บาท	10	10.0
มากกว่า 30,000 บาท	8	8.0
9. โรคประจำตัวของผู้ดูแล		
ไม่มี	77	77.0
มี (เบาหวาน ความดันโลหิตสูง)	23	23.0

ส่วนที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิตแดงปอดสูงที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิตแดงปอดสูงที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 94.05, S.D.= 9.82) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านที่มีคุณภาพชีวิตมากที่สุดคือ ด้านสุขภาพจิต ($\bar{X}$ = 23.15, S.D.= 3.05) ส่วนด้านสุขภาพกาย ($\bar{X}$ =25.11, S.D.=3.36) ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ($\bar{X}$ =10.70, S.D.=1.66) และด้านสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}$ =27.97, S.D.=3.69) อยู่ในระดับปานกลาง

ตารางที่ 2 คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิตแดงปอดสูงที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (n=100)

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล รายด้าน		S.D.	แปลผล
1. ด้านสุขภาพกาย	25.11	3.36	ปานกลาง
2. ด้านสุขภาพจิต	23.15	3.05	ดี
3. ด้านสัมพันธภาพทางสังคม	10.70	1.66	ปานกลาง
4. ด้านสิ่งแวดล้อม	27.97	3.69	ปานกลาง
คุณภาพชีวิตของผู้ดูแล โดยรวม	94.05	9.82	ปานกลาง

การอภิปรายผล

คุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิตเล็ดแดงปอดสูงที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จากผลการวิจัยพบว่าคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิตเล็ดแดงปอดสูงที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีค่าเฉลี่ย 94.05 (S.D.= 9.82) แปลผลอยู่ในระดับปานกลาง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ประกอบอาชีพเกษตรกร รายได้เฉลี่ยค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะในยุคที่เศรษฐกิจชะลอตัว จึงส่งผลต่อความสะดวกสบายในการใช้จ่ายใช้สอยต่างๆ ในการดูแลผู้ป่วย รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่สำคัญจำเป็น การเข้าถึงเทคโนโลยีที่ทันสมัยในการดูแลผู้ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจที่สำคัญ คือ การมีรายได้จากการประกอบอาชีพหรือการได้รับการสนับสนุนด้านเงินทองในการอำนวยความสะดวกสบาย⁽¹²⁾ รวมถึงความสำคัญของการศึกษาของผู้ดูแลที่ส่งผลถึงคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเองในประเด็นการได้รับ เข้าถึงข้อมูล ความรู้ ในการดูแลผู้ป่วย โดยการได้รับการศึกษานั้นจะทำให้มีการเพิ่มพูนความรู้ และพัฒนาทางสติปัญญา สามารถนำความรู้มาประยุกต์ใช้ในการดูแลผู้ป่วยได้ และสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดีกว่าผู้ดูแลที่มีการศึกษาน้อย⁽¹³⁾

ผลการศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิตเล็ดแดงปอดสูงที่มารักษาที่ศูนย์หัวใจ

สิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือรายด้านพบว่าด้านสุขภาพจิตเป็นด้านที่ผู้ดูแลมีคุณภาพชีวิตดีที่สุด เนื่องมาจากผู้ดูแลส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีความสัมพันธ์กับผู้ป่วยคือเป็นมารดาที่เต็มเปี่ยมไปด้วยความรักความห่วงใยบุตรของตน ทั้งเป็นการได้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเฉพาะทางที่มีบุคลากรทางการแพทย์ที่มีความเชี่ยวชาญประกอบกับผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาและการผ่าตัดมาแล้ว ทำให้มารดาที่เป็นผู้ดูแลได้เห็นผลลัพธ์ความเจ็บป่วยที่มีการแก้ไขไปเบื้องต้นแล้วจึงเป็นเหตุให้ด้านจิตใจมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาความเชื่อถือและยอมรับในบุคลากรที่มีสุขภาพนั้นพบว่าส่งผลต่อความรู้สึกด้านจิตใจของบิดามารดาผู้ป่วยโรคหัวใจ⁽¹⁴⁾ ด้านสุขภาพกายมีค่าเฉลี่ย 25.11 (S.D.=3.36) แปลผลอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิตเล็ดแดงปอดสูงเป็นการดูแลในระยะยาว โดยเฉพาะในช่วงหลังผ่าตัดที่กลับไปพักฟื้นที่บ้านเพื่อให้ผู้ป่วยฟื้นฟูสภาพร่างกายและป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นหลังผ่าตัดหัวใจซึ่งเป็นภาระหนักของผู้ดูแล สอดคล้องกับการศึกษาถึงภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคที่ต้องใช้เวลานานในการฟื้นฟูพบว่าปัจจัยที่ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดความเครียดและความเหนื่อยล้าซึ่งจะส่งผลต่อสุขภาพกายและคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลได้⁽¹⁵⁾ ด้านสัมพันธ์ภาพทางสังคมมีค่าเฉลี่ย 10.70 (S.D.=1.66) แปลผลอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันโลหิตเล็ดแดงปอดสูงเป็น

บทบาทที่สำคัญของผู้ดูแลที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดเพื่อให้ผู้ป่วยได้ทำกิจกรรมที่เหมาะสมกับระดับความสามารถจึงต้องพึ่งพาผู้ดูแลเป็นส่วนใหญ่⁽⁸⁾ ส่งผลให้ไม่มีเวลว่าง สัมพันธภาพทางสังคมจึงลดลง และด้านสิ่งแวดล้อม มีค่าเฉลี่ย 27.97 (S.D.=3.69) แปลผลอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งสิ่งแวดล้อมตามทฤษฎีคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลฯ ของ World Health Organization⁽¹⁶⁾ หมายถึง การมีกิจกรรมสันทนาการทำเวลารว่าง สิ่งแวดล้อมทางกายภาพ เนื่องจากผู้ดูแลใช้เวลาส่วนใหญ่อยู่กับผู้ป่วย การมีกิจกรรมดังกล่าวและการจัดสิ่งแวดล้อมทางกายภาพย่อมลดลงด้วย

ข้อเสนอแนะ

ในการศึกษาครั้งถัดไป เพื่อให้เกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ป่วย ผู้ดูแลและหน่วยงานที่รับผิดชอบควรมีการพัฒนาโปรแกรมในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีความดันหลอดเลือดแดงปอดสูง โดยมุ่งเน้นการบูรณาการความร่วมมือจากหน่วยบริการชุมชนเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลของผู้ป่วยและผู้ดูแลที่ครอบคลุมความต้องการแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกายและจิตใจ

เอกสารอ้างอิง

1. สีหะพงษ์ เพชรรัตน์, ภัทรพงษ์ มกรเวส, อุบลรัตน์ ต้อยมาเมืองและแก้วใจ เทพสุธรรมรัตน์. ผลของการรักษาด้วยยา Bosentan: กรณีศึกษาในผู้ป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดที่มีภาวะความดันหลอดเลือดปอดสูง ในศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารการพัฒนาศุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2563; 8(4): 437-50.
2. วรณภรณ์ ศรีมณี, ยุพาพร ปรีชากุลและสีหะพงษ์ เพชรรัตน์. รายงานอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาซิลดีนาฟิลาชนิดรับประทานในการรักษาภาวะความดันหลอดเลือดแดงปอดสูงในผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2562; 34(5): 448-52.
3. พัชรียา พยัคฆพงษ์. การพยาบาลผู้ป่วยปอดอักเสบในเด็กร่วมกับมีโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด: กรณีศึกษา. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา. 2566; 8(1): 520-28.
4. Wu, W., He, J. & Shao, X. Incidence and mortality trend of congenital heart disease at the global, regional, and national level. Medicine. 2020; 99(23): 1-8.
5. กฤติกา อินทรณรงค์, พิมพาภรณ์ กลั่นกลั่นและเนตรทอง นามพรม. ความรอบรู้ด้านสุขภาพและการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดหลังผ่าตัดหัวใจของผู้ดูแล. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2566; 10(1): 182-95.
6. น้ำฝน แว่นแคว้น, อรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิธย์และวนิดา เสนะสุทธิพันธุ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ภาวะสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลกับพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิด

- ไม่เขียว. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2563; 39(1): 26-39.
7. Kogon, B. E., Oster, M. E., Wallace, A., Chiswell, K., Hill, K. D., Cox, M. L., et al. Readmission Following Pediatric Cardiothoracic Surgery: An Analysis of the Society of Thoracic Surgeons Database. The Annals of Thoracic Surgery. 2019; 107(6): 1816-23.
 8. ปภาวดี เหล่าพาณิชย์เจริญ. การพยาบาลเด็กที่ได้รับการผ่าตัดแก้ไขหัวใจพิการแต่กำเนิด. วารสารพยาบาลทหารบก. 2561; 19(พิเศษ): 12-21.
 9. หน่วยเวชสถิติ ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. ข้อมูลสถิติจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาด้วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดปี 2563-2565. ศูนย์หัวใจสิริกิติ์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2566.
 10. อัญญภัคสร ใจสมคมและธิดารัตน์ หวังสวัสดิ์. การพัฒนาโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดต่อเนื่องที่บ้านต่อปัจจัยจิตใจและปัจจัยค้ำจุน และความพึงพอใจของพยาบาลในหน่วยบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิ. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้. 2564; 9(1): 310-24.
 11. กาญจนา พรหมเรืองฤทธิ์, อุษณีย์ จินตะเวชและจุฑามาศ โชติบาง. การให้การดูแลและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. พยาบาลสาร. 2558; 42(พิเศษ): 35-45.
 12. มัสลิน จันทร์ผา, วนิดา เสนะสุทธิพันธุ์และอรุณรัตน์ ศรีจันทร์นิตย์. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงของโรคของผู้ดูแล ความเครียด และการสนับสนุนทางสังคม กับคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิด. วารสารพยาบาลศาสตร์. 2561; 36(1): 73-86.
 13. หยาดพิรุณ เสาร์เป็ง, อุษณีย์ จินตะเวชและจุฑามาศ โชติบาง. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการระของของผู้ดูแลเด็กโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดภายหลังการผ่าตัดหัวใจแบบเปิด. พยาบาลสาร. 2562; 46(4): 13-24.
 14. นันทน์ภัส เลียงพันธุ์, นกมล ชีระรังสิกุลและศิริยุพา สนั่นเรืองศักดิ์. ปัจจัยทำนายความรู้สึกไม่แน่นอนของบิดามารดาเด็กป่วยโรคหัวใจพิการแต่กำเนิดชนิดไม่เขียว. วารสารพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2560; 29(2): 76-86.
 15. วริศา จันทรงสิวรกุล และจิราจันท์ คนทา. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลภาระในการดูแล การสนับสนุนทางสังคมและความเครียดของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2564; 44(1): 88-101.
 16. The WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): Position paper from the World Health Organization. Social Sciences Medicine. 1995; 41(10): 1403-09.

**ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด - 6 เดือน
ของผู้ดูแลหลัก ในคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น**

เดือนเพ็ญ ทองป่อง¹, ปัทมา เชยโยธิน²

(วันที่รับบทความ: 17 มกราคม 2567, วันที่แก้ไข: 20 เมษายน 2567, วันที่ตอบรับ 2 พฤษภาคม 2567)

บทคัดย่อ

วิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน ของผู้ดูแลหลักในคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน เลือกรูปแบบเฉพาะเจาะจงตามคุณสมบัติที่กำหนด จำนวน 60 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 30 รายและกลุ่มทดลอง 30 ราย โดยกลุ่มควบคุมได้รับการพยาบาลตามปกติ กลุ่มทดลองได้รับการพยาบาลตามปกติร่วมกับโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วยเครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมกรรมการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนโดยเก็บข้อมูลในช่วงเริ่มต้นและหลังเข้าร่วมโปรแกรม 2 เดือน เปรียบเทียบข้อมูลก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Paired t-test และเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Independent t-test

ผลการวิจัยพบว่าภายหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพช่วยให้ผู้ดูแลหลักมีความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนเพิ่มขึ้น ดังนั้นจึงควรนำโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลเพื่อส่งเสริมให้เกิดการเรียนรู้และนำไปสู่การปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, ผู้ดูแลหลัก, เด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน

^{1,2}พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Corresponding author: เดือนเพ็ญ ทองป่อง, e-mail: dnnp1977@gmail.com

**Effects of health literacy program on health literacy of caring newborn
to 6 months for primary caregiver in well child clinic
at Regional Health Promotion Center 7 Khon Kaen**

Duanphen Thongpong¹, Patidta Dejyotin²

(Receive 17th January 2024; Revised : 20th April 2024; Accepted 2nd May 2024)

Abstract

This quasi-experimental research with two groups pre-posttest design aimed to examine the effects of an enhancing health literacy program on the health literacy of primary caregivers of newborns up to 6 months old. Well-Child Clinic, Regional Health Promotion Center 7 Khon Kaen. Sixty primary caregivers were recruited by purposive sampling and divided into the experimental group (n = 30) and the control group (n = 30). The experiment group received an enhanced health literacy program and routine care. whereas the control group received only routine care. Research instruments included the intervention program and questionnaire to measure the outcomes variable: health literacy of caring for newborn up to 6 months. The health literacy was measured twice, at baseline and two months after the primary caregivers participated the program. Data was analyzed using descriptive statistics, pair t-test, and independent t-test.

The results revealed that the experimental group had a significantly higher mean score of health literacy of caring for newborns up to 6 months than before they participated the program and compared to the control group ($p < .05$). This finding demonstrated that the program could improve the health literacy of primary caregivers of newborns up to 6 months old in the Well-Child Clinic at Regional Health Promotion Center 7 Khon Kaen. Therefore, nurses should use this intervention program to educate primary caregivers and enhance their health literacy to effectively care for newborns up to 6 months.

Keyword: Health literacy, primary caregiver, newborn to 6 months

^{1,2}Registered Nurse (Professional Level), Health Promoting Hospital, Regional Health Promotion Center 7 Khonkaen

Corresponding author: Duanphen Thongpong, e-mail: dnpn1977@gmail.com

บทนำ

ทรัพยากรมนุษย์เป็นทรัพยากรที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ จึงควรได้รับการพัฒนาอย่างเต็มศักยภาพโดยเฉพาะช่วงวัยเด็กซึ่งเป็นช่วงวัยที่เป็นรากฐานที่สำคัญของมนุษย์⁽¹⁾ เพื่อให้สามารถเติบโตเป็นคนดีมีความสุขและมีคุณภาพ สามารถสร้างประโยชน์ต่อสังคมและประเทศชาติ ช่วงวัยเด็กเป็นช่วงเวลาที่มีการเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว ในเด็กแรกเกิดช่วง 90 วันแรกของชีวิตสมองจะโตขึ้นเป็น 2 เท่า หรือร้อยละ 55 ของขนาดที่โตเต็มที่ และเป็นระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงมากที่สุด⁽²⁻³⁾ ดังนั้นจึงควรใช้ระยะเวลานี้เพื่อส่งเสริมให้มีคุณภาพยิ่งขึ้น เพื่อให้ทารกมีพัฒนาการที่ดีทั้งทางกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา ซึ่งเป็นการสร้างเสริมสุขภาพกายและใจให้สมบูรณ์ ช่วยให้การเลี้ยงดูในวัยต่อมาง่ายขึ้นและทำให้ได้รากฐานชีวิตที่มีคุณภาพ เกิดความพร้อมทั้งด้านร่างกาย อารมณ์ สังคมและสติปัญญา นำไปสู่การเรียนรู้และการพัฒนาสู่การเป็นตัวของตัวเองที่สมบูรณ์แบบ⁽⁴⁾

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบเด็กมีพัฒนาการไม่สมวัยร้อยละ 15-20 ของเด็กทั่วโลก⁽⁵⁾ สำหรับประเทศไทยยังพบเด็กพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 27.2 โดยเฉพาะด้านภาษาพบมากที่สุดร้อยละ 19.7 รองลงมาเป็นด้านกล้ามเนื้อมัดเล็ก ด้านสังคมและการช่วยเหลือตัวเอง และด้านกล้ามเนื้อมัดใหญ่ พบร้อยละ 8.9, 7.5 และ 6.7 ตามลำดับ⁽⁶⁾ สอดคล้องกับการศึกษาพัฒนาการโดยใช้แบบคัดกรองพัฒนาการอนามัย 49 เทียบกับแบบคัดกรองพัฒนาการ Denver II พบพัฒนาการ

ด้านภาษาล่าช้ามากที่สุด⁽⁷⁾ เช่นกัน และจากการสำรวจภาวะโภชนาการเด็ก 0 - 5 ปี โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติร่วมกับองค์การยูนิเซฟ ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2559 เปรียบเทียบกับครั้งที่ 6 พ.ศ. 2562 พบว่าภาวะทุพโภชนาการทั้งขาดและเกินมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นชัดเจน เห็นได้จากการศึกษาหลายเรื่องพบคุณภาพของเด็กไทยยังไม่ดีเท่าที่ควร นำไปสู่ระดับสติปัญญาที่ต่ำกว่าเกณฑ์ โดยการสำรวจระดับสติปัญญานักเรียนไทยชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 ในปี 2559 พบมีความเหลื่อมล้ำระหว่างกลุ่มที่มีระดับสติปัญญาสูงกับกลุ่มที่มีระดับสติปัญญาต่ำ และมีแนวโน้มที่จะขยายมากขึ้น หากไม่มีการดำเนินการช่วยเหลือ⁽⁸⁾

ปัจจัยด้านผู้เลี้ยงดูที่แตกต่างกันล้วนมีผลต่อพฤติกรรมและการเลี้ยงดูเด็กที่แตกต่างกัน โดยพบว่า ผู้ดูแลเป็นเพศหญิงดูแลดีกว่าเพศชาย สถานภาพคู่และอายุมากมีพฤติกรรมดูแลดีกว่าผู้ดูแลที่มีอายุน้อย และปัจจัยด้านรายได้มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมดูแลบุตร ผู้ที่ดูแลเด็กเป็นระยะเวลานานย่อมมีประสบการณ์การดูแลในระดับสูง ปัจจัยด้านระดับการศึกษาส่งผลต่อพฤติกรรมดูแลเด็ก ทำให้สามารถหาแหล่งความรู้และมีแหล่งสนับสนุนที่เหมาะสมสามารถนำความรู้ไปใช้ในการดูแลเด็ก และมีการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน ได้อย่างเหมาะสมตามมา แนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) เป็นแนวคิดที่ส่งผลให้เกิดความรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ดังนั้นความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลเด็กจึงเป็น

สิ่งสำคัญซึ่งจะนำไปสู่การตัดสินใจในการกระทำพฤติกรรมนั้น⁽⁹⁻¹²⁾ แนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพมีอิทธิพลต่อการดำเนินงานด้านสาธารณสุขในหลายๆ ประเทศ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการทางปัญญาประกอบด้ว้ความรู้อย่างเข้าใจ การคิดวิเคราะห์ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคล ทำให้สามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้และสื่อสารเพื่อให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพที่ดี มีงานวิจัยหลายเรื่องพบว่าแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีย่อมส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดี^(13,14) โดยการมุ่งเน้นให้บุคคลเกิดการเรียนรู้ ผ่านการคิดวิเคราะห์และประเมินค่าการสื่อสารประสบการณ์เพื่อหาข้อมูล ทำให้เกิดความเข้าใจและนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงความเชื่อเดิมที่บิดเบือน รวมทั้งการพัฒนาความรู้และความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเอง⁽¹⁵⁾

คลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ให้บริการส่งเสริมสุขภาพเด็กแรกเกิดถึง 5 ปี โดยให้ความรู้ยึดตามหลักสูตรกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ เน้นการสอนสอนโดยยึดหลัก กิน กอด เล่น นอน ผ้าอ้อม ตามมาตรฐานแม่และเด็ก และประเมินติดตามพัฒนาการเด็กตามช่วงวัย พบว่าในปี 2565 พบเด็กพัฒนาการล่าช้าร้อยละ 15.64 และจากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนของผู้ดูแลหลักในคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี ยังพบว่ามีผู้ดูแลหลักที่มีความรอบรู้ในการ

เลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนอยู่ในระดับพอใช้ และระดับไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ 39.59 และ 4.98 ตามลำดับ แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ในรูปแบบเดิมอาจไม่เพียงพอ การพัฒนาการส่งเสริมความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กจึงเป็นสิ่งสำคัญ และจากการศึกษาที่ผ่านมาพบเพียงการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ยังไม่พบการศึกษาเกี่ยวกับการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้เลี้ยงดูในการเลี้ยงดูเด็ก ผู้วิจัยจึงสนใจจัดโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน ในคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น โดยการส่งเสริมความรู้ความเข้าใจตั้งแต่เริ่มต้นของการดูแลเด็ก เพื่อให้ผู้เลี้ยงดูสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์การเลี้ยงดูเด็กในชีวิตประจำวันได้ นำไปสู่การปฏิบัติและการบอกต่อในการดูแลเด็กได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน ของผู้ดูแลหลักในคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

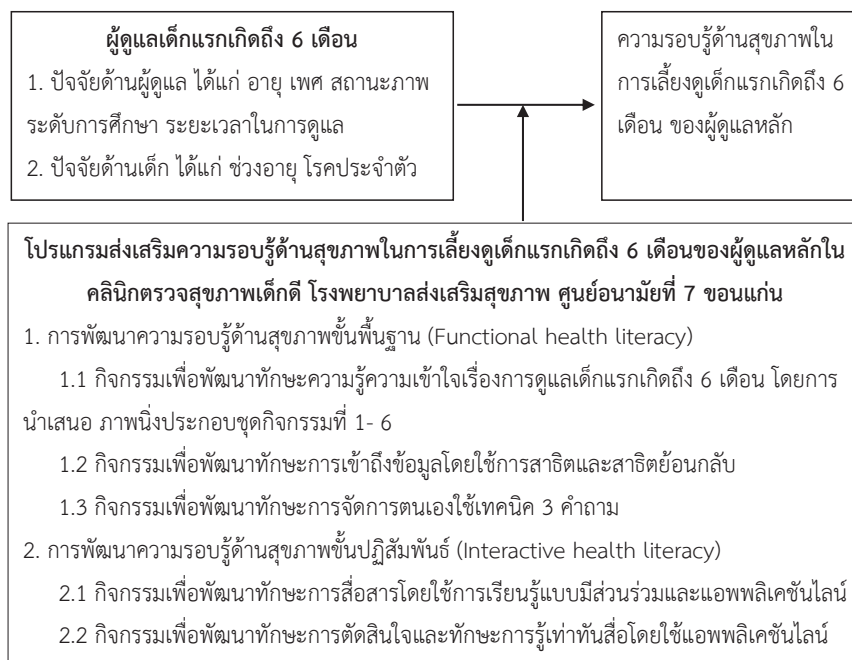
ขอบเขตการวิจัย

รูปแบบการวิจัยครั้งนี้เป็นวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi-experimental research)

โดยใช้แผนการทดลองแบบ two group pre-posttest design เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของผู้ดูแลหลักในคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ.2565 - พฤศจิกายน พ.ศ.2566

กรอบแนวคิดในการวิจัยในการศึกษาครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของนัทปัม^(11,14) ซึ่งเป็นแนวคิดในการส่งเสริมสุขภาพที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาทักษะและศักยภาพเพื่อให้บุคคลมีการควบคุมและปรับเปลี่ยนปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพมาประยุกต์กับกลุ่มผู้ดูแลหลักที่ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน โดยให้ความรู้ด้านสุขภาพทั้ง 3 ระดับ คือ ระดับที่ 1 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานเป็นสมรรถนะในการอ่าน เขียนและคิดคำนวณ

เพื่อให้สามารถนำข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพไปใช้ในชีวิตประจำวันเพื่อคงไว้ซึ่งสภาวะสุขภาพระดับที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นการมีปฏิสัมพันธ์ได้แก่ ทักษะขั้นพื้นฐานและทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม การเลือกใช้ข้อมูล รวมทั้งการประยุกต์ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับที่ 3 ความรู้ด้านสุขภาพขั้นวิจารณ์ญาณได้แก่ ทักษะทางปัญญาและสังคมที่สูงขึ้นส่งผลให้ผู้เลี้ยงดูสามารถประยุกต์ใช้ข้อมูลข่าวสารในการวิเคราะห์เชิงเปรียบเทียบ และควบคุมจัดการสถานการณ์การเลี้ยงดูเด็กในชีวิตประจำวันได้ จากแนวคิดดังกล่าวจึงนำสู่การสร้างโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน ดังแสดงตามภาพ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประชากร ในการวิจัยครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลหลักที่เลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน ที่เข้ารับบริการคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จำนวน 1,918 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ดูแลหลักที่เลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน ที่เข้ารับบริการคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้าคือเป็นผู้ดูแลหลักที่ปฏิบัติกิจกรรมการให้การดูแลเด็กอย่างสม่ำเสมอมากกว่าผู้อื่น

โดยเป็นผู้ให้การดูแลด้านกิจวัตรประจำวันที่คิดเป็นชั่วโมงดูแลต่อวันสูงสุด มากกว่า 6 ชั่วโมงต่อวัน มีอายุตั้งแต่ 18 - 59 ปี สติสัมปชัญญะสามารถติดต่อสื่อสารด้วยการพูด อ่านและฟังภาษาไทยได้ เป็นผู้พาเด็กมารับบริการทุกครั้ง มี Smart Phone ที่สามารถเชื่อมต่ออินเทอร์เน็ตและสื่อสารผ่าน Line Application ได้ และแสดงการยินยอมเข้าร่วมการศึกษาวิจัย คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการทดสอบทางเดียวสำหรับกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁽¹⁶⁾ ดังนี้

$$n = \frac{2(Z_{\alpha/2} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_2)}$$

โดย n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

$Z_{\alpha/2}$ = ความน่าจะเป็นของการเกิดความผิดพลาด α (Type 1 Error) ที่ $\alpha = 0.05$ (1.645)

Z_{β} = ความน่าจะเป็นของการเกิดความผิดพลาด β (Type 2 Error) ที่ $\beta = 0.10$ (1.282)

σ^2 = ความแปรปรวนร่วมของคะแนนความรอบรู้ที่ได้จากโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ = 3.38 จากการของรุ่นภา อาระหง⁽¹⁹⁾

$\mu_1 - \mu_2$ = ผลต่างของคะแนนพฤติกรรมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่คาดว่าจะพบจากการศึกษา 7.26 จากการของรุ่นภา อาระหง⁽¹⁹⁾

เพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อทดแทนกลุ่มตัวอย่างที่อาจจะออกระหว่างการทดลอง (Drop out) ร้อยละ 20 ($r = 0.2$) ตามสูตร⁽¹⁶⁾ ดังนี้

โดย n_{adj} = ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว

n_o = ขนาดตัวอย่างก่อนปรับ

r = สัดส่วนที่คาดว่าจะออกระหว่างการทดลอง

แทนค่าในสมการได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 30 คนต่อกลุ่ม สุ่มเข้ากลุ่มโดยการสุ่มอย่างง่าย (simple random sampling) โดยการจับคู่ (matching Pair) กลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติคล้ายกัน จับสลากเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมกลุ่มละ 30 คน รวมเป็น 60 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รายละเอียดดังนี้

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนของผู้ดูแลหลักที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยรูปแบบกิจกรรมประยุกต์จากแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพของ นันทิม^(11,14) นำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมกับกลุ่มผู้ดูแลและบริบทของโรงพยาบาล ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.95 และปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ 1) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักของเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน ได้แก่ เพศ ความเกี่ยวข้องกับเด็ก อายุ ระดับการศึกษาสูงสุด รายได้เฉลี่ยในครอบครัวต่อเดือน สถานภาพสมรส อาชีพ และข้อมูลทั่วไปของเด็ก ได้แก่ เพศ อายุ โรคประจำตัว และ 2) แบบประเมินความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน ของปัทมา เดชโยธิน⁽¹⁷⁾ โดยแบ่งประเด็นข้อคำถามออกเป็น 5 ตอน ทดสอบความเที่ยง (reliability) โดยทดลองใช้กับ

ผู้ปกครองเด็กที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.85

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลในกลุ่มควบคุมก่อน แล้วจึงดำเนินการในกลุ่มทดลองเพื่อป้องกันการปนเปื้อนของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีรายละเอียดของการดำเนินการ ดังนี้

กลุ่มควบคุม ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน หลังจากนั้นจะได้รับการบริการตามมาตรฐาน โดยได้รับความรู้ในการเลี้ยงดูเด็กยึดตามหลักสูตรกิจกรรมโรงเรียนพ่อแม่ เน้นการสอนโดยใช้หลัก กิน กอด เล่น เล่า นอน ฝ้าดู ฟัน และติดตามประเมินอีกครั้งเมื่อครบ 2 เดือน โดยให้ตอบแบบประเมินชุดเดิม

กลุ่มทดลอง ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบประเมินความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน หลังจากนั้นจะได้รับการบริการตามมาตรฐาน และได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน โดยใช้สื่อวีดิทัศน์ให้ความรู้เรื่องการเลี้ยงดูเด็ก แลกเปลี่ยนเรียนรู้ และเพิ่มไลน์ให้กับกลุ่มตัวอย่างเพื่อดำเนินกิจกรรม ส่งแหล่งข้อมูลรวมถึงความรู้ที่ถูกต้องให้ผู้เลี้ยงดูในวันที่ 2 ถึงวันที่ 60 ตอบข้อสงสัย รับฟังปัญหาอุปสรรค ให้คำแนะนำในการดูแลเพื่อส่งเสริมความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน และติดตามผลของโปรแกรมฯ เมื่อครบ 2 เดือน โดยการทำแบบประเมินชุดเดิม

จริยธรรมการวิจัย การวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้พิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดการวิจัย โดยยึดหลักตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมอนามัย รหัสโครงการวิจัย 685

การวิเคราะห์ข้อมูล ตรวจสอบและบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบการแจกแจงประชากรทั้งสองกลุ่มก่อนทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่าง โดยใช้สถิติ Shapiro-wilk test พบว่ามีการแจกแจงปกติ จึงเลือกใช้สถิติในการวิเคราะห์ดังนี้ เปรียบเทียบความแตกต่างของความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน ก่อนและหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ Paired t-test และระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง โดยใช้สถิติ independent t-test

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูเด็ก กลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.7 เป็นมารดา ร้อยละ 80 ส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 30 ปี และ 31 - 40 ปี ร้อยละ 43.3 เท่ากัน จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 86.7 เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็ก ร้อยละ 56.7 กลุ่มทดลอง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 76.7 เป็นมารดา ร้อยละ 83.4 ส่วนใหญ่อายุ 31-40 ปี ร้อยละ 46.6 ส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 50 สถานภาพสมรส/คู่ ร้อยละ 93.3 ส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็ก ร้อยละ 60 เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของผู้เลี้ยงดูระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองด้วยการทดสอบ Chi-Square พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลจำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	7	23.3	7	23.3	
หญิง	23	76.7	23	76.7	
ความเกี่ยวข้อง					
มารดา	24	80	25	83.4	

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลจำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
บิดา	4	13.4	3	10.0	
ยาย	1	3.3	1	3.3	
อื่นๆ	1	3.3	1	3.3	
อายุ (ปี)					
น้อยกว่า 30	13	43.3	12	40.0	
31-40	13	43.3	14	46.6	
มากกว่า 41	4	13.4	4	13.4	
ค่าเฉลี่ย					
(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)	34.40(12.14)		32(7.10)		0.514
ระดับการศึกษา					
ประถมศึกษา	2	6.6	2	6.6	
มัธยมศึกษา	8	26.7	8	26.8	
ปริญญาตรี	15	50.0	15	50.0	1.000
ปริญญาโท	2	6.6	2	6.6	
อนุปริญญา ปวช.	3	10.0	3	10.0	
รายได้ของท่านต่อเดือน					
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	4	13.4	6	20.0	
5,001-10,000 บาท	4	13.4	10	33.3	
10,001-20,000 บาท	13	43.0	14	46.7	0.475
20,001-30,000 บาท	4	13.4	0	0	
มากกว่า 30,000 ขึ้นไป	5	16.8	0	0	
สถานภาพ					
สมรส/คู่	26	86.6	28	93.4	1.000
หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่	4	13.4	2	6.6	

ตารางที่ 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลจำแนกตามกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง (ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
อาชีพ					
รับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ	7	23.3	10	33.4	0.546
เกษตรกร	1	3.3	4	13.4	
ค้าขาย	4	13.3	4	13.4	
ประกอบอาชีพส่วนตัว	5	16.7	2	6.6	
รับจ้าง	4	13.4	2	6.6	
นักเรียน/นักศึกษา	3	10	6	20.0	
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	6	20	2	6.6	
ท่านเคยมีประสบการณ์ในการดูแลเด็ก					
มี	17	56.7	16	60.0	
ไม่มี	13	43.3	13	40.0	
ระยะเวลาในการดูแลเด็ก					
น้อยกว่า 1 สัปดาห์	1	3.3	0	0.0	
4 สัปดาห์	3	10	2	6.6	
มากกว่า 1 เดือน	26	86.7	28	93.4	

ข้อมูลทั่วไปของเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน กลุ่มควบคุมเป็นเพศชายและเพศหญิงเท่ากัน ร้อยละ 50 กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 53.3 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 2 เดือน - 2 เดือน 29 วัน ร้อยละ 93.3 กลุ่มทดลองมีอายุอยู่ในช่วงน้อยกว่า 2 เดือน

ร้อยละ 46.7 ทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่เป็นบุตรคนที่ 1 ร้อยละ 63.3 และส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.7 ทั้งสองกลุ่ม เมื่อทดสอบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไปของเด็ก ระหว่างกลุ่มควบคุมกับกลุ่มทดลองด้วยการทดสอบ Chi-Square พบว่าไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน และทดสอบความแตกต่างระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ข้อมูลด้านเด็ก	กลุ่มควบคุม (n=30)		กลุ่มทดลอง (n=30)		p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	
เพศ					
ชาย	15	50	16	53.3	0.715
หญิง	15	50	14	46.7	
อายุ (เดือน)					
น้อยกว่า 1 เดือน 29 วัน	1	3.3	14	46.7	
2 เดือน - 3 เดือน 29 วัน	28	93.4	12	40.0	0.712
มากกว่า 4 เดือน	1	3.3	4	13.3	
ค่าเฉลี่ย	3.09(1.50)		2.88(1.59)		
(ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน)					
เป็นบุตรลำดับที่					
ลำดับที่ 1	19	63.3	19	63.3	
ลำดับที่ 2	7	23.3	6	20.00	
ลำดับที่ 3	4	13.3	5	16.7	
เด็กมีโรคประจำตัว					
มี	4	13.3	4	13.3	0.634
ไม่มี	26	86.7	26	86.7	

2. ผลของโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนของผู้ดูแลหลัก

1) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนของผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ

Paired t-test พบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนกลุ่มควบคุมพบที่ไม่แตกต่างกัน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนของผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังการทดลองของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ความรู้ด้านสุขภาพ ในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน		t	p-value
	$\bar{X}$	S.D.		
กลุ่มควบคุม				
ก่อนการทดลอง	3.67	0.58	1.127	0.378
หลังการทดลอง	3.60	0.42		
กลุ่มทดลอง				
ก่อนการทดลอง	3.37	0.62	6.955	<0.001*
หลังการทดลอง	4.40	0.43		

*p<0.05

2) เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนของผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ด้วยสถิติ Independent t-test พบว่า ก่อนการทดลอง

ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน สูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนของผู้ดูแลหลัก ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง

ตัวแปร	ก่อนการทดลอง				t	p-value	หลังการทดลอง				t	p-value
	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง				กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.			$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
ความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็ก	3.67	0.58	3.37	0.62	0.903	0.365	3.60	0.42	4.40	0.43	4.550	<0.001*

*p < 0.05

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

การศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนของผู้ดูแลหลักในคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น พบว่าหลังการทดลองผู้ดูแลหลักในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมฯ และสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สามารถอภิปรายผลการศึกษาดังนี้

การดำเนินการตามขั้นตอนในโปรแกรมฯ โดยใช้เทคนิคในการสนับสนุนให้ผู้รับบริการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูลและบริการ (Accessing the information and services) โดยใช้กระบวนการ easy access ในการเข้าถึงข้อมูลเรื่องการให้นม การเล่นและพัฒนาการ การสร้างเสริมภูมิคุ้มกัน การพักผ่อน การขับถ่าย การเฝ้าระวังและการสังเกตอาการผิดปกติ โดยใช้สื่อที่น่าสนใจ แหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้ของกรมอนามัย หรือแหล่งข้อมูลใน

กูเกิล (Google) และ ยูทูบ (You tube) รวมถึงแหล่งข้อมูลที่เป็น Infographic เป็นความรู้ One page ให้ผู้ดูแลสามารถเข้าใจได้ง่ายผ่านแอปพลิเคชันไลน์ซึ่งเป็นสื่อสังคมออนไลน์ที่ใช้ในชีวิตประจำวันทุกวัน ส่งผลให้ผู้ดูแลเกิดการพัฒนาทักษะความรู้ความเข้าใจ (Cognitive skill) เกิดทักษะในการเข้าถึงข้อมูล เกิดการพัฒนาทักษะการรู้เท่าทันสื่อ (Media literacy skill) และพัฒนาทักษะการตัดสินใจ (Decision-making skill) ในการตรวจสอบความถูกต้องน่าเชื่อถือของข้อมูล เกิดการเข้าใจข้อมูลที่เพียงพอต่อการนำไปปฏิบัติ สามารถพัฒนาให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ พัฒนาทักษะด้านการสื่อสารในระบบบริการระหว่างบุคลากรทางสุขภาพกับผู้รับบริการ ในการให้ข้อมูลในห้องเรียนพ่อแม่ ใช้เทคนิคการสอนกลับ (Teach-back technique) เทคนิคการใช้ภาพ (Fotonovela technique) หรือการใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ (Ask Me 3) โดยการสื่อสารที่เข้าใจง่าย หลีกเลี่ยงคำศัพท์เฉพาะ พัฒนาการสื่อสารสองทางใช้เวลาในการสื่อสารกับผู้รับบริการ ไม่ทำให้เกิดช่องว่างระหว่าง

ผู้ให้บริการสุขภาพกับผู้รับบริการหรือระหว่างบุคลากรด้วยกันเอง ซึ่งจะช่วยลดอุปสรรคสำคัญต่อการให้บริการ การสร้างบรรยากาศให้เกิดความกล้าที่จะถาม (Shame-free) รวมถึงการให้ข้อมูลตลอดระยะเวลา 60 วัน ซึ่งเป็นข้อมูลที่จำเป็นในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน ถือเป็นการให้การสนับสนุนทางสังคม (Interactive and social support) จากผู้ให้บริการทางสุขภาพในการสนับสนุน ข้อมูลข่าวสาร และความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษาได้ ในกรณีที่มีบุตร/หลานมีปัญหาสุขภาพ ส่งผลให้กลุ่มทดลองมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ นำไปสู่การจัดการสุขภาพ (Managing self-health) ได้ดียิ่งขึ้น

สอดคล้องกับการศึกษาของ อัจฉรา รัตนวงศ์⁽¹⁸⁾ ว่าปัจจัยดังกล่าวทำให้มารดาได้รับข้อมูลที่ทำให้เกิดกระบวนการพิจารณาความสามารถของตนเอง เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ว่าสามารถดูแลบุตรได้ดีขึ้น โดยการให้สังเกตจากสื่อต่าง ๆ เช่น ยูทูบ วิดีทัศน์ เป็นการจัดให้ผู้เรียนได้รับประสบการณ์ที่ใกล้เคียงกับสภาพความเป็นจริงมากที่สุด การใช้เทคนิคการใช้ภาพที่มีขนาดตัวอักษร สีที่เหมาะสม การเว้นพื้นที่ว่าง การใช้ข้อความที่สั้น เข้าใจง่าย ใช้แผนภาพหรือภาพที่น่าสนใจ การใช้คำถามสำคัญ 3 ข้อ จะนำไปสู่การตัดสินใจในการปฏิบัติได้อย่างถูกต้องผ่านทางแอปพลิเคชันไลน์ (Line application) สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งภา อาระหง⁽¹⁹⁾ พบว่าภายหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคความ

ดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Nutbeam^(11,14) ที่กล่าวไว้ว่า ความรู้ ความเข้าใจ และทักษะทางสังคมที่กำหนดแรงจูงใจและความสามารถเฉพาะบุคคลในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และใช้ข้อมูลเพื่อให้เกิดสุขภาพที่ดี รวมทั้งการพัฒนาความรู้และทำความเข้าใจในบริบทด้านสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงทัศนคติและแรงจูงใจเพื่อก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมด้วยตนเองและนำไปสู่ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการเลี้ยงดูเด็กที่ถูกต้องเหมาะสม ดังนั้น ผู้ดูแลเด็กที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ดีขึ้นย่อมส่งผลให้เด็กที่ได้รับการเลี้ยงดูจากผู้ดูแลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สูงขึ้นมีคุณภาพในด้านของการเจริญเติบโต พัฒนาการ เกิดปัญหาด้านสุขภาพน้อยลงและผู้ดูแลสามารถจัดการปัญหาได้อย่างถูกต้อง

จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน ของผู้ดูแลหลักในคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ส่งผลให้ผู้ดูแลหลักมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน มากขึ้นจริง เป็นไปตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพของ Nutbeam^(11,14) และสามารถโปรแกรมส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน เพื่อให้ผู้ดูแลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือน ได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อจำกัดของการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มผู้ดูแลเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนของสถานบริการเพียงแห่งเดียวในจังหวัดขอนแก่น จึงไม่สามารถนำไปอธิบายได้ในบริบทอื่นที่แตกต่างกัน และผลการวิจัยที่ได้ยังไม่สามารถระบุถึงประสิทธิผลของโปรแกรมที่ใช้ได้อย่างแท้จริง เนื่องจากไม่ได้ควบคุมปัจจัยรบกวนได้ทั้งหมด

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

สามารถนำไปประยุกต์ใช้เพื่อพัฒนาความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลเด็กแรกเกิดถึง 6 เดือนในบริบทของสถานพยาบาลที่ทำการการศึกษาได้ โดยควรเน้นให้มีการประเมินผู้ดูแลก่อนดำเนินการเพื่อให้สามารถออกแบบเนื้อหาได้ตรงกับความต้องการและประสบการณ์ของกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริงข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการขยายการศึกษาในกลุ่มผู้ดูแลในช่วงอายุอื่นๆ เพื่อให้ผู้ดูแลได้รับการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการดูแลในด้านต่าง ๆ ได้มากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณนายแพทย์ชาติรี เมธาธรธิป ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น แพทย์หญิงสุจิตรา ขวาชั้น ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น นางสาวกาญจนา เหลืองอุบล หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล นางนันทวัน สกุลดี หัวหน้าคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี เจ้าหน้าที่คลินิกตรวจสุขภาพเด็กดีทุกท่าน และคณะกรรมการพัฒนา

วิชาการที่อำนวยความสะดวกและให้ข้อเสนอแนะในการวิจัย ขอขอบพระคุณอาจารย์สุทิน ชนะบุญ ที่กรุณาให้คำปรึกษาในด้านสถิติเพื่อการวิจัย และขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่กรุณาเข้าร่วมโครงการและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. พิมพ์เขียว Thailand 4.0 โมเดลขับเคลื่อนประเทศไทยสู่ความมั่นคง มั่งคั่ง และยั่งยืน [อินเทอร์เน็ต]. [พุมธานี]: กองบริหารงานวิจัยและประกันคุณภาพการศึกษา; 2559.
2. Ball J, Bindler R, Cowen K, Shaw M. Principles of pediatric nursing: caring for children. 7th Ed. New jersey: Pearson; 2012.
3. Bowden VR, Greenberg CS. Pediatric nursing procedures. 3rd ed. Philadelphia: Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
4. พิมพ์ภรณ์ กลั่นกลิ่น, บรรณาธิการ. การสร้างเสริมสุขภาพเด็กทุกช่วงวัย. ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2555.
5. World Health Organization. The Health Literacy Toolkit for Low- and Middle-Income Countries. A series of information sheet to help empower communities and strengthen health systems. Regional Office of South East Asia; 2015.

6. พนิต โล่เสถียรกิจ, วิดา บุญเลื่อง, ถนอมรัตน์ ประสิทธิ์เมตต์, วรณภา กางกั้น, พรณิชา ชุณหศันธรส, แฉ่งน้อย ฐปัทม์ และคณะ. สถานการณ์พัฒนาการเด็กปฐมวัยไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข; 2554. เลขที่รายงาน ISBN 978-616-11-2686-5.
7. ศรีนนา แสงอรุณ. การศึกษาผลของการประเมินพัฒนาการ โดยใช้แบบคัดกรองพัฒนาการอนามัย 49 เทียบกับแบบคัดกรองพัฒนาการ Denver II ในเด็กอายุ 24-9 และ 15 เดือน. (สาขากุมารเวชศาสตร์พัฒนาการและพฤติกรรมของแพทย์สภา). กรุงเทพฯ: สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
8. กระทรวงสาธารณสุข. เชื้อมันเด็กไทยไอคิวดี อีคิวเด่น “การสำรวจสถานการณ์ระดับสติปัญญา (IQ) และความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) ในเด็กไทยระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 1 พ.ศ.2559”. จังหวัดนนทบุรี: 2559. สืบค้น [สืบค้นเมื่อวันที่ 27 พ.ค.2563], จาก: <https://doc.dmh.go.th/report/compare/iqueq.pdf>
9. ศรีวิธรณ ขอบธรรมสกุล. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคอันของนักศึกษาปริญญาตรีในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. วารสารสหวิทยาการวิจัย. 2561; 8(1):116-23.
10. จิระภา ขาพิสุทธิ์. ความฉลาดทางสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนิสิตมหาวิทยาลัยนเรศวร. วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2561;24(1):67-78.
11. Nutbeam D. The evolving concept of health literacy. Social Science & Medicine. 2008; 67(12): 2072-8.
12. Sorensen K, Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K, Sloska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). European Journal of Public Health. 2015; 25(6):1053-58.
13. Osborn RH, Batterham RW, Elsworth GR, Hawkins M, & Buchbinder R. The grounded psychometric development and initial validation of the health literacy questionnaire (HLQ). BMC Public Health, 2013; 13:1-17.
14. Nutbeam D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? Int. J Public Health, 2009; 54:303-5.
15. Kwan B, Frankish J, Rootman I. Institute of Health Promotion Research The development and validation of measure British Columbia: UBC Institute of Health Promotion Research; 2006.
16. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: ส.เอเชียเพรส (1989); 2558.

17. ปัทิตตา เดชโยธิน. ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กแรกเกิด - 6 เดือนของผู้ดูแลหลักในคลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น; 2563.
18. อัจฉรา รัตนวงศ์. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการดูแลเด็กโรคติดเชื้อเฉียบพลันระบบหายใจของผู้ดูแล. วารสารพยาบาล. 2561; 67(3): 1-9.
19. รุ่งนภา อาระหัง. ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรม การป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2560.

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้านในบริบทชุมชนกึ่งเมือง

ศรีสุตา ลุนพูล¹, นวลละออง ทองโคตร², น้ำทิพย์ ไพคำนาม³

(วันที่รับบทความ: 3 มีนาคม 2567, วันที่แก้ไข: 23 เมษายน 2567, วันที่ตอบรับ 2 พฤษภาคม 2567)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในบริบทชุมชนกึ่งเมือง จำนวน 210 คนโดยวิธีสุ่ม เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป แบบประเมินความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ทักษะคิด พฤติกรรมจิตบริการ และความสามารถของ อสม. ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทชุมชนกึ่งเมือง มีค่าเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.78 - 1 ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) 0.90- 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติถดถอยพหุคูณโลจิสติก

ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)ในบริบทชุมชนกึ่งเมือง มี 5 ปัจจัย คือ อายุ ≥ 60 ปี ($OR_{adj} = 2.56$ 95%CI: 1.320-4.960) ประกอบอาชีพ ($OR_{adj} = 2.21$ 95%CI: 1.030-4.710) การได้รับความรู้จากทีมสุขภาพ($OR_{adj} = 2.21$, 95%CI: 1.030-4.710)การรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับสูง ($OR_{adj} = 3.44$, 95% CI: 1.540-7.690) และพฤติกรรมจิตบริการระดับสูง ($OR_{adj} = 2.78$, 95% CI: 1.340-5.780) จากผลการศึกษานี้ ควรพัฒนาศักยภาพความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ในบริบทชุมชนกึ่งเมือง ด้วยกลวิธีสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตน ส่งเสริมพฤติกรรมจิตบริการ และการคำนึงถึงบริบทของ อสม. ในพื้นที่ในการศึกษาครั้งต่อไป

คำสำคัญ: ความสามารถ, การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

¹⁻³อาจารย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนี ขอนแก่น คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

Corresponding Author: นวลละออง ทองโคตร, E-mail: nuanlaoong.t@bcnkk.ac.th

Factors influencing competencies of healthcare volunteers to promote health in community-dwelling elders in Suburban Community Context

Srisuda Lundputh¹ Nuanlaoong Thongkote¹ Namtip Phaikhamnam¹

(Receive 3rd March 2024; Revised : 23rd April 2024; Accepted 2nd May 2024)

Abstract

The aim of this study was to examine the factors influencing the competencies of Village Health Volunteers (VHVs) in promoting health in community-dwelling elders in a suburban community context. A cross-sectional research design was used with a sample size of 210 participants. The study tool was a questionnaire comprising demographic characteristics, a knowledge assessment, perceived benefits, self-efficacy, attitudes, service mind, and the competencies of VHVs to promote health in community-dwelling elders. The Cronbach's alpha was 0.78 - 1 and Content Validity 0.90- 1.00, Descriptive(frequency and percentage)and logistic regression statistics were used. The results of this study showed that most of the participants were female, completed secondary school or higher, married, and still working on their jobs. There were five factors significantly associated with competencies of VHVs to promote health in community-dwelling elders as following as age 60 years old and over ($OR_{adj}=2.56$ 95%CI: 1.320-4.960), still working ($OR_{adj}=2.21$ 95%CI: 1.030-4.710), knowledge from healthcare providers($OR_{adj}=2.21$, 95%CI: 1.030-4.710), High level of self-efficacy ($OR_{adj}=3.44$, 95%CI: 1.540-7.690) and high level of service mind ($OR_{adj}= 2.78$, 95%CI: 1.340-5.780). This study has recommended that the development of a program to develop the competencies of VHVs in self-efficacy, service minds, and considering the context of VHVs within the area should be required for future studies.

Keywords; Competencies, Health promotion among community-dwelling elders, Village Health Volunteers (VHVs)

¹⁻³Lecturer of Nursing, Boromarajonani College of Nursing, Khonkean, Faculty of Nursing Praboromarajchanok Institute

Corresponding Author: Nuanlaoong Thongkote, E-mail: nuanlaoong.t@bcnkk.ac.th

บทนำ

การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้สูงอายุอันเนื่องมาจากความก้าวหน้าของสาธารณสุขการแพทย์และการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมประกอบกับการมีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการควบคุมป้องกันโรค ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากร คือ การเข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงวัยโดยคาดการณ์ว่าทั่วโลกสัดส่วนประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 6.0 ในปี 1990 เป็นร้อยละ 9.0 ในปี 2019 สัดส่วนดังกล่าวคาดว่าจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 16.0 ในปี 2050⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทยปี 2563 ประชากรอายุ 65 ปีขึ้นไปมีสัดส่วน ร้อยละ 13.0 ของประชากรทั้งประเทศ ถือว่าเป็นการก้าวเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หรือ Aging Society และคาดการณ์ว่าในปี 2583 จะมีสัดส่วนประชากรที่มีอายุ 65 ปีขึ้นไปเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 24.0 เป็นสังคมประชากรสูงวัยแบบสมบูรณ์⁽²⁾

ประเทศไทยจะมีผู้สูงอายุติดบ้านหรือติดเตียงมากขึ้น เกือบ 1 ล้านคนในปี⁽³⁾ สถานการณ์ดังกล่าว ส่งผลกระทบต่อ มิติทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจของผู้สูงอายุ ในด้านมิติทางร่างกาย พบว่าผู้สูงอายุเผชิญกับความทุกข์ยากลำบากทางร่างกายเป็นผลมาจากความเสื่อมตามวัย และการมีโรคเรื้อรัง ผลการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยด้วยการตรวจร่างกายในผู้สูงอายุในปี 2557 พบว่า การทำกิจวัตรประจำวันพื้นฐาน (ADL) มีข้อจำกัด พบร้อยละ 0.5 ถึง 20.2 การทำกิจกรรม การทำงาน การเดินทาง การสื่อสาร หรือใช้เครื่องมือ (IADL) มีข้อจำกัด พบร้อยละ 2.6 ถึง 29.0⁽⁴⁾ ประกอบกับผู้สูงอายุมีการเจ็บ

ป่วยด้วยโรคเรื้อรังมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น พบว่า เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 47.0-69.0 โรคเบาหวาน ร้อยละ 11.0-22.0 โรคหัวใจร้อยละ 7.0 โรคหลอดเลือดในสมองตีบร้อยละ 1.6 อัมพาต/อัมพฤกษ์ ร้อยละ 2.5 และโรคมะเร็งร้อยละ 0.5⁽⁵⁾ มิติด้านจิตใจ พบว่ามีความกังวล มีภาวะซึมเศร้า (Depress) ในผู้สูงอายุมีความชุกโดยเฉลี่ยสูงถึงร้อยละ 6.3 ในกลุ่มอายุ 70 ปีขึ้นไป⁽⁵⁻⁶⁾ มิติด้านสังคม และเศรษฐกิจ อันเนื่องมาจากการออกจากงาน วัยเกษียณ วัยที่อยู่บ้านคนเดียว สถานะทางสังคมเปลี่ยน พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 มีอัตราการพึ่งพิง 5 คนที่ช่วยกันดูแลผู้สูงอายุหนึ่งคนและในอีก 20 ปี (ปี 2583) ข้างหน้า⁽²⁾ ส่งผลให้ผู้สูงอายุต้องทำงานเพื่อหารายได้เลี้ยงดูตัวเองเพิ่มมากขึ้น⁽³⁾

จากการศึกษาของ ศรีสุตา ลุนพุดิ พบว่า การที่ผู้สูงอายุมีผู้ดูแลหลักมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$)⁽⁷⁾ การให้การดูแลช่วยเหลือสุขภาพของผู้สูงอายุจึงต้องอาศัยศักยภาพของคนในชุมชนร่วมด้วย ประกอบไปด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ชมรมผู้สูงอายุ องค์การบริหารส่วนตำบล ผู้นำชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล (รพ.สต.) เข้ามาช่วยช่วยเหลือให้การดูแลผู้สูงอายุ⁽⁸⁾ อสม.เป็น คนในชุมชนที่ชุมชนคัดเลือกด้วยการมี จิตอาสา และได้รับการอบรมตามหลักสูตรกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ทำหน้าที่เป็นผู้นำและผู้สื่อข่าวด้านสุขภาพ⁽⁹⁻¹⁰⁾ และมีบทบาทสำคัญ ด้านส่งเสริมสุขภาพเชิงรุก สร้างระบบความร่วมมือ

และการพัฒนาบทบาทของประชาชน⁽¹¹⁾ จาก การทบทวนวรรณกรรมพบว่า ความสามารถของ อสม.ด้านความรู้ และการส่งเสริมสุขภาพอยู่ใน ระดับปานกลาง⁽¹²⁾ ประกอบกับ อสม. มีความ ต้องการความรู้ ความมั่นใจและทักษะที่จำเป็น เพื่อการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้น⁽¹³⁾

การศึกษาครั้งนี้จึงสนใจที่จะศึกษา ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ในบริบท ชุมชนกึ่งเมือง ในพื้นที่ตำบลบ้านเป็ด อำเภอเมือง ขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น อันจะเกิดประโยชน์ ต่อการนำผลการวิจัยไปใช้ในการวางแผนการ พัฒนาศักยภาพอสม. เพื่อส่งเสริมสุขภาพผู้สูง อายุในบริบทชุมชนกึ่งเมือง ให้สอดคล้องกับ ความต้องการของผู้สูงอายุ และบริบทพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์วิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถ ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในบริบท ชุมชนกึ่งเมือง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ประยุกต์ใช้แนวคิดการ รับรู้ความสามารถแห่งตน(Self-efficacy)ของ Bandura⁽¹⁴⁾ กล่าวว่า พฤติกรรมการเรียนรู้ ของมนุษย์เกิดจากกระบวนการเรียนรู้ขององค์ ประกอบหลายอย่างโดยมี สภาพแวดล้อมสังคม ประสบการณ์ ความสามารถเฉพาะตัวของ บุคคล ผสมผสานกันโดยเฉพาะซึ่งถ้าหากบุคคล มีการรับรู้ความสามารถของตนเอง(Perceived self-efficacy) และคาดหวังในผลลัพธ์ของการ ปฏิบัติ (Outcome expectations) เขาจะแสดง พฤติกรรมนั้นให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนด

ปัจจัยส่วนบุคคล

1. เพศ
2. อายุ
3. สถานภาพสมรส
4. ระดับการศึกษา
5. การได้รับความรู้
6. ช่องทางการได้รับความรู้
7. อาชีพ
8. รายได้
9. ประสบการณ์การเป็น อสม.
10. โรคประจำตัว
11. ความรู้ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
12. การรับรู้ประโยชน์ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
13. การรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
14. ทักษะในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
15. พฤติกรรมจิตบริการในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ

ความสามารถของ อสม.

ในการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพ
ของผู้สูงอายุในบริบทชุมชนกึ่งเมือง

-ระดับสูง

-ระดับต่ำ

ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์ภาคตัดขวาง (Analytic cross-sectional study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา (Study population) อสม. ในเขตตำบลบ้านเป็ด จำนวน 394 คน กำหนดเกณฑ์การในการคัดเลือก (Inclusion criteria) คือ อสม. เพศชายหรือเพศหญิง มีประสบการณ์การทำงาน อย่างน้อย 1 ปี สมัครใจ ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย สามารถสื่อสารพูดคุยกับบุคคลอื่นได้รู้เรื่อง เข้าใจตอบข้อซักถามได้ และเกณฑ์ในการคัดออก (Exclusion criteria) คือ อสม. ที่มีความบกพร่องด้านการสื่อสาร หรือที่มีปัญหาสุขภาพ ที่อยู่ในช่วงพักการรักษา (Exclusion อสม. ที่มีปัญหาสุขภาพ 28 คน) จึงมีประชากรเป้าหมาย จำนวน 366 คน ทั้งนี้อาสาสมัครสามารถขอลถอนตัวจากการเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ในทุกระยะ โดยที่ไม่ต้องชี้แจงเหตุผล

กลุ่มตัวอย่าง คำนวณด้วยขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรของ Thorndike⁽¹⁵⁾ โดย $n = 10k + 50$ จากตัวแปรอิสระ 16 ตัวแปร ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 210 คน ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม (Cluster Sampling) ตามหมู่บ้านได้จำนวน 13 หมู่บ้าน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นเครื่องมือที่นักวิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลส่วนบุคคลเกี่ยวกับ เพศ อายุ

สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การมีโรคประจำตัว การได้รับความรู้ ช่องทางการได้รับความรู้ รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. โรคประจำตัว รวม 11 ข้อ โดยลักษณะคำตอบให้เลือกตอบ

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในบริบทชุมชนกึ่งเมือง จำนวน 10 ข้อ ลักษณะคำตอบเป็นแบบใช่ ไม่ใช่

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเองในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 5 ทศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 6 พฤติกรรมจิตบริการในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 6 ข้อ

ส่วนที่ 7 ความสามารถของ อสม. ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทชุมชนกึ่งเมือง จำนวน 10 ข้อ

ทั้งนี้แบบสอบถามที่ 3-7 ลักษณะคำตอบเป็นแบบประเมินค่า 5 ระดับ โดยการแปลผลจากเกณฑ์ค่าเฉลี่ยของแบบสอบถาม⁽¹⁶⁾ ดังนี้

คะแนนมากกว่าค่าเฉลี่ย หมายถึง มีความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ทศนคติ พฤติกรรมบริการ และการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับสูง คะแนนน้อยกว่าหรือเท่ากับค่าเฉลี่ย หมายถึง มีความรู้ การรับรู้ประโยชน์ การรับรู้ความสามารถแห่งตน ทศนคติ พฤติกรรมจิตบริการและการดำเนินงานในการส่งเสริมสุขภาพ อยู่ในระดับต่ำ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ 1 คน อาจารย์พยาบาล จำนวน 2 คน ได้ค่า IOC ระหว่าง 0.90 - 1.00 และนำไปทดลองกับกลุ่มที่ใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของประเมินการรับรู้ประโยชน์เท่ากับ 0.81 แบบประเมินการรับรู้ความสามารถของตนเอง 0.80 ทักษะต่อการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 0.85 จิตบริการในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 0.78 และการดำเนินงานของ อสม.ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เท่ากับ 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล

คณะผู้วิจัยทำเรื่องขอพิจารณาเก็บข้อมูลการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี ขอนแก่น

ดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยคณะผู้วิจัยระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึง มกราคม พ.ศ. 2566 โดยชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย ลักษณะของแบบสอบถาม และวิธีการเก็บข้อมูลให้แก่ผู้ช่วยวิจัย จากนั้นเก็บข้อมูลโดยการให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถามจนเสร็จสิ้น และได้รับกลับคืนมา 210 ชุด ตรวจสอบความสมบูรณ์ครบถ้วนทั้ง 210 ชุด คิดเป็นร้อยละ 100

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของ อสม. วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจก

แจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

2. วิเคราะห์ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม.ในบริบทชุมชนกึ่งเมืองด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ละตัวแปร (Bivariate Analysis) ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติกอย่างง่าย (Simple Logistic Regression Analysis) และพิจารณาตัวแปรที่มีค่า p-value ของ Wald's test น้อยกว่า 0.05 เข้าสมการวิเคราะห์ด้วยสถิติถดถอยโลจิสติก พหุตัวแปร (Multiple Logistic Regression Analysis) และคัดเลือกตัวแปรที่มีค่า p-value น้อยกว่า 0.05 ออกจากสมการด้วยวิธี Backward Elimination นำเสนอด้วยค่า Crude Odds Ratios (OR) Adjusted Odds Ratio P-value และค่าช่วงเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence Interval, 95% CI)

จริยธรรมวิจัย

การวิจัยนี้ ได้รับการพิจารณาประเด็นจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี เลขที่ IRB-BCNKK-9- 2022 ลงวันที่ 21 กันยายน พ.ศ.2565

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 88.1 มีอายุเฉลี่ย 58.78 ปี (SD=7.97) อายุต่ำสุด 37 ปี อายุสูงสุด 70 ปี โดยอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 59 ปีร้อยละ

53.8 สถานภาพคู่ ร้อยละ 58.1 ระดับการศึกษา
มัธยมศึกษา/ปวช.ร้อยละ 46.7 ประกอบอาชีพ
ร้อยละ 74.8 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว
มากกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาทร้อยละ 70.9
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. มากกว่า
หรือเท่ากับ 10 ปีขึ้นไปร้อยละ 64.8 ไม่มี
โรคประจำตัวร้อยละ 68.6

2. ความสามารถในการดำเนินงาน
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ในบริบท

ชุมชนกึ่งเมือง พบว่า อสม. ส่วนใหญ่มีความ
สามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ
ผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง จำนวน 121 คน ร้อยละ
57.6 และมีความสามารถในการดำเนินงาน
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุอยู่ในระดับต่ำจำนวน
89 คนร้อยละ 42.4 ผลการวิเคราะห์ตัวแปร
ที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงาน
ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ในบริบท
ชุมชนกึ่งเมือง แบบทีละปัจจัย ตามตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
ของ อสม. ในบริบทชุมชนกึ่งเมือง แบบทีละปัจจัย

ตัวแปร	ความสามารถ ในระดับต่ำ		ความสามารถ ในระดับสูง		OR	95% CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
เพศ							.545
ชาย	12	48.0	13	52.0	Ref		
หญิง	77	41.6	108	58.4	1.29	0.560-2.991	
อายุ (ปี)							.002
≤59 ปี	59	52.2	54	47.8	Ref		
≥ 60ปี	30	30.9	67	69.1	2.44	1.384-4.302	
สถานภาพสมรส							.141
โสด	7	28.0	18	72.0	1.58	0.576-4.346	
คู่	58	47.5	64	52.5	.68	0.365-1.263	
หม้าย/หย่า/แยก	24	38.1	39	61.9	Ref		
ระดับการศึกษา							.297
ประถมศึกษา	39	41.9	54	58.1	Ref	0.480-1.508	
มัธยมศึกษา/ปวช.	45	45.9	53	54.1	.85	.672-6.081	
อนุปริญญา/ปวส./							
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	5	26.3	14	73.7	2.02		
อาชีพ							.037
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	29	32.6	60	67.4	Ref		
ประกอบอาชีพ	24	19.8	97	80.2	1.95	1.040-3.670	

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ในบริบทชุมชนกึ่งเมือง แบบที่ละปัจจัย (ต่อ)

ตัวแปร	ความสามารถ ในระดับต่ำ		ความสามารถ ในระดับสูง		OR	95% CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
รายได้เฉลี่ยของครอบครัว							.073
<5,000 บาท	20	22.5	69	77.5	Ref		
≥5,000 บาท	41	33.9	80	66.1	1.77	.950-3.300	
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน							.916
<10 ปี	31	34.8	58	65.2	Ref		
≥10 ปีขึ้นไป	43	35.5	78	64.5	1.03	.580-1.830	
การมีโรคประจำตัวเรื้อรัง							.037
ไม่มี	68	76.4	21	23.6	Ref		
มี	76	62.8	45	37.2	1.92	1.040-3.540	
การได้รับความรู้ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพในรอบ 3 เดือน							.475
ไม่ได้รับ	26	29.2	63	70.8	Ref		
ได้รับ	30	24.7	91	75.2	1.25	.680-2.320	
ช่องทางการการได้รับความรู้ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพในรอบ 3 เดือน จากแพทย์/พยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข							.033
ไม่ได้รับ	36	40.5	53	59.6	Ref		
ได้รับ	32	26.5	89	73.6	1.89	1.050-3.390	
ความรู้ เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ							.017
ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)	36	40.5	53	59.6	Ref		
ระดับสูง (9-10 คะแนน)	30	24.8	91	75.2	2.06	1.140-3.720	
การรับรู้ประโยชน์ การส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ							<.001
ระดับต่ำ (0-26.85 คะแนน)	49	55.1	40	44.9	Ref		
ระดับสูง (26.86-30.00 คะแนน)	36	29.8	85	70.3	2.89	1.630-5.120	
การรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ							<.001
ระดับต่ำ (0-30.00 คะแนน)	68	76.4	21	23.6	Ref		
ระดับสูง (30.01-35.00 คะแนน)	42	34.7	79	65.3	6.09	3.290-11.280	
ทัศนคติในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ							.288
ระดับต่ำ (0-39.65 คะแนน)	50	56.2	39	43.8	Ref		

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ตัวแปรที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ในบริบทชุมชนกึ่งเมือง แบบที่ละเอียด (ต่อ)

ตัวแปร	ความสามารถ ในระดับต่ำ		ความสามารถ ในระดับสูง		OR	95% CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
ระดับสูง (39.66 -50 คะแนน)	59	48.8	62	51.3	1.35	.780-2.330	<.001
พฤติกรรมจิตบริการ							
ระดับต่ำ (0-26.51 คะแนน)	54	60.7	35	39.3	Ref		
ระดับสูง (26.52-30 คะแนน)	34	28.1	87	71.9	3.95	2.210-7.060	

จากตารางที่ 1 การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ในบริบทชุมชนกึ่งเมืองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญน้อยกว่า 0.05 ได้แก่ อายุ อาชีพ การมีโรคประจำตัว ช่องทางการรับรู้จากแพทย์/พยาบาล/นักวิชาการสาธารณสุข ในระยะ 3 เดือน ความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ การรับรู้ประโยชน์การส่งเสริมสุขภาพ

ผู้สูงอายุ การรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ พฤติกรรมบริการ อย่างไรก็ตาม เพศ สถานภาพการสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน อสม. ช่องทางการได้รับความรู้เรื่องการส่งเสริมสุขภาพในรอบ 3 เดือน จากสื่อออนไลน์และกลุ่ม อสม. และทัศนคติไม่สัมพันธ์กับความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม. ในบริบทชุมชนกึ่งเมือง

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์พหุตัวแปรที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม.ในบริบทชุมชนกึ่งเมือง

ปัจจัย	Crude OR (95%CI)	Adjusted OR (95%CI)	p-value
อายุ (ปี)			.006
≤59 ปี	Ref	Ref	
≥ 60ปี	2.44 (1.384-4.302)	2.56 (1.320-4.960)	
อาชีพ			.041
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	Ref	Ref	
ประกอบอาชีพ	1.95 (1.040-3.670)	2.21 (1.030-4.710)	
ช่องทางการการได้รับความรู้ เรื่อง การส่งเสริมสุขภาพในรอบ 3 เดือน จากแพทย์/พยาบาล/นักวิชาการ สาธารณสุข			.019
ไม่ได้รับ	Ref	Ref	
ได้รับ	1.89 (1.050-3.390)	2.33 (1.150- 4.730)	
การรับรู้ความสามารถในการ ส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ			.003
ระดับต่ำ (0-30.00 คะแนน)	Ref	Ref	
ระดับสูง (30.01-35.00 คะแนน)	6.09 (3.290-11.280)	3.44 (1.540-7.690)	
พฤติกรรมจิตบริการ			.006
ระดับต่ำ (0-26.51 คะแนน)	Ref	Ref	
ระดับสูง (26.52-30 คะแนน)	3.95 (2.210-7.060)	2.77 (1.340-5.780)	

จากตารางที่ 2 เมื่อวิเคราะห์พหุตัวแปรที่มีผลต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ อสม.ในบริบทชุมชนกึ่งเมือง พบว่า ปัจจัยด้านอายุ 60 ปีขึ้นไป การได้ประกอบอาชีพ ช่องทางการได้รับความรู้ เรื่องการส่งเสริมสุขภาพในรอบ 3 เดือน

จากการได้รับความรู้จากทีมสุขภาพ การรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ และพฤติกรรมจิตบริการมีผลต่อความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุของ อสม.ในบริบทชุมชนกึ่งเมือง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 โดย อสม.ที่มีอายุ 60 ปี

ขึ้นไปมีความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2.56 เท่า ($OR_{adj}=2.56$, 95%CI: 1.320-4.960) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 59 ปี การได้ประกอบอาชีพมีความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2.21 เท่า ($OR_{adj}=2.22$, 95%CI: 1.030-4.710) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ประกอบอาชีพ การที่ได้รับความรู้จากทีมสุขภาพมีความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2.33 เท่า ($OR_{adj}=2.33$, 95%CI: 1.150-4.730) เมื่อเทียบกับที่ไม่ได้รับความรู้จากทีมสุขภาพ ในขณะที่กลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับสูงมีความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3.44 เท่า ($OR_{adj}=3.44$, 95%CI: 1.540 - 7.690) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับต่ำและกลุ่มที่มีพฤติกรรมจิตบริการในระดับสูงมีความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2.77 เท่า ($OR_{adj}=2.78$, 95%CI: 1.340 - 5.780) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีพฤติกรรมจิตบริการในระดับต่ำ

อภิปรายผล

1. ปัจจัยส่วนบุคคลของ อสม. พบว่า อสม. ที่ได้ประกอบอาชีพ และ มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปีขึ้นไปมีความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2.21 , 2.56 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ประกอบอาชีพและอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 59 ปี ตามลำดับ จากการศึกษาของ อิศราวุฒินุญไตรย์⁽¹⁷⁾ พบว่าสถานะความเป็นอยู่ของ

ประชาชนกิ่งเมืองกิ่งชนบท เป็นกลุ่มที่อาศัยอยู่เดิมในพื้นที่ ระดับคุณภาพชีวิตอยู่ในระดับปานกลาง คุณภาพชีวิตด้านสังคม ประชาชนมีความสัมพันธ์ผูกพันกับสถาบันครอบครัวชุมชน ด้านคุณภาพเศรษฐกิจ พบว่าประชาชนมีความปลอดภัยในการทำงาน แต่ประชาชนส่วนใหญ่ประกอบอาชีพค้าขายและรับจ้างจึงไม่อยู่ในระบบสวัสดิการสังคม ประกอบกับปัจจุบันแนวโน้มของประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทยมีจำนวนมากขึ้น เช่นเดียวกับประชากรกลุ่ม อสม. ในบริบทพื้นที่ที่ศึกษาเป็นบริบทชุมชน กิ่งเมือง พบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 58.78 ปี (SD=7.97) อายุต่ำสุด 37 ปี อายุสูงสุด 70 ปี ไม่มีโรคประจำตัว สถานภาพคู่ ระดับการศึกษามัธยมศึกษา/ปวช. มีการสั่งสมประสบการณ์การทำงานระยะเวลาที่ปฏิบัติงานเป็น อสม. มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปีขึ้นไป และยังคงมีรายได้ประจำเนื่องจากประกอบอาชีพ บริบทของ อสม. ดังกล่าวได้ส่งผลให้ อสม. มีความสามารถในการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของ วรัญญาจิตรบรรทัดและคณะ⁽¹⁸⁾ พบว่า อสม. ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง สถานภาพสมรสคู่ อายุต่ำสุด 28 ปี อายุสูงสุด 68 ปี ไม่มีโรคประจำตัว มีรายได้เพียงพอมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุในระดับมาก ($M = 3.51$, $SD = 1.18$)

2. ปัจจัยด้านช่องทางการได้รับความรู้ พบว่า การที่ อสม. ได้รับความรู้จากทีมสุขภาพมีความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2.33 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่าง

ที่ไม่ได้รับความรู้จากทีมสุขภาพ ซึ่งการได้รับความรู้จากทีมสุขภาพ ประกอบไปด้วย แพทย์ พยาบาล นักวิชาการสาธารณสุข เป็นความรู้ที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางการแพทย์ ตลอดจนเป็นการสื่อสารแบบสองทางมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการเสริมพลังอำนาจร่วมกัน สอดคล้องกับการเสนอรูปแบบการพัฒนาศักยภาพ อสม.เป็นผู้จัดการรายกรณีในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนของ สุพัตรา สหายรักษ์ และภัทราวดี เทพสง⁽¹⁹⁾ พบว่า อสม.ที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพ มีสมรรถนะเพิ่มขึ้นทุกด้าน มีแนวทางการดูแลผู้สูงอายุชัดเจน ส่วนความพึงพอใจของผู้สูงอายุ/ญาติ ต่อการได้รับการดูแลอยู่ในระดับมากที่สุด และการให้การดูแลมีความต่อเนื่อง

3. ปัจจัยด้านการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุระดับสูงมีความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 3.44 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ความสามารถในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์และคณะ⁽¹³⁾ ที่พบว่า อสม.มีความต้องการความรู้ ต้องการความมั่นใจ โดยเฉพาะทักษะที่จำเป็นเพื่อการดูแลผู้สูงอายุ

4. ปัจจัยด้านพฤติกรรมจิตบริการในระดับสูงมีความสามารถในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ 2.77 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมจิตบริการในระดับต่ำ ซึ่งพฤติกรรมจิตบริการเป็นพฤติกรรมการดูแลด้วยความใส่ใจ ส่งผลให้ผู้ให้และผู้รับบริการมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน อสม.ควรได้รับการพัฒนาด้านจิตบริการเพื่อเสริมสร้างคุณภาพการบริการ

ทักษะความสามารถ และคุณลักษณะที่พึงปรารถนาในการช่วยเหลือประชาชนและชุมชนให้มีสุขภาพที่ดี⁽²⁰⁾

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1. ผลการวิจัยในครั้งนี้ ใช้เป็นแนวทางในการออกแบบในการพัฒนาศักยภาพของ อสม.ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทชุมชนกึ่งเมือง โดยบุคลากรสาธารณสุข จัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อสร้างการรับรู้ความสามารถแห่งตน พฤติกรรมบริการที่ดี และคำนึงถึงบริบทของ อสม. ให้เหมาะสมในแต่ละพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ศึกษาโปรแกรมการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในบริบทชุมชนกึ่งเมือง

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations. World population aging, United Nations Department of Economic and Social Affairs and Population Division. Retrieved September 2, 2021. [Internet]. 2019. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Report.pdf>
2. United Nations. Social Policies Catalogue on Population Ageing. [Internet]. 2020. [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 4 มีนาคม 2567]; เข้าถึงได้จาก: <https://>

- asiapacific.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/200930_unfpa_ageing_catalouge_layout-3.pdf
3. สถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุ. สถานการณ์ผู้สูงอายุ. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: http://ltc-older.dop.go.th/download/knowledge/th1676866133-130_0.pdf
 4. มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย. สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย 2559. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริตติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง; 2558.
 5. วิชัย เอกพลากร. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. บรรณาธิการ. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2557.
 6. สุนิสา คำขึ้น, หฤทัย กงมหา, วิจิตร แผ่นทอง และปรางทิพย์ ทาเสนาะ เอลเทอร์. ภาวะสุขภาพจิตและปัจจัยที่เกี่ยวข้องในผู้สูงอายุ. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2564; 3(36): 150-63.
 7. ศรีสุตา ลุนพุดิ. การพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุในครอบครัวแบบสมาร์ตต่อคุณภาพชีวิต ภาวะซึมเศร้า และการทำกิจวัตร ประจำวันของผู้สูงอายุในชุมชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต) ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2565. 194 หน้า.
 8. รัชยานภิศ พละศึก และเบญจวรรณ ถนอมชยรัช. ตัวแบบของครอบครัวในการดูแลผู้สูงอายุ. วารสาร เครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ 2560; 4(3): 135-50.
 9. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือ อสม.ยุคใหม่. [อินเทอร์เน็ต]. 2554. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 24 สิงหาคม 2566]; เข้าถึงได้จาก: https://hss.moph.go.th/fileupload_doc/2021-09-07-11-21-93471516.pdf
 10. Kowitt SD, Emmerling D, Fisher EB, Tanasugarn C. Community Health Workers as Agents of Health Promotion: Analyzing Thailand's Village Health Volunteer Program. J Community Health 2015; 40(4): 780-88.
 11. ศรายุทธ คชพงศ์ และธณัฐา โรจนตระกูล. การปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ในเขตพื้นที่อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก. วารสาร มจร พุทธปัญญาปริทรรศน์ 2564; 6(2): 107-19.
 12. จักรี ปัทพี และนวลฉวี ประเสริฐสุข. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพประชาชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน อำเภอพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารวิชาการ Veridian E-Journal Silpakorn University 2559; 9(3): 1190-205.
 13. ประไพวรรณ ด้านประดิษฐ์, บุญศรี กิตติโชติพานิชย์ และรวีวรรณ ศรีเพ็ญ. ปัญหาและความต้องการการดูแลผู้สูงอายุเบื้องต้นของอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครปฐม. วารสารวชิรสารการพยาบาล 2562; 21(2): 23-33.
 14. Bandura A. Self-Efficacy. The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman

- and Company; 1977.
15. Thorndike RM. Correlational Procedures for Research. New York: Garner Press; 1978.
 16. สุริพันธ์ วรพงศธร. การวิจัยทางสุขศึกษา. กรุงเทพฯ: วิทญ์การปก; 2558.
 17. อิศราวุฒิ บุญไตรย์. คุณภาพชีวิตของประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตกิ่งเมืองกิ่งชนบท. (การค้นคว้าแบบอิสระ หลักสูตรปริญญาเศรษฐศาสตรมหาบัณฑิต) เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2558.
 18. วรัญญา จิตรบรรทัด, รมลวรรณ แก้วกระจก และพิมพ์วรรณ เรืองพุทธ. ความรู้ความเข้าใจ ทักษะคติ และความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และความพึงพอใจของผู้สูงอายุอายุในตำบลบลนาเคียน อำเภอเมือง จังหวัดนครศรีธรรมราช.วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2560; 23(1): 5-16.
 19. สุพัตรา สหายรักษ์ และภัทราวดี เทพสง. การฟื้นฟูและพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านเป็นผู้จัดการรายการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน 2563; 5(3): 62-8.
 20. พิรเทพ รุ่งคุณากร, พิมพ์ลดา อนันต์สิริเกษม และศิริณา จิตต์จรัส. ภาวะผู้นำแห่งการรับใช้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน: แนวคิดและทฤษฎีเพื่อการพัฒนา. Veridian E-Journal Silpakorn University 2560; 10(1): 1103-14.

สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทย ปี 2566

กรรณิการ์ มณีวรรณ¹ สายชล คล้อยเอี่ยม² กิ่งพิกุล ชำนาญคง³ อุทัยวรรณ หมีไพรพภักษ์⁴

(วันที่รับบทความ: 18 เมษายน 2567, วันที่แก้ไข: 23 พฤษภาคม 2567, วันที่ตอบรับ: 4 มิถุนายน 2567)

บทคัดย่อ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม ซึ่งเป็นปัจจัยที่มีต่อผลกระทบต่อสุขภาพทั้งทางตรงและทางอ้อมของหญิงวัยเจริญพันธุ์ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์ของประเทศไทยวิธีการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) โดยเลือกครัวเรือนด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นลำดับสามระดับ โดยมีกลุ่มตัวอย่างรวม 1,777 ราย ด้วยเครื่องมือแบบสำรวจ 17 ข้อคำถาม ปัจจัยที่นำมาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ประกอบด้วยระดับการศึกษา อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ เขตที่อยู่อาศัย การอ่าน การเขียน สถานะสุขภาพ สิทธิการรักษาพยาบาล ความถี่ของการใช้อินเทอร์เน็ต และช่องทางการรับข้อมูลข่าวสาร ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 83.5 ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่อายุช่วง 20-35 ปีขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่ระดับเพียงพอสำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การศึกษา ความเพียงพอของรายได้ ความสามารถในการอ่าน การเขียน สถานะสุขภาพ สิทธิการรักษาพยาบาล ความถี่ในการใช้อินเทอร์เน็ต ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสารที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P\text{-value} < 0.05$) จากผลการศึกษาสรุปได้ว่า หญิงวัยเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ดังนั้นในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ควรให้ความสำคัญกับความแตกต่างของกลุ่มเป้าหมาย สำหรับการเสริมสร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพของหน่วยงานต่างๆ ในการส่งเสริมการอ่านและการสืบค้นข้อมูลเพื่อหาคำตอบด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลที่เชื่อถือได้นอกจากหน่วยงานที่ดูแลการสร้างเสริมสุขภาพให้เกิดทักษะการปฏิบัติที่จำเป็นในการดูแลสุขภาพหญิงวัยเจริญพันธุ์นั้นต้องออกแบบให้เจาะจงกับบริบทของกลุ่มเพื่อจะมีพฤติกรรมอนามัยเจริญพันธุ์ที่พึงประสงค์ต่อไป

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, หญิงวัยเจริญพันธุ์, การสำรวจ, ปัจจัยกำหนดสุขภาพ

¹วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น ²⁻³กรมอนามัย ⁴วิทยาลัยนอร์ทเทิร์น

Corresponding กรรณิการ์ มณีวรรณ, e-mail: pu.maneeone@gmail.com

Situation Health Literacy and Factors Related to Health Literacy of woman of reproductive aged in Thailand 2023

Kunnika Maneewun¹ Saichon` Kloyiam² Kingpikul Chamnankong³ Uthaiwan Meepriruk⁴

(Receive 18th April 2024; Revised : 23rd May 2024; Accepted 4th June 2024)

Abstract

Health literacy is a cognitive and social skill that enables individuals (woman of reproductive aged) to access and use information to make appropriate health decisions. It is a determinant of health outcomes, both directly and indirectly. This survey has objectives: to assess the current state of health literacy and identify its related factors among reproductive women in Thailand. The methods of this research method:by Cross-sectional analytical study using a three-stage stratified random sampling method. A total of 1,777 subjects were interviewed with a 17-item questionnaire that covered demographic, socioeconomic, and health factors including educations, occupations, sufficiency of income, living areas, ability to read and write, health status, health care service schemes, frequencies of Internet use, and channels of received health information. Results of survey : 83.5% of this sample had adequate health literacy. Factor associations were found among educations, occupations, sufficiency of income, ability to read and write, health status, health care service schemes, frequencies of Internet use, and channels of received health information`related to Health Literacy by reading Different writing was significantly associated with health Literacy (P-value< 0.05) woman of reproductive aged. This research can conclusion: Mostly of reproductive women in this sample had adequate health literacy. When promoting health literacy, one should consider differences. Therefore,to strengthen health literacy skills,various agencies promote reading and searching for information to find answers for oneself form reliable sources, in addition to the agencies that oversee health promotion to create skills. Practices necessary to care for the health of woman of reproductive age must be designed to be specific to the context of the group in order to have desired reproductive health behavior.

Keywords: Health literacy, reproductive women, survey, determinants of health

¹Northern College ^{2,3}Department of Health ⁴Northern College

Corresponding Kunnika Maneewun, e-mail: pu.maneewun@gmail.com

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญ

“ความรอบรู้ด้านสุขภาพ”^(1,2) หมายถึง ทักษะการเข้าถึง ทักษะการประเมิน และทักษะในการนำข้อมูลสารสนเทศทางสุขภาพไปใช้ในการตัดสินใจเพื่อการส่งเสริมและธำรงรักษาไว้ซึ่งสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดี⁽³⁾ ซึ่งประชาชนทุกกลุ่มวัย รวมทั้งหญิงวัยเจริญพันธุ์จำเป็นต้องมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างเพียงพอเพื่อเข้าถึงข้อมูลและการบริการสุขภาพพื้นฐานตามสิทธิอันพึงได้รับ จากการเรียนรู้ผลที่ได้รับจากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพจากประเทศต่างๆ ที่ได้ดำเนินมาก่อนเช่นประเทศสหรัฐอเมริกาได้สำรวจความรอบรู้เพื่อค้นหาวิธีการให้สุขศึกษาแก่ประชาชนให้ได้ผลมากที่สุดและยกระดับการดูแลสุขภาพตนเองผ่านการจัดการสุขภาพตนเองทำให้มีการพูดถึงระดับความสามารถของบุคคลในการเข้าใจและตัดสินใจดูแลสุขภาพของประชาชนมากขึ้น ประเทศไอร์แลนด์มีการศึกษาเป็นจำนวนมาก พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับผลลัพธ์สุขภาพและความปลอดภัยของผู้ใช้บริการ ออสเตรเลียได้ใช้ความรอบรู้สุขภาพในการปรับนโยบายสุขภาพเพื่อยกระดับการเข้าถึงการบริการและข้อมูลด้านสุขภาพและความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นเครื่องมือสำคัญในการกำหนดนโยบายและผู้จัดการบริการในการยกระดับคุณภาพบริการสำหรับบุคคล ครอบครัว ชุมชนจากผลการศึกษาดังกล่าวสรุปผลได้ว่าการสำรวจเป็นเครื่องมือสำคัญในการกระตุ้นผู้กำหนดนโยบายหันมาให้ความสำคัญกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปรับนโยบายสุขภาพและแนวทางปฏิบัติในการจัดบริการสุขภาพทั้งระดับ

องค์กรและชุมชนให้เหมาะสมกับระดับความสามารถของประชาชนและการส่งเสริมความรอบรู้ในต่างประเทศเป็นปัจจัยในการส่งเสริมให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองและพัฒนาระบบสุขภาพเชิงรุก ความรอบรู้ไม่ได้ขึ้นกับทักษะและความสามารถของบุคคลเท่านั้นยังขึ้นกับความต้องการและทรัพยากร ความซับซ้อนขององค์กร ระบบหรือ Setting ที่จะส่งผลต่อการตัดสินใจหรือกระทำที่มีผลต่อสุขภาพ จากผลสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป⁽³⁾ ทำให้เกิดข้อเสนอในการบูรณาการ การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคมีแผนปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและแผนแม่บทย่อยที่ 13 การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและป้องกัน ควบคุมปัจจัยเสี่ยงที่คุกคามสุขภาพ เป้าหมายแผนแม่บทย่อยคือ ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพสามารถดูแลสุขภาพมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สามารถป้องกันและลดโรคที่สามารถป้องกันได้เกิดเป็นสังคมเข้มแข็งจิตสำนึก การพัฒนาหน่วยบริการจากผลสำรวจพบประชาชนไทยมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 65 (88.72 คะแนน จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน) มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง โดยเฉพาะผู้ที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป อ่านไม่ได้ เขียนไม่คล่อง ไม่ได้เรียนหนังสือ ไม่ได้รับสื่อสังคมออนไลน์ และมีปัญหาการได้ยิน นอกจากนี้ยังมีข้อจำกัดในการสืบค้นและค้นหาข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่น่าเชื่อถือ แต่ยังไม่มีการสำรวจในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ ทั้งนี้ การทราบสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์ของประเทศไทย

สามารถช่วยชี้จุดพัฒนาเพื่อเสริมให้การรณรงค์นโยบายเพื่อเพิ่มการเข้าถึงสิทธิของหญิงวัยเจริญพันธุ์มีประสิทธิภาพมากขึ้น โดยนำข้อมูลที่ได้ในการกำหนดนโยบาย พัฒนากลยุทธ์ในการดูแล สุขภาวะหญิงวัยเจริญพันธุ์ในการใช้และเลือกปฏิบัติในบริบทชีวิตต่างๆในประเทศไทย นอกจากนี้ใช้ข้อมูลความรู้ด้านสุขภาพสามารถยกระดับในการมาตรการที่เหมาะสมกับสถานการณ์ความรู้ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ของไทยและคงไว้ซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีทุกช่วงวัย

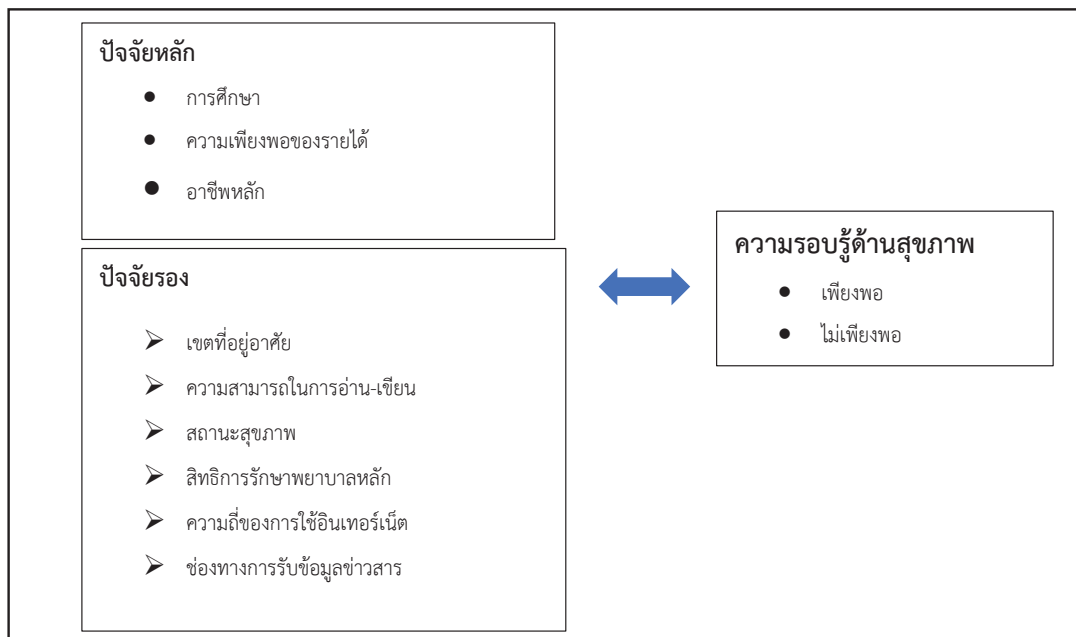
วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพในหญิงวัยเจริญพันธุ์ของประเทศไทย

2. เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทย ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ เขตที่อยู่อาศัย การอ่าน การเขียน สถานะสุขภาพ สิทธิการรักษาพยาบาล ความถี่ของการใช้อินเทอร์เน็ต และช่องทางการรับข้อมูลข่าวสาร

กรอบแนวคิดการวิจัย

กรอบแนวคิดที่พัฒนาความรู้ของ Don Nutbeam⁽⁴⁾ เชื่อมโยงของผลลัพธ์การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพได้แก่ความรู้ด้านสุขภาพ การกระทำและอิทธิพลของสังคมและนโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ



ระเบียบวิธีวิจัยและการดำเนินงาน

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cros-sectional analytical study)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีช่วงอายุ 20-35 ปีอาศัยอยู่ในครัวเรือนทั่วประเทศ

การสุ่มตัวอย่าง เลือกกลุ่มตัวอย่างจากข้อมูลทุติยภูมิของการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทย ปี พ.ศ. 2566 โดยกองส่งเสริมความรอบรู้และสื่อสารสุขภาพ กรมอนามัย ผู้วิจัยมีเกณฑ์การคัดเลือกเฉพาะหญิงวัยเจริญพันธุ์ไทยมีอายุ 20-35 ปี (เลือกเฉพาะอายุที่เหมาะสมจะมีบุตรเท่านั้น) ไม่รวมหญิงวัยเจริญพันธุ์ทั้งหมด และหญิงนั้นอาศัยในครัวเรือนส่วน

บุคคลทั่วประเทศ มีเกณฑ์คัดออกคือผู้ที่อาศัยในครัวเรือนคนงาน ครัวเรือน สถาบัน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบขั้นลำดับสามระดับ (Stratified Three-Stages Cluster Sampling) โดยมีเขตสุขภาพจำนวน 12 เขตและกรุงเทพมหานครเป็นชั้นภูมิ รวม 13 ชั้นภูมิ และมีจังหวัดเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง เขตเจนนับ (Enumeration Area: EA) เป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง และครัวเรือนส่วนบุคคลเป็นหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม โดยกำหนดเก็บข้อมูลในประชาชนไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปทุกครัวเรือน

- **การกำหนดขนาดตัวอย่าง** : ในแต่ละกลุ่มประชากรย่อย จำนวน 52 กลุ่ม กำหนดให้คำนวณขนาดตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน ด้วยสูตรการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

$$n = \frac{k^2 p(1-p)}{(pE')^2} \times \frac{1}{\text{response rate}} \times \text{def}$$

- **การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง (Primary sampling selection)** : เลือกจังหวัดในแต่ละชั้นภูมิ กำหนดให้ทำการเลือกจังหวัดตัวอย่าง 3 จังหวัด/เขตสุขภาพ และ 3 เขต กรุงเทพมหานคร รวม 39 พื้นที่ ด้วยวิธีการสุ่มแบบมีระบบ (Systematic sampling)

- **การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง (Secondary sampling selection)** เขตเจนนับ (Enumeration Area: EA) ในแต่ละหน่วยตัวอย่างขั้นที่หนึ่ง (จังหวัดตัวอย่าง) ของแต่ละเขตสุขภาพและกรุงเทพมหานคร ได้ทำการเลือก EA ตัวอย่างตามขนาดตัวอย่างที่กำหนด ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic

Sampling) โดยจัดเรียง EA แต่ละจังหวัดตัวอย่างและกรุงเทพมหานคร ตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ได้ตัวอย่างทั้งสิ้น 494 EAs

- **การเลือกหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม (Tertiary sampling selection)**: ครัวเรือนส่วนบุคคล ในแต่ละหน่วยตัวอย่างขั้นที่สอง (EA ตัวอย่าง) กำหนดให้ทำการเลือกครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่างจำนวน 15 ครัวเรือน ด้วยวิธีการเลือกตัวอย่างแบบมีระบบ (Systematic Sampling) ซึ่งจะได้จำนวนครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่างทั้งสิ้น 7,410 ครัวเรือน

- **จำนวนหน่วยตัวอย่างขั้นที่สาม** (ครัวเรือนส่วนบุคคลตัวอย่าง) ผู้ตอบแบบสำรวจที่

มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 16,788 คน เกณฑ์การคัดเข้า คัดเลือกเฉพาะหญิงวัยเจริญพันธุ์ไทยมีอายุ 20-35 ปี (อายุที่เหมาะสมจะมีบุตรเท่านั้น) ไม่รวมหญิงวัยเจริญพันธุ์ทั้งหมด และหญิงนั้นอาศัยในครัวเรือนส่วนบุคคลทั่วประเทศ มีเกณฑ์คัดออกคือผู้ที่อาศัยในครัวเรือนคนงาน ครัวเรือน สถาบัน ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 1,777 คน

เครื่องมือในการเก็บข้อมูล

การศึกษานี้ ใช้แบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 17 ข้อคำถามที่ปรับมาจากแบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในปี 2562 โดยให้กระชับขึ้นจากกระบวนการ Cognitive interviewing กับกลุ่มตัวอย่าง 15 คนและทดสอบภาคสนามใน 6 จังหวัด ครอบคลุมทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึง การเข้าใจ การชักถามข้อสงสัย และการตัดสินใจ มีความเที่ยงภายใน Cronbach's Alpha = 0.893 จำแนกความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 4 กลุ่ม⁽⁵⁾ ได้แก่ กลุ่มไม่พอเพียง คะแนน $\leq$ ร้อยละ 50 ($\leq$ 34 คะแนน) กลุ่มมีปัญหาร้อยละ 51 - 66 (35-44 คะแนน) กลุ่มพอเพียงร้อยละ 67 - 84 (45-57 คะแนน) และกลุ่มดีเยี่ยม $>$ ร้อยละ 84 (58-68 คะแนน) จัดระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็น 2 ระดับ ได้แก่ ระดับเพียงพอ ช่วงคะแนน $>$ ร้อยละ 66 ขึ้นไป (45-68 คะแนน) และระดับไม่เพียงพอ ช่วงคะแนน $\leq$ ร้อยละ 66 ($\leq$ 44 คะแนน)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

และความสัมพันธ์ด้วยสถิติ Chi-square เมื่อข้อมูลของปัจจัยเป็นลักษณะกลุ่ม (Proportion)

ขั้นตอนการเก็บข้อมูล

1. ประสานสำนักงานสถิติแห่งชาติเพื่อดำเนินการสุ่มพื้นที่สำรวจและจัดพิมพ์แผนที่สำรวจ

2. จัดทำคู่มือปฏิบัติการภาคสนามสำหรับผู้เก็บข้อมูลใน 39 พื้นที่ และจัดทำวิดีโอสาธิตการสัมภาษณ์รวมถึงการบันทึกข้อมูลลงแบบสำรวจฯ เพื่อช่วยป้องกันปัจจัยเสี่ยงและอคติจากกระบวนการสำรวจ

3. เตรียมความพร้อมร่วมกับเจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัย 13 แห่ง และผู้เก็บรวบรวมข้อมูล ให้ทราบแนวทางการเก็บข้อมูลจากแบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพและการใช้คู่มือ (ภาคสนาม) การเก็บข้อมูลจากแบบสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพ การแก้ปัญหาต่างๆ

4. เก็บข้อมูลในพื้นที่ตัวอย่างด้วยวิธีการสัมภาษณ์

5. นำข้อมูลเข้าระบบคอมพิวเตอร์ด้วยวิธี double data entry และเปรียบเทียบข้อมูลสองชุดให้ตรงกับข้อมูลที่อยู่ในแบบสำรวจฯ ตรวจสอบและจัดการข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์

ประเด็นจริยธรรม

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนเก็บข้อมูลการวิจัยโดยผู้วิจัยได้ดำเนินการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์, ขั้นตอนการวิจัย การดำเนินการวิจัยและขอความร่วมมือหญิงวัยเจริญพันธุ์เข้าร่วมงานวิจัยโดยสมัครใจและมีสิทธิถอนตัว และข้อมูลที่เก็บจะเก็บรักษาเป็นความลับจะถูกคุ้มครองการเข้าถึงของผู้ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งนี้การวิจัยโครงการวิจัยนี้ผ่านการ

รับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย
กรมอนามัย เลขที่ 526/2565 ลงวันที่ 25
กรกฎาคม 2565

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง
กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,777 คน พบว่า ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ (ร้อยละ 91.6) อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาล (ร้อยละ 62.3) มีระดับการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.มากที่สุด (ร้อยละ 40.5) (ตาราง 1)

ตารางที่ 1 คุณลักษณะทางประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

คุณลักษณะ	จำนวน (n=1,777)	ร้อยละ
ศาสนา		
ไม่นับถือศาสนา	3	0.2
พุทธ	1627	91.6
อิสลาม	135	7.5
คริสต์	11	0.6
อื่น ๆ	1	0.1
เขตที่อยู่อาศัย		
อยู่ในเขตเทศบาล	670	37.7
อยู่นอกเขตเทศบาล	1107	62.3
ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เข้าเรียน	11	0.6
ประถมศึกษา	114	6.4
ม.ต้น	313	17.6
ม.ปลาย/ ปวช.	719	40.5
ปวส./ อนุปริญญาขึ้นไป	620	34.9
ระดับความเพียงพอของรายได้		
ขาดสน	96	5.4
พอใช้บางเดือน	317	17.8
พอกินพอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บออม	1139	64.1
เหลือเก็บออม	225	12.7

2. สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทย

หญิงวัยเจริญพันธุ์กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ
83.5 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับ
เพียงพอ (ตาราง 2)

ตารางที่ 2 ความชุกของความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์ของประเทศไทย

ระดับความเพียงพอของ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	คะแนน จากการสำรวจ	สัดส่วน คะแนน	ร้อยละ ประชากร	Standard Error
กลุ่มไม่เพียงพอ	≤ 44 คะแนน	≤ ร้อยละ 66	16.5	0.41
กลุ่มเพียงพอ	45 ถึง 68 คะแนน	> ร้อยละ 66	83.5	0.41

3. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและสังคมกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อระบุกลุ่มประชากรเสี่ยง

ตาราง 4 - 10 แสดงความสัมพันธ์
ของสองตัวแปรจากการวิเคราะห์ด้วยสถิติ
Chi-square ผลการวิเคราะห์พบว่า ปัจจัยที่มี
สัมพันธ์กับระดับ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัย
สำคัญทางสถิติที่ P-value <0.001 ได้แก่ การ
ศึกษา ระดับการอ่าน ระดับการเขียน อาชีพหลัก
ความเพียงพอของรายได้ ภาวะสุขภาพ สิทธิ
การรักษา ความบ่อนในการใช้อินเทอร์เน็ต และ
ช่องทางการได้รับข้อมูล

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=1777)

ปัจจัย	ไม่พอเพียง (คน)	ร้อยละ	พอเพียง (คน)	ร้อยละ	χ^2	p-value
เขตที่อยู่อาศัย						
ในเขตเทศบาล	108	16.1	562	83.9	.106	.792
นอกเขตเทศบาล	185	16.7	922	83.3		
การศึกษา						
ไม่ได้เข้าเรียน	4	36.4	7	63.6	20.873	<0.001*
ประถมศึกษา	30	26.3	84	73.7		
ม.ต้น / ม.ปลาย/ ปวช.	182	17.6	850	82.4		
ปวส./ อนุปริญญาขึ้นไป	77	12.4	543	87.6		

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=1777) (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่พอเพียง (คน)	ร้อยละ	พอเพียง (คน)	ร้อยละ	χ^2	p-value
ระดับการอ่าน						
อ่านไม่ได้	11	35.5	27	64.5	16.845	<0.001*
อ่านได้บ้าง แต่ไม่คล่อง	29	25.2	86	74.8		
อ่านได้คล่อง	253	15.6	1371	84.4		
ระดับการเขียน						
เขียนไม่ได้	7	36.8	12	63.2	16.203	<0.001*
เขียนได้บ้าง แต่ไม่คล่อง	31	26.3	87	73.7		
เขียนได้คล่อง	255	15.6	1378	84.4		
ลักษณะอาชีพหลัก						
ไม่ได้รับการจ้างงาน	27	18.7	119	81.3	13.059	.05
ลักษณะอาชีพที่ใช้ข้อมูล	57	11.6	433	88.4		
ลักษณะอาชีพที่ใช้แรงงาน	144	19.3	604	80.7		
ลักษณะอาชีพการสื่อสาร ปฏิสัมพันธ์	65	16.5	328	83.5		
ความเพียงพอของรายได้						
ขาดส่น	22	33.3	44	66.7	15.560	.01
พอใช้บางเดือน	56	17.7	261	82.3		
พอกินพอใช้ แต่ไม่เหลือเก็บออม	173	15.2	966	84.8		
เหลือเก็บออม	38	16.9	187	83.1		
ภาวะสุขภาพโดยรวม						
แย่มาก	9	60.0	6	40.0	44.503	<0.001*
แย่	8	20.5	31	79.5		
ปานกลาง	68	23.4	222	76.6		
ดี	159	16.4	808	83.6		
ดีมาก	48	10.4	415	89.6		

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=1777) (ต่อ)

ปัจจัย	ไม่พอเพียง (คน)	ร้อยละ	พอเพียง (คน)	ร้อยละ	χ^2	p-value	
สิทธิการรักษาพยาบาล							
บัตรทอง	208	18.4	922	81.6	11.439	<0.001*	
ประกันสังคม	61	12.7	419	87.3			
ข้าราชการ	7	9.1	70	90.9			
ประกันเอกชน	17	18.9	73	81.1			
ความบ่อยในการใช้อินเทอร์เน็ต							
ไม่ได้ใช้เลย	34	26.8	93	73.2	57.267	<0.001*	
1-2 วันต่อสัปดาห์	4	18.2	18	81.8			
3-4 วันต่อสัปดาห์	22	28.6	55	71.4			
5-6 วันต่อสัปดาห์	12	29.3	29	70.7			
ทุกวัน	220	14.6	1289	85.4			
ช่องทางการได้รับข้อมูล							
หนังสือพิมพ์	ไม่เคย	242	16.6	1218	83.4	4.606	.100
	นาน ๆ ครั้ง	50	17.6	234	82.4		
	บ่อยครั้ง	1	3.0	32	97.0		
วารสาร	ไม่เคย	264	17.6	1236	82.4	8.835	.05
	นาน ๆ ครั้ง	25	10.1	222	89.9		
	บ่อยครั้ง	4	13.3	26	86.7		
หนังสือหรือแผ่นพับ	ไม่เคย	215	16.8	1061	83.2	.569	.753
	นานๆ ครั้ง	71	15.8	379	84.2		
	บ่อยครั้ง	7	13.7	44	86.3		
อินเทอร์เน็ต	ไม่เคย	59	26.5	164	73.5	51.005	<0.001*
	นาน ๆ ครั้ง	90	24.8	273	75.2		
	บ่อยครั้ง	144	12.1	1047	87.9		
วิทยุ	ไม่เคย	212	16.8	1053	83.2	3.146	.370
	นาน ๆ ครั้ง	66	17.5	312	82.5		

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ (n=1777) (ต่อ)

	ปัจจัย	ไม่พอเพียง (คน)	ร้อยละ	พอเพียง (คน)	ร้อยละ	χ^2	p-value
โทรทัศน์	บ่อยครั้ง	15	11.3	118	88.7	39.488	<0.001*
	ไม่เคย	83	20.0	332	80.0		
	นาน ๆ ครั้ง	152	21.0	573	79.0		
ครอบครัว	บ่อยครั้ง	58	9.1	579	90.9	65.551	<0.001*
	ไม่เคย	94	23.2	311	76.8		
	นาน ๆ ครั้ง	151	21.2	261	78.8		
เพื่อน	บ่อยครั้ง	48	7.3	611	92.7	44.136	0.001*
	ไม่เคย	117	21.8	420	78.2		
	นาน ๆ ครั้ง	140	18.8	606	81.2		
เพื่อนร่วมงาน	บ่อยครั้ง	36	7.3	458	92.7	28.165	<0.001*
	ไม่เคย	148	20.1	588	79.9		
	นาน ๆ ครั้ง	117	16.4	596	83.6		
เจ้าหน้าที่	บ่อยครั้ง	27	8.3	300	91.7	6.859	.05
	ไม่เคย	82	19.3	342	80.7		
	นาน ๆ ครั้ง	142	17.1	688	82.9		
สาธารณสุข	บ่อยครั้ง	69	13.2	454	86.8		
	นาน ๆ ครั้ง						

*ที่ระดับนัยสำคัญ 0.001

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแรกที่สะท้อนสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 83.5 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ สัดส่วนนี้มากกว่าสัดส่วนภาพรวมของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปในปี พ.ศ. 2561 ที่อยู่ที่ร้อยละ 80.91

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับปัจจัยกำหนดสุขภาพ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของหญิงวัยเจริญพันธุ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ระดับการศึกษา อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ การอ่าน การเขียน สถานะสุขภาพ สิทธิการรักษาพยาบาล ความถี่ของการใช้อินเทอร์เน็ต และช่องทางการรับข้อมูลข่าวสาร ระดับการศึกษา การ

อ่าน การเขียน และอาชีพหลัก มีผลโดยตรงกับระดับความสามารถของบุคคลในการ รับรู้ข้อมูล การคิดวิเคราะห์ และการใช้ข้อมูลเพื่อตัดสินใจ ที่เอื้อให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีการศึกษาสูงกว่า อ่าน เขียนได้คล่องกว่า และมีอาชีพที่ต้องใช้ข้อมูลหรือการสื่อสาร สามารถเข้าถึง การบริการที่มีคุณภาพ และอยู่ในบริบทชีวิตที่บุคคลต้องใช้ทักษะด้านปัญญาและสังคมมากกว่า สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Van der Heide⁽⁶⁾ และ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นปัจจัยขึ้นกลางระหว่างปัจจัยกำหนดสุขภาพและผลลัพธ์สุขภาพ อีกทั้ง ผู้ที่มีปัจจัยกำหนดสุขภาพที่ดีกว่ามัก ซึ่งมีแนวโน้มที่จะมีรายได้เพียงพอด้วยเช่นกัน ผ่านความสามารถในการบริหารการเงินตนเองที่ดี (financial literacy)⁽⁷⁻¹⁰⁾ และมักได้รับการจ้างงานและใช้สิทธิประกันสังคมอย่าง ที่ ข้อค้นพบของการศึกษานี้ได้แสดงให้เห็นด้วยแล้วว่า หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ใช้สิทธิประกันสังคม และข้าราชการมีสัดส่วนผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอสูงกว่าสิทธิอื่น ๆ คนที่มีสถานะสุขภาพที่ดีมักค้นหาข้อมูลและความรู้เพื่อดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องมากกว่าคนที่ยังไม่เป็นโรค อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มคนที่ยังไม่มีโรค อาจมีการค้นหาข้อมูลเพื่อดูแลสุขภาพของตนเองมากกว่าด้วย (illness seeker vs. wellness seeker) ดังนั้น อาจไม่ใช่เพียงการมีอยู่ของโรค แต่เป็นความตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงของตนเองต่อการเกิดโรคด้วย (perceived health risk)⁽¹¹⁻¹⁴⁾ ช่องทางการรับรู้ข้อมูลสุขภาพผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว

เพื่อน โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต หมอและพยาบาล มีส่วนช่วยกระตุ้นทักษะการคิดวิเคราะห์และการมีปฏิสัมพันธ์เชิงสังคม ซึ่งอาจอธิบายความแตกต่างของระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ระหว่างผู้ที่รับรู้บ่อยครั้งกับผู้ที่ไม่เคยรับรู้เลยได้⁽¹⁵⁾

ข้อเสนอแนะในการเสริมสร้างทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ

1. ควรส่งเสริมกิจกรรมการอ่านและการสืบค้นข้อมูลเพื่อหาคำตอบด้วยตนเองจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือให้หญิงวัยเจริญพันธุ์ได้ฝึกทักษะกระบวนการเรียนรู้และสืบค้นจากอินเทอร์เน็ตจากแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือได้ โดยเฉพาะข้อมูลสุขภาพเผยแพร่ผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ครอบครัว เพื่อน สื่อสิ่งพิมพ์สื่อสร้างกระแส เช่นโทรศัพท์ และอินเทอร์เน็ต

2. ควรเสริมสร้างความรอบรู้และทักษะการเงิน (financial literacy) และวินัยทางการเงินให้กับประชาชน

3. ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ที่ทำอาชีพเสี่ยงได้มีโอกาสฝึกทักษะที่จำเป็นในการเข้าถึงและใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสวัสดิการและการบริการสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการประกอบอาชีพ

4. ควรออกแบบนโยบายที่เฉพาะเจาะจงกับบริบทของพื้นที่ และการสื่อสารประชาสัมพันธ์ และการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพที่คำนึงถึงกลุ่มเป้าหมายที่มีข้อจำกัดต่างๆ

ข้อสรุป

หญิงวัยเจริญพันธุ์ ช่วงอายุ 20-35 ปี ในการศึกษา มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ ร้อยละ 83.5 การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ควรให้ความสำคัญกับความแตกต่างของกลุ่มเป้าหมายในด้านระดับการศึกษา อาชีพหลัก ความเพียงพอของรายได้ การอ่าน การเขียน สถานะสุขภาพ สิทธิการรักษาพยาบาล ความถี่ของการใช้อินเทอร์เน็ต และช่องทางการรับข้อมูลข่าวสาร

เอกสารอ้างอิง

1. Sørensen K, Brand H. Health literacy lost in translations? Introducing the European Health Literacy Glossary. *Health Promot Int* [Internet]. 2014 Dec 1 [cited 2024 Jan 29];29(4):634–44. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23479322/>
2. Sørensen K, Van Den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health* [Internet]. 2012 [cited 2024 Jan 29];12(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22276600/>
3. วิมล โธมา, สายชล คล้อยเอี่ยม, วรัญญา สุขวงศ์, จิตติวัฒน์ แก้วอำดี, อัจฉรา ตันหนึ่ง, รุ่งนภา คำผาง, et al. การสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป พ.ศ. 2562. 2019.
4. Nubeam D, Muscat DM. Health Promotion Glossary. *Health Promot Int*. 1998 Jan 1 [cited 2024 Jan 29];36(6):1578–98
5. Stormacq C, Van Den Broucke S, Wosinski J. Does health literacy mediate the relationship between socioeconomic status and health disparities? Integrative review. *Health Promot Int* [Internet]. 2019 Oct 1 [cited 2024 Jan 29];34(5):E1–17. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30107564/>
6. Van Der Heide I, Wang J, Droomers M, Spreeuwenberg P, Rademakers J, Uiters E. The relationship between health, education, and health literacy: results from the Dutch Adult Literacy and Life Skills Survey. *J Health Commun* [Internet]. 2013 Dec 4 [cited 2024 Jan 29];18 Suppl 1(Suppl 1):172–84. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24093354/>
7. Ayers SL, Kronenfeld JJ. Chronic illness and health-seeking information on the Internet. <http://dx.doi.org/10.1177/1363459307077547> [Internet]. 2007 Jul 1 [cited 2024 Jan 29];11(3):327–47. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1363459307077547>
8. Wu Y, Wang L, Cai Z, Bao L, Ai P, Ai Z. Prevalence and Risk Factors of Low

- Health Literacy: A Community-Based Study in Shanghai, China. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2017 Jun 12 [cited 2024 Jan 29];14(6). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28604645/>
9. Svendsen IW, Damgaard MB, Bak CK, Bøggild H, Torp-Pedersen C, Svendsen MT, et al. Employment Status and Health Literacy in Denmark: A Population-Based Study. *Int J Public Health* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jan 29];66:598083. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34744563/>
 10. Ayotte BJ, Allaire JC, Bosworth H. The associations of patient demographic characteristics and health information recall: the mediating role of health literacy. *Neuropsychol Dev Cogn B Aging Neuropsychol Cogn* [Internet]. 2009 [cited 2024 Jan 29];16(4):419–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19424920/>
 11. Weaver JB, Mays D, Weaver SS, Hopkins GL, Eroglu D, Bernhardt JM. Health information-seeking behaviors, health indicators, and health risks. *Am J Public Health* [Internet]. 2010 Aug 1 [cited 2024 Jan 29];100(8):1520–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20558794/>
 12. Tang C, Wu X, Chen X, Pan B, Yang X. Examining income-related inequality in health literacy and health-information seeking among urban population in China. *BMC Public Health* [Internet]. 2019 Feb 21 [cited 2024 Jan 29];19(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6385413/>
 13. Andreassen HK, Bujnowska-Fedak MM, Chronaki CE, Dumitru RC, Pudule I, Santana S, et al. European citizens' use of E-health services: a study of seven countries. *BMC Public Health* [Internet]. 2007 [cited 2024 Jan 29];7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17425798/>
 14. Liu L, Qian X, Chen Z, He T. Health literacy and its effect on chronic disease prevention: evidence from China's data. *BMC Public Health* [Internet]. 2020 May 14 [cited 2024 Jan 29];20(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32410604/>
 15. Cotten SR, Gupta SS. Characteristics of online and offline health information seekers and factors that discriminate between them. *Soc Sci Med* [Internet]. 2004 Nov [cited 2024 Jan 29];59(9):1795-806. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15312915/>

**การขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization)
ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น**

ประทุม โพธิจินดา

(วันที่รับบทความ: 21 มีนาคม 2567, วันที่แก้ไข: 23 พฤษภาคม 2567, วันที่ตอบรับ 4 มิถุนายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลลัพธ์การดำเนินงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ทำการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562 ผลการศึกษา จากการประเมินตนเองทุกองค์ประกอบขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ผลลัพธ์การดำเนินงานอยู่ที่ระดับร้อยละ 80.0 ขึ้นไป ผลการประเมินรายด้าน พบว่า 1) ด้านผู้นำองค์กรมีการกำหนดนโยบายเรื่องความรู้ด้านสุขภาพชัดเจน 2) ด้านบุคลากร ได้รับการพัฒนาด้านความรู้ด้านสุขภาพทั่วทั้งองค์กร สามารถกำกับติดตามเฝ้าระวังเพื่อยกระดับความรู้ด้านสุขภาพของตนเองและกลุ่มเป้าหมายที่ตนเองรับผิดชอบได้ บุคลากรให้บริการข้อมูลสุขภาพสู่ประชาชน เน้นการเข้าถึงและเข้าใจได้ง่าย นำเทคโนโลยีมาใช้เพื่อให้บริการ เกิดความสะดวก รวดเร็ว และ 3) ด้านสภาพแวดล้อมภายในองค์กร มีการจัดทำป้ายสัญลักษณ์จุดให้บริการชัดเจน การจัดทำป้ายชื่อบุคลากรให้เป็นรูปแบบเดียวกัน ปรับสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมเพื่อการบริการส่งเสริมสุขภาพทั่วทั้งองค์กร

สรุปผลจากการขับเคลื่อนงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ มีผลลัพธ์เป็นที่ประจักษ์ การนำองค์กรการวางแผนและพัฒนาบุคลากร และให้ความสำคัญกับข้อมูลและการสื่อสาร ที่มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการเกิดการ เข้าถึงเข้าใจ และนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลตนเองเพื่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน ตามแนวทางขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี

Corresponding author : ประทุม โพธิจินดา email : partoom1997@gmail.com

Driving Operations to be a Health Literate Organization of Health Promoting Hospital Health Center 7, Khon Kaen

Pratoom Potijinda

(Receive 21st March 2024; Revised : 23rd May 2024; Accepted 4th June 2024)

Abstract

This descriptive research aims to study the results of the driving operations to be a Health Literate Organization of Health Promoting Hospital Health Center 7, Khon Kaen. Study between 1 October 2018 to 30 September 2019. The results was found that the self-assessment of every component of the organization was health-informed. Operating results are at a level of 80.0% evaluation of each area found that 1) the organization's leadership had clearly established a policy on health literacy 2) Personnel have been developed in health literacy throughout the organization, that be able to supervise and monitor in order to raise the level of health literacy of themselves and the target groups for which they are responsible. The personnel provide health information services to the public, they focus on accessibility and ease of understanding, use technology to provide services convenient and 3) The environment within the organization, there are clear signs for service points preparation of personnel name tags in a uniform format optimize the environment for health promotion services throughout the organization. In conclusions, the driving operations to be a Health Literate Organization of Health Promoting Hospital Health Center 7, Khon Kaen are evident. The organization in planning and developing personnel, give importance to information and communication that focuses on providing service recipients with reach, understand and use the information for self-care for people's health knowledge to the organization's guidelines for sustainable health literacy.

Keywords: Health Literacy, Health Literate Organization

Registered Nurse (Professional Level), Regional Health Promotion Center 8 Udonthani

Corresponding author : partoom Phothijinda email : partoom1997@gmail.com

บทนำ

จากนโยบายการปฏิรูปงานด้านสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเน้นให้ประชาชนทุกภาคส่วนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพมีโอกาที่เท่าเทียมในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่จำเป็น เพื่อมุ่งสู่การเป็นประเทศที่มีระบบสาธารณสุข การศึกษา สวัสดิการสังคม และสิ่งแวดล้อม ที่เอื้อให้ประชาชนสามารถเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน และปรับใช้ข้อมูลและบริการต่างๆ ในสังคม ในการตัดสินใจดูแลสุขภาพของตนเองและครอบครัวได้อย่างเหมาะสม โดยการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถดูแลสุขภาพตนเองได้ เป็นประเด็นเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการให้เป็นฐานรากที่สำคัญของระบบสุขภาพ⁽¹⁾ การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ จึงเป็นทักษะที่สำคัญในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพ ส่งเสริมให้ประชาชนพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลเพื่อการรักษาสุขภาพของตนอย่างยั่งยืน กระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วย วิเซฟ (V-shape) มี 6 องค์ประกอบ คือ การเข้าถึง การเข้าใจ การตอบโต้ซักถามและแลกเปลี่ยน การตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม และการบอกต่อมากกว่าการสอนให้รู้⁽¹⁾ ในขณะที่แนวคิดหลักการขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพได้ถูกวางรากฐานความเท่าเทียมของการเข้าถึงหลักการยังอยู่ในวงจำกัดเพียงบางกลุ่ม กรมอนามัยจึงได้พัฒนากิจกรรมพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในทุกลุ่มวัย เพื่อดำเนินการควบคู่กับการส่งเสริมสุขภาพในระบบสุขภาพต่างๆ 4 ระบบ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพตนเอง การป้องกันโรค

ด้วยตนเอง การคัดกรองและเลือกรับผลิตภัณฑ์สุขภาพ และการจัดบริการสุขภาพด้วยกระบวนการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ การเข้าถึง/เข้าใจ/ตัดสินใจ/และบอกต่อ ในทุกช่วงวัยของประชาชน ตั้งแต่เกิดจนตาย ตามกรอบ 3 มิติ 4 ประเด็น และการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพของสังคมไทย กรอบการพัฒนาได้กล่าวถึงระบบสุขภาพไว้ได้ชัดเจน ทุกช่วงวัยสามารถนำไปใช้ได้⁽²⁾

กรมอนามัย เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพของประเทศ โดยจัดทำข้อเสนอ การจัดการให้สถาบัน การศึกษาทุกระดับสถานบริการ สุขภาพ สถานที่ทำงาน และโรงงานต่างๆ เป็นองค์กรแห่งความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Organization: HLO) การขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ มีการขับเคลื่อนอย่างจริงจังในปี พ.ศ. 2561 จากแผนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข 20 ปีของประเทศไทย⁽³⁾ โดยยึดถือหลักการสำคัญ องค์กรมีนโยบายการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพเป็นเรื่องของทุกคนในองค์กร การจัดระบบ กระบวนการ และบริการ ที่ให้ความสำคัญกับเรื่องข้อมูลและการสื่อสาร ที่เอื้อให้บุคลากรทุกคน มีความสามารถในการสื่อสาร การให้ข้อมูลสุขภาพ กิจกรรมสุขศึกษา ที่มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการเกิดการ เข้าถึง เข้าใจ และนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพไม่ว่าผู้รับบริการจะเป็นใคร และมีลักษณะทางประชากรเป็นอย่างไร ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เป็นหน่วยงานสังกัดกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีบทบาทในการส่งเสริมสุขภาพ ประชาชน

5 กลุ่มวัยร่วมกับภาคีเครือข่ายในเขตสุขภาพที่ 7 ในการขับเคลื่อนภารกิจสำคัญคือการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน การดำเนินงานโครงการขับเคลื่อนองค์กรที่มุ่งสู่การเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมสนับสนุน และจัดการทุกกลุ่ม/หน่วย/งาน สู่การเป็นต้นแบบองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ตอบสนองการพัฒนาความรอบรู้ ด้านสุขภาพ เพื่อส่งเสริมศักยภาพของประชาชนและองค์กรอย่างเป็นระบบ เน้นการเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรขององค์กรและเครือข่าย จากการทำหน้าที่ผ่านมาพบว่ามีการศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 แต่ยังไม่มีการศึกษาวิจัยและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผลการดำเนินงานขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในประเทศไทยอย่างเป็นระบบ ตามกรอบขององค์การอนามัยโลกที่การพัฒนาองค์กรแห่งความรอบรู้ด้านสุขภาพควรเริ่มที่ระบบบริการสาธารณสุข หรือ โรงพยาบาลก่อนเพื่อเป็นต้นแบบให้เกิดการประยุกต์ไปสู่องค์กรอื่นต่อไป⁽⁴⁾ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยการประเมินผลในระยะเริ่มต้นปีงบประมาณ 2562 ประกอบไปด้วยการประเมิน 3 ด้าน คือ ผู้นำองค์กร บุคลากรผู้ให้บริการและสภาพแวดล้อมภายในองค์กร เพื่อพัฒนาองค์กรสู่การเป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพตามแผนการปฏิรูปประเทศให้สามารถบรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์วิจัย เพื่อศึกษาผลลัพท์การดำเนินงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ระเบียบวิธีวิจัย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) พื้นที่ศึกษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากรที่ศึกษา คือ บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกด้วยวิธีการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) โดยมีคุณสมบัติ คือ เป็นผู้นำองค์กร บุคลากรผู้ให้บริการ และผู้ดูแลสภาพแวดล้อมภายในองค์กร และปฏิบัติงานในช่วงที่ทำการศึกษา รวม 50 คน และผู้วิจัยเก็บข้อมูลจากเอกสารผู้วิจัยเลือกศึกษาเจาะจงจากที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบไปด้วย แผนงาน/โครงการ เอกสารสรุปผลงานและแผนปฏิบัติการ ของกลุ่ม/งาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ โดยสาระของเอกสารดังกล่าวจะต้องแสดงถึงลักษณะเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง

ขั้นตอนดำเนินการ

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์และการขับเคลื่อนโรงพยาบาลรอบรู้ด้านสุขภาพแยกกลุ่ม ผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและสภาพแวดล้อม โดยการมีการแลกเปลี่ยนรู้กับหน่วยงานภายใน ระดมสมอง การสังเกตและการสัมภาษณ์ ได้แก่ ผู้รับบริการ สังเกตโดยการมีส่วนร่วมในการให้บริการ ผู้ให้บริการ สังเกตพฤติกรรมกรให้บริการ สื่อสารประชาสัมพันธ์การให้บริการ ผ่านทางช่องทาง

กล่องรับความคิดเห็น การเสนอแนะกับผู้ให้บริการโดยตรง ขณะรับบริการ

ขั้นตอนที่ 2 เก็บรวบรวมข้อมูลการพัฒนาเป็นองค์กรความรู้ด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ข้อมูลการกำหนดนโยบายโดยผู้นำองค์กร ข้อมูลการพัฒนาบุคลากร ประเมินผลลัพธ์การดำเนินการ และร่วมกันถอดบทเรียนเทคนิคการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมความรู้ทางสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 3 สรุปผลการพัฒนาองค์กรความรู้ด้านสุขภาพ ด้านผู้นำองค์กร บุคลากรผู้ให้บริการ และสภาพแวดล้อมภายในองค์กร

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งการใช้เครื่องมือจากการศึกษาที่ผ่านมา⁽⁵⁾ และส่วนที่นักวิจัยสร้างขึ้นและจากการทบทวนวรรณกรรม⁽⁶⁾ ได้แก่

1. แบบสอบถามประกอบไปด้วย ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 6 ข้อและส่วนที่ 2 แบบประเมินตนเองตามองค์ประกอบขององค์กรความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 10 ข้อ

2. แบบประเมินผลการเป็นองค์กรความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบไปด้วย แบบบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ผู้บริหารผู้อำนวยการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ หัวหน้ากลุ่ม/งาน การเก็บข้อมูลจากเอกสารแผนงานโครงการและการสังเกตการณ์ของผู้วิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลแบบพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะเพศ อายุ ตำแหน่ง ระดับตำแหน่ง การศึกษา ระยะเวลาปฏิบัติงาน ใช้การวิเคราะห์หาค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าร้อยละ และนำเสนอในรูปตารางประกอบ การบรรยาย

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการตีความเชิงเนื้อหา ตามแบบประเมินองค์ประกอบขององค์กรความรู้ด้านสุขภาพ ตามโครงสร้าง 3 องค์ประกอบ สรุปเชิงเนื้อหาและใจความสำคัญ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของบุคลากร พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 76.0 มีอายุเฉลี่ย 43 ปี อายุต่ำสุด 27 ปี อายุสูงสุด 60 ปี ระดับการศึกษาปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 90.0 ส่วนใหญ่ปฏิบัติงานในตำแหน่งข้าราชการ ร้อยละ 72.0 เคยได้รับความรู้เรื่องความรู้ด้านสุขภาพ ร้อยละ 100 รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
เพศ		
ชาย	12	24.0
หญิง	38	76.0
อายุเฉลี่ย (ปี) 43 ปี สูงสุด 60 ปี ต่ำสุด 27 ปี		
สถานภาพสมรส		
โสด	26	52.0
คู่	20	40.0
หม้าย/หย่า/แยก	4	8.0
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา หรือเทียบเท่า	3	6.0
ปริญญาตรี	45	90.0
สูงกว่าระดับปริญญาตรี	2	4.0
ตำแหน่ง		
ข้าราชการ	36	72.0
พนักงานราชการ	5	10.0
พนักงานกระทรวง	6	12.0
ลูกจ้างประจำ	2	4.0
อื่นๆ	1	2.0
ระยะเวลาที่ปฏิบัติงาน		
<10 ปี	22	44.0
≥10 ปีขึ้นไป	28	56.0
การได้รับความรู้เรื่อง HL		
ได้รับ	50	100

2. ผลลัพธ์การดำเนินงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จากการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัย

ที่ 7 ขอนแก่น ผลการประเมินตนเอง พบว่าทุกองค์ประกอบขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ มีการประเมินผลงานที่ระดับร้อยละ 80.0 ขึ้นไป รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ผลการประเมินตนเองตามองค์ประกอบขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ 10 องค์ประกอบ

องค์ประกอบขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)			หมายเหตุ/แผนการพัฒนาในอนาคต (เช่น ผู้รับผิดชอบช่วงเวลา ฯลฯ)
	มี	ไม่มี	ไม่ชัดเจน	
1. ผู้บริหารองค์กรกำหนดนโยบาย พันธกิจ โครงสร้าง และแผนปฏิบัติการขององค์กร ให้บุคลากรขององค์กรสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้รับบริการ/ผู้ที่มีส่วนได้เสีย	50 (100)	-	-	- ผู้บริหารมีการประกาศนโยบายองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพและแผนการพัฒนาให้บุคลากรรับทราบทั้งองค์กร เมื่อวันที่ 7 มีนาคม 2560
2. องค์กรบูรณาการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพในการวางแผน ประเมินผล และพัฒนาเพื่อให้เป็นองค์กรคุณภาพ	48 (96.0)	-	2 (4.0)	- จัดตั้งคณะทำงาน Innovation และ Easy Access - มี Time Line ในการดำเนินงาน - มีการจัดตั้งคณะทำงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literate Organization (HLO) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น - มีการติดตามและรายงานความก้าวหน้าทุก 1 เดือน
3. บุคลากรขององค์กรได้รับการพัฒนาวิธีการทำงาน ตามแนวคิดการสร้างความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพ	50 (100)	-	-	- ดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้เชิงปฏิบัติการ เรื่อง องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ แก่บุคลากรทุกระดับ เมื่อวันที่ 21-22 มีนาคม 2560

ตารางที่ 2 ผลการประเมินตนเองตามองค์ประกอบขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ 10 องค์ประกอบ (ต่อ)

องค์ประกอบขององค์กรรอบรู้ ด้านสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)			หมายเหตุ/แผนการพัฒนา ในอนาคต (เช่น ผู้รับผิดชอบ ช่วงเวลา ฯลฯ)
	มี	ไม่มี	ไม่ ชัดเจน	
4. บุคลากรที่ได้รับการพัฒนาด้าน ความรู้ด้านสุขภาพแล้ว สามารถกำกับ ติดตาม เฝ้าระวัง เพื่อยกระดับความรู้ด้าน สุขภาพของตนเองและกลุ่มเป้าหมาย ที่ตนเองรับผิดชอบได้	50 (100)	-	-	- บุคลากรในหน่วยงานนำแผนการ สอนที่ได้จัดทำขึ้นมาปฏิบัติและ ติดตามผลเป็นระยะเวลา 1 เดือน
5. ข้อมูลสุขภาพขององค์กรมีความ หลากหลาย สามารถตอบสนอง ความต้องการและความสามารถ ในการรับรู้ของผู้รับบริการ/ผู้ที่มี ส่วนได้เสีย	40 (80.0)	2 (4.0)	8 (16.0)	- กำลังอยู่ระหว่างดำเนินการ สำรวจความพึงพอใจ ความ ต้องการ และความคาดหวังของ ผู้รับบริการ/ผู้ที่มีส่วนได้เสีย
6. องค์กรออกแบบและเผยแพร่ ข้อมูลสุขภาพสู่สังคม โดยเน้น การเข้าถึงและเข้าใจได้ง่าย สามารถนำไปใช้ได้จริง	45 (90.0)	-	5 (10.0)	- อยู่ระหว่างดำเนินการจัดทำสื่อ Digital เช่น บัญชีเฟซบุ๊ก ของ แต่ละหน่วยงาน การจัดทำคิวอาร์ โค้ด เผยแพร่ข้อมูลสุขภาพตาม กลุ่มวัย
7. องค์กรมีช่องทางให้ผู้รับบริการ/ ผู้ที่มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วม ในการออกแบบและระบุช่อง ทางการสื่อสารข้อมูล ที่เข้าถึง กลุ่มเป้าหมาย เข้าใจได้ง่าย รวม ถึงช่วยตัดสินใจ สามารถนำไปใช้ และบอกต่อได้	50 (100)	-	-	- ดำเนินการสำรวจความพึงพอใจ ความต้องการ และความคาดหวัง ของผู้รับบริการ/ผู้ที่มีส่วนได้เสีย เพื่อนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์และ ออกแบบระบบหรือนวัตกรรม การให้บริการ

ตารางที่ 2 ผลการประเมินตนเองตามองค์ประกอบขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ 10 องค์ประกอบ (ต่อ)

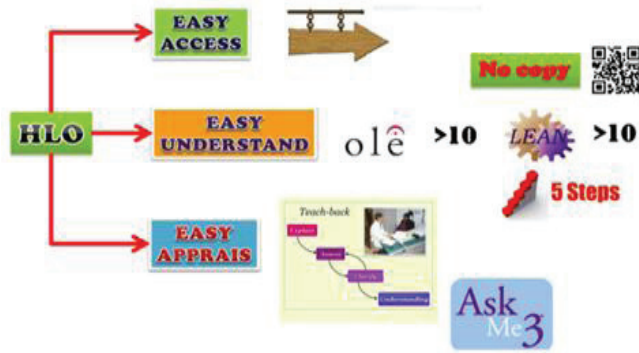
องค์ประกอบขององค์การรอบรู้ ด้านสุขภาพ	จำนวน (ร้อยละ)			หมายเหตุ/แผนการพัฒนา ในอนาคต (เช่น ผู้รับผิดชอบ ช่วงเวลา ฯลฯ)
	มี	ไม่มี	ไม่ ชัดเจน	
8. รูปแบบ วิธีการ และช่องทางที่ใช้ ในการสื่อสารข้อมูลขององค์กร เอื้อให้ผู้รับบริการเข้าถึง เข้าใจ ได้ง่าย และนำข้อมูลไปใช้ได้ จริง จนสามารถสื่อสาร บอกต่อ ประสบการณ์ให้กับครอบครัว ชุมชน และสังคมของตนเอง ต่อไปได้	50 (100)	-	-	- มีการจัดทำบัญชีเพจเฟซบุ๊ก ของ แต่ละหน่วยงาน จัดทำคิวอาร์ โค้ด เผยแพร่ข้อมูลสุขภาพตาม กลุ่มวัย - ดำเนินการจัดทำป้ายสัญลักษณ์ การเข้าถึงบริการที่ชัดเจนและ เข้าถึงง่าย
9. ประเด็นที่สื่อสารสู่ผู้รับบริการ เครือข่าย และสังคมมีความ ถูกต้อง ชัดเจน ทันสมัย มีการ เน้นย้ำกรณีความเสี่ยงและสิทธิ ของผู้รับบริการ	50 (100)	-	-	- มีการสื่อสารที่ชัดเจนในหลาก หลายช่องทาง - อยู่ในระยะระหว่างการปรับปรุงช่อง ทางการประเมินผลลัพธ์
10. องค์กรมีระบบตรวจสอบและ ประเมินผลลัพธ์ของการสื่อสาร ข้อมูลสุขภาพ ครอบคลุมในทุก กลุ่มวัย ในทุกหน่วยงานย่อย ขององค์กร	50 (100)	-	-	- มีการดำเนินการวางระบบการ ตรวจสอบและประเมินผลลัพธ์ จากการติดตามงานในทุกภารกิจ กลุ่มวัย กลุ่มงานต่างๆ

3. ผลการประเมินการขับเคลื่อนการ
ดำเนินงานให้เป็นองค์การรอบรู้ด้านสุขภาพของ
โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7
ขอนแก่น ดังนี้

3.1 ด้านผู้นำองค์กร

มีการกำหนดนโยบายและ
ประกาศให้บุคลากรได้รับทราบนโยบายพร้อม

ยึดถือเป็นแนวทางการปฏิบัติในการดำเนิน
งาน บูรณาการเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ
ในการวางแผน ประเมินผลและพัฒนาเพื่อให้
เป็นองค์กรคุณภาพทุกคลินิก งาน และมีการ
ติดตามผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหาร
โรงพยาบาลทุกเดือน รายละเอียดดังแผนภาพ
ที่ 1



แผนภาพที่ 1 ผลลัพธ์ด้านผู้นำองค์กรและนโยบายขององค์กร

3.2 ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ ได้รับการพัฒนาด้านความรู้ด้านสุขภาพ สามารถกำกับ ติดตาม เฝ้าระวัง เพื่อยกระดับ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของตนเองและกลุ่มเป้าหมายที่ตนเองรับผิดชอบได้ ได้รับการพัฒนา วิธีการทำงาน ตามแนวคิดการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ โดยการออกแบบและเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพของคลินิก งาน สู่ประชาชน เน้นการเข้าถึงและเข้าใจได้ง่าย มีช่องทางให้ผู้รับบริการ/ ผู้ที่มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบ และระบุช่องทางการสื่อสารข้อมูล ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ผ่านกลไกแสดงความคิดเห็น เสียงตามสาย เน้นการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ

การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัย มีโปรแกรมระบบบริหารจัดการโรงพยาบาล เพื่อความสะดวก รวดเร็ว สามารถเชื่อมต่อข้อมูลได้ง่ายขึ้น รวมถึงลดการใช้กระดาษ ให้น้อยลง จากการรวบรวมข้อมูล มีการจัดทำแผนการสอน (OLE) จำนวน 10 เรื่อง การพัฒนากระบวนการงาน (LEAN) จำนวน 10 เรื่อง ทุกคลินิก/งาน มีจัดทำแผนงานโครงการนำแนวทางความรู้ด้านสุขภาพ ไปใช้ทุกกลุ่ม/หน่วย/งาน ร้อยละ 100 การประชาสัมพันธ์การให้บริการ การพัฒนาระบบบริการ ให้มี ความทันสมัยและขับเคลื่อนความรู้ด้านสุขภาพ รายละเอียดดังตารางที่ 3 และ 4

ตารางที่ 3 จำนวนและชื่อเรื่องแผนการสอนในองค์กร (OLE)

ลำดับที่	แผนการสอนเรื่อง	งาน/คลินิก
1	การให้ความรู้ก่อนการตรวจเลือดพ่อแม่ สำหรับหญิงตั้งครรภ์และสามีในการฝากครรภ์ครั้งที่ 1	คลินิกฝากครรภ์
2	การประเมินการเจริญเติบโตของเด็กอายุ 2 เดือน โดยผู้ปกครอง	คลินิกตรวจสุขภาพเด็กดี
3	การคุมกำเนิดโดยวิธีการฝังยาคุมกำเนิดสำหรับผู้รับบริการวัยรุ่น	คลินิกอนามัยเจริญพันธุ์และวัยรุ่น
4	การดูแลตนเองในผู้มีภาวะ Metabolic syndrome ในผู้รับบริการกลุ่มเสี่ยง	คลินิกส่งเสริมสุขภาพ
5	ไขมันในเลือดสูง สำหรับผู้สูงอายุ	คลินิกส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
6	สิทธิการรักษาของผู้รับบริการ รพ.ส่งเสริมสุขภาพ	งานประกันสุขภาพและเวชระเบียน
7	การให้บริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น	งานเวชระเบียน
8	การใช้ยาเม็ดเสริมธาตุเหล็กในหญิงตั้งครรภ์	งานเภสัชกรรม
9	การเตรียมตัวก่อนเอกซเรย์ปอดงานรังสีวิทยา	งานรังสีวิทยา
10	การป้องกันและรักษาคอพอก	งานทันตกรรม

ตารางที่ 4 จำนวนและชื่อเรื่อง ผลการพัฒนาระบบงานในองค์กร (LEAN)

ลำดับที่	เรื่อง	งาน/คลินิก
1	การลดระยะเวลาการฝากครรภ์รายใหม่	คลินิกฝากครรภ์
2	Amazing Multiple Lean in Daycare การตรวจสุขภาพและคัดกรองโรคติดต่อ Quick Start Quick Screen & Quick Smile	สถานส่งเสริมพัฒนาการเด็กปฐมวัย
3	การตรวจมะเร็งปากมดลูกและการสอนสาธิต การตรวจเต้านมตนเองแก่ผู้รับบริการตรวจสุขภาพ จากคลินิกส่งเสริมสุขภาพและคลินิกผู้สูงอายุ	คลินิกอนามัยเจริญพันธุ์และวัยรุ่น
4	การบริการตรวจสุขภาพประจำปี	คลินิกส่งเสริมสุขภาพ

ตารางที่ 4 จำนวนและชื่อเรื่อง ผลการพัฒนากระบวนการงานในองค์กร (LEAN)

ลำดับที่	เรื่อง	งาน/คลินิก
5	การลดระยะเวลาารอคอย	คลินิกส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ
6	ความถูกต้องครบถ้วนของใบสั่งยา	งานประกันสุขภาพ
7	กระบวนการงานเวชระเบียน	งานเวชระเบียน
8	Dispensing Lean Project งานบริการจ่ายยา	งานเภสัชกรรม
9	กระบวนการงานรังสีวิทยา	งานรังสีวิทยา
10	กระบวนการตรวจสอบสุขภาพช่องปากของผู้รับ บริการคลินิกส่งเสริมสุขภาพ	งานทันตกรรม

3. ด้านสภาพแวดล้อมภายในองค์กร

3.1 ผลลัพธ์การดำเนินงานพบการจัดการดังนี้ หน่วยงานมีป้ายสัญลักษณ์ จุดให้บริการ อย่างชัดเจน การจัดทำป้ายชื่อบุคลากรให้เป็นรูปแบบเดียวกันทั่วทั้งองค์กร อาคารมีการทาสีใหม่ มีการจัดมุมให้บริการเพื่อส่งเสริม

สุขภาพขณะรอรับบริการ เช่น มีการจัดหา Smart TV การจัดมุมทางเดินกะลามาพริ้ว เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายช่วงรอรับบริการ มุมอาหารว่างสำหรับผู้มาตรวจสุขภาพประจำปี รายละเอียดดังแผนภาพที่ 2



แผนภาพที่ 2 ภาพการจัดการสภาพแวดล้อมและความปลอดภัยในองค์กร

3.2 ผลการสำรวจเพื่อการปรับปรุง และความปลอดภัย รวมทั้งหมด 11 ประเด็น (Suggestion System) ด้านสิ่งแวดล้อม รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 จำนวนและข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงงาน (Suggestion System) ด้านสิ่งแวดล้อมและความปลอดภัย

ประเด็น	ลำดับที่	เรื่อง
ด้านสิ่งแวดล้อม 9 เรื่อง	1	จัดมุมส่งเสริมพัฒนาการทารกในครรภ์ เพื่อส่งเสริมให้หญิงตั้งครรภ์มีมุมส่งเสริมพัฒนาการของทารกในครรภ์ขณะนั่งรอตรวจ
	2	จัดหาเครื่องทำน้ำเย็น เพื่อทดแทนเครื่องเดิม
	3	ถังขยะควรจะเป็นรูปแบบเดียวกันทั้งโรงพยาบาล เพื่อความเป็นระเบียบ
	4	เปลี่ยนทีวีเดิมเป็นสมาร์ททีวี เพื่อความทันสมัย ง่ายต่อการเชื่อมต่อเทคโนโลยีปัจจุบัน ทำให้เข้าใจสื่อในการสอนง่ายขึ้น
	5	จัดสถานที่ให้เป็นสัดส่วน เช่น ห้องตรวจ พัฒนาการเด็ก ห้องเฝ้าระวังวัคซีน เพิ่มพื้นที่โรงเรียนพ่อแม่ให้โปร่งโล่ง และเป็นสัดส่วน ปรับปรุงมุมเด็กเล่นให้มีความเหมาะสม ปลอดภัย มีของเล่นเสริมพัฒนาการ มีมุมสื่อให้ความรู้
	6	ทาสีผนังห้องใหม่ เพื่อความสวยงาม
	7	ทำป้ายแจ้งชื่อผู้รับผิดชอบ เครื่องกรองน้ำดื่ม/วันที่ล้าง ป้ายชั้นตอนดูแลรักษาเครื่องกรองน้ำ ถังใส่ผ้าเช็ดมือควรจัดไว้ให้เพียงพอ
	8	เปลี่ยนเก้าอี้ใหม่ หรือเอาเก้าอี้เก่าส่งซ่อมแซม จัดทำบอร์ดให้ความรู้ใหม่ หรือจัดทำสื่อแปะข้างผนังให้มีเนื้อหาข้อมูลที่อัปเดต
	9	ปรับปรุงภาพลักษณ์ในโรงพยาบาล
ด้านความปลอดภัย 2 เรื่อง	1	ติดตั้งระบบไฟส่องสว่างฉุกเฉิน ห้องออกกำลังกาย
	2	ปรับปรุงทางต่างระดับ

อภิปรายผล

1. ข้อมูลการพัฒนาเป็นองค์กรความรอบรู้ด้านสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ในด้านผู้นำองค์กร ข้อมูลการพัฒนาบุคลากร ประเมินผลลัพธ์การดำเนินการ พบว่าบุคลากรผู้ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุเฉลี่ย 43 ปี อายุต่ำสุด 27 ปี อายุสูงสุด 60 ปี สถานภาพโสด ระดับการศึกษาปริญญาตรี มีประสบการณ์การทำงานในหน่วยงานฯ ส่วนใหญ่ มากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปีขึ้นไป และทุกคนได้รับความรู้เรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องกับข้อมูลตามแผนการปฏิบัติงานขององค์กรที่พบว่า ผู้นำองค์กร มีการกำหนดนโยบายการดำเนินงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้วยการประกาศนโยบายของผู้อำนวยการศูนย์ฯ ให้รับทราบทั้งองค์กรนำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม และส่งเสริมให้บุคลากรได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง

2. การขับเคลื่อนงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านผู้นำองค์กร มีการกำหนดนโยบายการบูรณาการเรื่องความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการวางแผน ประเมินผลและพัฒนาเพื่อให้เป็นองค์กรคุณภาพทุกคลินิก/งาน และมีการติดตามผ่านการประชุมคณะกรรมการบริหารโรงพยาบาลทุกเดือนซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการขับเคลื่อนงานเมื่อผู้นำองค์กรให้ความสำคัญบุคลากรให้ความร่วมมือร่วมใจกันในการพัฒนาไปสู่การส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ สอดรับนโยบายกรมอนามัย มีข้อกำหนดให้ภายในปี 2560 - 2564 มีการพัฒนาหน่วยงานกรมอนามัยและหน่วยงานกระทรวง

สาธารณสุข ให้เป็นต้นแบบองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ⁽¹⁾ ด้านบุคลากรผู้ให้บริการ ได้รับการพัฒนาด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถกำกับ ติดตาม เฝ้าระวังเพื่อยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของตนเองและกลุ่มเป้าหมายที่ตนเองรับผิดชอบได้ ได้รับการพัฒนาวิธีการทำงาน ตามแนวคิดการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ โดยการออกแบบและเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพของคลินิก งานสู่ประชาชน เน้นการเข้าถึงและเข้าใจได้ง่าย สอดคล้องกับบริบททั่วไป ในการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีบทความวิจัยและรายงานการวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นจำนวนมาก โดยพบว่ามีการศึกษาในกลุ่มผู้ใหญ่ (Adult) มากที่สุด รองลงมาได้แก่กลุ่มผู้สูงอายุ (Elder) กลุ่มเด็ก (Children) และกลุ่มวัยรุ่น (Adolescent) ตามลำดับ⁽⁷⁾ อีกทั้งมีการเปิดช่องทางให้ผู้รับบริการ/ผู้ที่มีส่วนได้เสียเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบและระบุช่องทางการสื่อสารข้อมูล ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายผ่านกล่องแสดงความคิดเห็น เสียงตามสาย และใน Website ไม่พัฒนาระบบบริการด้วยความคิดของผู้ให้บริการเอง เน้นการมีส่วนร่วมของผู้รับบริการ การนำเทคโนโลยีโปรแกรม HOSXP มาใช้เพื่อให้กระบวนการให้บริการ เกิดความสะดวก รวดเร็ว สามารถเชื่อมต่อข้อมูลได้ง่ายขึ้น จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ระบบบริการและการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและความรู้ด้านสุขภาพขององค์กรที่มีความซับซ้อนส่งผลต่อการเข้าถึงของประชาชนจะและการนำไปใช้ประโยชน์ได้⁽⁸⁾ ดังนั้น การพัฒนาหน่วยงานสู่การเป็นต้นแบบองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อตอบสนองการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพที่ต้อง

พัฒนาศักยภาพของประชาชนและองค์กรอย่างเป็นระบบ เน้นการเสริมสร้างสมรรถนะบุคลากรขององค์กรและเครือข่ายของทุกหน่วยในสังคม⁽⁹⁾ โดยคำนึงถึงปัญหา หรืออุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยเชิงระบบขององค์กร พยายามลดอุปสรรคเพื่อให้ผู้รับบริการที่มีข้อจำกัดเรื่องความรู้ด้านสุขภาพสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลข่าวสารและบริการขององค์กรได้ดีขึ้น⁽¹⁰⁾ เป็นลักษณะที่โดดเด่นขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ (health literate organization, HLO) จากการประเมินสภาพแวดล้อมภายในองค์กร ที่มีความเหมาะสม มีการจัดมุมให้บริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพขณะรอรับบริการ เช่น มีการจัดหา Smart TV การจัดมุมทางเดินกะลามาะพร้าว เพื่อให้ผู้สูงอายุได้ออกกำลังกายช่วงรอรับบริการ มุมอาหารว่างสำหรับผู้มาตรวจสุขภาพประจำปี

3. สรุปผลจากการขับเคลื่อนงานองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในช่วงระยะเวลาของการศึกษา ส่งผลให้เป็นที่ยอมรับ บุคลากรรับทราบและรับรู้ทั่วทั้งองค์กรจากนโยบายที่ชัดเจนของผู้นำองค์กรทั้งในเชิงปริมาณให้เห็นเป็นภาพกระบวนการดำเนินงาน และเชิงคุณภาพจากการประเมินผลเอกสาร ได้แก่ มีแผนงาน โครงการ และกิจกรรมการประชาสัมพันธ์การให้บริการ การพัฒนาระบบบริการ ให้มีความทันสมัยและขับเคลื่อนตามความรู้ด้านสุขภาพ สอดคล้องตามองค์ประกอบหลักขององค์กรความรู้ด้านสุขภาพ ผู้นำและการนำองค์กรการวางแผนและพัฒนาบุคลากรวางแผนและประเมินผลผลิตในทุกผลลัพธ์ที่มุ่งสนองความต้องการของผู้ใช้บริการเป็นหลัก มีการสรุปผลการทำงาน

ทั้งการสื่อสารที่ชัดเจนความครอบคลุม ทั้งระบบกระบวนการ และบริการ ที่ให้ความสำคัญกับเรื่องข้อมูลและการสื่อสาร ที่เอื้อให้บุคลากรทุกคน มีความสามารถในการสื่อสาร การให้ข้อมูลสุขภาพ กิจกรรมสุขศึกษา ที่มุ่งเน้นให้ผู้รับบริการเกิดการ เข้าถึง เข้าใจ และนำข้อมูลไปใช้ในการดูแลตนเองทางด้านสุขภาพ⁽¹¹⁾ ตามแนวทางขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

จากการวิจัยครั้งนี้ ค้นพบข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ 3 ด้านดังต่อไปนี้

1. ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1) กำหนดเป็นนโยบายขององค์กร ให้มีแผนการดำเนินงานการขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพทั้งระดับแผนงาน/โครงการของรพ.ทุกงาน/คลินิกและมีการติดตามเยี่ยมเสริมพลัง แลกเปลี่ยนเรียนรู้

2) ควรกำหนดเป็นนโยบายระดับเขต เพื่อให้หน่วยบริการสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 7 นำไปเป็นแนวทางขับเคลื่อนด้านการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ

2. ข้อเสนอเชิงปฏิบัติการ

1) ควรมีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

2) ควรมีการกำหนดแนวทางปฏิบัติการเข้าร่วมกิจกรรมของบุคลากรให้เหมาะสมครอบคลุม

3. ข้อเสนอสำหรับงานวิจัยครั้งต่อไป

1) ควรขยายผลไปยังหน่วยบริการสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 7 หรือสถาบันการศึกษา

ชุมชนภาครัฐและเอกชน

2) คว้าศึกษาวิจัยเรื่องการประเมินผลโครงการขับเคลื่อนการดำเนินงานให้เป็นองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ(Health Literate Organization)

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) กระทรวงสาธารณสุข. แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564). นนทบุรี; 2559.
2. วชิระ เฟื่องจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัย เรื่อง ความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี(ด้านสาธารณสุข). [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก <https://spd.moph.go.th/wp-content/uploads/2022/09/strategyMOPH2019.pdf>
4. กรมอนามัย. การขับเคลื่อนองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2560. [เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค.2561]. เข้าถึงได้จาก <https://psdg.anamai.moph.go.th/th/cms-of-82/191554>
5. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. เครื่องมือและแนวทางการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. เข้าถึงได้จาก <http://www.hed.go.th/linkHed/index/314>
6. กันยารัตน์ กุญสุวรรณ. แนวคิด หลักการองค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literate Organization. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. [เข้าถึงเมื่อ 10 ม.ค. 2562]. เข้าถึงได้จาก <https://shorturl.asia/U6kBx>
8. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และ นฤมล ตรีเพชรศรี อุไร. ความฉลาดทางสุขภาพ, กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. โรงพิมพ์นิวธรรมดาการพิมพ์. กรุงเทพฯ; 2554.
9. วิมล โรมา, สายชล คล้อยเอี่ยม, วรัญญา สุขวงศ์, ฐิติวัฒน์ แก้วอำดี, อัจฉรา ตันหนึ่ง, รุ่งนภา คำผาง, และรักมณี บุตรชน. รายงานการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป พ.ศ. 2562. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2562.
10. Brega AG, Hamer MK, Albright K, Brach C, Saliba D, Abbey D, et al. Organizational health literacy: quality improvement measures with expert consensus. HLRP: Health Literacy Research and Practice. 2019 ;3(2) :e127-e46.
11. สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน กรมอนามัย. แนวคิดหลักการขององค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรมอนามัย นนทบุรี; 2561.

ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพวัยรุ่นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเขตสุขภาพที่ 7

มहेศกิติ์ ภูริวัฒนภาร, แพรวทิพย์ สุธีรประเสริฐ, ธัญลักษณ์ วัฒนศิริธรรม

(วันที่รับบทความ: 23 เมษายน 2567, วันที่แก้ไข: 23 พฤษภาคม 2567, วันที่ตอบรับ 4 มิถุนายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพวัยรุ่นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ศึกษาในโรงเรียนรัฐบาลหรือโรงเรียนเอกชนในเขตสุขภาพที่ 7 แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 80 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมฯ 12 สัปดาห์ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรมหักการศึกษาลงหลังการเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า 1) ด้านการคุมกำเนิดกลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้น่ากว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 1.81 - 2.83; p-value<0.001) 2) ด้านการเข้าถึงข้อมูลสิทธิของวัยรุ่นตาม พรบ. ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 กลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 10.27-16.94; p-value=0.001) 3) ด้านการรับข้อมูลข่าวสารและรู้เท่าทันสื่อ เพื่อเข้าถึงบริการทางการแพทย์และเครือข่ายส่งต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในเขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มทดลอง มีคะแนนการรับรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI=0.62-6.99; p-value=0.020) 4) ด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้น่ากว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 1.81 - 2.83; p-value=0.001) และ 5) ด้านพฤติกรรมป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 10.27-16.94; p-value<0.001)

โดยสรุปผลการวิจัยแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมฯ สามารถเพิ่มความรู้ด้านสุขภาพวัยรุ่นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้ ดังนั้น จึงควรนำไปประยุกต์ใช้ในวัยรุ่นกลุ่มอื่นๆ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, วัยรุ่น, การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

¹พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ²อาจารย์ ประจำ สาขาวิชาการพยาบาลอนามัยชุมชน, ³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ

^{1,3}ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น, ²คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี

Corresponding author : มहेศกิติ์ ภูริวัฒนภาร email : Mahesak.pu@gmail.com

Effects of the youth health literacy development program on behavior change to prevent unintended pregnancy problems, Health District 7

Mahasak Bhooriwatphakorn, Praewthip sutheeraprasert, Tanyalak watsirithum

(Receive 23rd April 2024; Revised : 23rd May 2024; Accepted 4th June 2024)

Abstract

This quasi-experimental research was aimed to study and compare the effects of the youth health literacy development program on behavior change to prevent unintended pregnancy problems, Health Region 7. The sample size was teenagers between 15-19 years, both males and females, who studying in government schools or private schools in Health Region 7. They divided into an experimental group and a comparison group of 80 people each. The experimental group received program in 12-week, while the comparison group did not receive the program.

The results of the study after participating in the program found that 1) contraception, the experimental group had higher knowledge scores than the comparison group statistically significant (95% CI = 1.81-2.83; p-value<0.001) 2) Access to information on the rights of teenagers according to the prevention and solution of adolescent pregnancy problems in 2016, in experimental group had a significantly higher awareness score than the comparison group (95% CI = 10.27-16.94; p-value=0.001) 3) Receiving information and being aware of media to access medical services and a referral network for safe pregnancy termination, experimental group had higher awareness scores than the comparison group, that statistically significant (95% CI=0.62-6.99; p-value=0.020) 4) Decision-making skills in preventing unplanned pregnancy, the experimental group had a significantly higher knowledge score than the comparison group (95% CI = 1.81 - 2.83; p-value=0.001) and 5) Behavior in preventing premature pregnancy the experimental group had significantly higher scores than the comparison group (95% CI = 10.27-16.94; p-value<0.001). In conclusion, the research results show that the program able to increase health knowledge among teenagers and changing behavior can prevent the problem of unplanned pregnancy. Therefore, the program should be applied to other groups of teenagers.

Keywords: health literacy, teenagers, unplanned pregnancy

¹Registered Nurse (Professional Level), ²Lecturer at Department of Community Health Nursin,

³Registered Nurse (Senior Professional Level)

^{1,3}Health Promotion Center 7 Khon kaen, ²Faculty of Nursing, Ubon Ratchathani Rajabhat University

1. บทนำ

การตั้งครกในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญของประเทศทั่วโลก องค์การสหประชาชาติกำหนดให้การลดอัตราการคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดการพัฒนาแห่งสหประชาชาติและเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน และให้บรรลุเป้าหมายได้ภายใน ปี พ.ศ. 2573⁽¹⁾ สถานการณ์การตั้งครกในวัยรุ่นของประเทศไทยปี พ.ศ. 2564 พบว่าอัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 10-14 เท่ากับ 0.9 ต่อพัน อัตราการคลอดมีชีพในหญิงอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 24.4 ต่อพัน และร้อยละการตั้งครกซ้ำในหญิงอายุต่ำกว่า 20 ปี เท่ากับ 14.29 ซึ่งยังสูงกว่าค่าเป้าหมายที่วางไว้⁽²⁾ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่าร้อยละ 94 ของการเสียชีวิตของมารดา พบในประเทศรายได้ปานกลางถึงต่ำและกลุ่มเสี่ยงในการเกิดโรคแทรกซ้อนและเสียชีวิตจากการตั้งครกจะเกิดกับหญิงวัยรุ่นอายุ 10-14 ปีมากกว่าวัยอื่น ประเทศไทยโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขจึงดำเนินการแก้ปัญหาในกลุ่มวัยรุ่นตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครกในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 โดยกำหนดให้สถานบริการของรัฐดำเนินการภายใต้มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (YFHS) มุ่งเน้นบริการสำหรับกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนอายุ 10 – 19 ปี ให้สามารถวางแผนครอบครัว ลดการตั้งครกที่ไม่มีความพร้อม การตั้งครกซ้ำการดูแลป้องกัน ช่วยเหลือ ส่งต่อ และควบคุมโรคติดต่อ⁽³⁾

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น มีบทบาทสำคัญในการขับเคลื่อนงาน ในพื้นที่รับผิดชอบเขตสุขภาพที่ 7 กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพ

วัยรุ่น ดำเนินการดูแลและส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นและอนามัยเจริญพันธุ์ แบบบูรณาการโดยมีกิจกรรมสำคัญคือ พัฒนาระบบและส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพวัยรุ่นและอนามัยเจริญพันธุ์ เพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นมีความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันการตั้งครกไม่พร้อมอย่างมีส่วนร่วมในทุกภาคส่วน ติดตามกำกับระบบการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครกในวัยรุ่นระดับอำเภอ ตามมาตรฐานอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ มาตรฐานระบบการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น (Youth Friendly Health Service: YFHS)⁽³⁾ และการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่นในพื้นที่อย่างเหมาะสม โดยมุ่งเน้นในประเด็นสำคัญคือการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในวัยรุ่นให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบันที่ประเทศไทยก้าวสู่ยุค 4.0 เพื่อส่งเสริมสมรรถนะรู้เท่าทันต่อสถานการณ์จากผลศึกษาความรู้ด้านสุขภาพกับความรู้เรื่องเพศศึกษาและพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการเพศหญิงด้วยการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบในต่างประเทศ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพสัมพันธ์กับความรู้เรื่องเพศศึกษาและส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้รับบริการ⁽⁴⁾ การศึกษาผลของการจัดโปรแกรมส่งเสริมความรู้ทางดิจิทัลกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่น พบว่าผู้เข้าร่วมโปรแกรมสามารถวิเคราะห์ประเมินและตัดสินใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในประเทศไทยมีการศึกษาความรู้เพื่อป้องกันการตั้งครกในนักเรียนมัธยมปลาย

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ในระดับปานกลาง เนื่องจากไม่มีความรู้ความเข้าใจในเพศศึกษาที่ไม่มากพอ การยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่ปลอดภัยซึ่งพบได้จากหลายสาเหตุ เช่น การไม่ทราบสิทธิตาม พรบ.ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 การคุมกำเนิดที่ไม่เหมาะสม การเข้าไม่ถึงบริการทางการแพทย์และเครือข่ายส่งต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยและการรับข้อมูลข่าวสารรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งทำให้เกิดปัญหาการทำแท้งเถื่อนและปัญหาสุขภาพของวัยรุ่นตามมา จากการสำรวจการรับรู้ในสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์กับการเข้ารับบริการตามสิทธิของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดพะเยาพบว่า บริการที่วัยรุ่นต้องการมากที่สุด ได้แก่ การให้ความมั่นใจว่าความลับจะไม่ถูกเปิดเผยแก่ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้อง การให้การพยาบาลอย่างถูกต้องตามขั้นตอน และการมีส่วนร่วมของบุคคลในครอบครัว⁽⁵⁾ ดังนั้น การส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพวัยรุ่นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมจึงเป็นวิธีการแก้ปัญหาที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ผู้วิจัยจึงมุ่งศึกษาการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพวัยรุ่นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ภายใต้บริบทของสถานการณ์ในเขตพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้เกิดองค์ความรู้นำไปสู่การปฏิบัติส่งเสริมทักษะการแสวงหาและเข้าถึงแหล่งความรู้ที่นำเสนอด้วยตนเองผ่านสื่อและแหล่งข้อมูลการป้องกันและการยุติการตั้งครรภ์ที่ไม่มีความพร้อม จึงทำการศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพวัยรุ่นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อ

ป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเขตสุขภาพที่ 7 โดยมุ่งผลลัพธ์นำผลการศึกษาจากโปรแกรมที่ได้ไปสู่การพัฒนาการดำเนินงานด้านป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นอย่างมีประสิทธิภาพ

2. วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบผลความแตกต่างค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ระหว่างกลุ่มเปรียบเทียบและกลุ่มทดลองภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพวัยรุ่นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเขตสุขภาพที่ 7

3. วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพวัยรุ่นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมเขตสุขภาพที่ 7 โดยการสุ่มโรงเรียนในเขตสุขภาพที่ 7 ทั้ง 4 จังหวัดประกอบด้วยจังหวัดขอนแก่น จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดกาฬสินธุ์และจังหวัดมหาสารคาม โดยสุ่มเลือกกลุ่มทดลอง 1 จังหวัด เมื่อได้จังหวัดที่จะทำการทดลองแล้วจึงสุ่มเลือกโรงเรียนภายในจังหวัดนั้น 1 โรงเรียนอย่างง่าย โดยกลุ่มตัวอย่างคือ วัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี โดยแบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 80 คน ซึ่งกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพวัยรุ่นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม คือ การเข้าฐานการเรียนรู้จำนวน 4 ฐาน ได้แก่

ฐานที่ 1 สิทธิของวัยรุ่นตาม พรบ.ป้องกันและ
แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559
ฐานที่ 2 การคุมกำเนิดที่เหมาะสม ฐานที่ 3
การเข้าถึงบริการทางการแพทย์และเครือข่าย
ส่งต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยและฐาน
ที่ 4 การรับข้อมูลข่าวสารและรู้เท่าทันสื่อ
จากผู้วิจัยเป็นระยะเวลา 1 วันและติดตาม
ผลพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่
พร้อมหลังผ่านการได้รับโปรแกรม 12 สัปดาห์
ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการเรียนเพศวิถีศึกษา
และทักษะชีวิตตามรูปแบบการเรียนการสอน
ของทางโรงเรียนตามปกติ เก็บรวบรวมข้อมูล
โดยใช้แบบสอบถามภายหลังการเข้าร่วมการวิจัย
ในกลุ่มควบคุมและหลังการได้รับโปรแกรมใน
กลุ่มทดลอง วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความ
แตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลอง
และกลุ่มเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Independent
t-test ประกอบไปด้วยคะแนนความรอบรู้ใน
5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการคุมกำเนิดที่เหมาะสม
2) การเข้าถึงข้อมูลสิทธิของวัยรุ่นตาม พรบ.
ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
พ.ศ. 2559 3) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและรู้
เท่าทันสื่อ 4) ทักษะการตัดสินใจป้องกันการ
ตั้งครรภ์ไม่พร้อม 5) พฤติกรรมในการป้องกัน
การตั้งครรภ์ไม่พร้อม

กลุ่มทดลอง (experimental group)

คือ กลุ่มวัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาความ
รอบรู้ด้านสุขภาพวัยรุ่นฯ อายุ 15-19 ปี ทั้งเพศ
ชายและเพศหญิงที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี ที่
ศึกษาในโรงเรียนเขตสุขภาพที่ 7 ปีการศึกษา
2566

กลุ่มเปรียบเทียบ (comparison group) คือ กลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ได้รับโปรแกรมการ
พัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพวัยรุ่นฯ อายุ 15-
19 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่ผู้วิจัยเลือกโดย
เฉพาะเจาะจง ได้แก่ ช่วงอายุ เพศ ระดับชั้น
เรียนและระดับผลการเรียน ที่มีความคล้ายคลึง
กับกลุ่มทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ วัยรุ่นที่มีอายุ
ระหว่าง 15-19 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่
ศึกษาในโรงเรียนรัฐบาลหรือโรงเรียนเอกชนใน
เขตสุขภาพที่ 7 ปีการศึกษา 2566

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ วัยรุ่นที่มีอายุ
ระหว่าง 15-19 ปี ทั้งเพศชายและเพศหญิงที่
ศึกษาในโรงเรียนรัฐบาลหรือโรงเรียนเอกชนใน
เขตสุขภาพที่ 7 โดยการสุ่มเลือกจับสลากจังหวัด
หลังจากได้ตัวแทนจังหวัดแล้วจึงจับสลากเลือก
โรงเรียน โดยกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนโรงเรียน
ในอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

การคำนวณขนาดตัวอย่าง ได้จากการ
คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับเปรียบเทียบ
ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Two
Independent mean) อรุณ จีรวัฒน์กุล⁽⁶⁾

$$\text{สูตรที่ใช้ในการคำนวณ } n / \text{กลุ่ม} = \frac{2(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

โดย n = ขนาดตัวอย่างต่อกลุ่ม

α = α error และ β = β error

σ^2 = ความแปรปรวนของตัวแปรผลที่ใช้คำนวณขนาดตัวอย่าง

Δ = ความต่างของผล (effect size) คำนวณจาก $\mu_1 - \mu_2$

$Z_\alpha = 1.64$ เมื่อกำหนด $\alpha = 0.05$ (การทดสอบสมมุติฐานแบบด้านเดียว)

$Z_\beta = 0.84$ เมื่อกำหนด $\beta = 0.20$ หรือกำหนดอำนาจของการทดสอบเท่ากับ 80 %

ค่า σ^2 , $\mu_1 - \mu_2$ ได้จากผลการศึกษาของพิรพล ไชยชาติ⁽⁷⁾ ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้น ผลการศึกษาได้ค่า $\sigma^2 = 32.95$, $\mu_1 = 66.40$, $\mu_2 = 63.98$ ($\Delta = 2.42$) แทนค่าลงในสูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ดังนี้

$$\begin{aligned} n &= \frac{2[(1.64+0.84)]^2 (5.74)^2}{(2.42)^2} \\ &= 69.20 \text{ ประมาณ } 70 \end{aligned}$$

ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 70 ราย เนื่องจากการศึกษาแบบกึ่งทดลองอาจมีการสูญหายของกลุ่มตัวอย่างในระหว่างทำการทดลอง ผู้ศึกษาจึงเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มละ 80 รายเพื่อให้ได้ข้อมูลเพียงพอและเหมาะสม

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion criteria) ดังนี้

- 1) มีสมาร์ทโฟนสามารถใช้สมาร์ทโฟนได้และมีแอปพลิเคชันไลน์ในสมาร์ทโฟน
- 2) ไม่เคยเข้าร่วมงานวิจัยด้านอนามัยเจริญพันธุ์
- 3) ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมเกี่ยวกับเพศศึกษาและอนามัยเจริญพันธุ์ในโรงเรียน

4) อาศัยอยู่กับพ่อแม่หรือผู้ปกครอง

5) ผู้ปกครองยินยอมให้เข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์คัดออก (Exclusion criteria)

ไม่สามารถเข้าร่วมการวิจัยได้จนสิ้นสุดการทดลองหรือไม่สามารถเข้าร่วมการทดลองได้

จริยธรรมการวิจัย กลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมในการวิจัยทุกคน ได้รับการชี้แจงเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและมีสิทธิที่จะออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลา โครงการวิจัยนี้ผ่านการเห็นชอบจากคณะกรรมการ จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูล (เลขที่โครงการ 084)

4. ผลการวิจัย

4.1 ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่า ข้อมูลทั่วไปของทั้งสองกลุ่มมีข้อมูลที่ใกล้เคียงกันทั้งเพศ อายุ โดยพบว่า กลุ่มทดลอง มีทั้งหมด 80 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย ส่วนใหญ่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี ศึกษาอยู่มัธยมศึกษาปีที่ 5 หรือเทียบเท่า เป็นส่วนใหญ่ และมีผลการเรียนส่วนใหญ่ในระดับดี ค่อนข้างพอใจในผลการเรียน ในระดับ

พอใจมาก ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับบิดามารดา บิดามารดาแต่งงานและอาศัยอยู่ด้วยกัน มีบางส่วนที่บิดามารดาหย่าหรือแยกกันอยู่ ผู้ปกครองส่วนใหญ่จบการศึกษา ระดับปริญญาตรี มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ และพนักงานบริษัทเอกชน มีรายได้พอเพียงแต่ไม่มีเงินเก็บ ความสัมพันธ์ของคนในครอบครัวส่วนใหญ่ดี รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามข้อมูลลักษณะทั่วไป

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (ร้อยละ)	
	กลุ่มทดลอง (n=80)	กลุ่มเปรียบเทียบ (n=80)
เพศ		
ชาย	39 (48.75)	38 (47.50)
หญิง	41 (51.25)	42 (52.50)
อายุ (ปี)		
<18	44 (55.00)	42 (52.5)
18 ปีขึ้นไป	36 (45.00)	38 (47.5)
ระดับการศึกษาในปัจจุบัน		
มัธยมศึกษาปีที่ 4 หรือเทียบเท่า	5 (6.25)	7 (8.75)
มัธยมศึกษาปีที่ 5 หรือเทียบเท่า	20 (25.00)	15 (18.75)
มัธยมศึกษาปีที่ 6 หรือเทียบเท่า	15 (18.75)	10 (12.50)
สูงกว่ามัธยมศึกษาปีที่ 6	40 (50.00)	48 (60.00)
ผลการเรียนล่าสุด		
ระดับดีมาก	10(12.50)	12(15.00)
ระดับดี	37(46.25)	35(43.75)
ระดับพอใช้	25(31.25)	22(27.50)
ไม่ค่อยดี	8(10.00)	11(13.75)

4.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านการคุมกำเนิดที่เหมาะสม

ผลคะแนนความรู้ด้านการคุมกำเนิดที่เหมาะสมภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า กลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่ถูกต้อง เฉลี่ย 8.97 คะแนน (± 1.05) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนความรู้เฉลี่ย

6.15 คะแนน (± 1.91) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนความรู้หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.32 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 1.81 - 2.83; p-value < 0.001) รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดที่เหมาะสมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง (n=80)	ความแตกต่างค่าเฉลี่ย คะแนนความรู้ที่ถูกต้อง เกี่ยวกับการคุมกำเนิด		Independent t-test	Mean Difference	95% CI of Mean Difference	p-value
	$\bar{X}$	S.D.				
กลุ่มทดลอง	8.97	1.05	9.02	2.32	1.81 - 2.83	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	6.15	1.91				

4.3 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการเข้าถึงข้อมูลสิทธิของวัยรุ่นตาม พรบ. ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงข้อมูลสิทธิของวัยรุ่นตาม พรบ. ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ย 22.85 คะแนน (± 5.46)

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรเฉลี่ย 18.55 คะแนน (± 3.20) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนการรับรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 13.59 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 10.27-16.94; p-value = 0.001) รายละเอียด ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย		Independent t-test	Mean Difference	95% CI of Mean Difference	p-value
	$\bar{X}$	S.D.				
กลุ่มทดลอง (n=80)	22.85	5.46	8.08	13.59	10.27-16.94	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=80)	18.55	3.20				

4.4 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนด้านการรับข้อมูลข่าวสารการรู้เท่าทันสื่อ

การรับข้อมูลข่าวสารและรู้เท่าทันสื่อ เพื่อการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และเครือข่ายส่งต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนน เฉลี่ย 21.83 คะแนน (± 5.97) ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบ มีค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนคะแนนการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และเครือข่ายส่งต่อการ

ยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในเขตสุขภาพที่ 7 เฉลี่ย 15.03 คะแนน (± 2.75) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนด้านการรับข้อมูลข่าวสารการรู้เท่าทันสื่อในการเข้าถึงบริการทางการแพทย์และเครือข่ายส่งต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัยในเขตสุขภาพที่ 7 มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3.22 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI=0.62–6.99; p-value=0.020) รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงการเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนคะแนนด้านการรับข้อมูลข่าวสารการรู้เท่าทันสื่อระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย		Independent t-test	Mean Difference	95% CI of Mean Difference	p-value
	$\bar{X}$	S.D.				
กลุ่มทดลอง (n=80)	21.83	5.97	2.36	3.22	0.62-6.99	0.020
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=80)	15.03	2.75				

4.5 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เฉลี่ย 8.97 คะแนน (± 1.05) ส่วนกลุ่ม

เปรียบเทียบมีคะแนนความรู้เฉลี่ย 6.15 คะแนน (± 1.91) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.32 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 1.81 - 2.83; p-value=0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 6 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง (n=80)	ความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนด้านทักษะการตัดสินใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม		Independent t-test	Mean Difference	95% CI of Mean Difference	p-value
	$\bar{X}$	S.D.				
กลุ่มทดลอง	8.97	1.05	9.02	2.32	1.81 - 2.83	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	6.15	1.91				

4.6 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองโดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนด้านพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรเฉลี่ย 22.85 คะแนน (± 5.46)

ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีคะแนนด้านพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรเฉลี่ย 18.55 คะแนน (± 3.20) เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่างคะแนนด้านพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรพบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนด้านพฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 13.59 คะแนน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (95% CI = 10.27-16.94; p-value<0.001) รายละเอียดดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลอง

กลุ่มตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย		Independent t-test	Mean Difference	95% CI of Mean Difference	p-value
	$\bar{X}$	S.D.				
กลุ่มทดลอง (n=80)	22.85	5.46	8.08	13.59	10.27-16.94	0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ (n=80)	18.55	3.20				

5. อภิปรายผลการวิจัย

5.1 การอภิปรายผล

การศึกษาค้นคว้าของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพวัยรุ่นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและสุขภาพที่ 7 ผู้วิจัยนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการเข้าร่วมการศึกษาค้นคว้าเป็นเวลา 12 สัปดาห์ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่นเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมประกอบไปด้วยความรู้ใน 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการคุมกำเนิดที่เหมาะสม 2) การเข้าถึงข้อมูลสิทธิ์ของวัยรุ่นตาม พรบ.ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 3) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารและรู้เท่าทันสื่อ 4) ทักษะการตัดสินใจป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม 5) พฤติกรรมในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ซึ่งจากผลการศึกษาค้นคว้าสามารถสรุปผลภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรมฯ ได้ว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติใน

ทุกด้าน แสดงให้เห็นถึงผลลัพธ์ของโปรแกรมฯ ต่อการได้รับการพัฒนาความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับการพัฒนาความรู้ในบุคคลที่มีการปรับเปลี่ยนได้จากการเข้าถึงข้อมูลทำให้ได้รับทราบข้อมูลที่เพียงพอนำไปสู่การตัดสินใจปฏิบัติและปรับใช้ในการดูแลสุขภาพอย่างยั่งยืน⁽¹⁾ ในด้านการเข้าถึงข้อมูลสิทธิ์ของวัยรุ่นตาม พรบ. ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 นอกจากวัยรุ่นจะสามารถค้นหาแหล่งข้อมูลด้านสิทธิที่พึงได้รับตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาในวัยรุ่นด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แล้ว ยังสามารถสืบค้นข้อมูลความรู้ที่มีประโยชน์อื่นๆ ได้ เช่น การรับทราบสถานที่ให้บริการคลินิกวัยรุ่น และรูปแบบการให้บริการ การรู้จักสื่อประชาสัมพันธ์หรือให้ความรู้ที่เข้าใจได้ง่ายและครบถ้วนตามความต้องการของวัยรุ่น เพื่อใช้ประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตรงตามแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ นอกจากนี้ ในการโปรแกรมฯ ยังมีการนำแนวคิดและทฤษฎีด้านความรู้ด้านสุขภาพ มาใช้ในการออกแบบกิจกรรมใน

หน่วยการเรียนรู้เพื่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพวัยรุ่นต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยการเพิ่มสมรรถนะยกระดับทักษะและความรู้ใน 4 ฐาน ได้แก่ ฐานที่ 1 สิทธิของวัยรุ่นตาม พรบ. ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 ฐานที่ 2 การคุมกำเนิดที่เหมาะสม ฐานที่ 3 การเข้าถึงบริการทางการแพทย์และเครือข่ายส่งต่อการยุติการตั้งครรภ์ที่ปลอดภัย ฐานที่ 4 การรับข้อมูลข่าวสารและรู้เท่าทันสื่อ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Sorensen⁽⁸⁾ ซึ่งแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านการเข้าถึงข้อมูล (Access) คือ ความสามารถในการสืบค้นข้อมูลความรู้ผ่านช่องทางอินเทอร์เน็ต เว็บไซต์ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและตระหนักถึงปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพของวัยรุ่น 2) ด้านการเข้าใจข้อมูล (Understand) คือ ความสามารถของผู้ให้บริการ ในการเข้าใจข้อมูลที่ได้จากการสืบค้นที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ หรือข้อมูลที่อธิบายถึงปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ 3) ด้านการประเมินข้อมูล (Appraise) คือ ความสามารถในการแปลผลและประเมินข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการดูแลสุขภาพ หรือปัจจัยเสี่ยงด้านสุขภาพ และ 4) ด้านการประยุกต์ใช้ข้อมูล (Apply) คือ ความสามารถของผู้ให้บริการ ในการสื่อสารและใช้ข้อมูลที่ได้เพื่อตัดสินใจและ สามารถนำข้อมูลความรู้ไปใช้ในการ ซึ่งสอดคล้องกับองค์ประกอบหลัก 6 ด้านของ Nutbeam⁽⁹⁾ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจ การเข้าถึงข้อมูล ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ และการรู้เท่าทันสื่อ และระดับของความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน

ได้แก่ ด้านการเข้าถึงข้อมูลและด้านความรู้ความเข้าใจ 2) ระดับปฏิสัมพันธ์ ได้แก่ ด้านการสื่อสาร ด้านการ จัดการตนเอง และ 3) ระดับวิจรรณญาณ ได้แก่ ด้านการรู้เท่าทันสื่อและด้านการตัดสินใจ⁽¹⁰⁾ เช่นเดียวกับกรอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽¹¹⁾ ซึ่งแบ่งองค์ประกอบของ ความรู้ด้านสุขภาพเป็น 6 ประการ ประกอบด้วย 1) ความรู้ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูล สุขภาพและบริการ 3) ทักษะด้านการสื่อสาร 4) การจัดการตนเอง 5) การรู้เท่าทันสื่อ และ 6) ทักษะการตัดสินใจ สอดคล้องกับกระบวนการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความรู้ด้านสุขภาพ (V-Shape) ซึ่งได้กำหนดไว้เป็น 6 ระดับ ประกอบด้วย เข้าถึง เข้าใจ ชักถาม ประเมิน ตัดสินใจ ปรับใช้ และบอกต่อ⁽¹²⁾ การเข้าร่วมโปรแกรมฯ เป็นการให้ความสำคัญกับสมรรถนะบุคคล ซึ่งองค์ประกอบหนึ่งของ สมรรถนะคือความรู้ข้อมูลข้อเท็จจริง

5.2 ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้การสนับสนุนในการนำโปรแกรม หรือบางส่วนของฐานการเรียนรู้จัดกิจกรรมไปปรับใช้ตามบริบทของพื้นที่เพื่อส่งเสริมความรู้ด้านในกลุ่มวัยรุ่นให้ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วม โดยอาจเริ่มจากการสร้างต้นแบบแล้ว ขยายสู่ระดับพื้นที่และชุมชน เพื่อสร้างความรู้ด้านส่งเสริมอนามัยการเจริญพันธุ์ของวัยรุ่นและ เยาวชนให้เกิดขึ้นทั่วทุกพื้นที่ส่งผลต่อสุขภาวะอนามัยที่ดีในอนาคต

2. โปรแกรมส่งเสริมความรู้สามารถนำไป พัฒนาต่อยอดเป็นแอปพลิเคชันหรือประยุกต์ใช้ร่วมกับช่องทางการสื่อสารทางอื่น ๆ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงของกลุ่มวัยรุ่นได้อย่าง

เหมาะสมกับปัจจุบัน

3. ควรมีการศึกษาวิจัยในครู พ่อแม่ ผู้ปกครอง ชุมชน และควรกำหนดเป็นหลักสูตรการสอนในโรงเรียนตั้งแต่ระดับชั้นประถม และจัดโปรแกรมให้ความรู้แก่ครูอาจารย์ ในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง รวมถึงอาสาสมัครหมู่บ้าน เพื่อส่งเสริมความรู้ให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

เอกสารอ้างอิง

1. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. การพัฒนาประชากรเพื่ออนาคตที่ยั่งยืน ของประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2562. เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค.2566. เข้าถึงได้จาก: <https://thailand.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Thai-ICPD25Report-ONLINE-compressed.pdf>
2. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. รายงานประจำปี 2565. [อินเทอร์เน็ต]. 2565. เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค.2566. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/FsYoG>
3. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.2560-2569. [อินเทอร์เน็ต] 2562. เข้าถึงเมื่อ 1 ธ.ค.2566. เข้าถึงได้จาก: <https://shorturl.asia/r1zed>
4. Kilfoyle, K. A., Vitko, M., O'Connor, R., & Bailey, S. C. Health literacy and women's reproductive health: A systematic review. *Journal of Women's Health*. 2016; 25(12): 1237-55.
5. ดลฤดี เพชรขว้าง, อัมพร ยานะ และอรทัย แซ่ตั้ง. ความรู้เกี่ยวกับสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์และความต้องการในการเข้ารับบริการตามสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของกลุ่มวัยรุ่นในจังหวัดพะเยา. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสุขภาพ*. 2562; 2(1): 99-106.
6. อรุณ จิรวัดนกกุล. ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 2). ขอนแก่น: ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
7. พีรพล ไชยชาติ. ผลของโปรแกรมการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นตอนต้น. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2562.
8. Sorensen K., Broucke S., Fullam J, Doyle G., Jürgen P., Slonska Z. & Helmut B. Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models .[Internet]. 2012. [cite 1 December 2023]. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
9. Nutbeam, D. The evolving concept of health literacy. *Social Science & Medicine*. 2008; 67(12): 2072-2078.
10. Nutbeam, D. Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? *Int J Public*

- Health. 2009; 54: 303-5.
11. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. หลักการขององค์การรอบรู้ด้านสุขภาพ. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.); 2561.
 12. วชิระ เพ็งจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพบุคลากรกรมอนามัยเรื่อง ความรอบรู้สุขภาพมุ่งสู่ประเทศไทย, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี; 2560.

การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนบ้านแก
ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

นิลุบล นันติลก¹, เขมิกา สมบัติโยธา², จารุวรรณ วิโรจน์³

(วันที่รับบทความ: 24 เมษายน 2567, วันที่แก้ไข: 26 พฤษภาคม 2567, วันที่ตอบรับ 4 มิถุนายน 2567)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนบ้านแก ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย ผู้สูงอายุ จำนวน 61 คน และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในพื้นที่ จำนวน 26 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม แบบบันทึกการตรวจสุขภาพช่องปาก แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบสังเกต และแบบนิเทศติดตาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนในครั้งนี้ ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาบริบท วิเคราะห์สภาพปัญหา 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 3) ทำแผนปฏิบัติการ 4) ปฏิบัติตามแผนปฏิบัติการ 5) นิเทศติดตาม 6) สรุป ปัญหา อุปสรรค ในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหา ผลการดำเนินงานหลังการพัฒนา พบว่า ผู้สูงอายุมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้นและมีการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$) การมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value}<0.001$)

ปัจจัยความสำเร็จที่สำคัญ คือ ภาคเครือข่าย กล่าวคือ การได้รับความร่วมมือและการสนับสนุนจากทุกภาคส่วนจะทำให้เกิดการดำเนินกระบวนการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในระยะยาวและเกิดความต่อเนื่อง โดยเฉพาะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่จะเป็นแกนนำหลักในการดำเนินกิจกรรมเชิงรุกร่วมกับทีมและภาคเครือข่ายในพื้นที่ได้อย่างใกล้ชิด

คำสำคัญ: รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ, ภาคเครือข่าย, การมีส่วนร่วม

¹นิสิตปริญญาโท ²⁻³ผู้ช่วยศาสตราจารย์

¹⁻³คณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Corresponding author: นิลุบล นันติลก E-mail: 64011481008@msu.ac.th

The Development of Elderly Oral health Care Model with Community Network in Kae Village, Non Sila Sub-District, Sahatsakhan District, Kalasin Province

Nilubon Nandilok¹, Kemika Sombateyotha², Jaruwan Viroj³

(Receive 24th April 2024; Revised : 26th May 2024; Accepted 4th June 2024)

Abstract

This action research aimed to study the results of the development of an oral health care model for the elderly in collaboration with the community network in Kae village, Nonsila sub-district, Sahatsakhan district, Kalasin province. The target group consisted of 61 elderly individuals and 26 individuals involved in the oral care model for the elderly in the area. Data were collected using questionnaires, an oral health examination recording form, interview form, group discussion recording form, observation form, and follow-up supervision form. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics, and content analysis was performed for qualitative data.

The results of the study revealed that the development of the oral health care model for the elderly in collaboration with the community network employed the PAOR process, comprising six steps: 1) context-based study and analysis of the problems, 2) holding a workshop, 3) participatory planning activities, 4) action, 5) supervision, and 6) evaluation, conclusions, and suggestions. Post-development operational results indicated a significant increase in the elderly population's knowledge and practice of oral health care ($p\text{-value} < 0.001$). Additionally, there was a statistically significant increase in participation among those involved in the oral health care model for the elderly ($p\text{-value} < 0.001$).

A crucial success factor in implementing the oral health care model for the elderly through community networks is the collaboration of network partners. Receiving cooperation and support from all sectors will facilitate the development of a long-term and continuous oral health care model for the elderly. Particularly noteworthy are village health volunteers, who serve as primary leaders in conducting proactive activities in close collaboration with the team and network partners in the area.

Keyword: Elderly oral health model, Partnership network, Participation

¹Master Student, ²⁻³Assistant professor

¹⁻³Faculty of Public Health, Mahasarakham University

Corresponding author E-mail: 64011481008@msu.ac.th

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ (Aged society) โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่าร้อยละ 20 ของประชากรทั้งประเทศและในอีก 9 ปีข้างหน้า ปีพ.ศ. 2574 จะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) ทำให้มีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินกว่า ร้อยละ 28 ของประชากรทั้งประเทศ⁽¹⁾ จึงทำให้เกิดกระแสการเตรียมการรองรับประชากรกลุ่มสูงอายุ มีกิจกรรมส่งเสริมผู้สูงอายุให้มีโอกาสใช้ชีวิตร่วมกับคนวัยเดียวกัน โดยเน้นหนักเรื่องของจิตใจและสุขภาพ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับภาวะสุขภาพในผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งการเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายอันเป็นผลมาจากความเสื่อมและความสามารถในการทำหน้าที่ลดลงจะทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่แย่ลงได้ ฉะนั้น การมีสุขภาพช่องปากที่ดีจึงสำคัญยิ่งเมื่อเข้าสู่วัยสูงอายุเพราะฟันของผู้สูงอายุที่เหลือน้อยจะมีการเปลี่ยนแปลงจากการใช้งานมายาวนาน ซึ่งจะนำไปสู่การสูญเสียฟันในอนาคตได้ ทำให้เกิดช่องว่างที่ส่งผลให้การดูแลรักษาความสะอาดทำได้ยากกว่าฟันทั่ว ๆ ไป ดังนั้น ถ้าสุขภาพช่องปากไม่ดีจะมีความเสี่ยงต่อปัญหาสุขภาพอื่นๆ ตามมาได้ เพราะจุลินทรีย์จากการติดเชื้อในช่องปากอาจผ่านเข้าสู่กระแสเลือดไปที่หัวใจโดยเฉพาะในผู้ที่มีประวัติความผิดปกติของหัวใจหรือเข้าสู่ทางเดินหายใจ⁽²⁾

จากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560 ในกลุ่มอายุ 60 ปี ขึ้น

ไป พบว่า ร้อยละ 56.1 ของผู้สูงอายุมีฟันอยู่ในสภาพใช้งานได้ 20 ซี่ และผู้สูงอายุมีฟันแท้คู่สบ 4 คู่ ขึ้นไป ร้อยละ 40.2 ทำให้ประสิทธิภาพการบดเคี้ยวอาหารลดลงชัดเจน แม้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุตอนต้นจะมีจำนวนมากกว่าครึ่งที่มีฟันถาวร 20 ซี่ แต่ฟันถาวรที่เหลือนั้นยังมีปัญหาโรคและความผิดปกติในช่องปากที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสมเพื่อป้องกันการลุกลามที่นำไปสู่ความเจ็บปวดและการสูญเสียฟัน⁽³⁾ รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับจังหวัด ปี พ.ศ. 2566 พบว่า อำเภอสหัสขันธ์มีผู้สูงอายุที่มีฟันอยู่ในสภาพใช้งานได้ 20 ซี่ และผู้สูงอายุมีฟันแท้คู่สบ 4 คู่ ขึ้นไป ร้อยละ 14.03 ซึ่งเมื่อเทียบกับอำเภออื่นและรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 8 ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ต่ำ จากรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุระดับอำเภอ 3 ปี ย่อหลัง ปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่า ตำบลโนนศิลา มีผู้สูงอายุที่มีฟันอยู่ในสภาพใช้งานได้ 20 ซี่ และผู้สูงอายุมีฟันแท้คู่สบ 4 คู่ ขึ้นไป ร้อยละ 31.56, 12.50, 9.03 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่าผู้สูงอายุมีฟันที่พร้อมใช้งานลดลงเรื่อย ๆ⁽⁴⁾ และจากการสำรวจสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พ.ศ. 2566 พบว่า ผู้สูงอายุนบ้านแกมีปัญหาด้านสุขภาพช่องปากมากที่สุด โดยมีการถอนฟัน ร้อยละ 96.72 มีฟันสึกชัดเจนผิดปกติ ร้อยละ 78.68 และตัวฟันผุ ร้อยละ 75.40 มีพฤติกรรมแปรงฟันก่อนนอนโดยไม่รับประทานอาหารใดๆ ร้อยละ 37.50 และไม่มีการใช้อุปกรณ์เสริมการแปรง

ฟัน เช่น โหมขัดฟัน แปรงซอกฟัน ร้อยละ 100 และนอกจากนี้ผู้สูงอายุยังมีแนวโน้มการเกิดฟันผุ รากฟันผุ เหงือกอักเสบ ฟันโยกสูงขึ้นด้วย⁽⁵⁾ ส่วนการให้บริการทางทันตกรรมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกก่องจะเป็นการให้บริการจากทันตบุคลากรเพียงฝ่ายเดียว จึงทำให้การดำเนินงานที่ผ่านมาแล้วยังพบว่ามีปัญหาการสูญเสียฟันในผู้สูงอายุยังมีอัตราเพิ่มขึ้นเช่นเดิม ซึ่งสะท้อนให้เห็นได้ว่าผลการดำเนินงานโดยทันตบุคลากรเพียงฝ่ายเดียวยังไม่เพียงพอต่อการแก้ไขปัญหา⁽⁵⁾ ฉะนั้นการที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพช่องปากที่ดีได้นั้นจึงจำเป็นต้องมีการดำเนินงานร่วมกันหลายฝ่ายโดยมีการใช้รูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนเข้ามาร่วมด้วยเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการแก้ปัญหา⁽⁶⁾ โดยมีภาคีเครือข่ายที่เป็นแกนนำในการดำเนินกิจกรรมเชิงรุกร่วมกับทีมและภาคีเครือข่ายในพื้นที่อย่างใกล้ชิด ทำให้กระบวนการดำเนินงานตามการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่นำไปสู่ความสำเร็จในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุอย่างมีระบบ⁽⁷⁾

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน เพื่อแก้ไขปัญหาการดำเนินงานการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในระดับชุมชนพร้อมทั้งได้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนที่สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่โดยการนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการดำเนินงานร่วมกับการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาและร่วมกันพัฒนา

เพื่อให้มีรูปแบบที่เหมาะสมในการส่งเสริมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพช่องปากที่ดี เหมาะสมกับช่วงวัยของตนและสามารถดูแลสุขภาพช่องปากตนเองได้ในระยะยาวซึ่งจะลดการสูญเสียฟันเมื่ออายุเพิ่มขึ้นต่อไปได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบท สภาพปัญหา และสภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน
3. เพื่อศึกษาผลการทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนที่พัฒนาขึ้น

สมมติฐานการวิจัย

ภายหลังการทดลองใช้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนที่พัฒนาขึ้นแล้ว ส่งผลดีต่อการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้วงจร PAOR 4 ขั้นตอน คือ ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และขั้นสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ทำการศึกษาระหว่างเดือนมีนาคม 2566 ถึงเดือนกันยายน 2566 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 7 เดือน

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากร คือ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย

และผู้เกี่ยวข้องในการศึกษาที่อาศัยและปฏิบัติหน้าที่อยู่ในบ้านแก ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ ผู้สูงอายุ และเครือข่ายชุมชนในการพัฒนารูปแบบ การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ จำนวน 142 คน

กลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ได้แก่ ผู้สูงอายุ จำนวน 61 คน ใช้วิธีการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรกรณีประชากรมีขนาดเล็ก โดยการคำนวณอ้างอิงข้อมูลจากการศึกษาของบุญญพัฒน์ ไชยเมล์⁽⁸⁾ และกลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำนวน 26 คน มีการเลือกตามแนวคิดของสมัชชาสุขภาพ โดยแบ่งออกเป็น 3 ภาคส่วน คือ 1) ภาคประชาสังคม ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 2) ภาควิชาการ ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นักวิชาการสาธารณสุข 3) ภาคการเมือง ได้แก่ ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน นายกเทศมนตรี ปลัดเทศบาลตำบลโนนศิลา และสมาชิกสภาเทศบาล

เกณฑ์คัดเข้า

กลุ่มผู้สูงอายุ เป็นผู้สูงอายุที่เคยมีปัญหาสุขภาพช่องปาก สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และไม่มีปัญหาด้านสุขภาพที่รุนแรงที่อาจทำให้ดำเนินกิจกรรมไม่ได้

กลุ่มเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกก่อง เป็นผู้ที่มีความรู้ทางด้านทันตกรรม และมีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดทำแผนการดำเนินงานของ รพ.สต.

กลุ่มผู้นำชุมชน เป็นผู้ที่คนในชุมชนให้ความเคารพนับถือและมีความเป็นผู้นำมี

ความรู้สามารถอ่านหนังสือเขียนหนังสือได้ และสามารถติดต่อสื่อสารได้ดี

กลุ่มคณะผู้บริหารเทศบาลตำบลโนนศิลา เป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการตัดสินใจเรื่องแผนงานและงบประมาณของเทศบาล เป็นผู้ที่ได้รับผิดชอบเกี่ยวกับงานด้านสุขภาพในชุมชนบ้านแก และสามารถประสานงานระหว่างเทศบาลกับชุมชนได้

เกณฑ์คัดออก

กลุ่มเป้าหมายมีการย้ายถิ่นฐานที่อยู่หรือเสียชีวิตระหว่างการศึกษ และไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้ตลอดการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative) ทำการเก็บข้อมูลจากประชากร 2 ครั้ง คือ ก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา โดยใช้แบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 6 ส่วน ดังนี้ 1) ลักษณะข้อมูลทางประชากรของตัวแทนผู้สูงอายุ และผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เป็นคำถามเกี่ยวกับเพศ อายุ โรคประจำตัว สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ การรับทราบข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ 2) แบบวัดความรู้ ใช้วัดความรู้ก่อน-หลังการพัฒนา จำนวน 15 ข้อ 3) แบบสอบถามการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก ใช้สอบถามก่อน-หลังการพัฒนา จำนวน 15 ข้อ 4) แบบสอบถามการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ 5) แบบสอบถามความพึงพอใจต่อการดำเนินงานการพัฒนาพัฒนารูปแบบการดูแล

สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ และ 6) แบบตรวจสอบภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative) มี 3 ชุด ได้แก่ 1) แบบบันทึกการประชุม การสังเกตการณ์ 2) แบบสัมภาษณ์ 3) แบบนิเทศ ติดตามผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การตรวจสอบข้อมูลเชิงปริมาณ

ด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) เพื่อตรวจสอบความถูกต้องของเนื้อหา และครอบคลุมวัตถุประสงค์ของการศึกษา โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบว่า เนื้อหาสาระตรงตามที่กำหนดไว้ในนิยามปฏิบัติ (Index of Concurrence : IOC) โดยการศึกษา ครั้งนี้มีค่าอยู่ระหว่าง 0.66 - 1.00

ด้านความเชื่อมั่น (Reliability) นำเครื่องมือที่แก้ไขถูกต้องตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญแล้วทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มตัวอย่างที่บ้านโพธิ์สว่าง ตำบลนามะเขือ อำเภอ สหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 ราย วิเคราะห์ด้านความถี่ใช้การหาค่าด้วยสูตรของ คูเดอร์ ริชาร์ดสัน KR-20 ได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.74 ส่วนด้านการปฏิบัติตัว การมีส่วนร่วม และความพึงพอใจ ที่ใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาช โดยได้ความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.86, 0.83 และ 0.86 ตามลำดับ

2. การตรวจสอบข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์จากเนื้อหาของข้อมูล ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูล ตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Tri-Angular) คือ ด้านข้อมูล ด้านผู้วิจัย และ

ด้านวิธีการ

3. การปรับมาตรฐานผู้ตรวจ (Calibration)

การปรับมาตรฐานผู้ตรวจ (Reliability) ได้มีการปรับมาตรฐานในการตรวจฟันผุ ปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์กับทันตแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ (Gold standard) จำนวน 1 ท่าน และมีการประเมินความสม่ำเสมอของการตรวจ ภายในผู้ตรวจคนเดียวด้วยการตรวจซ้ำ ซึ่งผู้วิจัย ได้ตรวจกลุ่มตัวอย่างซ้ำร้อยละ 10 ของจำนวน กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด โดยมีค่าระดับความพ้อง (Kappa) การปรับมาตรฐานผู้ตรวจ ดังนี้ ปรับมาตรฐานภายในผู้ตรวจ (Inter-examiner) เท่ากับ 0.92 และปรับมาตรฐานระหว่าง ผู้ตรวจ (Intra-examiner) เท่ากับ 1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ

1) การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป สภาวะสุขภาพช่องปาก และระดับผลการดำเนินงาน จะใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน และค่าสูงสุด-ต่ำสุด ในการวิเคราะห์ข้อมูล

2) การวิเคราะห์เปรียบเทียบ ก่อน-หลังการพัฒนา จะใช้สถิติเชิงอนุมาน คือ การเปรียบเทียบความรู้ และการมีส่วนร่วม ก่อน-หลังการพัฒนา ใช้สถิติ Paired sample t-test และการเปรียบเทียบการปฏิบัติตน ก่อน-หลังการพัฒนา ใช้สถิติ Wilcoxon signed ranks test โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ ที่ $p\text{-value} < 0.05$

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การวิเคราะห์การสังเกต การมีส่วนร่วม

การสนทนากลุ่ม การสัมภาษณ์แบบเจาะลึกใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) โดยการนำมาตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลแล้วจัดหมวดหมู่ตามประเด็น

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มเป้าหมาย

ในการวิจัยครั้งนี้ก่อนดำเนินการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการขอจริยธรรมการวิจัยในคนกับคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ซึ่งได้รับอนุญาตตามเอกสารเลขที่ 088-050/2566 เมื่อวันที่ 23 มีนาคม พ.ศ. 2566

ผลการวิจัย

1. **บริบท สภาพปัญหาและสถานะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ** พบว่า พื้นที่ชุมชนอยู่ห่างจากตัวอำเภอประมาณ 30 กิโลเมตร ทำให้การเข้ารับบริการต่างๆ เดินทางได้ยาก และในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุมีเพียงเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นการดำเนินงานเพียงฝ่ายเดียวขาดการมีส่วนร่วมของเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน ด้านสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ พบว่า มีการถอนฟัน ร้อยละ 96.72 มีฟันสึกชัดเจนผิตรูปร้อยละ 78.68 และตัวฟันผุ ร้อยละ 75.40 นอกจากนี้แนวโน้มการเกิดฟันผุ รากฟันผุ โรคปริทันต์ เหงือกอักเสบ ฟันโยกยังสูงขึ้นด้วยส่งผลให้เกิดการสูญเสียฟันก่อนกำหนดตามมา

2. **กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนบ้านแก ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์** ประกอบด้วย 4 ระยะ 6 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 ขั้นการวางแผน (Planning)

1. ศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในชุมชนบ้านแก อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มเป้าหมาย จำนวน 61 คน โดยการเก็บข้อมูลก่อน-หลังการพัฒนา

2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการกลุ่มโดยใช้เทคนิค การวางแผนแบบมีส่วนร่วม (A-I-C) ประกอบไปด้วย 1)ขั้นการสร้างความรู้ (Appreciation : A) เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมทุกคน วิเคราะห์และแสดงความคิดเห็นอย่างเป็นอิสระในสภาพและปัญหาปัจจุบันของสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุรวมถึงปัญหาสุขภาพช่องปากที่ผ่านมา 2) ขั้นการสร้างแนวทางการพัฒนา (Influence : I) เป็นช่วงการหามาตรการหรือวิธีการในการพัฒนาและการค้นหาเหตุผลในการจัดลำดับความสำคัญตามความคิดเห็นของผู้เข้าร่วมประชุม และ 3)ขั้นการสร้างแนวทางปฏิบัติ (Control : C) นำเอาโครงการ/ กิจกรรมต่าง ๆ มาสู่การปฏิบัติและจัดกลุ่มในขั้นตอนนี้ ซึ่งกระบวนการดังกล่าวจะดำเนินการในกลุ่มผู้ที่เกี่ยวข้อง จำนวน 26 คน ใช้เวลาในการดำเนินการ 1 วัน

3. จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายในชุมชน บ้านแก ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ (Action Plan) เพื่อตกลงดำเนินงาน มอบหมายงาน กำหนดวันเวลา สถานที่ ดำเนินการและการเตรียมการเพื่อเสนอแผนต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ระยะที่ 2 ขั้นการปฏิบัติ (Action)

4. การปฏิบัติตามแผนกิจกรรมการดำเนินงานโดยมี 3 กิจกรรม รายละเอียด ดังนี้

1) อบรมให้ความรู้และพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ 2) พัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขเชี่ยวชาญด้านทันตกรรม 3) พัฒนาเครือข่ายดูแลสุขภาพช่องปากในชุมชน
ระยะที่ 3 ขั้นการสังเกตการณ์ (Observation)

5. นิเทศติดตามสนับสนุนการดำเนินงานพบว่า คณะทำงานพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ มีความสนใจ กระตือรือร้นในการเข้าร่วมประชุมสนทนากลุ่ม การอบรมพัฒนาความรู้ และร่วมกิจกรรมในการดำเนินงานต่าง ๆ เนื่องจากเป็นเรื่องใหม่ และให้ความร่วมมือดีในการร่วมกิจกรรม ตั้งใจแสดงความคิดเห็นตลอดทั้งการดำเนินกิจกรรม บรรยากาศในการประชุมเป็นกันเอง คั่นเคยกันดี

ระยะที่ 4 ขั้นการสะท้อนกลับ (Reflection)

6. สรุป ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหา พบว่า ปัญหาอุปสรรคที่สำคัญ คือ คณะกรรมการพัฒนาระบบดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุที่ได้รับการแต่งตั้งใหม่ มีบางตำแหน่งที่จะหมดวาระทางการเมืองซึ่งจะมีผลต่อการพัฒนาระบบที่ต่อเนื่องในระยะยาว รองลงมา คือ การสื่อสารประชาสัมพันธ์การให้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ การดำเนินงานค่อนข้างน้อยและประชาชน เครือข่ายชุมชนบางส่วนขาดการมีส่วนร่วม

3. ผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนบ้านแก ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

3.1 คุณลักษณะทั่วไปของกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มผู้สูงอายุ : พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 54.1 อายุระหว่าง 60 - 69 ปี ร้อยละ 57.4 อายุเฉลี่ย 69.62 ปี (SD = 6.58) สถานภาพคู่สมรส ร้อยละ 65.6 ระดับการศึกษาสูงสุดประถมศึกษา ร้อยละ 100 มีอาชีพหลักคือเกษตรกร ร้อยละ 70.5 รายได้ครอบครัวส่วนใหญ่ต่ำกว่า 2,500 บาท/เดือน ร้อยละ 93.4 รายได้เฉลี่ย 1,350.82 บาท (SD = 756.66) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่กับครอบครัว ร้อยละ 98.4 ผู้สูงอายุไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 50.8 ในรอบปีที่ผ่านมาไม่เคยได้รับการตรวจสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 52.5 ในกลุ่มที่เคยได้รับการตรวจสุขภาพช่องปากจะเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 55.2 ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เคยได้รับข่าวสารด้านการดูแลสุขภาพช่องปาก ร้อยละ 93.4 โดยส่วนใหญ่ได้รับจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 94.7

กลุ่มผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง : พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 57.7 อายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 65.4 อายุเฉลี่ย 55.54 ปี (SD = 10.08) สถานภาพคู่สมรส ร้อยละ 92.3 ระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 42.3 มีอาชีพหลักคือเกษตรกร ร้อยละ 84.6 บทบาททางสังคมส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ร้อยละ 53.8

3.2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนาผลการศึกษา พบว่า ก่อนการพัฒนา 8.74 (SD = 2.13) หลังการ

พัฒนา 11.84 (SD = 1.77) กลุ่มเป้าหมายมีความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (95% CI ช่วงความเชื่อมั่นของค่าเฉลี่ยแตกต่าง

อยู่ระหว่าง 2.46 ถึง 3.73) โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เพิ่มขึ้น 3.09 คะแนน รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired sample t-test ($n=61$)

ความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	S.D. _d	95% CI of Mean Difference	p - value
ก่อนการพัฒนา	8.74	2.13	3.09	2.48	2.46 ถึง 3.73	<0.001*
หลังการพัฒนา	11.84	1.77				

3.3 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของผลต่างคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา ผลการศึกษา พบว่า ก่อนการพัฒนาเท่ากับ 1.73 คะแนน โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 1.13-2.73 คะแนน และหลังการพัฒนาเท่ากับ 2.40 คะแนน โดยมีคะแนนอยู่ระหว่าง 1.87-2.80 คะแนน

ผลการเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของผลต่างคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุของกลุ่มเป้าหมายก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่ามัธยฐานของผลต่างคะแนนการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Wilcoxon Signed Ranks test ($n=61$)

การปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปาก	$\bar{X}$	S.D.	Median	Min	Max	Z	p-value
ก่อนการพัฒนา	1.81	0.43	1.73	1.13	2.73	-6.114	<0.001*
หลังการพัฒนา	2.34	0.20	2.40	1.87	2.80		

3.4 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุก่อนและหลังการพัฒนาผลการศึกษา พบว่า ก่อนการพัฒนา 2.40 (SD = 0.49) หลังการพัฒนา 4.40 (SD = 0.52) ผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของผลต่าง พบว่า หลังการ

พัฒนา กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) (95% CI ช่วงความเชื่อมั่นของค่าเฉลี่ยแตกต่างอยู่ระหว่าง 1.85 ถึง 2.15) โดยมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการมีส่วนร่วมเพิ่มขึ้น 2.00 คะแนน รายละเอียด ดังตาราง 3

ตาราง 3 การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการมีส่วนร่วมดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้สถิติ Paired sample t-test (n=26)

การมีส่วนร่วมดำเนินงาน ดูแลสุขภาพช่องปาก	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	S.D. _d	95% CI of Mean Difference	p-value
ก่อนการพัฒนา	2.40	0.49				
หลังการพัฒนา	4.40	0.52	2.00	0.37	1.85 ถึง 2.15	<0.001*

3.5 ความพึงพอใจในการดำเนินงานของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุหลังการพัฒนาผลการศึกษา พบว่า หลังการพัฒนามีระดับความ

พึงพอใจต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุที่พัฒนาขึ้นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.8 รายละเอียด ดังตาราง 4

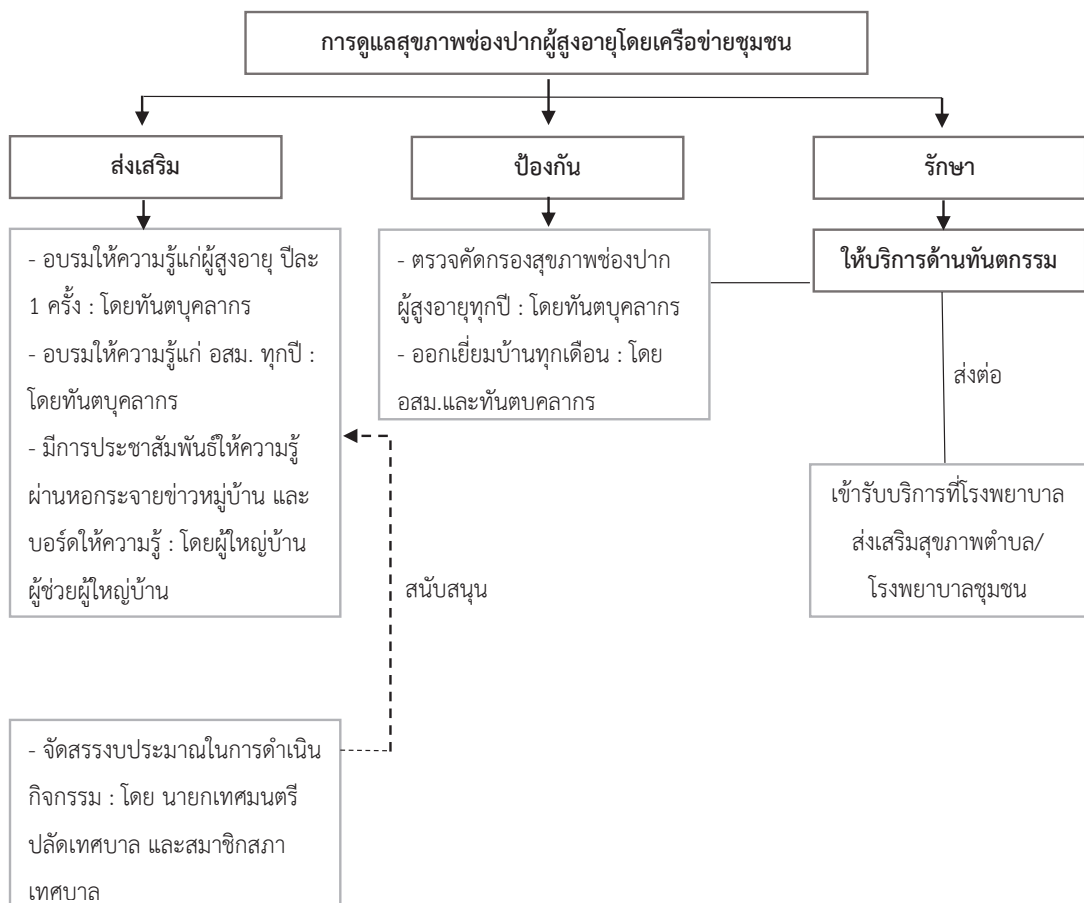
ตาราง 4 จำนวนและร้อยละระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหลังการพัฒนา (n=26)

ความพึงพอใจในการดำเนินงานดูแลสุขภาพ	หลังการพัฒนา	
	จำนวน	ร้อยละ
ระดับมาก (ค่าเฉลี่ย 3.67 - 5.00)	21	80.8
ระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 2.34 - 3.66)	5	19.2
ระดับน้อย (ค่าเฉลี่ย 1.00 - 2.33)	0	0.0

4. ปัจจัยความสำเร็จการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน

1) การสร้างภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนการดำเนินงานดำเนินงานการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ในการดำเนินงานครั้งนี้มีทีมภาคีเครือข่ายที่เข้มแข็ง คือ มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นแกนนำหลักในการขับเคลื่อนกิจกรรมเพื่อให้เกิดความยั่งยืนและต่อเนื่อง 2) การให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุให้สามารถดูแลตนเองได้อย่าง

ถูกต้อง 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดำเนินงานการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในด้านต่าง ๆ ของทุกภาคส่วน 4) มีการติดตามและประสานงานในการดำเนินงานดำเนินงานการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการตรวจสอบว่ามีการพัฒนาแบบบบการดูแลสุขภาพช่องปาก ว่ามีประสิทธิภาพสามารถแก้ปัญหาได้จริง ซึ่งได้สรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนบ้านแก ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ดังนี้



ภาพประกอบ 1 รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนบ้านแก ตำบลโนนศิลา อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

ด้านบริบท สภาพปัญหา สภาวะ สุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุชุมชนบ้านแก จากการวิเคราะห์ปัญหาจากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ พบว่า ผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีปัญหาเกี่ยวกับตัวฟันมากที่สุดทั้งการถอนฟัน ฟันสึก ฟันโยก ทั้งยังขาดความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากของตนเอง ในด้านบริบทของพื้นที่ห่างไกลจากโรงพยาบาลชุมชน ทำให้มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ ส่วนการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลก็ให้บริการได้แค่เพียงการถอนฟันอย่างง่ายเท่านั้นเนื่องจากอุปกรณ์ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยบางส่วนชำรุดซ่อมบำรุงไม่ได้ ทั้งการให้ความรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสุขภาพช่องปากมีเพียงทันตบุคลากรเพียงฝ่ายเดียวทำให้ไม่ครอบคลุมพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของขวัญจิตร ชมภูวិเศษ⁽⁹⁾ ที่ผู้สูงอายุยังขาดความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากแต่เมื่อได้รับการพัฒนาแล้วผู้สูงอายุมีความรู้เพิ่มขึ้นและมีการดูแลสุขภาพช่องปากดีขึ้นด้วย และผลการศึกษาของพรทิพย์ ศุกรเวทย์ศิริ⁽⁷⁾ ที่เดิมไม่มีเครือข่ายในชุมชน และการดำเนินงานด้านการส่งเสริมสุขภาพช่องปากของแต่ละหน่วยงานที่ดำเนินการตามวาระและงบประมาณเท่านั้น มีการทำงานแบบบูรณาการร่วมกันน้อย และคนในชุมชนไม่ได้เข้ามาร่วมคิดร่วมวางแผน

ด้านรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุ พบว่า มีการดำเนินกิจกรรมที่ได้จากการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ได้แก่ 1. กิจกรรมอบรมให้ความรู้

และพัฒนาทักษะในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ 2. กิจกรรมพัฒนาศักยภาพ อสม. เชี่ยวชาญด้านทันตกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสิริรัตน์ วีระเดช และละอองดาว วงศ์อำมาตย์⁽¹⁰⁾ ที่มีการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากแก่ผู้สูงอายุและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้มีความรู้ความมั่นใจสามารถปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากได้เพิ่มมากขึ้น 3. กิจกรรมพัฒนาเครือข่ายดูแลสุขภาพช่องปากในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสมตระกูล ราศิริ และคณะ⁽¹¹⁾ ที่มีการสร้างภาคีเครือข่ายในการดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เครือข่ายชุมชนได้เข้ามาร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมกันวางแผนในการดำเนินงานครั้งนี้มากยิ่งขึ้น

ด้านผลการดำเนินงานตามรูปแบบ พบว่า ก่อนการพัฒนาผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากระดับปานกลาง ซึ่งหลังการพัฒนาผลต่างค่ามัธยฐานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ พบว่า ก่อนการพัฒนาผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีคะแนนการปฏิบัติตัวระดับควรปรับปรุง หลังการพัฒนาผลต่างค่ามัธยฐานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุหลังการพัฒนา กลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐวุฒิ พูลทอง และคณะ⁽⁶⁾ และการศึกษาของพิชญสุตา เชิดสกุล และคณะ⁽¹²⁾ ที่ผลการ

ศึกษาพบว่า ความรู้ของผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น การปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพช่องปากเพิ่มขึ้น และการมีส่วนร่วมของกลุ่มให้ข้อมูลหลักเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่าปัจจัยที่จะทำให้เกิดความสำเร็จของการดำเนินงานด้านการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนที่ได้นั้น มีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะทำให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืน โดยมีองค์ประกอบ 4 ประเด็น คือ 1) การเพิ่มองค์ความรู้ ความเข้าใจ และบทหน้าที่ในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน 2) การสร้างภาคีเครือข่ายในการสนับสนุนการดำเนินงานในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในด้านต่างๆ ทั้งการวางแผนการดำเนินงาน การสนับสนุนการดำเนินงานและการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน 4) การติดตามและประสานงานในการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เพื่อเป็นการตรวจสอบการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากว่ามีประสิทธิภาพสามารถแก้ปัญหาได้จริง

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ในการดำเนินงานการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุยังขาดความต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรม จึงเสนอแนะให้เพิ่มกิจกรรมเข้าไปในแผนงานประจำของท้องถิ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด้วย

2. จากกิจกรรมการประชุมคืนข้อมูลในกระบวนการวิจัยขั้นการสะท้อนกลับ (Reflection) คณะกรรมการได้ให้ข้อเสนอแนะในการ

ดำเนินกิจกรรมด้านการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ ควรมีการจัดประกวดผู้สูงอายุฟันดีด้วยซึ่งจะช่วยกระตุ้นความสนใจในการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุ และเป็นการสร้างบุคคลต้นแบบ เพื่อเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้สูงอายุท่านอื่นๆ ได้

3. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ควรมีฐานข้อมูลการดำเนินงาน มีการสำรวจสภาพปัญหา สภาวะสุขภาพช่องปากของผู้สูงอายุอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่องทุกปีเนื่องจากข้อมูลการดำเนินงานมีการเปลี่ยนแปลงไปตามสถานการณ์ทุกปี เพื่อให้ข้อมูลการดำเนินงานเป็นปัจจุบันและทันต่อสถานการณ์

4. การวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนที่ดีขึ้น เพื่อให้เกิดการพัฒนาด้านกระบวนการจัดการที่เหมาะสม ควรมีการเพิ่มวงรอบการวิจัยเพิ่มขึ้นเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนในระยะยาว

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการและคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกก่อง คณะผู้บริหารเทศบาลตำบลโนนศิลา คณะกรรมการหมู่บ้าน คณะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและผู้เข้าร่วมกระบวนการวิจัยทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยให้ดำเนินการลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. ปี 65 ไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ โดยสมบูรณ์ 2565. [เข้าถึงเมื่อ 11 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://bit.ly/3ys0jd4>.
2. พจมาน ศรีนวรรตน์. การดูแลสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุ 2560 [เข้าถึงเมื่อ 21 มีนาคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://bit.ly/2Jchhma>
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. นนทบุรี: บริษัท สามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด; 2561.
4. สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดกาฬสินธุ์. ฐานข้อมูลด้านสุขภาพจังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มรายงานมาตรฐานข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก 2566 [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2566]. เข้าถึงได้จาก: <https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านโคกก่อ. รายงานผลการสำรวจสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุ 2566.
6. ณัฐวุฒิ พูลทอง, สมศักดิ์ อาภาศรีทองกุล, สุพัตรา วัฒนเสน. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชนบ้านโนนสง่า ตำบลซาง อำเภอลำทะเมนชัย จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารทันตภิบาล. 2559;27(2):53-67.
7. พรทิพย์ ศุภเวทย์ศิริ. การพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุ เขตเทศบาลเมือง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์ บุรีรัมย์. 2564;36(1):149-58.
8. ปุณณพัฒน์ ไชยเมธ. การกำหนดขนาดตัวอย่างสำหรับการวิจัยเชิงพรรณนาในงานสาธารณสุข. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ. 2556;16(2):9-18.
9. ขวัญจิตร ชมภูวิเศษ. การพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมสำหรับชมรมผู้สูงอายุ ตำบลเหล่าหลวง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา. 2560;18(2):36-46.
10. สิริรัตน์ วีระเดช, ละอองดาว วงศ์อำมาตย์. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากผู้สูงอายุในโรงเรียนผู้สูงอายุเทศบาลตำบลแสนสุข อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 10 อุบลราชธานี. 2565;45(2):119-28.
11. สมตระกูล ราศิริ, จิตรัตน์ ราศิริ, ยลฤดี ตันตสิทธิ. แนวทางการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการส่งเสริมสุขภาพงานทันตสาธารณสุข. วารสารทันตภิบาล. 2561;29(2):123-35.
12. พิษณุสุตา เชิดสกุล, นิรุวรรณ เทิร์นโบล, กัญเกียรติ หุดปอ. การพัฒนารูปแบบการดูแลและเฝ้าระวังสุขภาพช่องปากของ ผู้สูงอายุโดยเครือข่ายชุมชน ในเขตตำบลจิกเทิง อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์. 2565;11(1):63-70.

ปัจจัยทางการบริหารและสุนทรียทักษะผู้นำที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น

วรรณเทพ กองคำ¹ นพรัตน์ เสนาฮาด² สุภารัตน์ ทัพโพธิ์³

(วันที่รับบทความ: 8 เมษายน 2567, วันที่แก้ไข: 30 พฤษภาคม 2567, วันที่ตอบรับ 4 มิถุนายน 2024)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - Sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา ปัจจัยทางการบริหารและสุนทรียทักษะผู้นำที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น โดยประชากรที่ศึกษาคือเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์จำนวน 122 คน ได้รับแบบสอบถามตอบกลับจำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 90.98 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม และแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ดำเนินการเก็บข้อมูลวันที่ 15 - 31 มกราคม 2567 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาและสถิติเชิงอนุมาน โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

จากการศึกษาพบว่า ระดับปัจจัยทางการบริหาร ระดับสุนทรียทักษะผู้นำ และระดับการปฏิบัติงานตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ในโรงพยาบาล ภาพรวมอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 4.11 (S.D.= 0.35), 4.12 (S.D.= 0.23), 4.11 (S.D.= 0.24) ตามลำดับ และพบว่า ภาพรวมปัจจัยทางการบริหารและภาพรวมสุนทรียทักษะผู้นำมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ในโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.637$, $p\text{-value} < 0.001$) และ ($r=0.676$, $p\text{-value} < 0.001$) ตามลำดับ และตัวแปรอิสระ 3 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยทางการบริหาร ด้านเวลาในการปฏิบัติงาน สุนทรียทักษะผู้นำทักษะในการคิดริเริ่ม และสุนทรียทักษะผู้นำทักษะในการสอนงาน สามารถร่วมกันในการพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 42.2 ($R^2=0.422$, $p\text{-value} < 0.001$)

คำสำคัญ : การปฏิบัติงานตามระบบการแพทย์ฉุกเฉิน; สุนทรียทักษะภาวะผู้นำ; การปฏิบัติงาน; โรงพยาบาล; ปัจจัยทางการบริหาร

¹นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต ²อาจารย์ ³พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

¹⁻²สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ³โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด

ADMINISTRATIVE FACTORS AND LEADERSHIP SOFT SKILLS AFFECTING THE PERFORMANCE EMERGENCY MEDICAL SERVICE OF ADVANCED EMERGENCY MEDICAL TECHNICIANS AT HOSPITALS IN KHON KAEN PROVINCE.

Wannatep Kongka¹, Nopparat Senahad², Suparat Thapphot³

(Receive 8th April 2024; Revised : 30th May 2024; Accepted 4th June 2024.)

Abstract

This cross- sectional descriptive research aimed to study the Administrative factors and Leadership soft skills affecting the performance emergency medical service (EMS) of Advanced Emergency Medical Technicians (AEMT) at hospitals in Khon Kaen province.

This study included the entire 122 population. The completed questionnaires were returned by 111 respondents (90.98%) This study collected data from the questionnaire for quantitative data and used In-Depth interview guidelines for the qualitative data from 12 people's key informants. The data collection was carried out from 15th to 31st January 2024, Data analysis was performed by descriptive and Inferential statistics at a significance level of 0.05

Results revealed that the overall levels of Administrative factors, Leadership soft skills, and performance in the emergency medical system among EMS personnel in hospitals in Khon Kaen province were of high level, with mean scores of 4.11 (SD = 0.35), 4.12 (SD = 0.23), and 4.11 (SD = 0.24) respectively. Also found that the overall of Administrative factor and Leadership soft skills were significantly associated at a moderate with performance in the emergency medical system among EMS personnel in hospitals in Khon Kaen province ($r = 0.637$, $p\text{-value} < 0.001$) and ($r = 0.676$, $p\text{-value} < 0.001$), respectively. These variables including; one of Administrative factors; time and two of Leadership competencies; initiating ideas and teaching task effected and could collaboratively predict the performance in the emergency medical system among EMS personnel in hospitals in Khon Kaen province, accounting for 42.20 % of the variance ($R^2 = 0.422$, $p\text{-value} < 0.001$).

Keywords : Emergency Medical System Operation ; Leadership Skills ; Work Performance; Management Factors; Advanced Emergency Medical Technicians

¹Master's degree student in Public Health Sciences, specializing in Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University. ²Lecturer, Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Khon Kaen University. ³Jaturapakpiman Hospital, Roi Et Province.
Corresponding author: Nopparat Senahad, e-mail: noppse@kku.ac.th

บทนำ

การเจ็บป่วยด้วยภาวะฉุกเฉินคือการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยฉับพลัน มีความเสี่ยงต่อชีวิตหรือเกิดความพิการในระยะยาวหากไม่ได้รับการช่วยเหลือและรักษาอย่างถูกต้อง ตามความหมายขององค์การอนามัยโลก หน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินมีหน้าที่ให้บริการแพทย์สำหรับผู้ป่วยและผู้บาดเจ็บฉุกเฉิน โดยการจัดบริการให้เข้าถึงผู้ป่วยดังกล่าว ให้ทันเวลาและเหมาะสม ตั้งแต่การดูแลก่อนถึงโรงพยาบาล ขณะอยู่โรงพยาบาล และการดูแลระหว่างส่งต่อไปยังสถานบริการอื่นเพื่อให้พ้นภาวะฉุกเฉิน⁽¹⁾ ยุทธศาสตร์ชาติด้านสาธารณสุข 20 ปี⁽²⁾ ต้องปรับตัวในการพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ด้วยการเพิ่มประสิทธิภาพการส่งเสริม ป้องกัน และสร้างสังคมแห่งความฉลาดรู้ด้านการแพทย์ฉุกเฉินทั่วทั้งประเทศ

การปฏิบัติงานตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินเป็นการให้บริการช่วยเหลือผู้อยู่อาศัยในพื้นที่ในกรณีเจ็บป่วยฉุกเฉิน โดยใช้ทรัพยากรต่าง ๆ เพื่อบริหารจัดการให้มีระบบบริการให้การช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินให้รอดพ้นจากอันตราย และได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่อง⁽³⁾ รวมถึงเคลื่อนย้ายนำส่งโรงพยาบาลที่เหมาะสม และทันต่อเหตุการณ์ตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ เป็นบุคลากรหนึ่งที่สำคัญในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เนื่องจากต้องมีความรู้ ทักษะ และสมรรถนะในการปฏิบัติงานตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่เกิดเหตุบนรถพยาบาล และห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินตามโรงพยาบาลต่าง ๆ ฉุกเฉิน ซึ่งมีความสำคัญเพราะต้องใช้ความรู้ ทักษะ สมรรถนะของวิชาชีพในการปฏิบัติงานตามระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุด

เกิดเหตุ บนรถพยาบาลและห้องอุบัติเหตุฉุกเฉินตามโรงพยาบาลต่างๆ ในการปฏิบัติงาน สามารถแบ่งการปฏิบัติงานได้ 7 ด้าน⁽⁴⁾

การปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินมีความสำคัญในการให้บริการที่มีประสิทธิภาพและมีประสิทธิภาพ สำเร็จและได้ผล ปัจจัยทางการบริหารเป็นส่วนสำคัญที่ช่วยให้การจัดการเกิดขึ้นอย่างมีระเบียบและเป็นแผน โดยการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุดและช่วยให้งานเดินไปอย่างราบรื่นและติดตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ซึ่งประกอบด้วย 6 ด้าน⁽⁵⁾ นอกจากนี้ปัจจัยทางการบริหารแล้วยังพบว่าสุนทรียทักษะผู้นำยังมีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล ที่จะต้องอาศัยความรู้ ความสามารถ และทักษะวิชาชีพ ที่จะทำให้ประสบความสำเร็จในการทำงาน นั้นจึงต้องอาศัยสุนทรียทักษะผู้นำ ซึ่งประกอบไปด้วย 8 ด้าน⁽⁶⁾

ในปัจจุบันจังหวัดขอนแก่น มีจำนวนอำเภอทั้งหมด 26 อำเภอ 198 ตำบล มีหน่วยกู้ชีพขั้นสูง (ALS) จำนวน 26 หน่วย บุคลากรด้านฉุกเฉินการแพทย์ทั้งหมด 2,902 คน โดยมีเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ จำนวนทั้งหมด 128 คน จากแบบรายงานการตรวจราชการระดับจังหวัด ปีงบประมาณ พ.ศ.2565 ประเด็นที่ 5 ลดแออัด ลดรอคอย ลดป่วย ลดตาย หัวข้อในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ สาขากุบัติเหตุ จังหวัดขอนแก่น เขตสุขภาพที่ 7 ไตรมาสที่ 3 พบว่าผลการดำเนินงานของจังหวัดขอนแก่นเปรียบเทียบกับ 3 ปีย้อนหลัง พบว่า อัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยวิกฤตฉุกเฉิน ภายใน 24 ชั่วโมง

ในโรงพยาบาลทุกระดับ รวมทั้งผู้ป่วยและ ผู้บาดเจ็บ มีแนวโน้มลดลง โดยมีอัตราเสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 5.58, 5.39 และ 4.31 ตามลำดับ แต่เมื่อพิจารณาในกลุ่มผู้บาดเจ็บ จะพบว่า มี อัตราเสียชีวิตสูงและมีแนวโน้มจะเพิ่ม ความรุนแรงขึ้น โดยมีอัตราเสียชีวิตคิดเป็นร้อยละ 31.33, 38.47 และ 37.44 ตามลำดับ⁽⁷⁾ สอดคล้อง กับข้อมูลสถานการณ์จากสถิติของระบบบริการ การแพทย์ฉุกเฉินจังหวัดขอนแก่น ปีพ.ศ. 2565 พบว่ามีจำนวนการได้รับแจ้งเหตุและออกปฏิบัติ การการแพทย์ฉุกเฉิน จำนวน 91,591 ครั้ง เป็นการรับแจ้งอุบัติเหตุ มีการออกปฏิบัติการ 322,867 ครั้ง รักษา ณ จุดเกิดเหตุ และนำส่ง จำนวน 87,385 ราย⁽⁸⁾ สภาพปัญหาดังกล่าว พบว่ายังมีข้อจำกัดในด้านการประเมินสภาพ ผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วยเบื้องต้น

การรายงานข้อมูลผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บ ไปยังศูนย์รับแจ้งเหตุและสั่งการเพื่อขอความ ช่วยเหลือและพิจารณาโรงพยาบาลที่เหมาะสม และบางครั้งยังขาดการแนะนำตนเองและสถาน ปฏิบัติงานก่อนให้บริการผู้ป่วย รวมถึงข้อจำกัด ในการให้การช่วยเหลือผู้ป่วยหรือบาดเจ็บ เบื้องต้น และเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บ ตามสภาพความรุนแรงของโรคเมื่อถึงจุดเกิดเหตุ เพื่อเข้าช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยหรือบาดเจ็บฉุกเฉิน ในบางกรณี ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยทางการ บริหารและสุนทรียทักษะผู้นำที่ส่งผลต่อระดับ การปฏิบัติงานตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินของ เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น

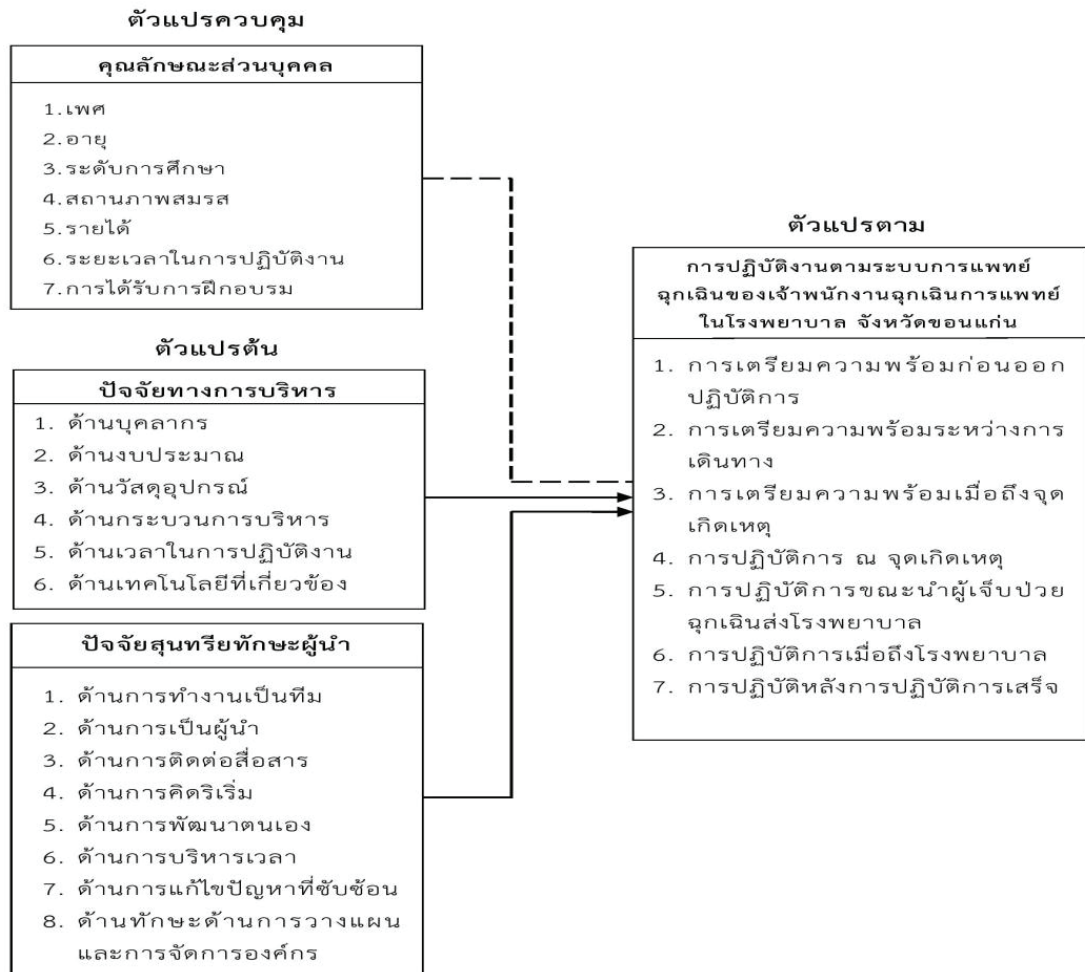
วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหารและ สุนทรียทักษะผู้นำที่ส่งผลต่อระดับการปฏิบัติ งานตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินของเจ้าพนักงาน ฉุกเฉินการแพทย์ในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ บริบท ปัญหา อุปสรรคในการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงาน ฉุกเฉินการแพทย์ในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางการบริหาร ระดับสุนทรียทักษะผู้นำ และระดับการปฏิบัติงานตามระบบการแพทย์ ฉุกเฉินของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ใน โรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น
3. เพื่อศึกษาปัจจัยทางการบริหาร และสุนทรียทักษะผู้นำที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน ตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินของเจ้าพนักงาน ฉุกเฉินการแพทย์ในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น

กรอบแนวคิด



รูปแบบการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross - sectional Descriptive Research) เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถาม และข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น

ทั้งหมด 122 คน ซึ่งมีขั้นตอนการคำนวณขนาดตัวอย่าง ในกรณีที่ทราบจำนวนประชากรและสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear regression analysis) โดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Cohen⁽⁹⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างในการตอบแบบสอบถามได้จำนวนเท่ากับ 263 คน ซึ่งมากกว่ากลุ่มประชากรผู้วิจัยจึงใช้กลุ่มตัวอย่างจากประชากรทั้งหมดที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้า และเกณฑ์คัดออก ซึ่งใน

การศึกษาครั้งนี้มีจำนวนผู้ที่ผ่านเกณฑ์ทั้งสิ้น 122 คน และมีกลุ่มบุคคลสำหรับการสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวนทั้งหมด 12 คน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

ตัวแปรต้น

1. ปัจจัยทางการบริหาร ประกอบด้วย 1) ด้านบุคลากร 2) ด้านงบประมาณ 3) ด้านวัสดุอุปกรณ์ 4) ด้านกระบวนการบริหาร 5) ด้านเวลาในการปฏิบัติงาน และ 6) ด้านเทคโนโลยีที่เกี่ยวข้อง ที่เกี่ยวข้อง

2. สุนทรียทักษะผู้นำ ประกอบไปด้วย 1) ด้านการทำงานเป็นทีม 2) ด้านการเป็นผู้นำ 3) ด้านการติดต่อสื่อสาร 4) ด้านการคิดริเริ่ม 5) ด้านการพัฒนาตนเอง 6) ด้านการบริหารเวลา 7) ด้านการแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน และ 8) ด้านทักษะด้านการวางแผนและการจัดการองค์กร

ตัวแปรตาม

การปฏิบัติงานตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น ประกอบด้วย 1) การเตรียมความพร้อมก่อนออกปฏิบัติการ 2) การเตรียมความพร้อมระหว่างการเดินทาง 3) การเตรียมความพร้อมเมื่อถึงจุดเกิดเหตุ 4) การปฏิบัติการ ณ จุดเกิดเหตุ 5) การปฏิบัติการขณะนำผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินส่งโรงพยาบาล 6) การปฏิบัติการเมื่อถึงโรงพยาบาล 7) การปฏิบัติหลังการปฏิบัติการเสร็จ

การรวบรวมข้อมูล

เก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บข้อมูลในรูปแบบออนไลน์ Google

forms (Questionnaire on Google forms) โดยแนบลิงค์และคิวอาร์โค้ด สำหรับสแกนตอบแบบสอบถาม

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยได้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามทั้งหมดเท่ากับ 0.98

จริยธรรมในการวิจัย

ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 27 ธันวาคม 2566 ลำดับที่ 4.3.03 : 43/2566 เลขที่ HE662242

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น

จากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม มีผู้ตอบกลับมาทั้งหมด 111 ชุด คิดเป็นร้อยละ 90.98 และการสัมภาษณ์เชิงลึก จำนวน 12 คน พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น พบว่า เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์เป็นเพศหญิง จำนวน 68 คน คิดเป็นร้อยละ 61.3 เพศชาย จำนวน 43 คน คิดเป็นร้อยละ 38.7 มีอายุ 21 - 30 ปี จำนวน 64 คน คิดเป็นร้อยละ 57.7 โดยมีอายุเฉลี่ย 31 ปี (S.D.= 27 ปี) อายุต่ำสุด 22 ปี อายุสูงสุด 53 ปี อยู่ในสถานภาพโสด จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 63.1 สำเร็จการศึกษาระดับอนุปริญญา/ประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง จำนวน 67 คน คิดเป็นร้อยละ

60.4 มีรายได้ 10,001 - 20,000 บาท จำนวน 52 คน คิดเป็นร้อยละ 46.9 โดยมีรายได้เฉลี่ย 22,692 บาท (S.D.= 8,973 บาท) มีระยะเวลาการทำงานในการปฏิบัติงานตามระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1 - 10 ปี จำนวน 65 คน คิดเป็นร้อยละ 58.6 มีค่าเฉลี่ย 8.64 ปี (S.D.= 6.42 ปี) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 Percentage, average, standard deviation, median, minimum value, maximum value of personal characteristics of Advanced Emergency Medical Technicians in hospitals in Khon Kaen province.

Personal characteristics	Number (n=111)	Percentage
Gender		
Male	43	38.7
Female	68	61.3
Age (years)		
Mean = 31 years, S.D. = 8.67 years, Min = 22 years, Max = 53 years		
Marital Status		
Single	70	63.1
Married	38	34.2
Widowed/Divorced/Separated	3	2.7
Education Level		
Diploma/Professional Certificate	67	60.4
Bachelor's degree or equivalent	39	35.1
Master's degree or higher	5	4.5
Income (per month)		
Mean = 22,692 Baht, S.D. = 8,973 Baht, Min = 13,000 Baht, Max = 40,000 Baht		
Experience		
Mean = 8.64 years, S.D. = 6.42 years, Min = 1 year, Max = 29 years		
Training		
Received	28	33.3
Non- Received	73	66.7

2. ระดับปัจจัยทางการบริหารในการปฏิบัติงานตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ในโรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมปัจจัยทางการบริหารอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.11 (S.D.= 0.25) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามปัจจัยพบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลาในการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.18 (S.D.= 0.39) รองลงมาคือ ปัจจัยด้านวัสดุอุปกรณ์ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.14 (S.D.= 0.40) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ปัจจัยด้านงบประมาณ อยู่ใน ระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.02 (S.D.= 0.42) รองลงมาคือปัจจัยด้านบุคลากร อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.08 (S.D.= 0.35) ดังแสดงในตารางที่ 2

3. ระดับสุนทรียทักษะผู้นำในการปฏิบัติงานตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ในโรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมสุนทรียทักษะผู้นำอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.12 (S.D.= 0.23) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามปัจจัยพบว่า ทุกข้อมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก โดย สุนทรียทักษะผู้นำทักษะในการวางแผนและจัดองค์กร มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.17 (S.D.= 0.38) รองลงมาคือ ทักษะในการคิดริเริ่ม ค่าเฉลี่ย 4.13 (S.D.= 0.38) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ทักษะในการนำเสนอ ค่าเฉลี่ย 4.08 (S.D.= 0.37) รองลงมา คือ ทักษะการทำงานเป็นทีม ค่าเฉลี่ย 4.10 (S.D.= 0.36) และ ทักษะความสามารถในการนำค่าเฉลี่ย 4.10 (S.D.= 0.40) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 Mean, standard deviation and interpret of Management Factors and Leadership Skills

Factor	Mean	S.D.	Level
Management Factors			
Personnel	4.08	0.35	High
Budget	4.02	0.42	High
Equipment and Supplies	4.14	0.41	High
Management and Administration	4.12	0.41	High
Time	4.18	0.39	High
Technology	4.14	0.40	High
Overall	4.11	0.25	High
Leadership Skills			
Teamwork skills	4.10	0.36	High

ตารางที่ 2 Mean, standard deviation and interpret of Management Factors and Leadership Skills (ต่อ)

Factor	Mean	S.D.	Level
Communication skills	4.12	0.42	High
Creativity skills	4.13	0.38	High
Leadership abilities	4.10	0.40	High
Teaching skills	4.11	0.43	High
Self-development skills	4.11	0.42	High
Planning and organizational skills	4.17	0.38	High
Presentation skills	4.08	0.37	High
Overall	4.12	0.23	High

4. ปัจจัยทางการบริหารและสุนทรียทักษะผู้นำที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น การวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน พบว่าภาพรวมปัจจัยทางการบริหาร มีความสัมพันธ์

ระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.637$, $p\text{-value} < 0.001$) และภาพรวมสุนทรียทักษะผู้นำ มีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กับการปฏิบัติงานตามระบบการแพทย์ฉุกเฉิน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.676$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 The correlation coefficient between management factors and operational performance in the emergency medical system of Advanced Emergency Medical Technicians in hospitals in Khon Kaen province.

Factor	Operational Performance in Emergency Medical System		
	Correlation Coefficient (r)	p-value	Level of Relationship
Management Factors	0.637***	<0.001	Moderate
1. Personnel	0.376***	<0.001	Moderate
2. Budget	0.441***	<0.001	Moderate

ตารางที่ 3 The correlation coefficient between management factors and operational performance in the emergency medical system of Advanced Emergency Medical Technicians in hospitals in Khon Kaen province. (ต่อ)

Factor	Operational Performance in Emergency Medical System		
	Correlation Coefficient (r)	p-value	Level of Relationship
3. Equipment and Supplies	0.341***	<0.001	Moderate
4. Management and Administration	0.413***	<0.001	Moderate
5. Time	0.458***	<0.001	Moderate
6. Technology	0.394***	<0.001	Moderate
Leadership Skills	0.676***	<0.001	Moderate
1. Teamwork skills	0.366***	<0.001	Moderate
2. Communication skills	0.262***	<0.001	Moderate
3. Creativity skills	0.443***	<0.001	Moderate
4. Leadership abilities	0.381***	<0.001	Moderate
5. Teaching skills	0.429***	<0.001	Moderate
6. Self-development skills	0.370***	<0.001	Moderate
7. Planning and organizational skills	0.430***	<0.001	Moderate
8. Presentation skills	0.442***	<0.001	Moderate

5. ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับการปฏิบัติงานตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ในโรงพยาบาลจังหวัดขอนแก่น

จากการวิเคราะห์ โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุเชิงเส้นแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Linear Regression Analysis) ตัวแปรอิสระ 3 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลาในการปฏิบัติงาน มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (B) = 0.204 สุนทรียทักษะผู้นำ

ทักษะในการคิดริเริ่ม มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (B) = 0.197 และสุนทรียทักษะผู้นำทักษะในการสอนงาน มีค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยในรูปคะแนนดิบ (B) = 0.162 โดยทั้งสามตัวแปรสามารถร่วมกันในการพยากรณ์และ มีผลต่อการปฏิบัติงานตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 42.2 ($R^2 = 0.422$, $p\text{-value} < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 Stepwise Multiple Linear Regression Analysis statistics of emergency medical staff operations according to the emergency medical system of emergency medical personnel in hospitals, Khon Kaen province.

ตัวแปร	B	Beta	p-value	R	R ²	R ² adj	R ² change
Time	0.204	0.338	<0.001	0.458	0.210	0.203	-
Creativity skills	0.197	0.319	<0.001	0.585	0.342	0.330	0.132
Teaching skills	0.162	0.294	<0.001	0.650	0.422	0.406	0.080
Constant 1.775, F =26.093, p-value<0.001, R =0.650 , R ² = 0.422 , R ² adj = 0.406							

6. ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติงานตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น โดยสรุปแยกตามประเด็นได้ดังนี้

ปัญหาอุปสรรค ในด้านเวลาในการปฏิบัติงาน พบว่า ระยะเวลาการเข้าเวรปฏิบัติงานของบุคลากรบางส่วนค่อนข้างยาวนานส่งผลให้บุคลากรเหนื่อยล้า พักผ่อนไม่เพียงพอ การเดินทางในการออกปฏิบัติงานมีความลำบากในการเข้าถึงผู้ป่วยที่ต้องการความช่วยเหลือ ข้อเสนอแนะ คือ ควรมีการวางแผนการทำงานที่เหมาะสม ตามภาระงานที่ควรจะได้รับเพื่อให้มีเวลาในการพัก เพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานและจัดการเวลาให้เหมาะสมสำหรับการออกปฏิบัติงานตามระบบสุนทรียทักษะผู้นำพบปัญหาอุปสรรคในทักษะในการคิดริเริ่ม พบว่า ยังไม่มีพื้นที่ให้กับการคิดสร้างสรรค์ คิดริเริ่มและนวัตกรรมในการทำงาน ทักษะการคิดริเริ่มถูกนำมาใช้น้อยในการปฏิบัติงานข้อเสนอแนะ คือ ควรส่งเสริมการคิดวิเคราะห์ อบรมพัฒนาให้สามารถคิดวิเคราะห์ได้ และการคุ้ยปรีกษา

ในทีมถึงวิธีการปฏิบัติงานในแต่ละสถานการณ์ รวมไปถึงควรมีการสร้างแรงจูงใจให้กับบุคลากรในการสร้างนวัตกรรมและไอเดียใหม่ๆ ที่สามารถช่วยให้การทำงานดำเนินงานให้ประสิทธิภาพการปฏิบัติงานตามระบบ พบปัญหาอุปสรรค ในด้านการเตรียมความพร้อมก่อนออกปฏิบัติการ พบว่า การเตรียมความพร้อมยังไม่เพียงพอ พบการเข้าเวรไม่ตรงเวลา เข้ารับเวรค่อนข้างช้าการเตรียมพร้อมด้าน บุคลากรไม่เพียงพอในบางครั้งทำให้การเตรียมความพร้อมล่าช้า ข้อเสนอแนะ คือ ควรประชุมชี้แจง การปฏิบัติงานให้เป็นแนวทางเดียวกัน การเข้าเวรตรงต่อเวลาหรือควรถึงก่อนเวลา มีจัดการอบรมและฝึกฝนเชิงทักษะต่างๆ เพื่อเพิ่มทักษะและความเข้าใจในการปฏิบัติงานฉุกเฉิน อาจจะให้มีการใช้แพลตฟอร์มการอบรมออนไลน์หรือมีแอปพลิเคชันสำหรับการสร้างแผนการทำงานและการจัดการทีมที่มีการแจ้งเตือนในกรณีฉุกเฉิน

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

ของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ปัจจัยทางการบริหาร ด้านเวลาในการปฏิบัติงาน สนุทริยทักษะผู้นำทักษะด้านการคิดริเริ่ม และสนุทริยทักษะผู้นำทักษะในการสอนงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.001$) โดยทั้ง 3 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ในโรงพยาบาล จังหวัดขอนแก่น ได้ร้อยละ 42.2 ซึ่งสามารถอธิบายได้ดังนี้ งานวิจัยที่นำมาเป็นงานวิจัยที่มีความใกล้เคียงและสอดคล้องกับกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา

1. ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลาในการปฏิบัติงาน เป็นส่วนสำคัญที่มีผลต่อประสิทธิภาพในการให้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉินในโรงพยาบาล การจัดการเวลาอย่างมีประสิทธิภาพช่วยให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น การวางแผนการจัดการเวลาเป็นขั้นตอนสำคัญที่มีเป้าหมายในการทำงานที่ การจัดการเวลายังช่วยให้ทราบถึงลำดับความสำคัญของงาน และช่วยในการแก้ไขแผนงานเมื่อเกิดปัญหาหรือเปลี่ยนแปลง การจัดกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพอย่างเหมาะสม ซึ่งผลการศึกษาค้างนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยด้านเวลาในการปฏิบัติงานมีส่วนร่วมในการพยากรณ์ และมีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไป⁽¹¹⁻¹²⁾ และไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ปัจจัยทางการบริหารด้านเวลาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับปานกลาง⁽¹³⁻¹⁴⁾

2. สนุทริยทักษะผู้นำทักษะในการคิดริเริ่ม ที่ให้ความสำคัญกับสนุทริยทักษะผู้นำทักษะในการคิดริเริ่ม เนื่องจากการปฏิบัติงานของเจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ เป็นการปฏิบัติงานตามขั้นตอนและมาตรฐานของระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในการช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วยฉุกเฉินให้มีโอกาสรอดชีวิต หรือลดการสูญเสียอวัยวะ เป็นความสามารถในการปฏิบัติงานร่วมกับผู้อื่น เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายที่ตั้งไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ทักษะในการคิดริเริ่มมีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข⁽¹⁵⁻¹⁷⁾ แต่เนื่องจากในแต่ละสถานที่ที่มีบริบทที่แตกต่างกันและแนวทางการปฏิบัติงานที่แตกต่างกันออกไปตามนโยบายในแต่ละแห่ง จึงทำให้บุคคลมีความคิดริเริ่มแตกต่างกัน ซึ่งส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ทักษะในการคิดริเริ่มไม่มีผลต่อการประเมินโครงการของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁽¹⁸⁾

3. สนุทริยทักษะผู้นำทักษะในการสอนงาน เนื่องจากการถ่ายทอดความองค์ความรู้ความสามารถ เพื่อเพิ่มพูนทักษะให้บุคคลอื่นได้อย่างถูกต้อง ต้องมีการสร้างบรรยากาศการสอนงานให้เกิดความน่าสนใจการเรียนรู้ที่ดี การนำเอาประสบการณ์ที่ได้จากการปฏิบัติงานมาแลกเปลี่ยนเพื่อให้เกิดการเรียนรู้และทัศนคติที่ดีในหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉิน มีการติดตามผลการปฏิบัติงานให้คำปรึกษาและแนะนำ เพื่อพัฒนาทักษะในการปฏิบัติงานให้ดีขึ้น ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษา

ไว้แล้ว พบว่าทักษะในการสอนงาน มีส่วนร่วมในการพยากรณ์และมีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข^(16,18,19) แต่เนื่องจากในแต่ละสถานที่มีขนาดองค์กรและบริบทที่แตกต่างกัน ทำให้สุนทรียทักษะผู้นำทักษะในการสอนงาน ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า สุนทรียทักษะผู้นำทักษะในการสอนงานของทีมบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อยู่ในระดับปานกลาง⁽²⁰⁾

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาล ในจังหวัดขอนแก่น

1. ควรบริหารจัดการเวลาในการปฏิบัติงานให้สอดคล้องกับแผนงานและภาระงานด้านการปฏิบัติงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินและมีการควบคุม กำกับ และติดตามในการปฏิบัติงานเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานมากยิ่งขึ้น

2. ควรส่งเสริมการจัดกิจกรรมให้เจ้าหน้าที่เกิดความคิดริเริ่มในการสร้างนวัตกรรมที่เป็นสิ่งใหม่ที่มีเหมาะสมภายใต้กรอบมาตรฐานการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อใช้ในการปฏิบัติงานที่เหมาะสมกับบริบทของแต่ละพื้นที่ และดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3. ควรส่งเสริมให้เจ้าพนักงานฉุกเฉินการแพทย์ได้รับการพัฒนาศักยภาพตนเอง โดยส่งเสริมให้ได้รับการจัดหลักสูตรการฝึกอบรมและการทบทวนความรู้ และโอกาสในการศึกษาต่อ เพื่อนำความรู้ใหม่มาปรับใช้ในการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรขยายระยะเวลาในการจัดทำการศึกษาวิจัยเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนเพื่อให้เกิดการวิเคราะห์ที่ครอบคลุม ส่งผลให้งานวิจัยมีความน่าเชื่อถือและสามารถนำมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนเชิงนโยบายได้

2. การขยายผลการวิจัยในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยนำผลการวิจัยที่ได้ไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานระบบการแพทย์ฉุกเฉินให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Thailand ranks 2nd in the world for the highest road traffic accident fatalities. In-depth Health System Review [Internet]. 2014 Dec 28 [cited 2024 Apr 11]. Available from: www.hfocus.org/content/2014/04/6851
2. Policy and Strategy Bureau, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health. Ministry of Public Health Strategic Plan 2017-2021. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2017.
3. National Institute for Emergency Medicine. Annual Report 2023. Nonthaburi: National Institute for Emergency Medicine; 2023.
4. National Institute for Emergency Medicine. Annual Report 2014. Nonthaburi: National Institute for

- Emergency Medicine; 2014.
5. ประจักษ์ บัวผัน. หลักการบริหารสาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 4. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
 6. Crosbie R. Learning the Soft Skills of Leadership. Industrial and Commercial Training. 2005; 37(1): 45-51.
 7. Khon Kaen Provincial Public Health Office. Provincial Inspection Report, Khon Kaen Province, Fiscal Year 2022, Issue 5. Khon Kaen: Khon Kaen Provincial Public Health Office; 2019. (Copy document).
 8. National Institute for Emergency Medicine. Emergency Medicine Practice Manual for Emergency Medicine Sets. 2nd ed. Bangkok: NP Press Limited Partnership; 2011.
 9. Cohen J. Statistical power analysis for behavior science. 2nd ed. New York: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.
 10. Phomdonko P, Bouphan P, Yotha N, Phimha S. Administrative Factors and Organization Climate Affecting the Performance of Health Personnel at the Emergency Department in Community Hospital. Indian Journal of Forensic Medicine & Toxicology. 2021; 15(4): 2121-26.
 11. ญาณิน หนองหารพิทักษ์, ประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของพยาบาลเวชปฏิบัติทั่วไปในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดอุดรธานี. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2556; 13(1): 99-111.
 12. มนตรี ยาสุต, ประจักษ์ บัวผัน. บรรยาการองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อกระบวนการจัดการความรู้ของบุคลากรศูนย์หัวใจสิริกิติ์ ภาควิชาเวชศาสตร์ฉุกเฉิน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2555; 12(3): 83-96.
 13. กาญจนา พิทักษ์วานิชย์, ประจักษ์ บัวผัน. บรรยาการองค์การและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรโรงพยาบาลบัวใหญ่ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2559; 16(1): 90-103.
 14. ดุษฎี ศรีวิชา. ปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลชุมชนในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ 12. วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น. 2556; 5(2): 67-78.
 15. ประภัสสร มิเถาว์ลย์. ปัจจัยทางการบริหารและสุนทรียทักษะผู้นำที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามระบบการแพทย์ฉุกเฉินของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2567; 1: 157-68.
 16. มณีรัตน์ ช่างไม้, ชนะพล ศรีฤชา. คุณลักษณะส่วนบุคคลและสุนทรียทักษะผู้นำที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย

- สาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2561; 11(4): 65-72.
17. กรรณิการ์ เบญจวนิช, ชัญญา อภิบาลกุล. สุนทรียทักษะผู้นำที่มีผลต่อบทบาทในการควบคุมกำกับการทำงานตามโครงการของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2560; 5(4): 569-88.
 18. กฤษณะ อุ้นทะโคตร, ประจักษ์ บัวผัน, สุรชัย พินหา. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและสุนทรียทักษะผู้นำที่มีผลต่อการประเมินโครงการของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2562; 12(2): 7-18.
 19. นิลุบล ดีพลกรัง, ประจักษ์ บัวผัน, สุรชัย พินหา. สุนทรียทักษะผู้นำในบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทันตแพทย์ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา). 2563; 20(2): 72-83.
 20. สฤกษ์พลชัย บัวจันทร์, ชนะพล ศรีฤชา. สุนทรียทักษะภาวะผู้นำที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น. 2559; 23(3): 77-85.

การพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

นิสคามณี มะโนขันธุ์¹, เขมิกา สมบัติโยธา², จารุวรรณ วิโรจน์³

(วันที่รับบทความ: 20 เมษายน 2567, วันที่แก้ไข: 13 มิถุนายน 2567, วันที่ตอบรับ 20 มิถุนายน 2567)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กด้วยกระบวนการแบบมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนจำนวน 24 คน แล้วเก็บข้อมูลในกลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนและเด็กก่อนวัยเรียนกลุ่มละ 55 คน โดยใช้แบบสอบถามด้านความรู้ เจตคติและพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก แบบประเมินสภาวะอนามัยช่องปาก แบบสำรวจสภาวะทันตสุขภาพช่องปากและแบบสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และการทดสอบความแตกต่างของค่ากลางโดยใช้สถิติ Paired sample t-test และ Wilcoxon matched pair signed rank test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาแบบครั้งนี้ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ ระยะเตรียมการ โดยศึกษาบริบท วิเคราะห์ปัญหา และระยะดำเนินการวิจัยใช้กระบวนการ PAOR ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) ประชุมเชิงปฏิบัติการ 2) ดำเนินตามแผนปฏิบัติการ 3) นิเทศติดตาม 4) สรุปปัญหาอุปสรรคและวางแผนในการแก้ปัญหา จากการดำเนินงานได้ 4 กิจกรรม ดังนี้ 1) การอบรมให้ความรู้ครู 2) การอบรมให้ความรู้ผู้ปกครอง 3) กำหนดข้อปฏิบัติการดูแลสุขภาพช่องปาก 4) การประเมินการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ผลลัพธ์เชิงปริมาณ พบว่า หลังการพัฒนาผู้ปกครองมีค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมดูแลทันตสุขภาพเด็กเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เด็กก่อนวัยเรียนมีค่าอนามัยช่องปากดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ปัจจัยแห่งความสำเร็จเกิดขึ้นจากการมีส่วนร่วมของชุมชนในการกำหนดนโยบายการดำเนินงาน ติดตามและประเมินผลเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

คำสำคัญ: กระบวนการพัฒนาแบบ, การดูแลสุขภาพช่องปาก, เด็กก่อนวัยเรียน, ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, เครือข่ายชุมชน

¹นิสิตปริญญาโท คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

²⁻³ผู้ช่วยศาสตราจารย์ อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Corresponding author : นิสคามณี มะโนขันธุ์ , E-mail: 64011481009@msu.ac.th

**Development of an Oral Health Care Model for Preschool Children in Somdet
Child Development Center of Somdet Subdistrict Administrative Organization,
Somdet District, Kalasin Province**

Nisamanee Manokhan¹, Kemika Sombateyotha², Jaruwan Viroj³

(Receive 20th April 2024; Revised : 13th June 2024; Accepted 20th June 2024)

Abstract

This action research aimed to develop an oral health care model for preschool children in child care centers. It was developed through a participatory process involving 24 individuals engaged in the oral health care of preschool children. Data were collected from the target group, which comprised parents and preschoolers, with each group consisting of 55 individuals. The research instruments included questionnaires assessing knowledge of oral health care, parental attitudes towards oral health, parental behavior regarding oral health, plaque index, and an oral hygiene survey and observation guideline. The data were analyzed using descriptive statistics, inference statistics to compare differences via paired sample t-tests and Wilcoxon matched-pair signed-rank tests, and qualitative data were analyzed through content analysis. The study's results revealed that the oral health care model was developed using the PAOR process, which consists of two phases: the preparation phase involving the study of the context and problem analysis, and the research phase consisting of four steps: holding a workshop, taking action, supervision, and evaluation, along with drawing conclusions and making suggestions. The oral health care model comprises four activities: teacher education training, parent education training, establishment of guidelines for oral health care in preschool child care centers, and evaluation of the implementation of oral health care activities for preschool children in these centers. Quantitative results showed that after development, parents exhibited a statistically significant increase in median knowledge scores and average values of dental care behavior scores, while preschool children had a significantly lower mean plaque index with statistical significance. Key success factors in the development process included community involvement in formulating operational policies, as well as follow-up and evaluation to achieve the set goals.

Keyword: Development model, Oral health care, Preschool Children, Child Care Center, Community network

¹Master Student, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

²⁻³Assistant professor, Lecturer, Faculty of Public Health, Mahasarakham University

Corresponding author: Nisamanee Manokhan, E-mail: 64011481009@msu.ac.th

บทนำ

การมีสุขภาพหรือสุขภาพที่ดีเป็นองค์ประกอบที่สำคัญและจำเป็นของชีวิตมนุษย์ โดยเฉพาะในวัยเด็กซึ่งเป็นวัยที่กำลังเจริญเติบโตเป็นทรัพยากรที่มีความสำคัญในการขับเคลื่อนสังคมในอนาคต การที่มีทันตสุขภาพที่ดีปราศจากโรคในช่องปากฟันทำหน้าที่ได้สมบูรณ์จะส่งผลให้เด็กเติบโตไปเป็นผู้ใหญ่มีสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตที่ดีได้⁽¹⁾ กลุ่มเด็กก่อนวัยเรียนอายุ 2-5 ปี มีฟันน้ำนมขึ้นครบ 20 ซี่แล้ว โรคที่พบมากที่สุดคือ โรคฟันผุ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเด็กทั้งด้านร่างกาย มีอาการเจ็บปวด การสูญเสียฟันน้ำนมก่อนกำหนดจะมีผลเสียต่อการบดเคี้ยว การเจริญของขากรรไกรตลอดจนการเรียงตัวของฟันแท้จะซ้อนและฟันได้งายขึ้น ด้านโภชนาการจะรับประทานอาหารได้น้อยลง ด้านพัฒนาการการเรียนรู้การเคี้ยวอาหารมีผลต่อไอคิวของเด็กและพัฒนาการด้านอารมณ์และความมั่นใจของเด็กจะลดลง⁽²⁾

สำหรับแนวโน้มปัญหาโรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียน จากสถานการณ์โรคฟันผุในเด็กก่อนวัยเรียนระดับประเทศจากรายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ.2560 พบว่าเด็กอายุ 3 ปี มีฟันผุระยะเริ่มต้น (White spot lesion) ร้อยละ 31.1 ความชุกในการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 52.9 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 2.8 ซี่/คน ในเด็กอายุ 5 ปี พบว่า มีฟันผุระยะเริ่มต้น ร้อยละ 31.3 ความชุกในการเกิดโรคฟันผุ ร้อยละ 75.6 มีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 4.5 ซี่/คน โดยความชุกการเกิดโรคฟันผุในฟันน้ำนมสูงขึ้นเมื่อเด็กมีอายุมากขึ้นด้วย⁽³⁾ ในระดับ

จังหวัดกาฬสินธุ์จากคลังข้อมูลสุขภาพ พบว่าในปี 2563-2565 เด็กอายุ 3 ปี มีอัตราความชุกโรคฟันผุ ร้อยละ 27.05, 28.01 และ 18.03 ตามลำดับ⁽⁴⁾ ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มลดลงทุกปี และในระดับพื้นที่อำเภอสมเด็จ จากรายงานท.02 โรงพยาบาลสมเด็จ พบว่าอัตราความชุกโรคฟันผุเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ปี 2563-2565 มีค่าสูงถึงร้อยละ 47.22, 53.13 และ 56.60 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด (dmft) 2.43, 2.08 และ 3.25 ซี่/คนตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นทุกปี⁽⁵⁾

ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ตั้งอยู่ในเขตที่ไม่มีทันตบุคลากรอยู่ประจำ ดำเนินงานส่งเสริม ป้องกัน รักษาสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยทันตบุคลากร โรงพยาบาลสมเด็จเป็นหลัก มีการดำเนินกิจกรรมส่งเสริมและป้องกันสุขภาพช่องปากเด็กด้วยการออกหน่วยตรวจฟันและเคลือบฟลูออไรด์เด็กทุก 6 เดือน และการอุดฟันอย่างง่าย (Silver Modified Atraumatic Restorative Technique : SMART) ให้เด็กที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กปีละ 1 ครั้ง แต่ยังไม่มีการคืนข้อมูลให้แก่ผู้ปกครองและรูปแบบการส่งต่อเพื่อเข้ารับการรักษาต่ออย่างเป็นรูปธรรม รูปแบบการดำเนินงานดังกล่าวยังไม่ประสบความสำเร็จในระยะยาว การดำเนินงานที่ผ่านมาจึงไม่มีการบูรณาการการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กร่วมกับผู้ปกครอง ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กและชุมชน ไม่มีการดำเนินกิจกรรมแปรงฟันหลังอาหารกลางวันอย่างต่อเนื่องเพราะขาดความพร้อมของสถานที่ แปรงฟันสำหรับเด็กและขาดการติดตาม

ผลการดำเนินกิจกรรม ผู้ปกครองและครูยังให้เด็กก่อนวัยเรียนนำขนมมาทานและนำขวดนมมาใช้ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กได้ ดังนั้นผู้วิจัยจึงพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ Participatory Action Research (PAOR) ทำให้เด็กสามารถเข้ารับการรักษาได้ตั้งแต่ระยะเริ่มต้น ซึ่งจะส่งผลให้เด็กก่อนวัยเรียนมีฟันน้ำนมใช้งานได้ตามวัย ลดความชุกของโรคฟันผุเพิ่มการเข้าถึงบริการทางทันตกรรมและทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. วัตถุประสงค์ทั่วไป เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. วัตถุประสงค์เฉพาะ

2.1 เพื่อศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

2.2 เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

2.3 เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

2.4 เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ของรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ

สมมติฐาน

1. หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนมีความรู้เจตคติ พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กดีขึ้นและเด็กก่อนวัยเรียนมีอนามัยช่องปากดีขึ้น

2. หลังการใช้รูปแบบพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จะการดำเนินงานด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายชุมชนอย่างต่อเนื่อง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ 1. ระยะเตรียมการโดยศึกษาบริบทชุมชน การส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนใน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก สำรวจสถานะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนและประสานงานกับผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่

2. ระยะดำเนินการ ดำเนินงานตามวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการโดยใช้วงจร PAOR 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นปฏิบัติการ (Action) ขั้นสังเกตการณ์ (Observation) และ

ขั้นสะท้อนผล การปฏิบัติ (Reflection) ทำการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนกันยายน 2566 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 11 เดือน

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากร คือ ผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียและผู้เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนที่อาศัยอยู่ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ได้แก่ เด็กก่อนวัยเรียน ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน และเครือข่ายชุมชนในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก

กลุ่มเป้าหมาย แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ 1). เด็กก่อนวัยเรียนที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ คัดเลือกมาทั้งหมด จำนวน 55 คน 2). ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนที่เรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยเด็ก 1 คน ต่อผู้ปกครอง 1 คน ได้จำนวน 55 คน และกลุ่มเป้าหมายในกระบวนการพัฒนารูปแบบ เป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง รวม 24 คน ได้แก่ ครูผู้ดูแลเด็ก 3 คน ทันตบุคลากร 2 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 1 คน ผู้ปกครองเด็ก 6 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 10 คน และผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบล 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือวิจัยเชิงปริมาณ

1.1 แบบสอบถามสำหรับผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งผู้วิจัยสร้างแบบสอบถามขึ้นมาจากการทบทวนวรรณกรรม ข้อคำถามเกี่ยวกับโรคฟันผุ การรับประทานอาหาร ใช้ช้อนนม การทำความสะอาดช่องปากและการรักษาโรคฟันผุ เก็บข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากโดยระยะเวลาห่างกัน 3 เดือน ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

1) คำถามข้อมูลทั่วไปจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ รายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก หน้าที่การดูแลช่องปากเด็ก กิจกรรมการดูแลช่องปาก ประสิทธิภาพการสูญเสียฟันและช่องทางการรับข้อมูลด้านทันตสุขภาพ

2) แบบทดสอบความรู้จำนวน 9 ข้อ เป็นคำถามปลายปิดแบบถูกผิด ตอบถูกได้ 1 คะแนน ตอบผิดได้ 0 คะแนน คะแนนเต็ม 9 คะแนน โดยแบ่งระดับความรู้เป็น 3 ระดับ คือ ความรู้น้อย 0-5.39 คะแนน ความรู้ปานกลาง 5.40-7.19 คะแนน ความรู้มาก 7.20-9.00 คะแนน

3) แบบวัดเจตคติจำนวน 11 ข้อ มีทั้งข้อคำถามเจตคติเชิงบวกและลบ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด โดยแบ่งระดับเจตคติเป็น 3 ระดับ คือ เจตคติไม่ดี 1.00-2.33 คะแนน เจตคติพอใช้ 2.34-3.67 คะแนน เจตคติดี 3.68-5.00 คะแนน

4) แบบวัดพฤติกรรมการดูแล

สุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนจำนวน 8 ข้อ มีทั้งข้อคำถามพฤติกรรมเชิงบวกและลบ เป็นแบบวัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือทำเป็นประจำ บ่อยครั้ง นานๆครั้ง บางครั้งและไม่ปฏิบัติเลย โดยแบ่งพฤติกรรมเป็น 3 ระดับ คือพฤติกรรมไม่ดี 1.00-2.33 คะแนน พฤติกรรมพอใช้ 2.34-3.67 คะแนน พฤติกรรมดี 3.68-5.00 คะแนน

1.2 แบบบันทึกการตรวจแผ่นคราบจุลินทรีย์บนฟันในเด็กก่อนวัยเรียนซึ่งประยุกต์ใช้ดัชนีคราบจุลินทรีย์ (Plaque Index) ของ Stallard et al.(3) โดยย้อมสีฟันด้วยสีย้อมและตรวจที่สีฟันตัวแทน ได้แก่ ฟันซี่ 55, 51, 65, 75, 71, 85 ด้านนอก (Buccal หรือ Labial) และด้านใน (Lingual หรือ Palatal) แล้วคำนวณดัชนีค่าเฉลี่ยคราบจุลินทรีย์ เกณฑ์คะแนน 0-3 คะแนน โดยแบ่งระดับอนามัยช่องปากเป็น 4 ระดับตามค่าเฉลี่ย คืออนามัยช่องปากดีมาก ค่าเฉลี่ย 0 อนามัยช่องปากดี ค่าเฉลี่ย 0.10-1.00 อนามัยช่องปากพอใช้ ค่าเฉลี่ย 1.10-2.00 อนามัยช่องปากไม่ดี ค่าเฉลี่ย 2.10-3.00 เก็บข้อมูลก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปาก โดยระยะเวลาห่างกัน 3 เดือน

1.3 แบบสำรวจสภาวะทันตสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียน ประยุกต์จากแบบสำรวจสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข⁽³⁾ เพื่อหาค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด ในฟันน้ำนม (dmft) โดยตรวจก่อนการพัฒนารูปแบบในระยะเตรียมการ

2. เครื่องมือวัดเชิงคุณภาพ

2.1 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบไม่มี

โครงสร้าง ใช้ในขั้นตอนการศึกษาริบทของชุมชนในตัวแทนผู้ปกครองและครู ข้อคำถามเกี่ยวกับบริบทของศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ลักษณะการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก

2.2 แบบสัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง จำนวน 6 ข้อ เกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้ปกครอง ครู อสม. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ข้อคำถามเกี่ยวกับข้อคิดเห็นด้านบทบาทหน้าที่การดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก สาเหตุของปัญหาโรคในช่องปาก แนวทางการมีส่วนร่วม ปัจจัยแห่งความสำเร็จ และข้อเสนอแนะในการดำเนินงาน ใช้ในการประชุมเชิงปฏิบัติการของคณะทำการวิจัย

2.3 แบบสังเกตการประชุม การมีส่วนร่วมของผู้ที่เกี่ยวข้องตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการในชั้นวางแผน การประชุมเพื่อพัฒนารูปแบบ สังเกตการณ์ เสนอแนะข้อคิดเห็น ร่วมอภิปราย วิเคราะห์ปัญหา สรุปประเด็นขึ้นปฏิบัติตามแผน สังเกตลักษณะการดำเนินกิจกรรม ขึ้นสังเกต สังเกตจำนวนผู้เข้าร่วม ขึ้นสะท้อนผล สังเกตการณ์สรุปผล ถอดบทเรียน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) นำเครื่องมือที่พัฒนาแล้วส่งให้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้อง ความสัมพันธ์ระหว่างเนื้อหากับวัตถุประสงค์จำนวน 3 ท่าน ประเมินความเหมาะสมและคุณภาพเครื่องมือโดยการคำนวณหาค่าความสอดคล้อง (Index of Item -Objective Congruence: IOC)

ได้ค่าระหว่าง 0.67-1

2. ค่าความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลอง (Try out) โดยการเก็บข้อมูลในผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านบอน ตำบลลำห้วยหลวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 30 คน โดยวิเคราะห์ด้านความรู้การดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้ค่า KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน ได้เท่ากับ 0.710 ด้านเจตคติและพฤติกรรม โดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.784 และ 0.722 ตามลำดับ

3. ตรวจสอบค่าความยากง่ายและค่าอำนาจจำแนกของเครื่องมือ โดยหาแบบ item-total correlate ได้ค่าอำนาจจำแนกอยู่ระหว่าง 0.2-0.5 และได้ค่าความยากง่ายมีค่าระหว่าง 0.2-0.78

4. การปรับมาตรฐานการตรวจฟัน โดยทำการตรวจสอบค่าของความสอดคล้อง (Strength of agreement) ในการตรวจค่าดัชนีแผ่นคราบจุลินทรีย์และสภาวะทันตสุขภาพของเด็กก่อนวัยเรียน ได้ทำการปรับมาตรฐานของผู้ตรวจ ได้แก่ การปรับมาตรฐานภายในผู้ตรวจ (Intra - examiner calibration) โดยค่าสถิติ Kappa ได้ค่าเท่ากับ 0.82 และการปรับมาตรฐานระหว่างผู้ตรวจ (Inter - Examiner Calibration) ระหว่างผู้ตรวจกับผู้วิจัย 2 คน โดยค่าสถิติ Kappa ได้ค่าเท่ากับ 0.86 และ 0.89 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าสูงสุดและต่ำสุด เพื่อบรรยาย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มเป้าหมายและผลการศึกษา

2. สถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ เจตคติและพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ค่าเฉลี่ยแผ่นคราบจุลินทรีย์ของเด็กก่อนวัยเรียนก่อนและหลังการพัฒนารูปแบบโดยใช้สถิติ Paired t-test ในกรณีข้อมูลแจกแจงปกติ และใช้สถิติ Wilcoxon matched pair signed rank test ในกรณีที่ข้อมูลแจกแจงไม่ปกติ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

3. ข้อมูลเชิงคุณภาพตรวจสอบข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพนำมาวิเคราะห์เนื้อหา(Content Analysis) ที่ได้จากผู้ให้ข้อมูลโดยการวิเคราะห์และแปลผลร่วมกับข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อสรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์และเหตุผลในประเด็นศึกษา

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มเป้าหมาย

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มเป้าหมายและผู้ให้ข้อมูลโดยการชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนการทำวิจัยการให้ข้อมูลขึ้นอยู่กับความสมัครใจและสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจริยธรรมวิจัย 2 แห่ง ได้แก่ 1. คณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLS.REC 47/2566 เมื่อวันที่ 2 พฤษภาคม พ.ศ.2566 2. คณะกรรมการวิจัยในคนมหาวิทยาลัยมหาสารคาม เลขที่ 158-119/2566 เมื่อวันที่ 3 พฤษภาคม พ.ศ.2566

ผลการวิจัย

1. ศึกษาบริบทการดูแลสุขภาพช่องปาก เด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จเป็นเขตการปกครองของอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ตั้งอยู่เขตรอบนอกของเทศบาลตำบลสมเด็จ มีครูผู้ดูแลเด็กจำนวน 8 คน เด็กก่อนวัยเรียนปีการศึกษา 2566 จำนวนทั้งหมด 55 คน ซึ่งแบ่งเด็กเป็น 3 ห้องตามช่วงอายุระหว่าง 2 - 5 ปี เป็นเพศชายและเพศหญิง ร้อยละ 56.36 และ 43.64 ตามลำดับ ผลการตรวจฟัน พบว่ามีฟันผุร้อยละ 43.64 โดยฟันหน้ามีรอยฟันผุระยะเริ่มต้นร้อยละ 30.91 ฟันหน้าบนผุเป็นรูร้อยละ 38.18 และฟันหน้าบนเหลือแต่ตอฟันร้อยละ 10.9 ค่าเฉลี่ยฟันน้ำนมผุถอน (dmft) 2.38 ซี่/คน

การดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กจะดำเนินการโดยทันตบุคลากรในโรงพยาบาลสมเด็จ เนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองบัวโดนที่เป็นเขตรับผิดชอบไม่มีทันตบุคลากรอยู่ประจำเพราะมีขนาดเล็กและมีข้อจำกัดด้านกรอบอัตรากำลังบุคลากร ลักษณะการดำเนินงานจะเน้นที่ทันตบุคลากรเป็นหลัก ชุมชนผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็กและ อสม. ไม่ค่อยมีส่วนในการดำเนินงาน ทำให้กิจกรรมไม่มีความต่อเนื่องเท่าที่ควร

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ปกครอง พบว่าส่วนใหญ่ยังไม่เข้าใจเรื่องการใช้ขวดนม คิดว่าฟันน้ำนมไม่สำคัญและไม่อยากบังคับบุตรหลาน ในขณะที่ครูผู้ดูแลเด็กสะท้อนว่ายังมีข้อจำกัดด้านสถานที่แปรงฟันและไม่มี

การจัดอบรมผู้ปกครองอย่างต่อเนื่องซึ่งเป็นหนึ่งในเกณฑ์ตัวชี้วัดของสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบด้านสุขภาพช่องปาก

2. กระบวนการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ผู้วิจัยดำเนินงานตามรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการเป็น 2 ระยะ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะเตรียมการ ศึกษาบริบทเกี่ยวกับบริบทการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนนโยบายการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยตรวจฟันเด็กก่อนวัยเรียนที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย 55 คน

ระยะที่ 2 ระยะดำเนินการ ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ 4 ขั้นตอนได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้กระบวนการกลุ่มและเทคนิคการวางแผนมีส่วนร่วม (A-I-C) เกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค และแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยกลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก 24 คน พบประเด็นปัญหา คือ 1) ด้านพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ซึ่งผู้ปกครองยังมีความเชื่อเรื่องการใช้ขวดนมที่ยังไม่ถูกต้อง 2) ด้านมาตรการและข้อบังคับในการดำเนินกิจกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนพบว่าผู้ปกครองยังให้เด็กนำขวดนมมาใช้ในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ทำให้ไม่สามารถใช้มาตรการได้อย่างจริงจัง 3) ด้านกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนยังขาดความต่อเนื่องและการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน รวมถึงหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จากการประชุมได้

แผนกิจกรรม 4 กิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) ดำเนินการตามแผนกิจกรรม ได้แก่

1) การอบรมให้ความรู้ครูผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

2) การอบรมให้ความรู้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนเรื่องการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กและการเลืกวขนม

3) กำหนดมาตรการการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก

4) การประเมินผลการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก โดยทันตบุคลากร

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation) พบว่ากลุ่มเป้าหมายและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องให้ความร่วมมือในการดำเนินกิจกรรมเป็นอย่างดี โดยผลการดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน เมื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ของผู้ปกครอง พบว่าผลต่างค่ามัธยฐานคะแนนความรู้หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.028) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่ามัธยฐานคะแนนความรู้ของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ก่อนและหลังการพัฒนา (N=55)

ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพ	Mean	SD	Median	ระดับ	Z	p-value
ก่อนการพัฒนา	5.87	1.139	6	ปานกลาง	-1.910	0.028
หลังการพัฒนา	6.29	1.066	6	ปานกลาง		

หลังการพัฒนาผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.228) ส่วนผลต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก

เด็กของผู้ปกครองและอนามัยช่องปากของเด็กก่อนวัยเรียนดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value = 0.003) และ (p value < 0.001) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนเจตคติ พฤติกรรมของผู้ปกครองเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก และอนามัยช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จก่อนและหลังการพัฒนา (N=55)

แบบวัด	ก่อนการพัฒนา			หลังการพัฒนา			Mean Diff.	95%CI	p-value
	mean	S.D.	ระดับ	mean	S.D.	ระดับ			
1.เจตคติเกี่ยวกับทัศนสุขภาพ	3.91	0.510	ดี	3.98	0.488	ดี	0.071	-0.119 ถึง 0.261	0.228
2.พฤติกรรมเกี่ยวกับทัศนสุขภาพ	3.68	0.828	ดี	4.06	0.576	ดี	0.386	0.114 ถึง 0.658	0.003
3.อนามัยช่องปาก	1.45	0.600	พอใช้	0.72	0.424	ดี	-0.73	-0.936 ถึง -0.518	<0.001

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p-value<0.001 ใช้สถิติ Paired t-test

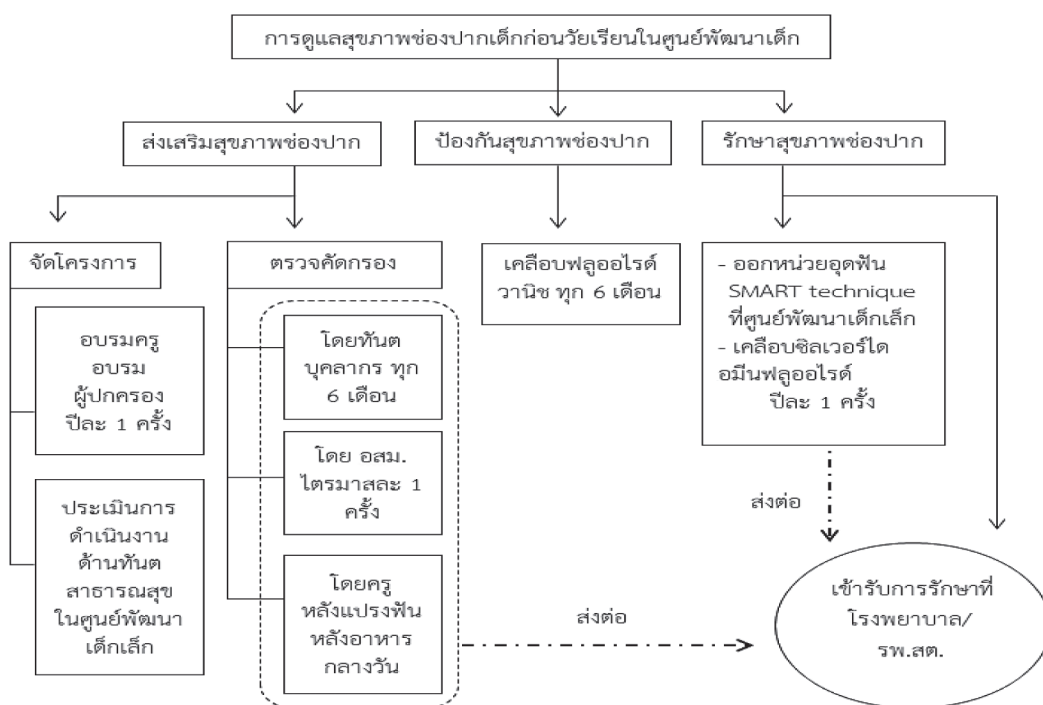
ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนกลับ (Reflection) สรุปผลการดำเนินงานตามแผนการปฏิบัติงานจากการประชุมกลุ่ม พบว่า ผู้ปกครองเด็กมีความรู้เจตคติ และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนเพิ่มมากขึ้น อนามัยช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนดีขึ้น และมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและข้อเสนอแนะจาก 4 กิจกรรม โดยการอบรมครูได้มีการแลกเปลี่ยนลักษณะการดำเนินงานและกิจกรรมเพื่อนำมาปรับใช้ในแต่ละที่ได้ มีการแจ้งนโยบายและชี้แจงแนวทางการพัฒนาสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพช่องปาก การอบรมผู้ปกครอง ผู้ปกครองมีความเข้าใจมากขึ้นในการดูแลสุขภาพช่องปาก การรับประทานอาหาร โรคในช่องปาก การใช้ขวดนม การสาธิตวิธีการแปรงฟันเด็กก่อนวัยเรียนซึ่งยังไม่มีฝึกปฏิบัติจริง การกำหนดมาตรการการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กใน ศพด. ได้แจ้งให้ผู้ปกครองทราบและลงรายชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรทำให้รับทราบโดย

ทั่วกัน และได้เริ่มดำเนินการตามนโยบายแล้ว แต่ยังมีประเด็นที่ดำเนินการได้ยาก โดยเฉพาะการห้ามนำขนมและขบเคี้ยวมาจึงต้องดำเนินการแบบค่อยเป็นค่อยไป ขวดนมอนุโลมให้ใช้ในเด็กแรกเข้าไม่เกิน 2 เดือนและขนมจะฝากครูไว้ก่อนแล้วให้คืนตอนกลับบ้าน การประเมินกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก พบว่าสถานที่แปรงฟันยังไม่ผ่านเกณฑ์ ซึ่งแก้ปัญหาด้วยการแปรงฟันแห้ง ไม่ต้องใช้น้ำทำให้สามารถนั่งแปรงฟันที่ห้องเรียนได้ และประเด็นกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ผู้ปกครองที่ไม่มีการดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง จึงมีการดำเนินกิจกรรมต่อเพื่อให้ผ่านตามเกณฑ์และวางแผนให้มีการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่องทุกปี

3. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ จากการทำดำเนินงานตามรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนมาจากการมีส่วนร่วมของทุกคนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก มีแนวทางการดำเนินงานที่

ชัดเจนในการสนับสนุนส่งเสริมทันตสุขภาพ โดยการผลักดันกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตามเกณฑ์สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบด้านสุขภาพ ทำให้การดำเนินงานสอดคล้องกับตัวชี้วัดและมีการวางกิจกรรมให้อยู่ในแผนการดำเนินงานของศูนย์พัฒนาเด็กเล็กระยะยาวเพื่อให้เกิดความยั่งยืนของกิจกรรม การสร้างองค์ความรู้และพัฒนาทักษะ

การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนแก่ครูและผู้ปกครอง และการติดตามประเมินผล เพื่อเป็นการตรวจสอบการดำเนินงานทางด้านทันตสุขภาพว่ามีประสิทธิภาพสามารถแก้ไขปัญหาได้จริง ซึ่งได้สรุปรูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ แสดงในแผนผังที่ 1 ดังนี้



แผนผังที่ 1 รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก
องค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ตามแนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart⁽⁶⁾ ซึ่งอภิปรายผลการศึกษาได้ ดังนี้

ด้านบริบทและสภาพปัญหาการดูแลสุขภาพเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ซึ่งตั้งอยู่ในชุมชนเขตชานเมือง จากการวิเคราะห์ปัญหาทั้งจากผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพพบว่า

ค่าเฉลี่ยฟันผุถาวรในฟันน้ำนม (dmft) สูง และเด็กมีฟันน้ำนมซึ่งเกิดจากพฤติกรรมการบริโภค การใช้ขวดนม และพฤติกรรมการแปรงฟันเด็กก่อนวัยเรียนของผู้ปกครอง ร่วมกับการไม่ตระหนักและการตามใจบุตรหลานในการบริโภค ทำให้เกิดโรคในช่องปาก รวมทั้งขาดการอบรมให้ความรู้ในการดูแลทันตสุขภาพและการประสานงานกับหน่วยงานและเครือข่ายชุมชน ลักษณะการดำเนินงานที่ผ่านมาจะเน้นที่ทันตบุคลากรเป็นหลัก ชุมชน ผู้ปกครอง ครูผู้ดูแลเด็ก และ อสม. ไม่ค่อยมีส่วนร่วม ทำให้กิจกรรมไม่มีความต่อเนื่องเท่าที่ควร ซึ่งบริบทการดูแลสุขภาพช่องปากและการดำเนินงานทันตสาธารณสุขมีความสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ของการศึกษาของขณะจิต ผลเจริญ⁽⁷⁾ ที่เป็นพื้นที่ห่างไกล ไม่มีทันตบุคลากรอยู่ประจำ จะต้องมีการออกหน่วยโดยเจ้าหน้าที่ทันตกรรมจากโรงพยาบาลชุมชน ทำให้มีข้อจำกัดด้านการเข้าถึงบริการ การส่งต่อและการดำเนินกิจกรรมต่อเนื่อง โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ปฏิบัติงานหลัก ยังไม่มีการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่าย

ด้านกระบวนการพัฒนารูปแบบ พบว่า มีการดำเนินกิจกรรมตามที่ได้จากการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน ได้แก่ 1. กิจกรรมอบรมให้ความรู้ครูผู้ดูแลเด็กก่อนวัยเรียน 2. กิจกรรมอบรมให้ความรู้ผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของกชปิญา ผดุงพันธ์⁽⁸⁾ ที่มีการอบรมผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนเพื่อให้มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก รวมถึงวิธีการดูแลสุขภาพช่องปาก และสามารถนำไปปฏิบัติได้ด้วยตัวเอง นอกจาก

นี้การศึกษาของปาริฉัตร ถาวรวงษ์⁽⁹⁾ พบว่า ความรู้เกี่ยวกับทันตสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียน 3. การกำหนดมาตรการการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กร่วมกันสอดคล้องกับการศึกษาของวิไลวรรณ เวียงดินคำ⁽¹⁰⁾ ที่มีการกำหนดให้มีข้อตกลงด้านทันตสุขภาพเพื่อควบคุมการบริโภคอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ สนับสนุนกิจกรรมทันตสุขภาพที่บ้านและศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก และสอดคล้องกับการศึกษาของอรรถวิทย์ ก้อนคำ⁽¹¹⁾ 4. การประเมินการดำเนินกิจกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ซึ่งยึดตามเกณฑ์สถานพัฒนาเด็กปฐมวัยต้นแบบด้านสุขภาพช่องปากภายใต้มาตรฐานสถานพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ เพื่อผลักดันให้ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กผ่านเกณฑ์การประเมินและเด็กได้รับการดูแลตามหลักเกณฑ์ที่ถูกต้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปณิธาน สนพะเนา, สันติสิทธิ์ เขียวเงิน⁽¹²⁾

ผลการดำเนินงานตามรูปแบบ พบว่า ทั้งก่อนและหลังการพัฒนาผู้ปกครองส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนระดับปานกลาง ซึ่งหลังการพัฒนาผลต่างค่ามัธยฐานเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครอง พบว่า ก่อนและหลังการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์พฤติกรรมดี ผลต่างค่าเฉลี่ยหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ในช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนหลังการพัฒนาลดลงอย่างมีนัยสำคัญทาง

สถิติ ทำให้เด็กส่วนใหญ่อยู่ในเกณฑ์อนามัยช่องปากดี สอดคล้องกับการศึกษาของซูลิซีสแสด⁽¹³⁾, ปณิธาน สนพะเนา, สันติสิทธิ์ เขียวเงิน⁽¹²⁾ และวิไลวรรณ เวียงดินดำ⁽¹⁰⁾ ที่ความรู้ เจตคติ การปฏิบัติในการดูแลสุขภาพเด็กของผู้ปกครองและปริมาณแผ่นคราบจุลินทรีย์ของเด็กดีขึ้นกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่ไม่สอดคล้องในด้านเจตคติเนื่องจากผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หลังการพัฒนา รูปแบบค่าเฉลี่ยของคะแนนเจตคติการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองไม่เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากก่อนและหลังการพัฒนาระดับเจตคติของผู้ปกครองอยู่ในระดับดีอยู่แล้ว และผลการศึกษาวิจัยยังไม่สอดคล้องกับการศึกษาของชนะจิต ผลเจริญ⁽⁷⁾ ที่มีบริบทพื้นที่เป็นพื้นที่ห่างไกลและไม่มีทันตบุคลากรอยู่ประจำสถานบริการเช่นกัน แต่พบว่าความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติของผู้ปกครองมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้นเล็กน้อยแต่ผลความสะอาดในช่องปากเด็กยังไม่เปลี่ยนแปลง ในด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จพบว่า การมีส่วนร่วมของทุกคนที่เกี่ยวข้องในการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก, มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน, การพัฒนาองค์ความรู้และทักษะแก่ครู ผู้ปกครองและการติดตามประเมินผลการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง มีส่วนช่วยให้รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กดำเนินการได้สำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของซูลิซีสแสด⁽¹³⁾, กษิญา ผดุงพันธ์⁽⁸⁾, ปณิธาน สนพะเนา, สันติสิทธิ์ เขียวเงิน⁽¹²⁾ และอรรถวิทย์ ก้อนคำ⁽¹¹⁾ ที่ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

คือการมีส่วนร่วมของชุมชน ภาครัฐเครือข่ายและการดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

โดยสรุปแล้ว หลังการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ผู้ปกครองมีความรู้มากขึ้น พฤติกรรมการดูแลทันตสุขภาพเด็กดีขึ้น แต่เจตคติไม่เปลี่ยนแปลงเนื่องจากก่อนและหลังการพัฒนามีระดับเจตคติสูงอยู่แล้ว และเด็กก่อนวัยเรียนมีค่าอนามัยช่องปากดีขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1) การกำหนดมาตรการการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กในข้อการรณรงค์และรณรงค์ชวนคนมาใช้ที่ศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ยังมีข้อจำกัดในเด็กบางคนที่ไม่ค่อยให้ความร่วมมือและผู้ปกครองบางคนยังไม่ปฏิบัติตาม จึงควรมีการผลักดันการดำเนินกิจกรรมอย่างค่อยเป็นค่อยไป

2) การจัดกิจกรรมการอบรมผู้ปกครอง ได้บูรณาการร่วมกับกิจกรรมปฐมนิเทศ ผู้ปกครองในวันเปิดภาคเรียน ซึ่งมีกิจกรรมการชี้แจงและอบรมหลายอย่างทำให้ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมทางทันตสาธารณสุขได้อย่างเต็มรูปแบบ อีกทั้งยังไม่มีมีการฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากเด็กแบบลงมือปฏิบัติจริง จึงควรมีการวางแผนรูปแบบกิจกรรมและช่วงเวลาจัดกิจกรรมที่เหมาะสม

3) จากกิจกรรมการประชุมคืนข้อมูล ในกระบวนการวิจัยขั้นการสะท้อนกลับ (Reflection) ครูผู้ดูแลเด็กและผู้ปกครองได้ให้ข้อเสนอแนะว่า การดำเนินกิจกรรมด้านการ

ดูแลสุขภาพช่องปากเด็กโดยการประกวดเด็กฟันสวยจะช่วยกระตุ้นความสนใจในการดูแลสุขภาพช่องปากบุตรหลาน และเป็นการสร้างบุคคลต้นแบบเพื่อเป็นแรงบันดาลใจให้เด็กและผู้ปกครองคนอื่นๆ ได้

4) รูปแบบที่พัฒนาครอบคลุมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กทั้งด้านส่งเสริม ป้องกันและรักษาการศึกษาวิจัยยาวรอบต่อไปจึงควรมีการติดตามผลฟันดีไม่มีผุ (Cavity free) ของเด็กก่อนวัยเรียนด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์ที่ปรึกษาวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม คณะผู้บริหารองค์การบริหารส่วนตำบลสมเด็จ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสมเด็จ ครูผู้ดูแลเด็ก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้เข้าร่วมกระบวนการวิจัยทุกท่าน ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยให้ดำเนินการลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กิตติคุณ บัวบาน. ความสัมพันธ์ระหว่างสภาวะสุขภาพช่องปากกับคุณภาพชีวิตในผู้สูงอายุ อำเภอแม่ระมาด จังหวัดตาก. วารสารพัฒนาวิทยาและเวชศาสตร์ผู้สูงอายุ. 2560;16:45-56.
2. ศรีสุตา สีละศิริ, เมธิณี คุปพิทยานันท์. การสร้างเสริมสุขภาพช่องปาก ประตุสู่สุขภาพที่ดีในทุกช่วงวัยของชีวิต. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก 2555.
3. สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลการสำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากแห่งชาติ ครั้งที่ 8 ประเทศไทย พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: สามเจริญพาณิชย์; 2561.
4. Health Data Center. กลุ่มรายงานมาตรฐานข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาสุขภาพช่องปาก 2565 [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 4 สิงหาคม 2565]. เข้าถึงได้จาก: <https://ksn.hdc.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
5. โรงพยาบาลสมเด็จ. รายงานผลการสำรวจสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน 2565.
6. Kemmis, Mc Taggart. The action research planner. Geelong: Deakin University; 1988.
7. ชนะจิต ผลเจริญ. การพัฒนาแนวทางการดูแลสุขภาพช่องปากในเด็กก่อนวัยเรียนบริบทพื้นที่เกาะหมากน้อย อำเภอเมืองจังหวัดพังงา มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2562.
8. กชปิญา ผดุงพันธ์. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลโพนแพง อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย. วารสารทันตภิบาล. 2562;30(1):39-54.
9. ปาริฉัตร ถาวรวงษ์. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช. Journal of Health Sciences and Pedagogy. 2564;1(2):69-82.

10. วิไลวรรณ เวียงดินดำ. การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียนโดยการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลขามป้อม อำเภอพระยืน จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. 2564;3(1):117-30.
11. อรรถวิทย์ ก้อนคำ. การพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังและส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองเชียงทูน อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดศรีสะเกษ [ปริญญาานิพนธ์ ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. มหาสารคาม: มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2564.
12. ปณิธาน สนพะเนา, สันติสิทธิ์ เขียวเขิน, สุพัตรา วัฒนเสน. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพช่องปากเด็กก่อนวัยเรียน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก องค์การบริหารส่วนตำบลหมื่นไวย ตำบลหมื่นไวย อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารทันตภิบาล. 2562;30:103-19.
13. ชูเลิศ สีแสด. รูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กตำบลจาน อำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารทันตภิบาล. 2560;28(2):58-71.

Achievement Evaluation of Using Guidelines to Promoted Breastfeeding by Transporting Breast Milk with Love from Mothers to Babies Project in Health Region 7 collaboration with Department of Health

Sujitra Khunnoi¹, Chatri Metatharatip², Anonglak Srisaenpang³

(Receive 21st May 2024; Revised : 23rd June 2024; Accepted 27th June 2024)

ABSTRACT

This research aims to evaluate achievement. Using guidelines to promote breastfeeding by transporting breast milk the CIPP Model. The target population consists of postpartum mothers who use the free frozen breast milk transportation service. Health personnel, Line Official Account administrators, and officials of private milk transport companies. A total of 47 people collected data and analyzed qualitative data with content analysis, during the study period of January 2024 to April 2024, a period of 4 months.

The results found that the project has both quantitative and qualitative results. From the assessment of the context evaluation in the northeastern region, women of reproductive age migrate to work abroad. The rate of breastfeeding for at least 6 months is below the threshold. Input evaluation found that mothers who use the service after giving birth the frequency of delivery was found to be from 1 to 28 times. 97.14% had exclusively breastfed for 6 months. Process evaluation, focus on public relations plans It is the cornerstone of social success. Product evaluation appear as empirical evidence. There were 268 people who wanted to join the project and used the frozen breast milk delivery service. It was found that 210 children had been breastfed for 6 months or more, accounting for 66.45 percent. In addition, it was found that mothers who participate in the project can save approximately 5,000-7,000 baht per month on formula milk. It is recommended that the project be continuously publicized. and arrange transportation services covering areas of public hospitals and health promoting hospitals throughout the country, increasing transportation channels to spread even more, such as frozen food delivery companies, Thailand Post, expanding the network of bus companies, not limited to large companies. May consider routes of trains and passenger vans between provinces or districts.

Keywords: Achievement Evaluation, Transporting Breast Milk , Breastfeeding

^{1,3}Registered Nurse (Professional level), ²Medical Physician (Practitioner level)

¹⁻³Regional Health Promotion Center 7 Khon kaen

Corresponding author, Sujitra Khunnoi, e-mail: sujitrakhun2023@gmail.com

บทนำ

การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีประโยชน์ต่อมารดาและทารกและเป็นพื้นฐานที่สำคัญในการดูแลทารกให้เจริญเติบโต แข็งแรง สมบูรณ์ และมีผลดีทั้งต่อสุขภาพของมารดาและทารก⁽¹⁾ องค์การอนามัยโลกและองค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) แนะนำให้มารดาเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน และควรเลี้ยงร่วมกับอาหารเสริมตามวัยมากกว่า 2 ปี ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขไทย มีนโยบายส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ โดยตั้งเป้าหมายให้ทารกอายุต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียวเพิ่มขึ้นเป็นอย่างน้อยร้อยละ 50 ภายในปี 2568⁽²⁾ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการส่งเสริม สนับสนุน ปกป้องการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือน ให้บรรลุเป้าหมาย โดยมีการขนส่งสาธารณสุขอย่างเป็นรูปธรรม จึงได้จัดทำโครงการต้นแบบการมีส่วนร่วมของผู้ประกอบการด้านการขนส่ง โดยพัฒนาระบบการขนส่งนมแม่ฟรี เป็นความร่วมมือ กับภาคเอกชน ได้แก่ 1) บริษัทขนส่งจำกัด 2) บริษัทนครชัยแอร์จำกัด 3) บริษัทไทยแอร์เอเชียจำกัด และ 4) บริษัท เอเวอร์เรสต์ ด็อกเตอร์ จำกัด ต่างมีเจตนารมณ์ร่วมกันในการส่งเสริมให้แม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองอย่างน้อย 6 เดือน จึงได้จัดทำโครงการเพื่อขับเคลื่อน นโยบายและให้การสนับสนุนแม่ที่ทำงานต่างจังหวัดสามารถส่งนมแม่ข้ามจังหวัดโดยไม่มีภาระค่าใช้จ่ายภายใต้โครงการ “ภาคีร่วมใจส่งรักส่งนมจากอกแม่สู่ลูก” ในปี พ.ศ.2561 จนถึงปัจจุบัน โดยบริการจัดส่งนมแม่ฟรีทั่วไทยไปกับบริษัทขนส่งทั้ง 4

แห่ง มีวัตถุประสงค์หลัก เพื่อลดภาระค่าใช้จ่ายครอบครัวแม่หลังคลอด ชะลอการให้นมผงทดแทนนมแม่ โดยแม่ที่ต้องกลับไปทำงานยังคงสามารถเลี้ยงลูกด้วยนมตนเองอย่างต่อเนื่องได้นับเป็นความร่วมมือของภาคีเครือข่าย ช่วยเหลือในการขนส่งนมแม่ครั้งแรกในประเทศไทย⁽³⁾

อนึ่งในแผนการดำเนินโครงการดังกล่าว ยังมีได้มีการระบุถึงขั้นตอน และวิธีการติดตามประเมินผลความสำเร็จของโครงการไว้ จึงทำให้ปัจจุบันยังไม่มีผลการประเมินผลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ผู้รับผิดชอบโครงการและทีม เล็งเห็นความสำคัญ ของขั้นตอนการประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อสะท้อนผลของโครงการ การประเมินผลสัมฤทธิ์หรือความสำเร็จของโครงการจึงเป็นสิ่งสำคัญที่ชี้ให้เห็นความสำเร็จหรือความล้มเหลวของโครงการฯ ซึ่งอาจจะส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ดำเนินโครงการและภาคีเครือข่าย ผู้ใช้บริการและผู้มีส่วนได้เสีย ผู้วิจัยจึงออกแบบการประเมินโดยใช้การประเมินตามตัวแบบระบบ ภายใต้กรอบแนวคิดในรูปแบบซีป (CIPP Model) ประกอบด้วย การประเมินด้านบริบท ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลลัพธ์⁽⁴⁾ มาใช้ในการประเมินผลสัมฤทธิ์หรือผลของความสำเร็จ การใช้แนวทางการส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ด้วยการขนส่งนมแม่ ในโครงการภาคีร่วมใจส่งรักส่งนมจากอกแม่สู่ลูกในเขตสุขภาพที่ 7 กรมอนามัย เพื่อป้องกันผลสัมฤทธิ์ที่เกิดขึ้นกับกลุ่มผู้ใช้บริการ นำไปสู่การเผยแพร่ และใช้ประโยชน์ ในการขยายผลของรูปแบบฯกับกลุ่มเป้าหมายเดียวกันในบริบทพื้นที่อื่นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์ของการใช้รูปแบบการพัฒนากระบวนการขนส่งนมแม่ โครงการภาคีร่วมใจส่งรักส่งนมจากอกแม่สู่ลูก เขตสุขภาพที่ 7 กรมอนามัย

ขอบเขตการวิจัย

ดำเนินการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือน มกราคม-เมษายน 2567 ครอบคลุมการใช้บริการขนส่งนมแม่ฟรีทั่วประเทศ โดยบริษัทขนส่งเอกชน 3 บริษัท ประกอบด้วย 1) บริษัทขนส่งจำกัด 2) บริษัทนครชัยแอร์จำกัด 3) บริษัทไทยแอร์เอเชียจำกัด

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยประเมินผลสัมฤทธิ์โครงการภาคีร่วมใจส่งรักส่งนมจากอกแม่สู่ลูกเขตสุขภาพที่ 7 กรมอนามัยนี้ ใช้รูปแบบการประเมินแบบ CIPP Model เป็นการประเมินวัตถุประสงค์และรายละเอียดต่าง ๆ เพื่อช่วยในการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการและกิจกรรม และมีลักษณะเป็นแบบประเมินความก้าวหน้าเพื่อชี้จุดเด่นจุดด้อยของการดำเนินงาน จึงเป็นแนวทางในการประเมินทั้งในระยะก่อนการดำเนินงาน ระหว่างการดำเนินงาน และเมื่อเสร็จสิ้นการดำเนินงาน โดยประเมินในด้านต่างๆ ตามกรอบแนวคิดของ สดฟิฟิลบิม⁽⁵⁾ รูปแบบซีป (CIPP Model) นับเป็นวิธีการประเมินผลสัมฤทธิ์หรือประเมินความสำเร็จของโครงการ โดยสาระสำคัญของการประเมิน 4 องค์ประกอบได้แก่ 1) การประเมินบริบทหรือสภาวะแวดล้อม (Context evaluation) 2) การประเมินผลปัจจัยนำเข้า

Input evaluation) 3) การประเมินผลกระบวนการ (Process evaluation) และ 4) การประเมินผลผลิต ผลลัพธ์ รวมถึงผลกระทบที่ตามมา (Product evaluation) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ใช้วิธีประมวลสรุปจากข้อมูลการประเมินผล ทั้ง 4 ด้าน ในโครงการภาคีร่วมใจส่งรักส่งนมจากอกแม่สู่ลูกเขตสุขภาพที่ 7 กรมอนามัยจากการวิเคราะห์ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง หรือ ผู้ให้ข้อมูล

ประกอบด้วยผู้ให้ข้อมูลหลัก จำนวน 3 กลุ่ม คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลหลักแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ดังนี้

กลุ่มที่ 1 มารดาหลังคลอดผู้ใช้บริการขนส่งนมแม่ มารดาหลังคลอดที่เข้าร่วมโครงการฯ อย่างน้อย 1 ครั้ง ในช่วงเดือน ธันวาคม 2566 - เมษายน 2567 จำนวน 35 ราย

กลุ่มที่ 2 บุคลากรด้านสุขภาพ ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ ศอ. 7 ผู้ให้บริการคลินิกนมแม่ หรือผู้มีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานโครงการฯ และผู้ดูแลระบบ Line Official Account รวมจำนวน 7 คน

กลุ่มที่ 3 เจ้าหน้าที่บริษัทขนส่งนมเอกชน จำนวน 5 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 3 ชุดดังนี้

ชุดที่ 1 แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth interview)

ชุดที่ 2 แนวทางในการอภิปรายกลุ่ม (Focus Group Discussion)

ชุดที่ 3 แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth interview)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเสนอเครื่องมือต่อคณะกรรมการที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบจำนวน 3 ท่านเพื่อประเมินความตรงตามเนื้อหา (Content validity) ครอบคลุมชัดเจน โดยหาค่าความเที่ยงตรงของแนวคำถาม (IOC) มีค่า 0.80-1.00

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ จากเครื่องมือชุดที่ 1 ลักษณะทางประชากร ให้สถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่และร้อยละ

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth interview) และการอภิปรายกลุ่ม (Focus group discussion) วิเคราะห์ Content Analysis โดยใช้วิธีการวิเคราะห์แก่นสาระ (Thematic Analysis) ด้วยการวิเคราะห์แบบอุปนัย (Analytic inductive) โดยการจำแนกและระบบข้อมูล (Typology and Taxonomy)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มเป้าหมาย

โครงการวิจัยผ่านการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น รหัสโครงการ 076

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการอภิปรายกลุ่ม โดยกลุ่มที่ 1 มารดาหลังคลอดหรือผู้ใช้

บริการขนส่งนมแม่ และกลุ่มที่ 3 เจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องของบริษัทขนส่งนมเอกชน ผู้วิจัยใช้รูปแบบการสัมภาษณ์เชิงลึก (In - depth interview) ในระบบออนไลน์ เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายกระจายทั่วทุกภูมิภาคในประเทศไทย ส่วนกลุ่มที่ 2 บุคลากรด้านสุขภาพคลินิกนมแม่ คอ. 7 และ ผู้ให้บริการในกระบวนการดำเนินงานโครงการฯ และอยู่ในระบบ Line Official Account ผู้วิจัยใช้การอภิปรายกลุ่ม (Focus Group Discussion) เข้าสู่สนามโดยการแนะนำตนเอง และวัตถุประสงค์ และผู้วิจัยดำเนินการตามกระบวนการอภิปรายกลุ่ม

ผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากรผู้ให้ข้อมูล พบว่ามีผู้ใช้บริการส่งนมแม่จำนวนทั้งสิ้น 268 ครั้ง ประชากรเป้าหมายผู้ใช้บริการส่งนมแม่ทั้ง 3 บริษัท ให้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งเป็นผู้ใช้บริการส่งนมแม่แห่งฟรี จำนวน 35 ราย อายุเฉลี่ย 32.0 ปี โดยมารดาหลังคลอดทุกคนได้ใช้สิทธิ์ในการลาคลอดครบ 3 เดือน มีเพียง 1 รายพนักงานบริษัท ลาคลอดได้เพียง 1 เดือน เนื่องจากเพื่อนร่วมงานลาออกกะทันหัน หน่วยงานจึงขอร้องให้กลับมาทำงาน มารดาที่ใช้บริการส่งนมในโครงการฯ มีช่วงอายุตั้งแต่ 26-42 ปี ส่วนใหญ่เป็นมารดาหลังคลอดลูกคนแรก ความถี่ในการส่งนม พบตั้งแต่ 1 ครั้ง ถึงสูงสุดจำนวนส่ง 28 ครั้ง เป็นคุณแม่วัยอายุ 29 ปี ประกอบอาชีพพนักงานบริษัทเอกชน ส่งนมสำหรับลูกคนแรก ตั้งแต่ลูกอายุ 4 เดือน จวบจนปัจจุบันลูกอายุ 1 ปี 3 เดือน ใช้บริการบริษัทขนส่งจำกัด (รถ บขส. 99) ต้นทางจังหวัด

สมุทรปราการ ไปยังจังหวัดตาก ส่วนใหญ่มารดาเป็นผู้ใช้บริการส่งนมหลังปัมน้ำนมเก็บแบบแช่แข็งตามกระบวนการขั้นตอนที่กำหนด ซึ่งผู้ใช้บริการส่งนม มีรายได้เฉลี่ย 34,857 บาท รายได้ต่ำสุด 15,000 บาท/เดือน สูงสุด มากกว่า 50,000 บาท/เดือน อาชีพหลากหลายได้แก่ รับราชการ จำนวน 8 คน ธุรกิจส่วนตัวจำนวน 7 คน พนักงานรัฐวิสาหกิจ จำนวน 7 คน ค้าขาย จำนวน 7 คน และพนักงานบริษัทเอกชน จำนวน 6 คน ร้อยละ 100 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป อายุลูกตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไป จนสูงสุดนับถึงปัจจุบันลูกอายุ 1 ปี 3 เดือน มารดาส่วนใหญ่ได้ให้ลูกดูนมจากอกแม่ครบ 3 เดือน มีเพียง 1 ราย ที่ได้ดูนมจากขวดเมื่ออายุครบ 1 เดือน จากนั้นได้ให้ลูกดูนมแม่จากขวด โดยใช้บริการส่งนมแม่แช่แข็งฟรีครบ 6 เดือน ร้อยละ 100 โดยไม่ป้อนอาหารเสริม มีเพียง 1 รายที่ป้อนน้ำแกงทารกตอนอายุ 4 เดือน

ด้านบุคลากรสุขภาพ จำนวน 5 ราย และผู้บริหาร จำนวน 2 ราย ให้แนวคิดการก่อตั้งโครงการฯ นโยบายการดำเนินงาน การประสานเครือข่าย และสะท้อนปัญหาอุปสรรครวมถึงปัจจัยความสำเร็จได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้มีแอดมินเพจ จำนวน 1 รายให้ข้อมูล เป็นผู้ดูแลระบบ line OA อย่างต่อเนื่องช่วยตอบปัญหาแก้ไขสถานการณ์ในแต่ละขั้นตอนการใช้บริการเจ้าหน้าที่บริษัทขนส่งเอกชน รวมทั้งสิ้นจำนวน 6 ราย ครอบคลุมบริษัทเอกชนทั้ง 3 แห่ง ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีทั้งพนักงานผู้ให้บริการทั่วไป และผู้จัดการบริษัททั้ง 3 แห่ง ซึ่งเป็นผู้รับนโยบายและสนับสนุนผู้ให้บริการขนส่งนมแม่ฟรีทุกขั้นตอน จนสามารถส่งนมแม่แช่แข็งถึงปลายทาง

อย่างปลอดภัยโดยตลอดช่วงที่ดำเนินการไม่พบรายงานนมแม่แช่แข็งเน่าเสียตลอดช่วงดำเนินการ

2. วิเคราะห์ผลการดำเนินงาน และการประเมินผลโครงการฯ ด้านบริบทแวดล้อม ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิต (CIPP Model)

2.1 การประเมินสถานะแวดล้อม (Context Evaluation)

ปัญหาการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ให้ครบ 6 เดือนนั้นเป็นปัญหาระดับชาติ ข้อมูลจากระบบฐานข้อมูลสุขภาพกระทรวงสาธารณสุข (Health Data Center: HDC) ในปี พ.ศ. 2562 พบว่า อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน ร้อยละ 23.1 แต่ข้อมูลการสำรวจจากองค์กร UNICEF ในปีเดียวกันกลับพบว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือน มีเพียงร้อยละ 5.4 ซึ่งมีความแตกต่างกันกับข้อมูลของภาครัฐ ในขณะที่อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างน้อย 6 เดือนในเขตสุขภาพที่ 7 มีเพียงร้อยละ 33.6 เท่านั้นจะเห็นว่าแม่ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้ครบ 6 เดือนได้ ซึ่งปัญหาที่ตามมาในระยะสั้น คือ ภาระค่าใช้จ่ายที่เพิ่มมากขึ้นจากการที่ครอบครัวต้องซื้อนมผสมมาเลี้ยงดูทารก และความผูกพันของมารดาและทารกที่น้อยลง ส่วนปัญหาที่จะเกิดขึ้นตามมาในระยะยาวนั้นคือ ปัญหาพัฒนาการเด็กล่าช้า ปัญหาค่าใช้จ่ายในการรักษาภาวะเจ็บป่วยของเด็ก ปัญหาสุขภาพของมารดา ปัญหาโรคเรื้อรังทั้งของมารดาและทารก ซึ่งปัญหาในระยะยาวเหล่านี้ล้วนส่งผลกระทบต่อการพัฒนาาระบบสาธารณสุขของประเทศเป็นอย่างยิ่ง

บริบทภาคอีสาน หญิงวัยเจริญพันธุ์ โดยส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงานมีการอพยพย้ายถิ่นไปทำงานต่างจังหวัดกันเพื่อหารายได้จือจุนครอบครัวซึ่งเป็นแรงงานทั้งในและนอกระบบที่ขาดโอกาสในการเลี้ยงลูกต่อเนื่องได้จนถึง 6 เดือน ในปี พ.ศ.2561 ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นได้ประสานขอความร่วมมือบริษัทขนส่งเอกชนเข้าร่วมเป็นเครือข่ายให้บริการส่งนมแม่ฟรีให้กับมารดาที่สิ้นสุดระยะลาคลอด และต้องกลับไปทำงานห่างไกลจากลูก จึงได้จัดทำ โครงการ “ส่งความรัก (นํานม) จากอกแม่สู่ลูก” เพื่อให้ลูกได้กินนมแม่อย่างเดียวยุ่ได้ครบ 6 เดือน และกินนมแม่ได้อย่างต่อเนื่องจนอายุ 2 ปีหรือมากกว่า โดยการปั้มนํานมแม่แช่แข็งไว้ให้ลูกได้ดื่มอย่างต่อเนื่อง มีเครือข่ายภาคเอกชนที่มีความประสงค์เข้าร่วมโครงการเพื่ออำนวยความสะดวกด้านการขนส่งนมแม่ได้แก่ บริษัทขนส่งภูหลวง บริษัทชาญทัวร์ บริษัท ก. เกียรติชัยพัฒนาขนส่ง และบริษัทแอร์เอเชีย โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อลดปริมาณการใช้นมผสมสำหรับทารกในกรณีที่มารดาหลังคลอดต้องกลับไปทำงานต่างจังหวัด 2) เพิ่มอัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในแม่ที่ทำงานต่างจังหวัด 3) ทำบันทึกข้อตกลง MOU ความร่วมมือ กับผู้เกี่ยวข้องบริการขนส่งทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเริ่มประชุมชี้แจงโครงการ ในเดือนพฤศจิกายน 2561 ระยะเวลาดำเนินการส่งนมแม่ฟรีในช่วง 1 พฤศจิกายน 2561 - 30 กันยายน 2562 ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7

จากนั้นในปี พ.ศ. 2563 ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ร่วมกับกลุ่มอนามัยแม่และเด็ก กรมอนามัย ได้จัดทำโครงการภาคีร่วมใจสงรัก

ส่งนมจากอกแม่สู่ลูกเขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น ได้ขยายเครือข่าย บริษัทเอกชนผู้ร่วมให้บริการเป้าหมาย เพื่ออำนวยความสะดวกในการรับ-ส่ง นํานมแม่ ควบคุมและเก็บรักษาคุณภาพนํานมแม่ ซึ่งจะช่วยสนับสนุนให้ คุณแม่กลุ่มนี้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องได้นานเท่าที่ ต้องการ ต่อมาเดือนสิงหาคม 2563 ได้ขยายการดำเนินการเพิ่มขึ้นในเขตสุขภาพที่ 8 (อุดรธานี หนองคาย บึงกาฬ หนองบัวลำภู เลย สกลนคร มุกดาหาร) โดยมีสายการบินแอร์เอเชีย และบริษัท นครชัยแอร์ จำกัด ร่วมให้บริการขนส่งนมแม่แช่แข็งโดยไม่คิดค่าบริการ ระยะเวลาดำเนินการ 1 ปี สิ้นสุดโครงการในเดือนสิงหาคม 2563 เพื่อให้มีโอกาสดังความรักความห่วงใยถึงลูกผ่านทางนํานมอย่างต่อเนื่อง กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุข จึงได้เข้าร่วมขับเคลื่อนโครงการให้ขยายเครือข่ายและดำเนินงานได้ครอบคลุมทุกภูมิภาคการขนส่งนมแม่ฟรีทั่วประเทศภายใต้ “โครงการภาคีร่วมใจสงรักส่งนมจากอกแม่สู่ลูกเขตสุขภาพที่ 7 ขอนแก่น ร่วมกับกรมอนามัย” ระหว่าง กรมอนามัย ร่วมกับมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย บริษัทขนส่งเอกชน และบริษัท เอเวอร์เรย์ ดีค็อกเตอร์ จำกัด เริ่มให้บริการตั้งแต่วันที่สิงหาคม พ.ศ. 2563 จนถึงปัจจุบันพร้อมทั้งได้ทำ MOU ในเดือน สิงหาคม พ.ศ. 2563 ร่วมกับบริษัทขนส่งภาคเอกชนดำเนินการร่วมกันจนถึงปัจจุบัน ได้แก่ 1) บริษัทขนส่งจำกัด 2) บริษัทนครชัยแอร์จำกัด 3) บริษัทไทยแอร์เอเชียจำกัด จะเห็นได้ว่าบางบริษัทได้ถอนตัวให้บริการได้แก่ บริษัทขนส่งภูหลวง บริษัทชาญทัวร์ และบริษัท ก. เกียรติชัยพัฒนาขนส่ง เดือนสิงหาคม 2562 เนื่องจากมีการปรับเปลี่ยน

ผู้จัดการคนใหม่ไม่ได้ส่งงานต่อเนื่อง และเส้นทางในการเดินทางถูกรับลดลงจากภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ และสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค COVID-19

หากพิจารณาข้อมูลการส่งนมแม่ฟรีกับบริษัทเอกชนทั้ง 3 แห่ง 3 ปี ย้อนหลังในปี พ.ศ. 2564-2566 พบว่ามีการใช้บริการจำนวน 341, 294 และ 316 ครั้ง ตามลำดับมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 317 ครั้ง/ปี ในแต่ละเดือนมีผู้ใช้บริการจำนวนคนไม่แน่นอน หากพิจารณาความถี่ของการใช้บริการส่งนมแม่ พบว่าในปี พ.ศ. 2564 มีผู้ใช้บริการ บริษัทแอร์เอเชียจำกัด สูงสุดจำนวน 31 ครั้ง/คน ในขณะที่การใช้บริการ บริษัทขนส่งจำกัดสูงสุดจำนวน 18 ครั้ง/คน และบริษัทนครชัยแอร์จำกัด จำนวน 10 ครั้ง/คน ส่วนในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ใช้บริการ บริษัทแอร์เอเชียจำกัด สูงสุดจำนวน 14 ครั้ง/คน และในปี พ.ศ. 2566 มีผู้ใช้บริการ บริษัทไทยแอร์เอเชียจำกัดสูงสุดจำนวน 12 ครั้ง/คน ส่วนใหญ่ต้นทางของผู้ใช้บริการคือส่งออกจากจังหวัดกรุงเทพมหานคร ไปยังปลายทางครอบคลุมจังหวัดในภาคอีสาน ภาคเหนือ และภาคใต้ ปัจจุบัน ณ. วันที่ 30 เมษายน 2567 มีผู้ลงทะเบียนเพื่อขอใช้บริการสะสมจำนวน 4,467 คน สร้างใบปะหน้าจำนวน 20,251 ใบ และ Scan QR Code พร้อมส่ง จำนวน 2,878 ครั้ง

2.2 การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) ผู้วิจัยศึกษาและประเมินเกี่ยวกับโครงสร้างหน่วยงานผู้ให้บริการด้านสุขภาพซึ่งประกอบด้วยหน่วยงานภาครัฐซึ่งเป็นหน่วยงานที่ให้บริการในระดับเขต และระดับกระทรวง ได้แก่ศูนย์อนามัยที่ 7 และ 8 หน่วย

งานหลักในการขับเคลื่อนโครงการฯ มีการจัดตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน วางแผนกิจกรรมบริการขนส่งนมแม่ฟรี ร่วมกับหน่วยงานระดับกระทรวง คือกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้สำเร็จ โดยมีเครือข่ายที่เป็นภาคเอกชนที่เป็นหน่วยบริการรับจัดส่งนมแม่แม่แม่ฟรี มีการทำข้อตกลงร่วมกัน (MOU) เพื่อให้การส่งนมแม่แม่ฟรี มีความชัดเจนและมีความต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่กำหนดในข้อตกลงร่วม นอกจากนี้ยังมีมูลนิธิศูนย์นมแม่แห่งประเทศไทย ให้การสนับสนุนด้านการประชาสัมพันธ์ รูปแบบของโครงการ เห็นได้ชัดเจนว่าเป็นความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการสื่อสารและประชุมสรุปโครงการร่วมกัน โดยกลุ่มเป้าหมายล้วนเห็นประโยชน์ที่เกิดขึ้นทั้งในระดับหน่วยงานการบรรลุเป้าหมายของโครงการฯ ระดับบุคคล และครอบครัวมารดาหลังคลอดที่เข้าร่วมโครงการฯส่งนมแม่แม่แม่ฟรี เพื่อสุขภาพที่ดีของบุตร และส่งผลดีต่อครอบครัว โดยเฉพาะมิติทางเศรษฐกิจ ลดภาวะค่าใช้จ่ายในครอบครัวทั้งค่าขนส่งและลดค่าซื้อนมผสม นอกจากนี้ยังสะท้อนการสร้างสรรค์สังคม หรือการคำนึงถึงผลประโยชน์อนาคตของชาติที่มีต่อสังคม ของเหล่าบริษัทขนส่งเอกชน ในการสนับสนุนให้เด็กไทยได้กินนมแม่อย่างต่อเนื่องตามนโยบาย ภายใต้การสื่อสารประชาสัมพันธ์ที่หลากหลายรูปแบบที่ผู้ใช้บริการสามารถเข้าถึงได้ง่ายในระหว่างเตรียมการ และระหว่างดำเนินการส่งนมแม่แม่ฟรี โดยมีบริษัท เอเวอร์เรย์ ด็อกเตอร์ จำกัด พัฒนาแพลตฟอร์ม Line Official Account “ส่งนมแม่กับกรมอนามัย” (Line OA) เพื่อเป็นระบบสนับสนุนให้มารดาเข้าถึงข้อมูลบริการส่งรักส่ง

ตามขั้นตอน 1) นมแม่จะต้องถูกบรรจุแข็งในถุงบรรจุนมแม่โดยเฉพาะเท่านั้น 2) นมแม่แช่แข็งจะต้องถูกบรรจุลงในกล่องโฟมที่ปิดสนิทไม่มีรอยรั่วซึม 3) วัสดุรักษาความเย็นต้องเป็นเจลรักษาความเย็นเท่านั้น ห้ามไม่ใช้น้ำแข็ง น้ำแข็งแห้ง หรือวัสดุรักษาความเย็นอื่นๆ วิธีการแพ็คนมแบบแห้ง ตั้งแต่การเตรียมนมสำหรับส่ง การห่อด้วยหนังสือพิมพ์ 4-5 ชั้น แล้วนำไปแช่แข็งต่ออีก 1 คืน และเตรียมกล่องลังโฟมเพื่อบรรจุนมแม่ พร้อมใส่น้ำแห้งแข็งในขั้นตอนการบรรจุพบปัญหาเฉพาะในช่วงแรกบางราย บริษัทขนส่งพนักงานบางคนไม่รับทราบข้อมูลโครงการฯ ผู้ใช้บริการต้องโทรประสานขอความช่วยเหลือจากผู้รับผิดชอบโครงการฯ และทุกอย่างสามารถบริหารจัดการในเวลานั้น และผู้ให้บริการสามารถส่งนมถึงมือผู้รับได้สำเร็จ

ขั้นการประเมิน

หลังจากที่เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ 1 กุมภาพันธ์ 2562 สิ้นสุดในวันที่ 31 มกราคม 2563 คลินิกนมแม่ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นเป็นผู้รับผิดชอบและผู้ประสานงานโครงการฯ มีการสะท้อนประเด็นปัญหาระหว่างดำเนินการตลอดปี พ.ศ. 2562 ได้แก่ บริษัทขนส่งภูหลวง บริษัทชาญทัวร์ บริษัท ก.เกียรติชัยพัฒนาขนส่ง ได้ยกเลิกการให้บริการ ในขณะเดียวกัน บริษัทนครชัยแอร์ได้ทำบันทึกเข้าร่วมโครงการกับทางศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานีและให้บริการครอบคลุมมาถึงจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 7 คือ ขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ การประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้บริการโดยภาพรวม และนำผลการดำเนินงานที่ผ่านมาเข้าสู่วาระการประชุมรับรอง เพื่อเตรียมทำ MOU

โครงการภาคีร่วมใจส่งรักส่งนมจากอกแม่สู่ลูก เดือนสิงหาคม 2563 หลัง MOU ยังไม่มีรายงานผลการประเมินหรือการประชุมติดตามงานใดๆ เพิ่มเติม มีเพียงการจัดทำข้อเสนอ ผลการประเมินและจัดทำรายงานเพื่อประกอบการพิจารณารางวัลบริการภาครัฐ ประจำปี 2566 โดยใช้ผลงานที่ดำเนินการไปแล้วในปี 2563 ซึ่งผลการประเมินนำเสนอหลักฐานเชิงประจักษ์มีความแตกต่างกันกับข้อมูลที่ปรากฏในระบบฐานข้อมูล Line OA

2.4 การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2562-28 มกราคม 2563 พบว่า มีผู้ประสงค์เข้าร่วมโครงการฯ และสมัครผ่านทางลิงค์ จำนวน 268 คน แต่ใช้บริการส่งนมแม่แช่แข็งฟรี จำนวน 40 คน ประกอบด้วย บริษัทไทยแอร์เอเชีย 24 คน/224 ครั้ง บริษัทรถตู้ภูเขียวขนส่ง ขอนแก่น-ภูพาน จำนวน 2 คน/12 ครั้ง บริษัทชาญทัวร์ 5 คน/31 ครั้ง บริษัทนครชัยแอร์ 9 คน/10 ครั้ง บริษัท ก.เกียรติชัยพัฒนาขนส่ง ไม่มีผู้ให้บริการ พบว่ามีจำนวน 135 คนที่ไม่ใช้บริการหลังจากที่ลงทะเบียน เนื่องจากบริการขนส่งที่มีอยู่นอกเส้นทางที่ต้องการ จำนวน 56 คน แม่และลูกย้ายมาใกล้บ้านจำนวน 18 คน ความไม่สะดวกในการจัดหาคนไปส่ง/รับ จำนวน 25 คน และคุณแม่บางราย ขนนมแม่แช่แข็งกลับเอง หรือฝากญาติจำนวน 33 คน และไม่สามารถติดต่อไม่ได้จำนวน 90 คน ผลการประเมินความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมากสูงถึง ร้อยละ 75 ระดับดี ร้อยละ 25 นอกจากนี้โครงการยังเป็นผลผลิตที่สำคัญสร้างความภาคภูมิใจ ภาคีเครือข่ายได้เข้ารับโล่รางวัลจากอธิบดีกรมอนามัยเมื่อวันที่

5 สิงหาคม 2562 ที่กรมอนามัย

จากรายงานผลการดำเนินการในโครงการฯ ในช่วง วันที่ 1 มกราคม 2563 - 29 มกราคม 2564 พบว่า มีผู้สมัครเข้าร่วมโครงการนี้ทั้งสิ้น จำนวน 1,488 คน มีการใช้บริการขนส่งนมฟรี จำนวน 4,224 ครั้ง จากการเก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถาม พบผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 316 คน คิดเป็นร้อยละ 21.23 ของผู้ลงทะเบียนทั้งหมด ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดได้ใช้บริการขนส่งนมฟรีจริงจำนวน 286 คน คิดเป็นร้อยละ 90.50 แสดงให้เห็นผลตอบรับความต้องการส่งนมของคุณแม่ และมีจำนวน 30 คน ที่มีการลงทะเบียนเข้าร่วมโครงการแต่ยังไม่ใช้บริการส่งนมให้ลูกตนเอง ผลผลิตของโครงการดังกล่าวมีจำนวนครั้งที่ส่งมากที่สุดคือ 2 ครั้ง จำนวน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 12.97 จากจำนวนคนที่ส่งนมในโครงการ 316 คน รองลงมาคือ 1 ครั้ง และ 4 ครั้ง (ร้อยละ 10.44 และ 9.49 ตามลำดับ) และมีจำนวน 1 คนที่ส่งจำนวนมากที่สุดถึง 27 ครั้ง แสดงให้เห็นถึงกิจกรรมโครงการดังกล่าวทำให้เด็กแรกเกิดถึงอายุต่ำกว่า 6 เดือนกินนมแม่อย่างเดียวได้สำเร็จ

ผลผลิตจากโครงการมีทารกที่ได้กินนมแม่ครบ 6 เดือนขึ้นไป จำนวน 210 คน คิดเป็นร้อยละ 66.45 จะเห็นได้ว่าทารกได้กินนมแม่ที่เข้าร่วมโครงการอย่างน้อย 6 เดือน มากกว่าร้อยละ 50 และเมื่อให้นมลูกครบอย่างน้อย 6 เดือนจะเห็นว่าจำนวนผู้ส่งนมลดลง แต่ก็ยังพบผู้ใช้บริการในโครงการดังกล่าว หากพิจารณาถึงประสิทธิภาพของโครงการฯ ความคุ้มค่า ในด้านครอบครัว มารดาที่เข้าร่วม

โครงการสามารถประหยัดเงินค่านมผงประมาณเดือนละ 5,000-7,000

ด้านผลลัพธ์ ผลงานระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2562 - 28 มกราคม 2563 การประเมินความพึงพอใจระดับดีมากร้อยละ 75 ระดับดี ร้อยละ 25 และข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึก พบว่าแม่สิ้นสุดโครงการ แต่ยังมีแม่หลังคลอดที่ความจำเป็นต้องไปทำงานห่างไกลลูกอีกจำนวนมากที่เห็นความสำคัญ และพยายามที่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ มีความต้องการที่จะเข้าร่วมโครงการเพื่อให้มีโอกาสส่งความรักความห่วงใยถึงลูกของพวกเขาผ่านทางน้ำนม หน่วยงานจึงได้นำผลการดำเนินงานที่ผ่านมาสู่การประชุมคณะทำงาน เพื่อเตรียมทำ MOU โครงการภาคีร่วมใจส่งรักส่งนมจากอกแม่สู่ลูกในระยะถัดไป นอกจากนี้ มีการสำรวจความพึงพอใจของผู้ใช้บริการ ในช่วงวันที่ 1 มกราคม 2563 - 29 มกราคม 2564 พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการดังกล่าวส่วนใหญ่มีความพึงพอใจอยู่ในระดับดีมาก ผู้รับบริการส่วนใหญ่มีความประทับใจจากการใช้บริการส่งนมแม่แช่แข็ง ของ บขส. จำกัด และสายการบินแอร์เอเชีย เนื่องจากมีความรวดเร็วในการขนส่ง และมีความสะดวกในการไปติดต่อรับส่งของสมาชิกในครอบครัว รองลงมาคือ บริษัท นครชัยแอร์ จำกัด เนื่องจากมีจุดรับส่งเป็นเฉพาะบางจุด งดรับส่งในบางสถานที่ที่อยู่ใกล้บ้าน มีข้อเสนอแนะให้มีการดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง และมีการประชาสัมพันธ์ในสื่อที่ประชาชนสามารถเข้าถึงได้อย่างทั่วถึงต่อไป

3. ปัญหาอุปสรรค และปัจจัยเงื่อนไขความสำเร็จในการดำเนินโครงการฯ

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสะท้อน

ปัญหาในการใช้บริการในกลุ่มมารดาหลังคลอด และตัวแทนผู้ให้บริการขนส่งนมแม่แช่แข็งฟรี ผู้วิจัยแยกผลการวิเคราะห์เป็นการขนส่งทางบก และการขนส่งทางอากาศ พบปัญหาและอุปสรรคดังนี้

การขนส่งทางบก

1. การสื่อสารประชาสัมพันธ์โครงการยังไม่ทั่วถึง ส่วนมากรับรู้จากการบอกต่อ
2. เส้นทางรถโดยสารที่ร่วมในโครงการขนส่งนมแม่แช่แข็งฟรี ยังไม่ครอบคลุมพื้นที่ตำบลอำเภอ หรือจังหวัดที่ผู้ให้บริการต้องการ
3. จุดรับ-ส่งสถานที่ส่งไกลจากที่พักไม่สะดวกในการใช้บริการ
4. การใช้บริการครั้งแรกหรือบางครั้งไม่ราบรื่น
5. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ยังไม่ทั่วถึง
6. การจำกัดน้ำหนักในการขนส่ง/ ครั้ง/วัน
7. การส่งนครชัยแอร์มีการกำหนดเวลาส่งและต้องไปส่งที่ศูนย์บริการใหญ่ทีเดียว

การขนส่งทางอากาศ

1. การสื่อสารประชาสัมพันธ์ การจัดส่งนมแม่ฟรี ยังไม่ทั่วถึง
2. เจ้าหน้าที่สายการบินไม่รับรู้โครงการความร่วมมือ
3. จำกัดน้ำหนักในการขนส่ง 10 กิโลกรัม

ปัญหาอุปสรรคในการบริหารจัดการโครงการฯ

1. ไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนของระยะเวลาดำเนินการสนับสนุนความร่วมมือระหว่างหน่วยงาน จนถึงปัจจุบัน

2. บริษัท เอเวอร์เรย์ ด็อกเตอร์ จำกัด การพัฒนา “Line OA ขนส่งนมแม่กับกรมอนามัย” เป็นระบบสนับสนุนการให้บริการขนส่งนมแม่ ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ใช้บริการสะท้อนผลคุณภาพของสื่อที่นำเสนอดีมาก สามารถเข้าถึงได้โดยง่าย เนื้อหาไม่ซับซ้อนนำไปสู่การปฏิบัติตามขั้นตอนได้ถูกต้อง

3. การออกแบบระบบบันทึกข้อมูลผู้ให้บริการ อาจพิจารณาประเด็นสำคัญที่ควรนำเข้าไปเพื่อพัฒนาเป็นฐานข้อมูลในการวิเคราะห์และเสนอเป็นสารสนเทศได้อย่างเหมาะสม และง่ายต่อการนำใช้ฐานข้อมูล และเพื่อความครบถ้วนของข้อมูลที่บ่งบอกถึงผลสัมฤทธิ์ของโครงการ

4. ความต่อเนื่องในการควบคุมกำกับ การติดตามผลการดำเนินงานตามแผนที่วางไว้

ปัจจัยความสำเร็จ

1. ความมุ่งมั่นและความตั้งใจของแม่หลังครบกำหนดคลอด 3 เดือนในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในระยะเวลา 6 เดือนแรกและมีความต้องการให้ลูกได้กินนมตัวเองจนครบ 2 ปี
2. นโยบายผู้บริหารและการทำงานในรูปแบบคณะกรรมการมีการวางแผน ตั้งค่าเป้าหมายร่วมกัน และมีแผนการติดตามงานที่ชัดเจน
3. การสื่อสารประชาสัมพันธ์โครงการอย่างมืออาชีพ เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของงาน
4. การออกแบบเครื่องมือในการติดตามผลการดำเนินงานที่เข้าถึงได้ง่าย แปรผลได้ง่าย ข้อมูลสามารถนำมาใช้เป็นสารสนเทศประกอบการตัดสินใจของผู้บริหาร หรือ คณะทำงานใน

การปรับปรุงพัฒนาโครงการได้

5. การสร้างความตระหนักในคุณค่า คุณประโยชน์ของนมแม่ที่มีต่อทารก มารดา หลังคลอด และผลกระทบเชิงบวกต่อครอบครัว สังคม ประเทศชาติ

6. การติดตามแก้ไขปัญหได้เร็ว ทันเวลา ของทีมแอดมินผู้ดูแลระบบ

7. สื่อวีดิทัศน์ในการเตรียมความพร้อม ก่อนใช้บริการ ดูแล้วเข้าใจง่าย ปฏิบัติตามได้ ถูกต้อง

8. เครือข่ายมีความเข้มแข็ง ตระหนัก ในความสำคัญของนมแม่

9. ดำเนินกิจกรรมเชิงรุก

10. การเชิญเชิญวิทยากรหน่วยงานที่เกี่ยวข้องหรือส่งเสริมสนับสนุนให้ประเทศไทย เป็นสังคมนมแม่อย่างยั่งยืน

ผลกระทบ

ผลการดำเนินโครงการฯ เห็นได้ชัดเจน ว่า เกิดผลสัมฤทธิ์ของโครงการ นั่นคือผู้ใช้บริการ ขนส่งนมแม่แช่แข็งฟรี มีส่วนที่ดำเนินการได้ สำเร็จ มีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับในระดับ ดีมาก ส่งผลให้แนวโน้มสัดส่วนของทารกได้กิน นมแม่เพียงอย่างเดียวในช่วง 6 เดือนแรกของ ชีวิต และกินนมแม่ต่อเนื่องควบคู่อาหารตามวัย จนถึงอายุ 2 ปีหรือนานกว่านั้นเพิ่มมากขึ้น นับ เป็นการสร้างรากฐานที่ดีให้แก่พัฒนาการของ เด็กทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ และสติปัญญา นอกจากนี้การใช้สื่อและการพัฒนา “Line OA ในระบบบริการสุขภาพประชาชนเข้าถึงความ รอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มมากขึ้น เป็นแนวปฏิบัติที่ ดีและมีความเป็นไปได้ในการขยายผลโครงการ

เพื่อให้เกิดเป็นการพัฒนาให้สามารถดำเนินงาน ได้ทั่วประเทศ ผลดีที่เกิดขึ้นต่อสังคมในระยะยาว ได้แก่ สังคมไทยมีกำลังสำคัญของชาติในอนาคต ที่มีพัฒนาการสมบูรณ์แข็งแรง มีความพร้อมใน การเป็นกำลังสำคัญในการพัฒนาประเทศชาติ ต่อไป

4. แนวทาง ปรับปรุง และพัฒนาการ ดำเนินโครงการภาคีร่วมใจส่งรักส่งนมจากอก แม่สู่ลูกในเขตสุขภาพที่ 7 กรมอนามัย

1. จัดตั้งศูนย์ฯ รับข้อร้องเรียนจาก ผู้ใช้บริการ และประสานงานกับผู้บริหารให้แก้ไข ทันทัน

2. นำความเสี่ยงเข้าที่ประชุมติดตามหา แนวทางปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติ ใหม่ที่ชัดเจน

3. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรม อนามัย กระทรวงสาธารณสุข และภาคีเครือข่ายมีแผนในสร้างความร่วมมือให้บริการส่งนม ฟรี ผ่านการลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือ ในระยะยาว 5-10 ปี

4. ประชาสัมพันธ์โครงการอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมพื้นที่ให้ครอบคลุมทั้งในเขตเมือง และชนบท จัดทำสื่อโฆษณาหลากหลายช่องทาง สื่อโทรทัศน์ หรือสื่อออนไลน์ที่ประชาชนสามารถ เข้าถึงได้อย่างทั่วถึง กระจายตามหน่วยบริการ ด้านสุขภาพ เช่น รพ.รัฐ และ รพสต. ทั่วประเทศ

5. เพิ่มช่องทางในการขนส่งให้กระจาย มากยิ่งขึ้น เช่น บริษัทขนส่งอาหารแช่แข็ง ไปรษณีย์ไทย ขยายเครือข่ายบริษัทเดินรถไม่ จำกัดเฉพาะบริษัทจำกัดที่มีขนาดใหญ่ อาจ พิจารณาเส้นทาง รถไฟ รถตู้โดยสารระหว่าง จังหวัด หรืออำเภอ และไม่จำกัดจุดรับส่งในกรณี

ขนส่งทางบก เป็นต้น

6. จากผลการดำเนินงานพบว่ากลุ่มคนที่เข้าถึงบริการส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีอาชีพและรายได้มั่นคง การศึกษาระดับปริญญาตรี ดังนั้นอาจต้องคำนึงถึงความเท่าเทียมในการจัดบริการขนส่งนมแม่แช่แข็งฟรี เสริมช่องทางพิเศษในการเข้าถึงบริการของคนบางกลุ่ม โดยเฉพาะกลุ่มแรงงานอพยพหรือแรงงานนอกระบบที่ไม่มีโอกาสได้ลาคลอด 3 เดือน เป็นต้น

สรุปผลการวิจัย

จะเห็นได้ชัดเจนว่าผู้ใช้บริการส่งนมแม่แช่แข็งทั้ง 3 ช่องทางได้สำเร็จและมีความต่อเนื่องในการส่งและผู้ใช้บริการมีความมุ่งมั่นตั้งใจป้อนและเก็บน้ำนมส่งให้ลูกจนครบ 1 ปี 6 เดือนหรือจนกว่าไม่มีน้ำนมให้ป้อนเก็บ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นกลุ่มที่มีอาชีพและรายได้มั่นคงมีการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ซึ่งโครงการภาคีร่วมใจส่งรักส่งนมจากอกแม่สู่ลูกเป็นมาตรการหนึ่งภายใต้นโยบายปกป้อง ส่งเสริม สนับสนุนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของ ประเทศไทย โดยจะช่วยลดข้อจำกัดที่เกิดจากการทำงาน ลดภาระ ค่าใช้จ่ายของประชาชน และสนับสนุนทุกความตั้งใจของแม่หลังคลอด ให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้นานเท่าที่ต้องการ ซึ่งส่งผลให้อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่มีแนวโน้มสูงขึ้น จนสามารถบรรลุเป้าหมายที่ตั้งไว้ คืออัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว 6 เดือนอย่างน้อยร้อยละ 50 ภายในปี 2568 โครงการภาคีร่วมใจส่งรักส่งนมจากอกแม่สู่ลูก เขตสุขภาพที่ 7 กรมอนามัย นับเป็นนโยบายหรือมาตรการช่วยเหลือและสนับสนุนให้สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างต่อเนื่องได้ ก็ส่งผลต่อ

อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ของประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น เป็นโครงการที่ผู้ใช้บริการพึงพอใจและเรียกร้องให้คงอยู่ต่อไป

อภิปรายผลการวิจัย

การประเมินผลสัมฤทธิ์หรือความสำเร็จของโครงการโดยใช้กรอบแนวคิด CIPP Model ในการประเมิน เมื่อริเริ่มโครงการ คอ.7 ขอนแก่น ได้นำเข้าข้อมูลสถานการณ์การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ และความสำเร็จของการสนับสนุนลูกกินนมแม่อย่างเดียวนจนครบ 6 เดือน มีสัดส่วนที่ต่ำเมื่อเทียบค่าเป้าหมายอภิปรายระดับประเทศหรือระดับโลก ซึ่งผู้ร่วมโครงการทั้งมารดา หลังคลอด ครอบครัว หน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เข้าร่วมในโครงการ ได้ตระหนักในความสำคัญของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ จึงได้มีการจัดทำโครงการที่เชื่อมโยงต่อยอดจาก โครงการและกิจกรรมเดิมที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ริเริ่มไว้ จากนั้นมีการจัดทำข้อตกลงร่วม (MOU) ในการจัดบริการขนส่งนมแม่ฟรี เพื่อขับเคลื่อนกิจกรรมตามแผนได้สำเร็จ จำนวน 3 โครงการ โดยมีเป้าหมายเดียวกันนอกจากนี้ยังมีการประยุกต์ใช้ Line Official Account (Line OA) ผู้ใช้บริการเข้าถึงข้อมูลคุณภาพได้เป็นอย่างดี สื่อสำหรับเตรียม Packaging นมแม่แช่แข็ง มีกระบวนการขั้นตอนไม่ยุ่งยาก ทำให้เกิดผลผลิตและผลลัพธ์ที่เพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Sihite และคณะ⁽⁵⁾ และ Komalasari และคณะ⁽⁶⁾ ที่พบว่า ความรู้ ทักษะ ความสามารถของมารดา สิ่งอำนวยความสะดวกในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ การสนับสนุนจากสามีและการสนับสนุนจากครอบครัว มี

ผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว ความไว้วางใจ ความสามารถของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการสนับสนุนจากเพื่อน ล้วนมีผลปัจจัยเด่นที่มีอิทธิพลคือความสามารถของมารดาที่มีค่า

ข้อเสนอแนะ

รัฐบาลควรให้ความสำคัญในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์ทุกระดับ และบรรจุโครงการนี้ในแผนพัฒนาระดับชาติ ระดับจังหวัด ระดับอำเภอและตำบล เพื่อให้สามารถดำเนินการพัฒนาได้อย่างต่อเนื่อง ผู้มีส่วนขับเคลื่อนงานทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาชน ควรประชุมหาแนวทางในการจัดบริการขนส่งนมแม่แช่แข็งฟรีทั่วไทย ลดความเหลื่อมล้ำในการเข้าถึงบริการ

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วย ความเมตตาจาก ท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่อนุญาตให้เกิดรวบรวมข้อมูล ตลอดจนตัวแทนหน่วยงานและเจ้าหน้าที่ทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือในการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบคุณคุณแม่ที่ให้สัมภาษณ์ ขอบพระคุณทุกท่านที่มีพระคุณทางการศึกษา ที่มีได้เอ่ยนามมา ณ ที่นี้ รวมทั้งกัลยาณมิตรของผู้ศึกษาทุกคน ที่ให้ความรัก ความห่วงใย ความปรารถนาดี และเป็นกำลังใจตลอดมา

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณ บิดา มารดา และครอบครัว ที่สนับสนุนให้กำลังใจตลอดมา จนการศึกษาในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี คุณค่าและประโยชน์ที่ได้รับจากรายงานการวิจัยครั้งนี้ ผู้ศึกษามอบแด่คุณแม่ผู้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่ทุกคน

เอกสารอ้างอิง

1. เสาวลักษณ์ คำทอง, มยุรี นิรัตธราดร. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของมารดาวัยรุ่นในชุมชน. วารสารสาธารณสุขศาสตร์. 2560;47(1):31-43.
2. กรมอนามัย. คู่มือมารดาหลังคลอดและการดูแลทารก [Internet]. 2562. Available from: https://thailand.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/PP_Handbook.pdf
3. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. การขับเคลื่อน พ.ร.บ. ควบคุมการส่งเสริมการตลาดอาหารสำหรับทารกและเด็กเล็ก พ.ศ. 2560 และนโยบายการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ของไทย. 2562; ขอนแก่น.
4. Stufflebeam DL, Coryn CL. Evaluation theory, models, and applications. Vol. 50. John Wiley & Sons; 2014.
5. Sihite RM, Rifai A, Utami TN. ปัจจัยกำหนดของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในทารกอายุ 0-6 เดือน ในเขตเมดาน ชุงกัล. Journal La Medihealtico. 2021;2(1):53-62.
6. Komalasari K, Ifayanti H, Agustriyani F. การสนับสนุนครอบครัวของมารดาและผลงานของมารดาต่อความสำเร็จของการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวในทารกอายุ 7-12 เดือน. Jurnal Aisyah: Jurnal Ilmu Kesehatan. 2023;8(S1):291-6.



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