



วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 ประจำเดือน กรกฎาคม - ธันวาคม 2563 : Vol 10 NO. 2 July - December 2020

บทนิพนธ์ต้นฉบับ

- ประสิทธิภาพของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ กลุ่มวัยทำงานและสูงอายุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
- การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน
- การประเมินผลโครงการ นิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
- ผลของการทำสปาหลังคลอดต่อการไหลของน้ำนม ระดับความเจ็บปวด ระดับความรู้สึกล่วงคลาย และภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
- การคุมกำเนิดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ในเขตสุขภาพที่ 1
- ผลของการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่บ้านแก่ผู้ดูแลต่อ ความรู้ของผู้ดูแลและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

Lanna Journal of Health Promotion
& Environmental Health

ว.อ.
๑

ISSN 2228-9410

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health



กรมอนามัย

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่ผลงานวิจัย วิชาการ ความรู้ด้านการส่งเสริมสุขภาพ และอนามัยสิ่งแวดล้อม

คณะที่ปรึกษา

แพทย์หญิงนงนุช ภัทรอนันตนพ	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
นายแพทย์สุรพันธ์ แสงสว่าง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

บรรณาธิการ

ทันตแพทย์สมศักดิ์ เลิศจิระจารี

รองบรรณาธิการ

1. นางสาวสิตาพัฒน์ ยุตบุตร
2. นางสาวกิงพิกุล ชำนาญคง

กองบรรณาธิการ

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. นางสาวโชติรส พันธุ์พงษ์ | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 2. นายศุภฤกษ์ สือรุ่งเรือง | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 3. นายอรรถพล ปัญญาญ | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 4. นางสาวจิตติมา กตัญญู | คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีมหาวิทยาลัย
ราชภัฏเชียงใหม่ |
| 1. นายชัยพร พรหมสิงห์ | นักวิชาการอิสระ |
| 2. นางปิยพร เสาร์สาร | นักวิชาการอิสระ |
| 3. นายเดชา ทำดี | คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 4. นายเพิ่มศักดิ์ สุริยะจันทร์ | นักวิชาการอิสระ |
| 5. นางสาวเพ็ญประภา ศิริโรจน์ | คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 6. นายเศรษฐ์ สัมภัตตะกุล | คณะวิศวกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 7. นางสาววรารณ บัญเชียง | คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ |
| 8. นางกาญจนา ปินตาคำ | สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัย
ราชภัฏเชียงราย |
| 9. นางสาวกฤติพิชญ์ จิตติพิชญานันท์ | คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยพะเยา |
| 10. นางสาวนารถดา ชันธิกุล | สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ |
| 11. นางอโนชา วิปุลากร | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 12. นางสาวพิมพ์ภากรณ์ พรหมใจ | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 13. นายไพรัช ดันอุด | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |

- | | |
|------------------------------|----------------------------|
| 14. นางกฤษณา กาเผือก | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 15. นายนณฐภัทร อีระวรรณะสิริ | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |

คณะทำงาน

- | | |
|---------------------------------|----------------------------|
| 1. นางสาวสิริรา ไพ ภูธรใจ | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 2. นางวริษฐา พุ่มทอง | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 3. นางสาวภคมน เชาวศิริศิลป์ | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 4. นางสาวปิยาภา วงศ์ห้ำ | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 5. นางนงค์เยาว์ แสงคำ | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 6. นางสาววัชรวิศา ศิริกุลเสถียร | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 7. นางสาวพินทรพจน์ พรหมแสน | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 8. นายกฤษณะ จตุรงค์ศรี | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |

สำนักงานวารสาร

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ 51 ถ.ประชาสัมพันธ์ ต.ช้างคลาน อ.เมือง จ.เชียงใหม่ 50100

โทรศัพท์ 0-5327-6856 ต่อ 218 โทรสาร 0-5327-4014, 0-5318-8938

เว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/lannaHealth>

สารบัญ

ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2563

หน้า

บทนิพนธ์ต้นฉบับ

- ประสิทธิภาพของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์กลุ่มวัยทำงาน และสูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
กัลยา อรุณานนท์, สุนารี เลิศทำนองธรรม 1 - 7
- การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน
บุญญาพร ดีบุตม์, รัตนาภรณ์ อววิพันธ์, ปิยะนารถ จาติเกตุ 8 - 24
- การประเมินผลโครงการ นิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุข สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
รัตนจันทร์ นาคี 25 - 38
- ผลของการทำสปาหลังคลอดต่อการไหลของน้ำนม ระดับความเจ็บปวด ระดับ ความรู้สึกละผ่อนคลาย และภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด ในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
น้ำเพชร ศิริมงคลศรี, ธนภฤต ทิพย์พิมล 39 - 51
- การคุมกำเนิดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ในเขตสุขภาพที่ 1
ไพลิน เชิญทอง, สุมาลี สายบุบผา 52 - 66
- ผลของการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่บ้านแก่ผู้ดูแลต่อความรู้ของ ผู้ดูแลและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่
ศุภนันท์ โพทะยะ, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรเพ็ญ ศิริสัตยะวงศ์ 67 - 79

ประสิทธิผลของรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์กลุ่มวัยทำงานและ
สูงอายุ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
The Effectiveness of Desirable health Behavioral Change Patterns in Working
Group and Aging Group, Health Promotion Hospital Chiang Mai Region 1

กัลยา อัจจนาณนท์¹, สุนารี เลิศทำนองธรรม²

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ^{1,2}

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่^{1,2}

¹Corresponding author, E-mail: kalayaaurajananon@mail.com

(Received: June 15, 2020; Revised: July 8, 2020; Accepted: August 17, 2020)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการให้บริการระหว่างกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพพื้นฐานกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเต็มรูปแบบต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานและวัยสูงอายุ การดำเนินการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณย้อนหลัง (Retrospective Quantitative Study) ใช้ข้อมูลที่บ้านทีกในเวชระเบียนระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 31 ตุลาคม 2562 เป็นข้อมูลของผู้รับบริการที่มาติดตามที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพ อย่างน้อย 2 ครั้ง โดยมีระยะห่างการมาติดตามระหว่าง 75 ถึง 210 วัน เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินแบบประเมินพฤติกรรมพึงประสงค์ของวัยทำงานแบบประเมินพฤติกรรมพึงประสงค์ของวัยสูงอายุ สถิติที่ใช้ในการวิจัยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square T-Test และ Fisher's exact test ผลการวิจัยพบว่าประชากรกลุ่มวัยทำงาน 277 คน และวัยสูงอายุ 515 คนที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าลักษณะประชากรของวัยทำงานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญโดยกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมเต็มรูปแบบมีอายุ ดัชนีมวลกายและการมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่น้อยกว่า ในขณะที่ลักษณะประชากรของวัยสูงอายุเป็นเพศหญิงและการมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมพึงประสงค์ของวัยทำงานหลังนัดติดตาม พบว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเต็มรูปแบบ มีพฤติกรรมพึงประสงค์วัยทำงานรวมทั้ง 12 ด้าน ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพพื้นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 3.45 และ 0 ตามลำดับ, P value 0.030 *Fisher's exact test) และพบพฤติกรรมพึงประสงค์รายด้าน ในด้านการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอและการคาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งเมื่อขับหรือโดยสารรถยนต์มากขึ้นหลังได้รับกิจกรรมมาเต็มรูปแบบเมื่อเทียบกับการได้กิจกรรมมาพื้นฐาน (ร้อยละ 58.6 และ 41.6 ตามลำดับในด้านกิจกรรมทางกาย, P value 0.008 * Chi square test และ ร้อยละ 98.9 และ 93.2 ตามลำดับในด้านการคาดเข็มขัดนิรภัย, P value 0.045 * Chi square test) ในกลุ่มวัยสูงอายุ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของพฤติกรรมพึงประสงค์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเต็มรูปแบบและพื้นฐาน

คำสำคัญ: พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์, วัยทำงาน, วัยสูงอายุ

ABSTRACT

The objective of this study to study the effectiveness of the service pattern between basic health promotion activities and full health promotion activities to the desired health behavior change of working age and aging group. This research was a retrospective research was a retrospective quantitative study by using data recorded in medical records between OCTOBER 1, 2018 to October 31, 2019. The data were data of clients who follow up at the health promotion clinic at least twice and follow up distance between 75 and 210 day. The research instruments were used to assess the desirable behavioral assessment of the working age group and the desirable behavior of the aging group. The statistics used in this research were frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, chi-square T-Test and Fisher's exact test. The results of this research showed that 277 working age people and 515 aging people were analyzed data and found that the population characteristics of working age group were significantly differences that group was received full activities had age body mass index and chronic non-communicable diseases. While the demographic characteristics of the aging group were female and the presence of chronic non-communicable diseases were significantly lower. When comparing the desirable behaviors of working age group after follow up appointment were found that groups were received full health promotion activities had desirable behavior for working age group including 12 aspects better than groups were received basic health promotion activities had statistical significance (3.45 and 0 percent respectively, P value 0.030 * Fisher's exact test) and found that desirable behavior in each aspect in terms of having enough physical activity and wearing a seat belt every time when driving or traveling in a car more after were received health promotion activities that compared to the basic activities. (58.6% and 41.6% respectively in the term of physical activities body, P value 0.008 * chi square test and 98.9% and 93.2% respectively for seat belt wearing, P value 0.045 * chi square test) In aging group there were no statistically significant differences for desirable behavior in between groups were received full and basic health promotion activities.

Keywords: Healthy food, satisfactory, Chiang Mai University

บทนำ

การสร้างเสริมสุขภาพ เป็นกระบวนการปฏิบัติเพื่อให้เกิดสุขภาพกายแข็งแรง เจริญเติบโต ปราศจากโรคภัยไข้เจ็บ และสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ทั้งนี้คลินิกส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ภายใต้พันธกิจของกรมอนามัย มีภารกิจพัฒนารูปแบบบริการและนวัตกรรมบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพโดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานและสูงอายุ จากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายทั่วประเทศล่าสุดในปี 2557 พบคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีภาวะอ้วนร้อยละ 37.5 ภาวะอ้วนลงพุงร้อยละ 26 ในผู้ชายร้อยละ 51.3 ในผู้หญิงมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอร้อยละ 19.2 สูบบุหรี่ร้อยละ 19.5 ดื่มแอลกอฮอล์ใน 30 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 25.9 กินผักและผลไม้เพียงพอต่อวัน ความชุกของโรคเบาหวานร้อยละ 8.9 ความชุกของโรคความดันร้อยละ 24.7 ในผู้ชายร้อยละ 23.9 ในผู้หญิง¹

ทั้งนี้สถิติภาวะสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพข้างต้น แสดงให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมและกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable diseases) ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรในปัจจุบันถึงร้อยละ 63 ของการเสียชีวิตทั้งหมดของประชากรโลก และร้อยละ 73 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ของประชากรไทย (ปี 2552) คาดการณ์ว่าการเสียชีวิตนี้ของประชากรโลกจะเพิ่มขึ้นจาก 36 ล้านคนในปี 2551 เป็น 44 ล้านคนในปี 2563 ดังนั้น กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงานและกลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ จึงกำหนดเกณฑ์แนะนำพฤติกรรมพึงประสงค์ตามกลุ่มวัยดังนี้

พฤติกรรมพึงประสงค์วัยทำงาน ประกอบด้วยพฤติกรรมที่ดี 12 ประการ ได้แก่ 1. กินผักอย่างน้อย 5ทัพพีต่อวัน 2.ไม่ดื่มเครื่องดื่มรสเค็มในอาหาร 3.ไม่ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน 4.มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ 5.นั่งหรือเอนกายเฉยๆ ติดต่อกันนานน้อยกว่า 2 ชั่วโมง 6.นอนหลับวันละ 7-9 ชั่วโมง 7.แปรงฟันก่อนนอนทุกวัน นานอย่างน้อย 2 นาที 8.ในปีที่ผ่านมา ได้ไปรับบริการทันตกรรม 9.ไม่สูบบุหรี่ 10.ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ 11.สวมหมวกนิรภัยทุกครั้งที่ใช้หรือซ้อนท้ายรถจักรยานยนต์ และ 12.คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่ใช้หรือโดยสารรถยนต์³ สำหรับพฤติกรรมพึงประสงค์วัยสูงอายุ ประกอบด้วย 5 พฤติกรรม ได้แก่ 1.กินผักหรือผลไม้ทุกวัน 2.ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว 3.มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ 4.ไม่สูบบุหรี่ และ 5.ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์²

รูปแบบบริการเพื่อส่งเสริมสุขภาพของคลินิกส่งเสริมสุขภาพที่ผ่านมา เป็น “กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพพื้นฐาน” ประกอบด้วย ประเมินภาวะสุขภาพโดยการซักประวัติ/สัมภาษณ์ และการให้ความรู้โดยการพูดคุยหลังจากประเมินภาวะสุขภาพเป็นรายบุคคล ดังนั้นในปีงบประมาณ 2562 คลินิกได้พัฒนารูปแบบส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงานและสูงอายุเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายของประเทศในการเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ สามารถจัดการสุขภาพได้ด้วยตนเอง (Self-Management) เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม ในการดูแลสุขภาพของตนเอง ลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เพิ่มพลังอำนาจด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล (Empowerment) ให้มีสุขภาพดีขึ้น และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ

รูปแบบกิจกรรมที่ปรับได้เพิ่มเติมกิจกรรม

กลุ่มระหว่างที่รอพบแพทย์ โดยมีกิจกรรมการสร้างแรงบันดาลใจ และการแลกเปลี่ยนแบบมีส่วนร่วม ซึ่งเรียกว่า “กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเต็มรูปแบบ” ซึ่งกิจกรรมกลุ่มนั้นจะเน้นการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองโดยปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในด้านต่างๆ เช่น หลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน เค็ม รับประทานผักอย่างน้อย 5 ทัพพีต่อวัน มีกิจกรรมทางกายจนรู้สึกเหนื่อยกว่าปกติ ≥ 150 นาทีต่อสัปดาห์ โดยผู้เข้าร่วมกิจกรรมประกอบด้วยทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล โภชนากร นักวิทยาศาสตร์การกีฬา และผู้รับบริการ

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการให้บริการระหว่างกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพพื้นฐานกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเต็มรูปแบบ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานและวัยสูงอายุที่มารับบริการที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการให้บริการระหว่างกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพพื้นฐานกับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเต็มรูปแบบ ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของวัยทำงานและวัยสูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

การดำเนินการวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงปริมาณย้อนหลัง (Retrospective Quantitative Study) ใช้ข้อมูลที่บันทึกในเวชระเบียนระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 31 ตุลาคม 2562

การศึกษาครั้งนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ เอกสารรับรองเลขที่ 17/2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้รับบริการที่มาติดตามที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพ อย่างน้อย 2 ครั้ง โดยมีระยะห่างการมาติดตามระหว่าง 75 ถึง 210 วันจำนวน 968 คนคัดออก 176 คนเนื่องจากข้อมูลไม่ครบถ้วนเป็นกลุ่มวัยทำงาน 277 คน เข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเต็มรูปแบบ 87 คนเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพพื้นฐาน 190 คน เป็นกลุ่ม วัยสูงอายุ 515 คนเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเต็มรูปแบบ 205 คนเข้าร่วมกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพพื้นฐาน 310 คน

เกณฑ์คัดเข้า

1. บุคคลสัญชาติไทย สามารถสื่อสารพูดคุยฟังภาษาไทยได้เป็นอย่างดี
2. เป็นข้อมูลของผู้รับบริการที่มาติดตามที่คลินิกส่งเสริมสุขภาพ อย่างน้อย 2 ครั้ง โดยมีระยะห่างการมาติดตามระหว่าง 75 ถึง 210 วัน

เกณฑ์คัดออก

ข้อมูลที่บันทึกไม่ครบถ้วน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยประกอบด้วย

1. พฤติกรรมพึงประสงค์ของวัยทำงาน

อ้างอิงจากเกณฑ์คำแนะนำและข้อถามของกลุ่มพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน กรมอนามัย จำนวน 12 ข้อ คณะผู้ศึกษาได้ปรับเข้าตามเกณฑ์ข้อถามจากแบบสัมภาษณ์ในคลินิกส่งเสริมสุขภาพ ดังนี้

1.1 การกินผักอย่างน้อย 5 ท็อปทุกวัน
ใช้ข้อมูลของกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ
สำหรับคลินิก DPAC ปีพ.ศ.2557 ความถี่ที่ท่านได้
กินผัก คือ ทุกวัน

1.2 ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็มในอาหาร ใช้
ข้อมูลของกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ สำหรับ
คลินิก DPAC ปีพ.ศ.2557 ความถี่ที่ท่านได้เติม
เครื่องปรุงรสเค็มในอาหาร คือ ไม่เติมเลย

1.3 ไม่ดื่มเครื่องดื่มรสหวาน ใช้ข้อมูล
ของกองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ สำหรับ
คลินิก DPAC ปีพ.ศ.2557 ความถี่ที่ท่านดื่ม
เครื่องดื่มรสหวาน คือ ไม่ดื่มเลย

1.4 มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ใช้ข้อมูล
ตามแบบประเมินกิจกรรมทางกายระดับโลก
(Global Physical Activity Questionnaire version 2)⁴
โดยคำนวณเทียบเท่ากับการใช้พลังงาน 600
M.E.T. ต่อสัปดาห์

1.5 นั่งหรือเอนกายเฉยๆติดต่อกันนาน
น้อยกว่า 2 ชั่วโมง ใช้ข้อมูลตามแบบประเมิน
กิจกรรมทางกายระดับโลก ข้อที่ 17

1.6 นอนหลับวันละ 7-9 ชั่วโมง ใช้ข้อมูล
ของกลุ่มพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน กรม
อนามัย

1.7 แปร่งพังก่อนนอนทุกวัน นานอย่าง
น้อย 2 นาที ใช้ข้อมูลของกลุ่มพัฒนาและส่งเสริม
สุขภาพวัยทำงาน กรมอนามัย

1.8 ใน 1 ปีที่ผ่านมา ได้ไปรับบริการทันต
กรรม ใช้ข้อมูลของกลุ่มพัฒนาและส่งเสริมสุขภาพ
วัยทำงาน กรมอนามัย

1.9 ไม่สูบบุหรี่ ใช้แบบสัมภาษณ์ของ
คลินิกส่งเสริมสุขภาพเพื่อส่งข้อมูลไปตามระบบ
43 แฟ้ม

1.10 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้แบบ
สัมภาษณ์ของคลินิกส่งเสริมสุขภาพเพื่อส่งข้อมูล
ไปตามระบบ 43 แฟ้ม

1.11 สวมหมวกนิรภัยทุกครั้งขี่หรือซ้อน
ท้ายรถจักรยานยนต์ ใช้ข้อมูลของกลุ่มพัฒนาและ
ส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน กรมอนามัย

1.12 คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งขึ้นหรือ
โดยสารรถยนต์ ใช้ข้อมูลของกลุ่มพัฒนาและ
ส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน กรมอนามัย

2. พฤติกรรมพึงประสงค์ของวัยสูงอายุ

2.1 กินผักหรือผลไม้ทุกวัน ใช้ข้อมูลของ
กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ สำหรับคลินิก
DPAC ปีพ.ศ.2557 ความถี่ที่ท่านได้กินผัก คือ ทุก
วัน หรือความถี่ที่ท่านได้กินผลไม้หวานน้อย คือ
ทุกวัน

2.2 ดื่มน้ำวันละ 6-8 แก้ว ใช้ข้อมูลของ
กองกิจกรรมทางกายเพื่อสุขภาพ สำหรับคลินิก
DPAC ปีพ.ศ.2557 ความถี่ที่ท่านได้ดื่มน้ำสะอาด
เพียงพอ 6-8 แก้วต่อวัน คือ ทุกวัน

2.3 มีกิจกรรมทางกายเพียงพอ ใช้ข้อมูล
ตามแบบประเมินกิจกรรมทางกายระดับโลก โดย
คำนวณเทียบเท่ากับการใช้พลังงาน 600 M.E.T.
ต่อสัปดาห์

2.4 ไม่สูบบุหรี่ ใช้แบบสัมภาษณ์ของ
คลินิกส่งเสริมสุขภาพเพื่อส่งข้อมูลไปตามระบบ
43 แฟ้ม

2.5 ไม่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้แบบ
สัมภาษณ์ของคลินิกส่งเสริมสุขภาพเพื่อส่งข้อมูล
ไปตามระบบ 43 แฟ้ม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ใช้สถิติที่ใช้ใน

การวิจัยประกอบด้วย การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน Chi-square T-Test และ Fisher's exact test

ผลการวิจัย

จากการศึกษาประชากรกลุ่มวัยทำงาน 277 คน และวัยสูงอายุ 515 คน ที่ได้นำมาวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าลักษณะประชากรของวัยทำงานมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญโดยกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมเต็มรูปแบบมีอายุ ดัชนีมวลกาย และการมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่น้อยกว่า ในขณะที่ลักษณะประชากรของวัยสูงอายุเป็นเพศหญิงและการมีโรคไม่ติดต่อเรื้อรังน้อยกว่าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมพึงประสงค์ของวัยทำงานหลังนัดติดตาม พบว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเต็มรูปแบบ มีพฤติกรรมพึงประสงค์วัยทำงานรวม ทั้ง 12 ด้าน ดีกว่ากลุ่มที่ได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพพื้นฐาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ร้อยละ 3.45 และ 0 ตามลำดับ , P value 0.030 * Fisher's exact test) และ พบพฤติกรรมพึงประสงค์รายด้าน ในด้านการมีกิจกรรมทางกายเพียงพอและการคาดเข็มขัดนิรภัย ทุกครั้งเมื่อขับหรือโดยสารรถยนต์มากขึ้นหลังได้รับกิจกรรมฯเต็มรูปแบบเมื่อเทียบกับการได้กิจกรรมฯพื้นฐาน (ร้อยละ 58.6 และ 41.6 ตามลำดับในด้านกิจกรรมทางกาย, P value 0.008 * chi square test และ ร้อยละ 98.9 และ 93.2 ตามลำดับในด้านการคาดเข็มขัดนิรภัย, P value 0.045 * chi square test)

อย่างไรก็ดี ในกลุ่มวัยสูงอายุ ไม่พบความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติของพฤติกรรมพึงประสงค์ ระหว่างกลุ่มที่ได้รับกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเต็มรูปแบบและพื้นฐาน

อภิปรายและสรุปผล

1. กิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเต็มรูปแบบมีประสิทธิภาพที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติต่อการปรับเปลี่ยนให้ผู้รับบริการวัยทำงานมีพฤติกรรมพึงประสงค์รอบด้าน (12 พฤติกรรม)

2. เมื่อวิเคราะห์รายละเอียดของกิจกรรมฯเต็มรูปแบบ พบว่ามีส่วนที่เพิ่มเติมจากกิจกรรมฯพื้นฐาน คือ การสร้างแรงจูงใจผ่านกิจกรรมกลุ่มซึ่งแรงบันดาลใจเพื่อให้มีสุขภาพดีในกลุ่มวัยทำงานมีแนวโน้มที่ชัดเจนกว่าในกลุ่มสูงอายุ เช่น ลูกๆในวัยเด็กตอนต้น การเป็นเสาหลักของครอบครัว ทำให้ในวัยทำงานเห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนกว่าในวัยสูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเพื่อนำผลการวิจัยไปใช้

นำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพเต็มรูปแบบนี้ (โดยเฉพาะกิจกรรมกลุ่มเพื่อสร้างแรงจูงใจ และกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลตนเองระหว่างผู้รับบริการและหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข) ไปปรับใช้ในห้องตรวจผู้ป่วยนอก (Out Patient Clinic: OPD) ต่าง ๆ เพื่อเพิ่มพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์สำหรับกลุ่มวัยทำงาน อาจจัดกิจกรรมฯระหว่างรอคอยผลทางห้องปฏิบัติการ หรือระหว่างรอพบแพทย์

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวัยทำงานมีแรงจูงใจอะไรบ้างที่ทำให้พฤติกรรมสุขภาพดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์
กระทรวงสาธารณสุข สำนักงาน
กองทุนสนับสนุนการเสริมสร้าง
สุขภาพ และสถาบันวิจัยระบบ
สาธารณสุข. รายงานการสำรวจ
สุขภาพประชาชนไทย โดยการตรวจ
ร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. 2559.
[เข้าถึงเมื่อ 2562 พฤษภาคม 22]
เข้าถึงได้จาก URL://http://r
esource.thaihealth.or.th/media/orkh
phayaikhecchb/17612.
2. ศูนย์อนามัยกลุ่มชาติพันธุ์ ชายขอบ
และแรงงานข้ามชาติ (ศอช.) กรม
อนามัย. พฤติกรรมสุขภาพพึง
ประสงค์ผู้สูงอายุ. 2562. [เข้าถึง
เมื่อ 2562 กรกฎาคม 7] เข้าถึงได้
จาก URL://http:// multimedia.
anamai.moph.go.th/infographics/go.t
h/infographics/health-expectancy-
behavior-for-seniors/
3. นนทีนี้ ตั้งเจริญดี, นพวรรณ โพชนุกูล
, สุรัตน์ มงคลชัยอรัญญา และ คน
อื่นๆ. โครงร่างการวิจัยพฤติกรรม
สุขภาพที่พึงประสงค์และ
ความสัมพันธ์กับสภาวะสุขภาพของ
ประชาชนวัยทำงาน. 2560. [เข้าถึง
เมื่อ 2562 กรกฎาคม 7] เข้าถึงได้
จาก URL://http://dental2.
anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/
dental/ewt_dl_link.php?nid= 2063.
4. Surveillance and Population-Based
Prevention, Prevention of
Noncommunicable Diseases

Department, World Health
Organization, Switzerland. Global
Physical Activity Questionnaire
(GPAQ). [cited 2019 March 20]
Available from: URL:// https://www.
who.int/ncds/surveillance/steps/GP
AQ_EN.pdf

การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

Participation of Elderly Long-term Care Network
in Mueang District, Lamphun Province

บุญญาพร ดีบุตม์¹, รัตนาภรณ์ อวิปันธ์², ปิยะนารถ จาติเกตุ³

¹นักศึกษาลัทธิสุทธสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

²คณะเภสัชศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

³คณะทันตแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

^{2, 3} ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.

¹Corresponding author, E-mail: bunyapornntip@gmail.com

(Received: November 27, 2020; Revised: December 1, 2020; Accepted: December 15, 2020)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนมีนาคม 2561 โดยในการศึกษาเชิงปริมาณ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงซึ่งเป็นกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งหมด จำนวน 200 คน ใน 15 ตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบคุณภาพแล้วเพื่อหาคะแนนเฉลี่ยรวมระดับการมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 4 ด้าน ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติ การตรวจสอบ และการปรับปรุงแก้ไข วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน จากนั้นเพื่อคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่จะใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แบ่งตำบล 15 ตำบลออกเป็น 3 กลุ่มตามปีที่เริ่มเข้าร่วมในระบบการดูแลผู้สูงอายุ และในแต่ละกลุ่มเรียงคะแนนเฉลี่ยรวมของระดับการมีส่วนร่วม เลือกตำบลที่มีคะแนนเฉลี่ยรวมมากที่สุดและน้อยที่สุดในแต่ละกลุ่ม เจาะจงเลือกผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นกลุ่มผู้นำที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจาก 6 ตำบล ตำบลละ 4 คน จำนวน 24 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาเชิงปริมาณ พบว่า ตำบลในกลุ่มที่เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2559 มีคะแนนเฉลี่ยรวมของระดับการมีส่วนร่วมสูงสุดคือตำบลริมปิง (89.6 ± 0.63) และน้อยที่สุดคือตำบลในเมือง (78.5 ± 0.31) ตำบลในกลุ่มที่เข้าร่วมตั้งแต่ปี 2560 มีคะแนนเฉลี่ยรวมของระดับการมีส่วนร่วมสูงสุดคือตำบลบ้านแป้น (85.9 ± 0.66) และน้อยที่สุดคือตำบลเหมืองจี้ (75.3 ± 0.49) และตำบลในกลุ่มที่เข้าร่วมตั้งแต่ปี 2561 มีคะแนนเฉลี่ยรวมของระดับการมีส่วนร่วมสูงสุดคือตำบลหนองช้างค้ำ (84.8 ± 0.93) และน้อยที่สุดคือตำบลหนองหนาม (66.9 ± 0.81)

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ การมีส่วนร่วมใน 4 ด้านมีกระบวนการต่างๆ ได้แก่ ด้านการวางแผน ซึ่งประกอบด้วย การบริหารด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร และด้านวัสดุอุปกรณ์ พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหลักในการดำเนินงาน ชมรมผู้สูงอายุและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทรอง ในด้านการปฏิบัติ มีการแลกเปลี่ยนระบบข้อมูลสุขภาพ มีระบบส่งต่อและติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ มีกิจกรรมต่างๆ ผ่านชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ ด้านการตรวจสอบ มีการติดตามการดำเนินงานจากการประชุมผ่านแผนงานโครงการประเมินผลการดำเนินโครงการการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว และด้านการปรับปรุงแก้ไข ดำเนินงานผ่านการจัดเวทีประชาคมในชุมชนเพื่อหาผลสรุปที่ได้จากการจัดทำโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ และปรับปรุงแก้ไขภายใต้พื้นฐานของบริบทชุมชนที่แตกต่างกัน

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, ภาสึเครือข่าย, การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว

ABSTRACT

This mixed method study aimed to investigate participation in an elderly long-term care network in Mueang district, Lamphun province during January to March 2018. The quantitative data was purposively collected from 200 people who are involved with long-term care network of elderly in 15 subdistricts in Mueang district, Lamphun province. The questionnaire was developed from a literature review. It comprised four perspectives of participation process which included planning, implementation, monitoring and improvement. Descriptive statistics, such as percentage, mean and standard deviation were used to analyze the results. The results from the quantitative data were categorized 15 subdistricts into 3 groups by the year of involvement in long-term care of elderly. The highest and lowest average total mean in each group, 6 subdistricts, were selected to continuously collect data for qualitative method. Twenty-four key informants from 6 subdistricts was purposively interviewed by using the semi-structured interview form. The qualitative data was analyzed by using content analysis.

The quantitative results showed that in the 1st group, that involved with long-term care network of elderly since 2016, Rimping subdistrict, had the highest average total mean (89.6+0.63) while the lowest average total mean (78.5+0.31) was Nai Mueang subdistrict. In the 2nd group, that involved with long-term care network of elderly since 2017, Ban Pan subdistrict had the highest average total mean (85.9+0.66) while Mueang Jee subdistrict had the lowest average total mean (75.3+0.49). The 3rd group, that involved with long-term care network of elderly since 2018, the highest average total mean (84.8+0.93) was Nong Chang Khuen subdistrict while the lowest average total mean (66.9+0.81) was Nong Narm subdistrict.

The qualitative results showed that in planning process, included with the administration of budget, human resources, and materials, the local government organization had the most important role in the management. The second role was the elderly club members and the subdistrict health promoting hospitals. In implementation process, many systems emerged such as health information sharing system, referral system, home visit system by multidisciplinary professions, including activities both in elderly clubs

and schools for elderly. In monitoring process, the staff conference was set for following and monitoring through the evaluation project for long-term care network of elderly. In improvement process, community participation was created in order to conclude and improve projects and activities as mentioned above according to different contexts.

Keyword: Participation, Network, Elderly Long-term Care

บทนำ

สถานการณ์ผู้สูงอายุโลกเพิ่มสูงขึ้นต่อเนื่อง องค์การสหประชาชาติคาดว่า พ.ศ. 2558 - 2575 จำนวนผู้สูงอายุสูงขึ้นถึงร้อยละ 56¹ แสดงให้เห็นว่าโลกกำลังเข้าสู่ประชากรสูงอายุ สถานการณ์ผู้สูงอายุของกลุ่มประเทศอาเซียนพ.ศ. 2558 ประเทศไทยเป็นอันดับที่ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์² ประเทศไทยจะเป็นสังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์ใน พ.ศ. 2564 ส่วนสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2556 พบว่า ภาคเหนือมีจำนวนผู้สูงอายุ สูงที่สุด รองลงมาคือ กรุงเทพมหานคร ภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉยเหนือ และภาคใต้ ตามลำดับ³ จากข้อมูลของสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2559 จังหวัดลำพูนเป็นจังหวัดที่มีการสูงวัยสูงที่สุดในประเทศไทย สถิติผู้สูงอายุเทียบกับประชากรทั้งจังหวัดอยู่ที่ร้อยละ 18.01 อำเภอเมืองลำพูนมีการดำเนินงานแบบบูรณาการระดับอำเภอ เมืองลำพูน โดยขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุผ่านระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS: District Health System) ซึ่งทีมสุขภาพอำเภอเมือง กำหนด Long term care เป็น ODOP (One District One Project) หรือหนึ่งอำเภอหนึ่งโครงการ เพื่อแก้ไขปัญหาตามบริบทของชุมชน งานด้านผู้สูงอายุของอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน สามารถแบ่งตำบลที่ดำเนินงานตามปีที่เข้าร่วมระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวได้ 3 กลุ่ม คือ กลุ่มที่เข้าร่วมระบบ พ.ศ. 2559 ในปี พ.ศ. 2560 และ ในปี พ.ศ. 2561 หรือหลัง

พ.ศ. 2561 จากการทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่ผ่านมา มีตำบลที่เข้าร่วมเป็นตำบลดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ทั้งแบบสมัครใจ และจากการถูกคัดเลือกให้เข้าร่วม การดำเนินงานผู้สูงอายุให้มีความเข้มแข็งจำเป็นต้องมีการสร้างเครือข่ายในชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงาน ระดับการมีส่วนร่วมในชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาสังคมแห่งการเรียนรู้⁴ และบริบทชุมชนสังคมวัฒนธรรม วิถีความเป็นอยู่ มีความสอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ⁵ การบูรณาการบริการสุขภาพและสังคมของประเทศไทย ยังปรากฏรูปแบบไม่ชัดเจนนัก เนื่องจากหน่วยงานภาครัฐที่มีหน้าที่หลักในการให้บริการสุขภาพ และหน่วยงานที่ให้บริการสังคมยังทำงานแยกส่วนกัน⁶ การทำงานผู้สูงอายุแบบมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในพื้นที่ จะเป็นแนวทางพัฒนางานผู้สูงอายุในชุมชนอื่นที่มีบริบทชุมชนคล้ายคลึงกัน⁷ การศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว โดยศึกษาระดับการมีส่วนร่วมและกระบวนการการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายบนพื้นฐานของบริบทชุมชน โดยมีขอบเขตงานวิจัยเฉพาะในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูนเพื่อให้ทราบสถานการณ์ปัจจุบันและนำข้อมูลที่ได้ส่งเสริมข้อที่ควรส่งเสริมและปรับปรุงข้อที่ควรแก้ไข นำไปสู่การพัฒนางานผู้สูงอายุให้กับอำเภออื่น รวมถึงจังหวัดอื่นในการนำไปต่อยอดงานผู้สูงอายุใน

ชุมชน ทำให้ผู้สูงอายุได้รับการดูแลสุขภาพพระยะยาวจากชุมชน

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงผสมผสาน (Mixed Methods) ประกอบด้วยวิธีการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative) ระยะเวลาการเก็บข้อมูล เดือน มกราคม - มีนาคม 2561

การวิจัยเชิงปริมาณ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงซึ่งเป็นกลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุทั้งหมดจำนวน 200 คน ใน 15 ตำบล ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดลำพูน เนื่องจากอำเภอเมืองมีการขับเคลื่อนงานผู้สูงอายุผ่านระบบงานสุขภาพระดับอำเภอ (DHS: District Health System) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นตามการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลจำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จำนวน 22 ข้อ แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผน 8 ข้อ ด้านการปฏิบัติ 8 ข้อ ด้านการตรวจสอบ 3 ข้อ และการปรับปรุงแก้ไข 3 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) และส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะ มีลักษณะข้อคำถามแบบปลายเปิด ผ่านการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามโดยใช้ความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และนำไปทดสอบใน

กลุ่มที่ใกล้เคียงตัวอย่าง โดยเป็นอำเภอป่าซาง จังหวัดลำพูน จำนวน 30 คน ได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา (CVI: Content Validity Index) เท่ากับ 0.85 และการหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient; α) ได้ค่าความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ แบ่งตำบล 15 ตำบลออกเป็น 3 กลุ่ม ตามปีที่เริ่มเข้าร่วมในระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ได้แก่ กลุ่มที่ 1 กลุ่มที่เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2559 กลุ่มที่ 2 กลุ่มที่เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2560 และกลุ่มที่เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2561 หรือหลัง พ.ศ. 2561 โดยในแต่ละกลุ่มจะเรียงคะแนนเฉลี่ยรวมของระดับการมีส่วนร่วม เลือกตำบลที่มีคะแนนเฉลี่ยรวมมากที่สุดและน้อยที่สุดในแต่ละกลุ่ม กลุ่มละ 2 ตำบล เป็น 6 ตำบล จากนั้นใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเลือกผู้ให้ข้อมูลซึ่งเป็นกลุ่มผู้นำที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ จาก 6 ตำบล จำนวน 24 คน ซึ่งได้แก่ ผู้นำจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 6 คน ผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 6 คน ประธานชมรมผู้สูงอายุระดับตำบล 6 คน ผู้นำกลุ่มผู้ดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ 6 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง ประเด็นคำถามพัฒนาจากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบ และการปรับปรุงแก้ไข รวมทั้งบริบทชุมชน เพื่อทำความเข้าใจกระบวนการในการดำเนินงาน มีการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลโดยใช้วิธีแบบสามเส้า (Triangulation) จากด้านข้อมูล

ด้านผู้วิจัย และด้านวิธีรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์
ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ทั้งนี้ การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณา
จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ตามเอกสารรับรองโครงการ

จริยธรรมที่เกี่ยวข้องกับมนุษย์ รหัสโครงการวิจัย
2560/051

ผลการศึกษา

1.ผลการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 1 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม
แบ่งตามกลุ่มตามปีที่เริ่มเข้าร่วมในระบบการดูแลผู้สูงอายุ (n = 200)

ข้อมูลส่วนบุคคล	กลุ่มที่ 1		กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3	
	ตำบลที่เข้าร่วมการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว		ตำบลที่เข้าร่วมการดูแล ผู้สูงอายุระยะยาว		ตำบลที่เข้าร่วมการดูแลผู้สูงอายุ ระยะยาวปี พ.ศ.2561 และหลัง	
	ปี พ.ศ.2559 (n = 92)		ปี พ.ศ.2560 (n = 74)		ปี พ.ศ.2561(n = 34)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	($\bar{X}$ = 53.5, S.D. = 10.3)		($\bar{X}$ = 50.5, S.D. = 8.7)		($\bar{X}$ = 54.2, S.D. = 10.2)	
≤ 30 ปี	3	3.3	0	0	0	0
31 - 40 ปี	10	10.9	11	14.9	3	8.8
41 - 50 ปี	16	17.4	27	36.5	8	23.5
51 - 60 ปี	44	47.8	27	36.5	14	41.2
61 - 70 ปี	16	17.4	9	12.2	7	20.6
≥ 71 ปี	3	3.3	0	0	2	5.9
เพศ						
ชาย	20	21.7	13	17.6	4	11.8
หญิง	72	78.3	61	82.4	30	88.2
บทบาทหน้าที่ของผู้ตอบแบบสอบถาม						
ผอ.กองสาธารณสุข	3	3.3	3	4.1	2	5.9
พยาบาล/จนท.สาธารณสุข อปท.	5	5.4	5	6.8	2	5.9
ประธานชมรมผู้สูงอายุ	5	5.4	5	6.8	5	14.7
ผอ.รพ.สต.	5	5.4	7	9.5	4	11.8
พยาบาล/จนท.สาธารณสุข รพ.สต.	5	5.4	7	9.5	6	17.6
อสม. / อพส. / CG	69	75.0	47	63.5	15	44.1
ท่านเคยมีส่วนร่วมหรือเข้าร่วมกิจกรรมและแสดงความคิดเห็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหรือไม่						
เคย	91	98.9	73	98.6	30	88.2
ไม่เคย	1	1.1	1	1.4	4	11.8

จากตาราง 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ในทั้ง 3 กลุ่มที่แบ่งตามปีที่เริ่มเข้าร่วมในระบบการดูแลผู้สูงอายุ ทุกกลุ่มมีกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุหรือ Care Giver มากกว่าบทบาทอื่น ตำบลที่เข้าร่วมการดูแลสุขภาพ

ผู้สูงอายุระยะยาวปี พ.ศ. 2559 มีส่วนร่วมหรือเข้าร่วมกิจกรรมและแสดงความคิดเห็นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 98.9

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ

ตาราง 2 คะแนนเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของการมีส่วนร่วมด้านการวางแผน ด้านการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบ ด้านการปรับปรุงแก้ไข คะแนนเฉลี่ยรวมการมีส่วนร่วมแต่ละตำบล (n = 200)

ปีที่เริ่มเข้าร่วมระบบฯ	ตำบล	ด้านการวางแผน (เต็ม 40)	ด้านการปฏิบัติงาน (เต็ม 40)	ด้านการตรวจสอบ (เต็ม 15)	ด้านการปรับปรุงแก้ไข (เต็ม 15)	การมีส่วนร่วมรวม (เต็ม 110)
2559 กลุ่มที่1	ริมปิง	32.9(0.66)	32.4(0.66)	11.9(0.72)	12.4(0.68)	89.6(0.63)
	อุโมงค์	32.1(0.76)	30.9(0.75)	11.5(0.89)	11.8(0.74)	86.3(0.73)
	ศรีบัวบาน	32.6(0.63)	29.9(0.67)	11.8(0.70)	11.9(0.62)	86.2(0.64)
	มะเขือแจ้	30.3(0.36)	30.0(0.47)	11.6(0.75)	11.3(0.68)	83.2(0.49)
	ในเมือง	29.3(0.41)	28.0(0.39)	10.3(0.43)	10.9(0.40)	78.5(0.31)
	รวม (n=92)	31.6(0.60)	30.3(0.62)	11.5(0.71)	11.7(0.63)	85.1(0.59)
2560 กลุ่มที่2	บ้านแป้น	31.3(0.73)	30.6(0.89)	11.6(0.73)	12.4(0.74)	85.9(0.66)
	เวียงยอง	29.3(0.43)	31.5(0.38)	11.8(0.48)	11.5(0.36)	84.1(0.35)
	บ้านกลาง	29.0(0.67)	27.7(0.66)	10.7(0.62)	10.5(0.61)	77.9(0.59)
	ตันธง	28.4(0.62)	27.0(0.61)	11.0(0.58)	11.3(0.70)	77.7(0.57)
	เหมืองจี้	28.0(0.60)	26.6(0.72)	10.3(0.50)	10.4(0.46)	75.3(0.49)
	รวม (n=74)	29.0(0.64)	28.3(0.72)	11.0(0.63)	11.2(0.65)	79.5(0.58)
2561 และ หลังปี 2561 กลุ่มที่3	หนองช้างค้ำ	31.8(1.06)	30.0(0.96)	12.2(1.10)	10.8(0.98)	84.8(0.93)
	เหมืองง่า	27.0(0.35)	30.2(0.45)	11.2(0.33)	10.7(0.61)	79.1(0.39)
	ประตูป่า	27.4(0.86)	28.8(0.44)	10.0(0.76)	10.4(0.50)	76.6(0.59)
	ป่าสัก	27.8(0.94)	27.8(0.93)	10.0(1.35)	9.7(1.01)	75.3(1.02)
	หนองหนาม	24.6(0.78)	24.6(0.89)	8.9(0.81)	8.8(0.94)	66.9(0.81)
	รวม (n=34)	27.3(0.83)	27.7(0.80)	10.2(0.93)	9.9(0.84)	75.1(0.79)
รวมทั้งหมด		29.9(0.69)	29.1(0.70)	11.1(0.74)	11.2(0.71)	81.3(0.64)

จากตาราง 2 การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้สูงอายุ พบว่า ตำบลในกลุ่มที่เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี 2559 มีคะแนนเฉลี่ยรวมของระดับการมีส่วนร่วมสูงสุดคือ ตำบลริมปิง (89.6 ± 0.63) และน้อยที่สุดคือตำบลในเมือง (78.5 ± 0.31) ตำบลในกลุ่มที่เข้าร่วมตั้งแต่ปี 2560 มีคะแนนเฉลี่ยรวมของระดับการมีส่วนร่วมสูงสุดคือตำบลบ้านแป้น (85.9 ± 0.66) และ

น้อยที่สุดคือตำบลเหมืองจี้ (75.3 ± 0.49) และตำบลในกลุ่มที่เข้าร่วมตั้งแต่ปี 2561 มีคะแนนเฉลี่ยรวมของระดับการมีส่วนร่วมสูงสุดคือตำบลหนองช้างค้ำ (84.8 ± 0.93) และน้อยที่สุดคือตำบลหนองหนาม (66.9 ± 0.81)

2. ผลการศึกษาการวิจัยเชิงคุณภาพ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล

ตาราง 3 จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของข้อมูลส่วนบุคคลของผู้สัมภาษณ์ แบ่งตามกลุ่มตามปีที่เริ่มเข้าร่วมในระบบการดูแลผู้สูงอายุ ($n = 24$)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ ($\bar{X} = 53.13$, S.D. = 12.73)		
31 - 40 ปี	6	25.00
41 - 50 ปี	3	12.50
51 - 60 ปี	9	37.50
61 - 70 ปี	4	16.67
≥ 71 ปี	2	8.33
เพศ		
ชาย	5	20.83
หญิง	19	79.17
บทบาทหน้าที่ของผู้สัมภาษณ์		
ผอ.กองสาธารณสุข/สวัสดิการ	3	12.50
พยาบาล/จนท.สาธารณสุข	3	12.50
อปท.		
ประธานชมรมผู้สูงอายุ	6	25.00
พยาบาล/จนท.สาธารณสุข	5	20.83
รพ.สต.		
อสม. / อผส. / CG	7	29.17

จากตาราง 3 ข้อมูลส่วนบุคคลจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้นำที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้อง พบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงร้อยละ 79.17 ซึ่ง

มากกว่าเพศชาย อยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุหรือ Care Giver มากกว่าบทบาทอื่น

ส่วนที่ 2 ข้อมูลบริบทชุมชนและวิวัฒนาการของ

ภาควิชาการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ตาราง 4 บริบทชุมชนและทุนทางสังคม

หัวข้อ	ตำบลริมปิง	ตำบลในเมือง	ตำบลบ้าน แป้น	ตำบลเหมืองจี้	ตำบลหนอง ช้างคื่น	ตำบลหนอง หนาม
ลักษณะชุมชน	กึ่งเมืองกึ่ง ชนบท	เมือง	กึ่งเมืองกึ่ง ชนบท	กึ่งเมืองกึ่ง ชนบท	กึ่งเมืองกึ่ง ชนบท	กึ่งเมืองกึ่ง ชนบท
รูปแบบส่วน ราชการบริหาร ท้องถิ่น	เทศบาลตำบล	เทศบาลเมือง	เทศบาลตำบล	เทศบาลตำบล	เทศบาลตำบล	อบต.
สถานพยาบาล ของรัฐ	รพ.สต. 1 แห่ง	ศูนย์แพทย์ 1 แห่ง	รพ.สต. 1 แห่ง	รพ.สต. 2 แห่ง	รพ.สต. 1 แห่ง	รพ.สต. 1 แห่ง
พื้นที่การ ปกครองส่วน ท้องถิ่น	ครอบคลุมทั้ง ตำบล	ครอบคลุมทั้ง ตำบล	ครอบคลุม พื้นที่บางส่วนของ ตำบลบ้าน แป้นและ ตำบลหนอง หนาม	ครอบคลุมทั้ง ตำบล	ครอบคลุมทั้ง ตำบล	ครอบคลุมทั้ง ตำบล (เฉพาะ นอกเขต เทศบาลตำบล บ้านแป้น)
หมู่บ้าน ศูนย์	10	17 ชุมชน	9	14	6	8
ศูนย์	ศูนย์พัฒนา คุณภาพชีวิต และส่งเสริม อาชีพผู้สูงอายุ	ไม่มี	ศูนย์พัฒนา คุณภาพชีวิต และส่งเสริม อาชีพผู้สูงอายุ	ศูนย์พัฒนา คุณภาพชีวิต และส่งเสริม อาชีพผู้สูงอายุ	ศูนย์พัฒนา คุณภาพชีวิต และส่งเสริม อาชีพผู้สูงอายุ	ศูนย์พัฒนา คุณภาพชีวิต และส่งเสริม อาชีพผู้สูงอายุ
โรงเรียน ผู้สูงอายุ/ชมรม ผู้สูงอายุ เจ้าหน้าที่	มี/ครบทุก หมู่บ้าน	มี/ครบทุก หมู่บ้าน	มี/ครบทุก หมู่บ้าน	มี/ครบทุก หมู่บ้าน	มี/ครบทุก หมู่บ้าน	มี/ครบทุก หมู่บ้าน
สาธารณสุข (คน)	6	19	5	9	4	5
Care Manager / Care giver (คน)	1/10	1/10	2/9	3/16	1/2	1/7
อาสาสมัคร สาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน (อสม.)	183	109	159	265	103	104

หัวข้อ	ตำบลริมปิง	ตำบลในเมือง	ตำบลบ้านแป้น	ตำบลเหมืองจี้	ตำบลหนองช้างคืน	ตำบลหนองหนาม
กองสวัสดิการสังคม	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	ไม่มี
กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม	มี	มี	มี	มี	ไม่มี	ไม่มี
งบประมาณ	กองทุน	กองทุน	กองทุน	กองทุน	กองทุน	กองทุน
หลักที่ได้รับการสนับสนุน	หลักประกันสุขภาพระดับตำบล	หลักประกันสุขภาพระดับตำบล	หลักประกันสุขภาพระดับตำบล	หลักประกันสุขภาพระดับตำบล	หลักประกันสุขภาพระดับตำบล	หลักประกันสุขภาพระดับตำบล

จากตาราง 4 บริบทชุมชนและทุนทางสังคมจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้นำที่ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุจาก 6 ตำบล พบว่าส่วนใหญ่มีพื้นที่เป็นกิ่งเมืองกิ่งชนบท ยกเว้นตำบลในเมืองที่เป็นลักษณะชุมชนเมือง รูปแบบราชการส่วนท้องถิ่น แบ่งเป็น 3 ลักษณะ ได้แก่ ส่วนใหญ่เป็นเทศบาลตำบล ยกเว้นตำบลหนองหนามที่ยังคงเป็นองค์การบริหารส่วนตำบล และตำบลใน

เมืองที่เป็น เทศบาลเมือง ทุกพื้นที่มีสถานพยาบาลของรัฐ มีชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ มีบุคลากรด้านสาธารณสุขดูแล และได้รับงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบล

ส่วนที่ 3 วิวัฒนาการของภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

ตาราง 5 วิวัฒนาการของภาคีเครือข่ายการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

หัวข้อ	ตำบลริมปิง	ตำบลในเมือง	ตำบลบ้านแป้น	ตำบลเหมืองจี้	ตำบลหนองช้างคืน	ตำบลหนองหนาม
การก่อตัวของเครือข่าย	เริ่มจากการเรียกร้องทวงสิทธิของผู้สูงอายุในเรื่องสวัสดิการผู้สูงอายุ	เริ่มจากการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่เกษียณอายุราชการ	เริ่มจากการผลักดันของนโยบายของรัฐและนโยบายของนักการเมืองท้องถิ่น	เริ่มจากนโยบายของรัฐและการเปลี่ยนผ่านของกรรมการชมรมผู้สูงอายุ	เริ่มจากการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการจากผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุ จ.ลำพูน	เริ่มจากการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการจากนโยบายของรัฐ
การสร้างพันธมิตรและการบริหารเครือข่าย	สมาชิกมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน ทำให้มองเห็นจุดมุ่งหมายในอนาคตที่เป็นภาพ	สร้างพันธมิตรจากข้อบัญญัติของเทศบาล เมืองลำพูน ที่ก่อเกิด	มีการสร้างพันธกิจของชมรมผู้สูงอายุขึ้น เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี	มีลักษณะเหมือนกันคือ มีวิสัยทัศน์ของชมรมผู้สูงอายุและนโยบายของผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สอดคล้องกับนโยบายของประเทศ		

หัวข้อ	ตำบลริมปิง	ตำบลในเมือง	ตำบลบ้านแป้น	ตำบลเหมืองจี้	ตำบลหนองข้างคันทนา	ตำบลหนองหาน
	เดียวกัน เกิด	ประโยชน์	ร่วมกันบริหาร			
	ธรรมนูญสุขภาพ	ร่วมกันทุกฝ่าย	เครือข่ายจาก			
	ขึ้นในชุมชน กลุ่ม		การประชุม			
	ภาคีเครือข่าย		ปรึกษาหารือกัน			
	ต่างๆ มีความ		ของเครือข่าย			
	สนใจที่ตรงกัน		เป็นประจำทุก 3			
	และมีการสร้าง		เดือน			
	ประโยชน์ร่วมกัน					
	ทุกฝ่าย					
ความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่าย	ทุกตำบลมีความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่าย ผ่านการทำงานของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผอ.รพ.สต.สั่งการทำงานของเจ้าหน้าที่ภายใต้การดูแลในรูปแบบนโยบาย แผนงาน โครงการ และตัวชี้วัดมีการประสานงานอย่างต่อเนื่องแบบร่วมกันคิดร่วมกันทำระหว่าง อบต. รพ.สต. ชมรมผู้สูงอายุมีสัมพันธ์ภาพที่ดีระหว่างผู้สูงอายุกับชุมชน					

จากตาราง 5 วิวัฒนาการของภาคีเครือข่าย การดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ ประกอบด้วยดังนี้

1) การก่อตัวของเครือข่ายมีจุดเริ่มต้นที่แตกต่างกัน ตำบลริมปิง เริ่มจากการเรียกร้องทวงสิทธิของผู้สูงอายุในเรื่องสวัสดิการผู้สูงอายุในตำบล ตำบลในเมืองเริ่มจากการเข้ามามีส่วนร่วมของผู้สูงอายุที่เกษียณอายุราชการ ตำบลบ้านแป้นเริ่มจากการผลักดันของนโยบายของรัฐสอดคล้องกับนโยบายของนักการเมืองท้องถิ่น ตำบลเหมืองจี้เริ่มจากนโยบายของรัฐและการเปลี่ยนผ่านของคณะกรรมการชมรมผู้สูงอายุ ตำบลหนองข้างคันทนาเริ่มจากการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการจากการเจอผู้รับผิดชอบงานผู้สูงอายุจังหวัดลำพูน ตำบลหนองหาน เริ่มจากการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุอย่างเป็นทางการจากนโยบายของรัฐ

2) การสร้างพันธมิตรและการบริหารเครือข่าย ตำบลริมปิง สมาชิกมีวิสัยทัศน์ร่วมกัน ทำให้มองเห็นจุดมุ่งหมายในอนาคตที่เป็นภาพเดียวกัน เกิดธรรมนูญสุขภาพขึ้นในชุมชน กลุ่ม

ภาคีเครือข่ายต่างๆ มีความสนใจที่ตรงกันและมีการสร้างประโยชน์ร่วมกันทุกฝ่าย ตำบลในเมืองสร้างพันธมิตรจากข้อบัญญัติของเทศบาลเมืองลำพูน ที่ก่อให้เกิดประโยชน์ร่วมกันทุกฝ่าย ตำบลบ้านแป้น มีการสร้างพันธมิตรของชมรมผู้สูงอายุขึ้นเพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี ร่วมกันบริหารเครือข่ายจากการประชุม ปรึกษาหารือกันของเครือข่ายเป็นประจำทุก 3 เดือน ส่วนตำบลเหมืองจี้ ตำบลหนองข้างคันทนา และตำบลหนองหาน มีลักษณะเหมือนกันคือ มีวิสัยทัศน์ของชมรมผู้สูงอายุและนโยบายของผู้บริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่สอดคล้องกับนโยบายของประเทศ

3) ความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่าย ทุกตำบลมีความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่ายเหมือนกัน คือ ผ่านการทำงานของผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหรือผอ.รพ.สต.สั่งการทำงานของเจ้าหน้าที่ภายใต้การดูแลในรูปแบบนโยบาย แผนงาน โครงการ และตัวชี้วัดมีการประสานงาน

อย่างต่อเนื่องแบบร่วมกันคิดร่วมกันทำระหว่าง
อปท. รพ.สต. ชมรมผู้สูงอายุที่มีสัมพันธภาพที่ดี
ระหว่างผู้สูงอายุกับชุมชน

ส่วนที่ 3 กระบวนการการมีส่วนร่วมในการ
ดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว 4
ด้าน

ตาราง 6 กระบวนการการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว 4 ด้าน

ตำบล	กระบวนการการมีส่วนร่วม			
	ด้านการวางแผน	ด้านการปฏิบัติ	ด้านการตรวจสอบ	ด้านการปรับปรุงแก้ไข
ริมปิง	มีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากรและทีมงาน โดยจัดอบรมฟื้นฟูความรู้เป็นประจำทุกปี มีจิตอาสาดูแลผู้สูงอายุ มีงบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุเพิ่มเติมจากชมรมเพื่อนช่วยเพื่อน ผ้าป่า และเงินบริจาค มีการเตรียมความพร้อมด้านวัสดุอุปกรณ์ให้เพียงพอกับความต้องการและสถานที่จัดเก็บอุปกรณ์ มีธรรมเนียมถือว่าด้วยระบบสุขภาพตำบลริมปิง	มีการเชื่อมประสานความร่วมมือเครือข่ายจะเด่นชัดในหน่วยงานภาครัฐ ชมรมผู้สูงอายุเข้มแข็งมีการหารายได้เข้าชมรมผู้สูงอายุจากการทำผ้าป่าขยะและสร้างรายได้ให้ผู้สูงอายุจากวัสดุในท้องถิ่น เช่น ไม้กวาด ทางมะพร้าว โคม เป็นต้น ตำบลริมปิงมีแหล่งเรียนรู้สมุนไพรซึ่งเป็นภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีแหล่งเรียนรู้ภูมิปัญญาชาวบ้าน	ทุกตำบลมีการติดตามหรือตรวจสอบจากการประชุมของคณะเจ้าหน้าที่การดำเนินงาน ผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง ทั้งในรูปแบบกลุ่มเครือข่ายทั้งตำบล และเฉพาะกลุ่มเครือข่าย อีกทั้งติดตามตรวจสอบผ่านแผนงาน โครงการ และการ	ทำเวทีประชาคมสุขภาพและการถอดบทเรียน ทำให้ปัญหาบางส่วนได้รับการแก้ไข ปัญหาแต่ยังพบข้อจำกัดในการส่งต่อผู้สูงอายุไปยังบ้านพักคนชรา เนื่องจากจำนวนผู้สูงอายุที่ไม่มีผู้ดูแลสูงขึ้น ทำให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลและจัดการปัญหาของผู้สูงอายุเฉพาะราย
ในเมือง	ไม่มีรพ.สต. แต่มีกองการแพทย์ของเทศบาลเมืองลำพูน มีกลุ่มสหสาขาวิชาชีพที่หลากหลายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ มีการจัดอบรมฟื้นฟูความรู้สำหรับอาสาสมัครผู้สูงอายุและผู้พิการมีการระดมทุนและบริจาคเพื่อจัดหาอุปกรณ์ให้เพียงพอ	มีจุดเด่นคือ มีทีมแพทย์พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัดในการติดตามเยี่ยมบ้าน และกลุ่มผู้สูงอายุที่เกษียณอายุราชการเข้ามาช่วยในชมรมผู้สูงอายุ ระบบการดูแลระยะยาวเบิกจ่ายผ่านกองคลัง ไม่ได้เบิกจ่ายผ่านศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตและส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ	ประเมินผลการดำเนินโครงการต่างๆเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชน การติดตามตรวจสอบจากระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข	ได้รับข้อเสนอแนะจากการถอดบทเรียนและนำมาปรับแก้ไขงานผู้สูงอายุในชุมชนและงานระบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาว ด้วยเป็นบริบทชุมชนเมือง การจัดการและหาวิธีเพื่อเข้าถึงคนในชุมชนให้มากที่สุด โดยจากผู้นำชุมชนและการจัดการเฉพาะกรณี

ตำบล	กระบวนการมีส่วนร่วม			
	ด้านการวางแผน	ด้านการปฏิบัติ	ด้านการตรวจสอบ	ด้านการปรับปรุงแก้ไข
บ้านแป้น	มีอปท. อยู่ 2 แห่ง คือ เทศบาลตำบลบ้านแป้น และ เทศบาลท่าเชียงทอง มีรพ.สต. 1 แห่ง คือ รพ.สต.ป่าขางน้อย ทีมบุคลากรของเทศบาลท่าเชียงทองมีน้อยกว่า เทศบาลบ้านแป้นและงบประมาณของเทศบาลท่าเชียงทองจะน้อยกว่า เทศบาลบ้านแป้น เนื่องจากประชากรในพื้นที่มีน้อยกว่า และมีการวางแผนทางงบประมาณเพิ่มจากการทำผ้าป่า และการบริจาค และรพ.สต.มีการเตรียมกายอุปกรณ์ให้ทั้ง 2 อปท.	มี 2 อปท.จึงมีการดำเนินงานโรงเรียนผู้สูงอายุผ่านการทำงานของชมรมผู้สูงอายุ เทศบาลบ้านแป้น และชมรมผู้สูงอายุเทศบาลท่าเชียงทอง ชมรมผู้สูงอายุทั้ง 2 แห่ง มีความเข้มแข็งชมรมผู้สูงอายุของเทศบาลบ้านแป้นมีการหารายได้เข้าชมรมจากการทำผ้าป่าขายในชุมชน การเข้าร่วมระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของเทศบาลท่าเชียงทองเข้าร่วมข้ากว่าเทศบาลบ้านแป้น	สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนตำบลริมปิงและตำบลในเมืองมีการติดตามตรวจสอบเพิ่มเติมจากการถอดบทเรียนของกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย เกี่ยวกับการดำเนินงาน ผู้สูงอายุในชุมชน และการระดมความคิดของกลุ่มเครือข่ายเกี่ยวกับงานผู้สูงอายุในชุมชน	ทำประชาคมในชุมชน โดยจะทำประชาคมแยกส่วนกัน เพื่อให้ง่ายในการทำงานและการใช้เงินงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และพบว่ามีปัญหาขาดอุปกรณ์ในการให้บริการในชุมชน ชุมชนระดมทุนจัดหาอุปกรณ์ เทศบาลท่าเชียงทองพบปัญหางบประมาณมีน้อย จึงจัดผ้าป่า เพื่อนำเงินมาซื้อดูแลชุมชน
เหมืองจี้	มีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 แห่ง คือ เทศบาลตำบลเหมืองจี้ และมี รพ.สต. 2 แห่ง คือ รพ.สต.ป่าห้า และรพ.สต.เหมืองจี้ มีการวางแผนด้านบุคลากรทำงานให้มีความเพียงพอ และการมอบเงินสนับสนุนหรือของใช้จำเป็นสำหรับผู้สูงอายุ	มีชมรมผู้สูงอายุที่มีการเปลี่ยนผ่านของประธานชมรมและคณะกรรมการรุ่นใหม่ มีการหารายได้เข้าชมรมผู้สูงอายุจากการทำโคมและปางประทีปขายให้กับวัด ชมรมผู้สูงอายุร่วมกับพระสงฆ์ มอบอุปกรณ์และสิ่งของจำเป็นสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านติดเตียงในชุมชน		ทำประชาคมและประชุมกลุ่มเครือข่ายพบปัญหาเรื่องเวลา อุปกรณ์ล้างแผล เครื่องวัดความดันโลหิต ปัญหาการเขียนรายงานของ CG ปรับปรุงแก้ไขโดยการฝึกทักษะการเขียน และระดมทุนจัดหาอุปกรณ์
หนองช้างคื่น	ด้านบุคลากรและทีมงานมีอปท. 1 แห่ง แต่ไม่มีกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมและกองสวัสดิการสังคม มี	มีผู้นำชมรมผู้สูงอายุที่เข้มแข็งและให้ความร่วมมือในการทำงาน จุดเด่นของตำบลหนองช้างคื่น คือความร่วมมือของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับ		ทำประชาคมในชุมชนพบปัญหาการดำเนินงานของเทศบาลมีความล่าช้า เนื่องจากมีบุคลากรน้อย จึงแก้ไขโดยการประสานขอ

ตำบล	กระบวนการมีส่วนร่วม			
	ด้านการวางแผน	ด้านการปฏิบัติ	ด้านการตรวจสอบ	ด้านการปรับปรุงแก้ไข
หนองช้างคื่น	ดีผู้รับผิดชอบงานน้อยและมี จนท.รพ.สต.มีจำนวนน้อย ส่วนอสม., CG มีเพียงพอ	ผู้สูงอายุทุกฝ่ายและการปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุ (Care giver) ในชุมชน		ความช่วยเหลือจาก รพ.สต.และชมรมผู้สูงอายุซึ่งเป็นจุดแข็งของเครือข่ายในชุมชน
หนองหนาม	ด้านบุคลากรและทีมงานมีบุคลากรน้อยด้านงบประมาณมีน้อยเนื่องจากประชากรในพื้นที่มีน้อย	กิจกรรมชมรมผู้สูงอายุที่ทำอย่างต่อเนื่อง กิจกรรมการสร้างรายได้จากการทำกระเป๋าคัดผ้าและผ้าเช็ดมือขายสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุ		เมื่อพบปัญหา มีการประสานขอความช่วยเหลือจากเครือข่ายเนื่องจาก อบต.มีบุคลากรที่ทำงานเกี่ยวกับผู้สูงอายุมีน้อย
6 ตำบล	ทุกตำบลมีการวางแผนงาน โครงการสำหรับผู้สูงอายุซึ่งได้รับสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับตำบลเป็นหลัก อีกทั้งมีนโยบายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง และมีการจัดหาด้านวัสดุอุปกรณ์ วัสดุทุนจัดหาทุนอุปกรณ์ให้เพียงพอความต้องการ	ทุกตำบลมีกิจกรรมคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุเป็นประจำทุกปีและแลกเปลี่ยนระบบข้อมูลสุขภาพในเครือข่าย การดำเนินงานผ่านชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง มีระบบส่งต่อและติดตามเยี่ยมบ้าน (Home health Care) และมีระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง		

จากตาราง 6 กระบวนการมีส่วนร่วมในการดำเนินการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว 4 ด้านพบว่า มีกระบวนการต่างๆ ได้แก่ ด้านการวางแผน ซึ่งประกอบด้วย การบริหารด้านงบประมาณ ด้านบุคลากร และด้านวัสดุอุปกรณ์พบว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหลักในการดำเนินงาน ชมรมผู้สูงอายุและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีบทบาทรอง ในด้านการปฏิบัติ มีการแลกเปลี่ยนระบบข้อมูลสุขภาพ มีระบบส่งต่อและติดตามเยี่ยมบ้านโดยทีมสหสาขา

วิชาชีพ มีกิจกรรมต่างๆ ผ่านชมรมผู้สูงอายุและโรงเรียนผู้สูงอายุ ด้านการตรวจสอบ มีการติดตามการดำเนินงานจากการประชุมผ่านแผนงานโครงการ ประเมินผลการดำเนินโครงการเกี่ยวกับผู้สูงอายุ และด้านการปรับปรุงแก้ไข ดำเนินงานผ่านการจัดเวทีประชาคมในชุมชนเพื่อหาผลสรุปที่ได้จากการจัดทำโครงการหรือกิจกรรมต่างๆ และปรับปรุงแก้ไขภายใต้พื้นฐานของบริบทชุมชนที่แตกต่างกัน

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวในอำเภอเมือง จังหวัดลำพูนครั้งนี้ พบว่า กลุ่มผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชายและอยู่ในช่วงอายุ 51-60 ปี เนื่องจากกลุ่มผู้ปฏิบัติงานเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหรือ Care giver มากกว่าบทบาทอื่น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอยู่ในช่วงอายุดังกล่าว และด้วยบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขหรืออาสาสมัครดูแลสุขภาพผู้สูงอายุหรือ Care giver มีมากกว่าบทบาทอื่น อาจเนื่องจากตามระเบียบของกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านไม่น้อยกว่ากึ่งหนึ่งของสมาชิกทั้งหมดในหมู่บ้านนั้น⁸ การเตรียมสร้างระบบเพื่อดูแลสุขภาพผู้สูงอายุของรัฐบาลในปี พ.ศ.2559 จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ตำบลที่เข้าร่วมระบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวปี พ.ศ. 2559 (กลุ่ม 1) ซึ่งเข้าร่วมระบบก่อนตำบลอื่น (กลุ่ม 2, 3) มีคะแนนเฉลี่ยของการมีส่วนร่วมใน 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการวางแผน ด้านการปฏิบัติ ด้านการตรวจสอบ และด้านการปรับปรุงแก้ไข สูงกว่ากลุ่ม 2 และกลุ่ม 3 อาจเนื่องจากตำบลที่เข้าร่วมระบบก่อน มีระยะเวลาในการเตรียมระบบและการดำเนินงานที่นานกว่ากลุ่มอื่น ดังเช่นที่ Cohen and UpHoff⁹ กล่าวไว้ว่า ระยะเวลาที่อยู่ในโครงการเป็นปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของประชาชน

ลักษณะการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน พบว่า การมีส่วนร่วมด้านการวางแผนและการปรับปรุงแก้ไขสูงสุด สอดคล้องกับ

การศึกษาที่พบว่า การวางแผนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนและการปรับปรุงพัฒนากิจกรรมจะนำไปสู่การทำกิจกรรมผู้สูงอายุอย่างต่อเนื่อง¹⁰ ทั้งนี้ ลักษณะชุมชนในพื้นที่ศึกษามีความแตกต่างกันส่งผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ ในพื้นที่กึ่งเมืองกึ่งชนบทมีการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุโดยเครือข่ายและครอบครัว ในพื้นที่ชุมชนเมือง เป็นคนต่างถิ่นย้ายเข้ามาอยู่ ความสนิทสนมของเพื่อนบ้านมีน้อย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า บริบทชุมชนสังคม วิถีความเป็นอยู่ มีความสอดคล้องกับการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ⁵ นอกจากนั้นรูปแบบราชการส่วนท้องถิ่น การบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่งผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ อบต. มีบุคลากรในการดำเนินงานผู้สูงอายุน้อย ไม่มีการจัดตั้งกองสาธารณสุขและกองสวัสดิการที่ชัดเจน เทศบาลเมือง มีการแบ่งกองงานต่างๆชัดเจน มีการจัดตั้งกองการแพทย์และมีทีมสหวิชาชีพ เทศบาลตำบล ส่วนใหญ่มีการแบ่งกองงานที่ชัดเจน มีบุคลากรที่เพียงพอ ยกเว้นบางตำบลยังไม่มี การแบ่งกองงานสาธารณสุขและกองสวัสดิการที่ชัดเจนและมีบุคลากรน้อย ปัจจัยด้านบุคลากรส่งผลต่อการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า คณะกรรมการการดำเนินงานถือเป็นหัวใจหลักของกระบวนการพัฒนาให้ประสบความสำเร็จ¹¹ อย่างไรก็ตาม วิวัฒนาการของเครือข่ายก็ส่งผลต่อกระบวนการการมีส่วนร่วมเช่นกัน ซึ่งส่วนใหญ่เริ่มต้นมาจากนโยบายของรัฐและการก่อตั้งชมรมผู้สูงอายุเป็นส่วนผลักดันการสร้างเครือข่ายผู้สูงอายุในชุมชน การสร้างพันธมิตรและการบริหารเครือข่ายในแต่ละตำบลมีจุดมุ่งหมายในอนาคตที่เป็นภาพเดียวกันและการสร้างประโยชน์

ร่วมกันทุกฝ่าย ความสัมพันธ์ของภาคีเครือข่ายทุกตำบลเป็นลักษณะเดียวกัน คือ ความสัมพันธ์แนวดิ่งและความสัมพันธ์แนวนอน สำหรับนโยบายของผู้บริหารในแต่ละพื้นที่อำเภอเมืองลำพูนมีความแตกต่างกัน ได้แก่ ธรรมนูญสุขภาพ นโยบายในการดูแลสุขภาพให้กับผู้สูงอายุจากทีมสหสาขาวิชาชีพ นโยบายการดูแลสวัสดิการสังคมและการส่งเสริมรายได้ให้กับผู้สูงอายุ สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่าภาวะผู้นำแบบเป็นทางการ เป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการดำเนินงานผู้สูงอายุ¹²

ในส่วนของกระบวนการการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาวนั้น ในด้านการวางแผน ส่วนใหญ่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทหลักในการดำเนินงาน โดยมีชมรมผู้สูงอายุและรพ.สต.มีบทบาทรอง มีการเตรียมความพร้อมด้านบุคลากร การหาแหล่งงบประมาณเพิ่มเติม การสนับสนุนกายอุปกรณ์และสิ่งของจำเป็นจากชุมชน สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ากระบวนการวางแผนการทำงานแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหนึ่งในปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนาตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ¹¹ ในด้านการปฏิบัติ มีการตรวจคัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุและการใช้ระบบข้อมูลสุขภาพ แต่ยังมีส่วนที่ต้องพัฒนาในด้านความครอบคลุม ความถูกต้องแม่นยำของข้อมูลสุขภาพจากการสำรวจข้อมูลโดยอสม.ในชุมชน และการพัฒนาระบบข้อมูลโดยนำข้อมูลมารวมกันในภาพรวมระดับตำบล ทั้งนี้ อำเภอเมืองลำพูนมีระบบส่งต่อและติดตามเยี่ยมบ้าน โดยดำเนินการผ่านระบบโปรแกรมคอมพิวเตอร์และอินเทอร์เน็ต ผู้สูงอายุได้รับการเข้าถึงบริการทางการแพทย์ การติดตามเยี่ยมบ้านจึงเป็นส่วนหนึ่งที่ช่วยลดปัญหาการเดินทางมารับบริการและค่าใช้จ่ายในการ

เดินทางสำหรับผู้สูงอายุ ส่วนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุ มีบางพื้นที่มีการรวมกลุ่มผู้สูงอายุทำกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างรายได้ให้กับผู้สูงอายุและชมรมผู้สูงอายุ กิจกรรมของชมรมผู้สูงอายุช่วยให้ผู้สูงอายุในชุมชนได้พบปะกัน มีรายได้จากการทำงานของตนเอง ในด้านการตรวจสอบ การตรวจสอบติดตามการดำเนินงานจากการประชุมงานผู้สูงอายุ (ทุกตำบล) ซึ่งมีการประชุมในพื้นที่เป็นประจำอย่างต่อเนื่อง การติดตามผ่านแผนงานหรือโครงการ ประเมินผลการดำเนินโครงการตรงตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ส่วนการติดตามตรวจสอบผ่านการทำงานของ Care Manager และ Care giver พบปัญหาที่หลากหลายคือ ปัญหาการจัดการเวลาในการเยี่ยมบ้านของ Care giver ปัญหาการเขียนรายงานของ Care giver การขาดวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็น เช่น เครื่องวัดความดันโลหิต ชุดอุปกรณ์ทำแผล เป็นต้น เกิดการสะท้อนปัญหาเข้าสู่ที่ประชุม และเสนอขอความช่วยเหลือกับคณะกรรมการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุ และในด้านการปรับปรุงแก้ไข หลังจากการจัดทำโครงการหรือกิจกรรมเกี่ยวกับผู้สูงอายุในชุมชนเสร็จสิ้น การจัดเวทีประชาคมในชุมชนเพื่อใช้ในการวางแผนในปีถัดไป และประชาชนในพื้นที่เข้าถึงและสามารถตัดสินใจร่วมกันในชุมชนสะท้อนปัญหาจากชุมชนสู่ภาครัฐที่มีส่วนในการบริหารจัดการงบประมาณให้ตรงกับความต้องการของผู้สูงอายุ ในส่วนของอำเภอเมืองลำพูน ได้ไปศึกษาดูงานจากตำบลที่เข้าร่วมระบบการจัดบริการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุขสำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่เริ่มทำก่อนหน้าในพื้นที่อื่น เพื่อให้ทราบวิธีการปรับปรุงแก้ไข เพื่อให้ระบบมีการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น อีก

ประเด็นหนึ่งคือ Care giver ซึ่งส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมาก่อนถึงแม้ได้รับการอบรมหลักสูตรผู้ดูแลผู้สูงอายุ 70 ชั่วโมง แต่การอบรมหลักสูตรดังกล่าวมีระยะเวลาจำกัด ทำให้อาสาสมัครดูแลผู้สูงอายุขาดความมั่นใจและความชำนาญในการใช้ทักษะในการปฏิบัติงานผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาศักยภาพของผู้นำอย่างเป็นทางการ (ผู้ดำเนินงานหลักในการดูแลผู้สูงอายุ) จะช่วยให้ภาคีเครือข่ายเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานมากยิ่งขึ้น
2. การมีส่วนร่วมและการได้รับผลงานหรือผลประโยชน์ร่วมกันในทุกเครือข่าย ทำให้มีการขับเคลื่อนงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวเป็นไปอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน
3. ควรมีการพัฒนาาระบบข้อมูล ให้มีการจัดเก็บ การรวบรวมข้อมูลที่เป็นปัจจุบัน ภาคีเครือข่ายทุกเครือข่ายในพื้นที่ชุมชนตนเองสามารถเข้าถึงข้อมูลที่มีการประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลแล้ว ที่สะดวก รวดเร็ว ไม่ซ้ำซ้อน เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations (UN). World Population Ageing report. Cochrane Database Syst Rev 2015. [cited 2016 Nov]; Available from: URL: <http://www.un.org>
2. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.). ประชากรสูงอายุอาเซียน.[อินเทอร์เน็ต]. 2559 [สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2559]. เข้าถึงได้จาก: URL: <http://www.dop.go.th>
3. ปราโมทย์ ประสาทกุล. (2557). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ.2556. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ:อมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง, 26-27
4. สัจธรรม พรทวีกุล และจิตราภรณ์ วงศ์คำจันทร์. (2561). การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวกับการพัฒนาสังคมแห่งการเรียนรู้เพื่อการพัฒนาอย่างยั่งยืน. วารสารมหาวิทยาลัยนครพนม. 8(3), 109-117
5. ปิยะพันธุ์ นันตา. (2553). หนทางแห่งการเข้าสู่การเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุยืนยาว. มหาวิทยาลัยแม่โจ้.
6. ศศิพัฒน์ ยอดเพชร. (2552). บูรณาการระบบการดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุไทย.พิมพ์ครั้งที่1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์เจพรีน 2, 158-178
7. คะนิงนิตย สิงห์แก้ววงศ์. (2559). การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลระยะยาวสำหรับผู้สูงอายุในชุมชน อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่. มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
8. ประกาศคณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลาง. การรวมกลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ.2561. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อ 12 ธันวาคม2562]. เข้าถึงได้จาก: URL:<http://www.ratchakitcha.soc.go.th>
9. Cohen, J. M., Uphoff, N. T. (1977). Rural Development Participation: Concept and Measures for Project Design, Implementation and

- Evaluation. 1st eds. New York: Cornell University, 317
10. ชินวงศ์ ศรีงาม. (2560). รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนเพื่อการเสริมสร้างสุขภาพของผู้สูงอายุในจังหวัดนนทบุรี. มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร.
 11. ศตวรรษ ศรีพรหม. (2556). การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาตำบลต้นแบบด้านการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุระยะยาว ตำบลธาตุ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี. มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
 12. กิตติวรรณ จันทร์ฤทธิ์ และคณะ (2562). รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชนแบบมีส่วนร่วมของภาคเครือข่ายชุมชนด้วยกระบวนการพันธกิจสัมพันธ์ตำบลป่าเป้า อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี.วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี, 14(1), 65-78

การประเมินผลโครงการ นิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุข
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
“Evaluation of Supervision Projects in Public Health” Chiangmai Provincial
public Health Office

รัตนจันทร์ นาคี

กลุ่มงานพัฒนาศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

Corresponding author, E-mail: s.rud.jun20@gmail.com

(Received: October 9, 2020; Revised: November 9, 2020; Accepted: December 14, 2020)

บทคัดย่อ

การประเมินผลโครงการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ นำ CIPP Model ของสตัฟเฟิลบีม เป็นกรอบในการประเมิน ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม ข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถาม กลุ่มเป้าหมายคือ ผู้บริหารและผู้รับผิดชอบการนิเทศงานในระดับอำเภอจำนวน 97 คน ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การสนทนากลุ่ม คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง แบบเจาะจงตามความสมัครใจจากผู้แทนโซนนิเทศงานจำนวน 22 คน

ผลการประเมินพบว่า ด้านบริบทสถานะแวดล้อมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.96$) ด้านปัจจัยนำเข้าอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.79$) ด้านกระบวนการอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.95$) ด้านผลผลิตอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.89$) ความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.90$) ส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการแบ่งโซน ครอบนิเทศงานเป็นรายอำเภอด้วยมาตรฐานเดียวกัน กรอบและตัวชี้วัดนิเทศงานควรครอบคลุมงานนโยบายและปัญหาของพื้นที่ และไม่ควรมีจำนวนมากเกินไป ควรนิเทศงานตามกำหนด และมีผู้นิเทศครบตามประเด็นการนิเทศงานโดยมุ่งสร้างความเข้าใจในมาตรฐานการนิเทศงาน สร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้รับนิเทศมากกว่าเน้นติดตามข้อมูลเชิงปริมาณ

ผู้รับนิเทศส่วนใหญ่เห็นว่ามีจำเป็นต้องดำเนินโครงการอย่างต่อเนื่อง เพราะว่ามีประโยชน์ เป็นกระบวนการสนับสนุนให้มีการวิเคราะห์ปัญหา เพื่อจัดทำแผนแก้ไขปัญหของพื้นที่และมีการติดตามความก้าวหน้าของงาน ข้อเสนอแนะเพิ่มเติม ควรเน้นหลักการเสริมพลัง ผู้นิเทศควรเป็นโค้ช และพิจารณากระบวนการนิเทศงานอย่างไรให้ผู้นิเทศและผู้รับนิเทศมีความสุข “Happiness Supervise Program”

คำสำคัญ: การประเมิน; การนิเทศงาน; แบบจำลองซิป (CIPP Model)

ABSTRACT

The evaluation of the supervision project, monitor, control and supervise the work in public health Chiangmai provincial public health office. Using CIPP Model of Staffel Beam is a framework that is mixed methods research. The qualitative research was used questionnaire. The sample is 97 administrators and responsible operators in district-level. The qualitative research was used in group discussions by selecting the sample from 22 voluntary representatives.

The results of the study, the high level in import factor ($\bar{X} = 3.96$), input factor ($\bar{X} = 3.79$), in process ($\bar{X} = 3.95$) and in product ($\bar{X} = 3.89$). The total opinion at a high-level ($\bar{X} = 3.90$). Mostly agree with separate zones but should supervise the work of each district in the same measure. Frameworks and indicators should cover policy and issues in the area but not be many. It should supervise work as scheduled and have complete supervisors according to the issue of supervision. By aiming to build an understanding of supervisory standards and build morale and encouragement to the supervisors more than focusing on quantitative data.

The receiver of supervision think that the project still need to continue because of advantages. It is a support process for analyzing the problems. To formulate a plan for solving problems in the area and follow up on the progress. And the supervisors should be the coach and consider the supervisory process how to make supervisors and receiver have happiness.

Keywords: evaluation; supervision; CIPP Model

บทนำ

ในปัจจุบันประเทศไทยได้มีการเปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในทุกมิติ ส่งผลต่อระบบสุขภาพของประชาชนทั้งทางตรงและทางอ้อมอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ อาทิเช่น การเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุ, โรคติดต่อ, โรคอุบัติใหม่และโรคอุบัติซ้ำ ปัญหาโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีภาวะแทรกซ้อน ปัญหาสุขภาพจิต เป็นต้น ด้วยเหตุนี้กระทรวงสาธารณสุขจึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) เพื่อเป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานของหน่วยงานด้านสาธารณสุขในการพัฒนาระบบสุขภาพ โดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน”⁽¹⁾ มีการถ่ายทอดยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดตามนโยบายที่สำคัญของกระทรวงไปยังหน่วยงานใน

กำกับเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจแก่ผู้ปฏิบัติงานให้สามารถขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติและพัฒนาระบบติดตาม ประเมินผล ตามการบริหารและการปฏิบัติงานในแต่ละระดับ ตั้งแต่ระดับสูง ระดับกลาง ระดับล่างและระดับปฏิบัติ¹ แม้จะมีกระบวนการดำเนินงานในด้านต่างๆ รวมถึงมีการควบคุมที่มีประสิทธิภาพที่ดีเพียงใดก็ตาม ภายใต้ความผันผวนของสภาพแวดล้อมภายในหรือภายนอกหน่วยงาน จุดเน้นในการทำงานเปลี่ยนไป จึงจะพบปัญหาในการปฏิบัติงาน อาทิเช่น ไม่มีการวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของปัญหา เพื่อจัดลำดับความสำคัญเร่งด่วนในการแก้ไขปัญหา หรือเมื่อวิเคราะห์สภาพปัญหาได้แล้ว มีการวิเคราะห์สาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง ปัจจัยสนับสนุนให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของงาน รวมทั้งแนวทางแก้ไข

ปัญหาได้ แต่ยังไม่ครอบคลุม เมื่อมีการจัดทำแผนงาน/โครงการ จึงไม่สามารถแก้ปัญหาได้ตรงประเด็น

การนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงาน เป็นกระบวนการหนึ่งในการชี้แจงแนวทางปฏิบัติให้ข้อเสนอแนะ การฝึกสอน การสังเกตการณ์ การกระตุ้นแก้ไข และส่งเสริมให้ผู้รับนิเทศสนใจในงานที่รับผิดชอบและเพิ่มขีดความสามารถในการปฏิบัติงานภายในขอบเขตให้ดีขึ้น โดยติดตามการปฏิบัติงานเพื่อให้ได้ข้อมูลสารสนเทศ สถานการณ์ ปัญหา อุปสรรคการดำเนินงานทั้งด้านวิชาการและการบริหารจัดการที่ช่วยในการตัดสินใจปรับวิธีการซึ่งประเด็นการนิเทศงานมีทั้งนโยบายสำคัญด้านสุขภาพ ยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข รวมถึงเรื่องที่เป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่ การให้ความช่วยเหลือแนะนำสนับสนุนเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้สามารถทำงานได้สำเร็จตามวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพและให้งานเกิดประสิทธิผลสูงสุด²

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ในฐานะที่เป็นส่วนราชการภูมิภาคประจำจังหวัด มีหน่วยงานในกำกับ ประกอบด้วย โรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 21 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 25 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 267 แห่ง³ มีอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบ ในการกำกับดูแล ประเมินผลและสนับสนุนการปฏิบัติงานของหน่วยงานสาธารณสุขในเขตพื้นที่รับผิดชอบ เพื่อให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามกฎหมาย มีการบริการสุขภาพที่มีคุณภาพ และมีการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ⁴ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่จึงได้มีคำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ที่ 148/2558 ลงวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2558 แต่งตั้งคณะทำงานการนิเทศ ติดตาม

ควบคุม กำกับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด⁵ เพื่อบูรณาการ การนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานระหว่างผู้รับผิดชอบงานในแต่ละงานร่วมกัน แต่ก็ยังไม่ครอบคลุมทุกงาน/ตัวชี้วัด มีการจัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินงาน และแนวทางการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงาน ในรูปแบบเดียวกันทุกอำเภอ มีการจัดทำโครงการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุขสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โดยมีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อติดตามการวิเคราะห์ปัญหา และการจัดทำแผนแก้ไขปัญหาของหน่วยงานสาธารณสุขในระดับอำเภอ 2) เพื่อติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน รับทราบปัญหา อุปสรรค และให้ความช่วยเหลือ แนะนำ ให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุง พัฒนางานด้านสาธารณสุขและ 3) เพื่อสนับสนุนกระบวนการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุขให้เกิดผลสัมฤทธิ์ แต่เนื่องจากในช่วงปี 2558 – 2562 ที่ผ่านมา การดำเนินโครงการฯ ยังเคยไม่มีการประเมินผลโครงการฯ ว่าบรรลุผลหรือไม่ มีปัญหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินการอย่างไร สอดคล้องกับคำกล่าวของ สตีฟเฟิลบีม ได้กล่าวไว้ว่า “ความมุ่งหมายที่สำคัญของการประเมินโครงการมิใช่เพื่อการพิสูจน์แต่เพื่อการปรับปรุง” จึงเห็นควรประเมินผลโครงการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ขึ้น โดยนำ CIPP Model ของสตีฟเฟิลบีม (Stufflebeam)⁶ เป็นกรอบในการประเมิน ได้แก่ การประเมินผลบริบทสถานะแวดล้อม (Context Evaluation: C) การประเมินผลปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation: I) การประเมินผลกระบวนการ (Process Evaluation: P) และการประเมินผลผลิต (Product Evaluation: P) เพื่อ

สรุปผลการประเมินในประเด็นที่สำคัญ และการให้ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายในการปรับปรุงและพัฒนารูปแบบการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ให้มีประสิทธิภาพ และเกิดประโยชน์ต่อองค์กรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อประเมินผลโครงการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานด้านสาธารณสุข ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อค้นหาอุปสรรค และข้อเสนอแนะในการดำเนินงานโครงการฯ

ระเบียบวิธีวิจัย

ใช้ระเบียบวิธีวิจัยแบบผสม (Mixed Method Research) เป็นการวิจัยเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ (Quantitative and Qualitative Research) เพื่อสรุปผลการประเมินในประเด็นที่สำคัญ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาและเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่ กระทรวงสาธารณสุข รหัสโครงการวิจัย 3/2563 วันที่ 14 พฤษภาคม 2563 – 13 พฤษภาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม

กลุ่มที่ 1 เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ (Quantitative research) โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaires) จำนวน 25 อำเภอๆ ละ 4 ท่าน ประชากร ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลทั่วไป, ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชน, สาธารณสุขอำเภอ ผู้รับผิดชอบการนิเทศงานในโรงพยาบาลและผู้รับผิดชอบการนิเทศงานในสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ยกเว้น อำเภอเมืองเชียงใหม่ อำเภอแม่ริม และอำเภอไชย

ปราการที่ผู้อำนวยการโรงพยาบาลไม่เคยเข้าร่วมการนิเทศงาน รวมจำนวน 97 ท่าน เก็บข้อมูลในระหว่างเดือนพฤษภาคม – มิถุนายน 2563

กลุ่มที่ 2 เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative research) เป็นการสนทนากลุ่ม (Focus Group) การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามความสมัครใจ เพื่อเลือกตัวแทนโซนรับการนิเทศงานฯ จำนวน 5 โซนๆ ละ 2-5 คน รวมจำนวน 22 คน เก็บข้อมูลในเดือนสิงหาคม 2563

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ซึ่งผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบความตรง โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน นำไปทดสอบความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.97 โดยมีรายละเอียด ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 แบบประเมินผลระดับความเหมาะสม โดยใช้แบบตามมาตรวัดแบบลิเคิร์ต (Likert scale) มีข้อความให้เลือกตอบ ส่วนที่ 3 แบบสอบถามแบบปลายเปิดเกี่ยวกับความคิดเห็นจำนวน 2 ข้อ ได้แก่ 1) ประโยชน์ที่ได้รับจากการนิเทศงาน และข้อเสนอแนะในการนิเทศงานฯ 2) สิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติมจากการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุขจากทีมนิเทศงานระดับจังหวัด

ระยะที่ 2 การเก็บข้อมูลโดยการสนทนากลุ่ม (Focus Group) ประเด็นคำถามที่ใช้ในการเก็บข้อมูล แบบไม่มีโครงสร้างแน่นอน (Unstructured Focus Group) ใช้คำถามปลายเปิด แสดงความคิดเห็นอย่างอิสระ มีลักษณะคำถามกว้างๆ และมีความยืดหยุ่น สามารถปรับคำถามได้ตามความเหมาะสมตามกรอบการประเมินโครงการแบบ CIPPP Model

และประเด็นเพิ่มเติม ได้แก่ ประโยชน์ที่ได้รับ ปัญหาที่พบ ข้อเสนอแนะ และสิ่งที่ต้องการสนับสนุนเพิ่มเติมจากทีมนิเทศงานระดับจังหวัด

ผลการศึกษา

ผลการวิเคราะห์การประเมินผลการนิเทศติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}=3.90$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากทุกด้าน ประกอบด้วย ด้านบริบทสภาวะแวดล้อม ($\bar{X}=3.96$) ด้านกระบวนการ ($\bar{X}=3.95$) ด้านผลผลิต ($\bar{X}=3.89$) และด้านปัจจัยนำเข้า มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}=3.79$)

การประเมินผลบริบทสภาวะแวดล้อม มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากทุกข้อ ประกอบด้วย การนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุข มีวัตถุประสงค์และเป้าหมายชัดเจน เหมาะสมในการสนับสนุนการขับเคลื่อนงานสาธารณสุขตามบริบทในแต่ละพื้นที่ ($\bar{X}=3.98$) และสอดคล้องกับความต้องการของระดับอำเภอในการที่จะให้ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัดและระดับอำเภอมาร่วมกันแก้ไขปัญหา อุปสรรคในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี ($\bar{X}=3.82$) ส่วนใหญ่เห็นด้วยว่าจำเป็นต้องมีการนิเทศงาน เนื่องจากหากปล่อยให้พื้นที่ทำงานเองตามความเข้าใจ จะทำให้ผลลัพธ์การแก้ไขปัญหาไม่เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ การนิเทศงานจะช่วยให้ผู้บริหารและผู้ปฏิบัติงานระดับจังหวัดและอำเภอมาร่วมกันแก้ไขปัญหา มีเป้าหมายเดียวกัน โดยมีทีมผู้นิเทศเป็นพี่เลี้ยงชี้แนะแนวทางที่ถูกต้อง, การแบ่งโซนรับการนิเทศงาน สอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ ($\bar{X}=4.06$) ส่วนใหญ่เห็นว่าจังหวัดเชียงใหม่มีจำนวน 25 อำเภอ

หากจะนิเทศงานให้ครบทุกอำเภอภายในระยะเวลาที่กำหนด จึงควรแบ่งอำเภอออกเป็นโซน เพื่อรับการนิเทศงาน ตามบริบทอำเภอที่ใกล้เคียงกัน แต่เมื่อมีการแบ่งโซนนิเทศงาน จะพบว่าแนวทางการนิเทศงานในแต่ละโซนมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประธานการนิเทศงานจะมีแนวทาง กระบวนการนิเทศงานอย่างไร

การประเมินผลปัจจัยนำเข้า มีความคิดเห็นในระดับมากทุกข้อ ประกอบด้วย โครงสร้างคณะนิเทศงานฯ สนับสนุนการขับเคลื่อนงานได้อย่างเหมาะสม ($\bar{X}=3.92$) ส่วนใหญ่เห็นว่าประธานการนิเทศควรเป็นผู้บริหารระดับจังหวัด มีจำนวน 1 ท่าน เห็นว่าประธานการนิเทศงานควรเป็นผู้อำนวยการโรงพยาบาลในโซนเดียวกัน และมีข้อเสนอว่าหากประธานสามารถเชื่อมงานเชิงบูรณาการกับหน่วยงานอื่นในพื้นที่ได้จะเป็นประโยชน์มากยิ่งขึ้น มีจำนวน 1 ท่าน เสนอว่าควรเชิญแพทย์มาร่วมนิเทศงานด้วย ส่วนใหญ่เห็นว่าผู้นิเทศควรมีความอาวุโสมากกว่าผู้รับนิเทศ มีส่วนน้อยเห็นว่าผู้นิเทศเป็นผู้มีอายุใกล้เคียงกันจะทำให้กล้าที่จะซักถามข้อมูลได้ แต่ไม่เห็นด้วยที่มีการส่งผู้นิเทศงานแทน ซึ่งไม่มีความรู้ในเรื่องที่จะนิเทศงานมาเพื่อรับฝากข้อมูลเท่านั้น, กรอบประเด็น และกำหนดตัวชี้วัดที่จะนิเทศงาน ครอบคลุม และสอดคล้องกับปัญหาของพื้นที่ได้อย่างเหมาะสม ($\bar{X}=3.75$) ส่วนใหญ่เห็นว่าการกำหนดกรอบประเด็น ตัวชี้วัดที่จะนิเทศงาน มีจำนวนมาก มีข้อเสนอว่าควรเป็นตัวชี้วัดตามนโยบายและตัวชี้วัดตามประเด็นปัญหาของพื้นที่ จำนวนตัวชี้วัดไม่ควรมากเกินไป มีจำนวน 1 อำเภอ เห็นว่าบริบทการทำงานระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาล มีการกิจกรรมรับผิดชอบแตกต่างกัน จึงควร

กำหนดตัวชี้วัดแตกต่างกัน, เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงาน (Regulating Form: RF) ($\bar{X}$ = 3.76) ส่วนใหญ่เห็นว่าจำเป็นต้องมี เพื่อให้สามารถเก็บรวบรวมข้อมูลได้ครบทุกประเด็น เป็นกรอบในการนำเสนอ แต่มีข้อคิดเห็นเพิ่มเติมว่า แบบฟอร์มเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีรายละเอียดมาก ทำให้ผู้รับนิเทศบางคนไม่เข้าใจ ดีประเด็นสำคัญไม่ได้ จึงใช้วิธีคัดลอกข้อมูลหรือแนวทางการนำเสนอจากตัวอย่างจังหวัดหรืออำเภออื่นมานำเสนอแทน และเสนอว่าแบบฟอร์มไม่ควรเก็บข้อมูลที่เน้นตัวเลขมากเกินไป, การสื่อสารเพื่อชี้แจงแผน/แนวทางการขับเคลื่อนงานของการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุข ทำให้ระดับอำเภอรับทราบ และเตรียมความพร้อมรับการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุขได้อย่างชัดเจน ($\bar{X}$ = 3.74) มีบางคนให้ความเห็นว่า การที่จังหวัดเชิญตัวแทนไปรับฟังเพื่อทำมาถายทอดต่อให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ แต่พบว่าไม่นำไปถ่ายทอดต่อ หรือนำไปถ่ายทอดต่อ แต่ไม่สามารถอธิบายให้เข้าใจในรายละเอียดของประเด็นได้ มีข้อเสนอว่าควรจัดประชุมชี้แจงให้ครอบคลุมเป้าหมายที่จะรับการนิเทศงาน หรือการจัดทำคู่มือการนิเทศงานส่งให้พื้นที่ไปศึกษา หรือการสื่อสารอย่างไม่เป็นทางการทางโทรศัพท์เพื่อซักถาม ตอบข้อสงสัย ในการเตรียมความพร้อมรับการนิเทศงาน, ผู้นิเทศมีสมรรถนะ (ความรู้ด้านวิชา ทักษะ ประสิทธิภาพ) ในเรื่องงานที่รับนิเทศเป็นอย่างดี ($\bar{X}$ = 3.76), ผู้นิเทศมีความสามารถในการให้คำแนะนำช่วยเหลือ แก้ไขปัญหา พัฒนางาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้ (Coaching) ($\bar{X}$ = 3.65) และจำนวนผู้นิเทศในระดับจังหวัด มีความเหมาะสมต่อเนื้อหาของการนิเทศงาน ($\bar{X}$ = 3.65) ส่วนใหญ่เห็นว่า

ผู้นิเทศมีความรู้ ความเชี่ยวชาญในเรื่องที่จะนิเทศงาน แต่ผู้นิเทศระดับจังหวัดยังไม่เคยได้รับการอบรมด้านการนิเทศงาน ดังนั้นผู้นิเทศแต่ละคนจะมีแนวทางการนิเทศงานที่แตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และวิธีการของผู้นิเทศในการนิเทศงาน ผู้นิเทศบางรายมุ่งเน้นกรอกข้อมูลให้ครบตามแบบฟอร์ม จึงต้องเร่งเก็บข้อมูลให้ครบ บางรายเรียกเอกสารมาให้ดู โดยไม่แจ้งให้เตรียมข้อมูลไว้ล่วงหน้า ทำให้ผู้รับนิเทศบางคนเกิดความเครียด วิตกกังวลในเรื่องการนำเสนอข้อมูลให้เป็นไปตามแบบมาตรฐานที่กำหนดไม่มีสมาธิไม่กล้าซักถามข้อมูล ข้อสงสัยในการปฏิบัติงาน,บางพื้นที่โดยเฉพาะในระดับตำบล (เพิ่มเติมแล้วในข้อ 3)มีผู้รับผิดชอบประเด็นนิเทศงานหลายตัวชี้วัด จึงมีสัดส่วนไม่สัมพันธ์กับจำนวนที่นิเทศงานจากจังหวัด ทำให้ไม่สามารถให้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์ เนื่องจากต้องตอบคำถามผู้นิเทศงานหลายคนในเวลาเดียวกัน

การประเมินผลกระบวนการ มีความคิดเห็นในระดับมากทุกข้อ ประกอบด้วย การกำหนดให้ผู้รับผิดชอบงานระดับอำเภอ ส่งข้อมูลของพื้นที่ ที่จะรับนิเทศไปยังผู้ประสานการนิเทศงานฯ เพื่อนำส่งให้ผู้นิเทศระดับจังหวัดไปศึกษาข้อมูลก่อนการนิเทศงานฯ ล่วงหน้าเป็นระยะเวลา 1 สัปดาห์ ($\bar{X}$ = 3.75) ทุกคนมีความเห็นว่า ผู้นิเทศควรศึกษาข้อมูลพื้นที่มาก่อน และเลือกประเด็นที่ยังไม่ผ่านเกณฑ์หรือมีอุปสรรคในการปฏิบัติ มาใช้ในการนิเทศและชี้แนะทางออกให้พื้นที่ ไม่ควรใช้ทุกเรื่องมานิเทศงาน, การชี้แจงนโยบาย แนวทางการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุขของประธานการนิเทศงาน เป็นการสื่อสารที่ทำให้ผู้รับการนิเทศงานในระดับอำเภอ รับทราบและเห็นความสำคัญของการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับ

งานได้เป็นอย่างดี ($\bar{X} = 3.96$) ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าเป็นโอกาสดีที่ผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ได้รับทราบนโยบายพร้อมกัน ประเด็นที่อยากให้เสริมในการลงพื้นที่ควรเชิญภาคีเครือข่ายมาร่วมรับฟังด้วย จะได้รับทราบนโยบายสาธารณสุขพร้อมกัน เพิ่มความน่าเชื่อถือ, กระบวนการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุขในรอบที่ 1 กำหนดให้มีการนำเสนอสถานการณ์ การวิเคราะห์ปัญหา และการจัดทำแผนงาน/โครงการในการแก้ไขปัญหาของระดับอำเภอมีความเหมาะสมมาก ($\bar{X} = 4.01$), กำหนดหัวเวลาที่จะนิเทศงาน รอบที่ 1 ในเดือนมกราคม มีความเหมาะสมมาก ($\bar{X} = 3.88$) กระบวนการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุข รอบที่ 2 เป็นการติดตามผลลัพธ์ การดำเนินงานแก้ไขปัญหา กรณีผลลัพธ์ไม่เป็นไปตามเป้าหมาย ได้มีการชี้ประเด็น และให้ข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ต่อผู้รับการนิเทศงานในระดับอำเภอ มีความเหมาะสมมาก ($\bar{X} = 4.03$) การกำหนดหัวเวลาที่จะนิเทศงาน รอบที่ 2 ในช่วงเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม มีความเหมาะสมมาก ($\bar{X} = 3.92$) ส่วนใหญ่มีความเห็นว่ารอบที่ 1 ควรจะกำหนดในช่วงไตรมาสแรกไม่เกินช่วงเดือนมกราคม เพราะต้องทำแผนให้เสร็จสิ้นสมบูรณ์ ไตรมาสที่ 2 ควรเริ่มขับเคลื่อนงานแล้ว กระบวนการควรเพิ่มหลักการสนับสนุนเสริมพลังเป็นโค้ชให้ผู้รับนิเทศสามารถวิเคราะห์ปัญหาได้ถูกต้อง นำไปสู่การวางแผนของพื้นที่ ได้อย่างเหมาะสม, กระบวนการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุข สนับสนุนให้มีการบูรณาการงานร่วมกันภายใน คปสอ. ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ($\bar{X} = 3.88$) ผู้เข้าร่วมการสนทนากลุ่ม มีข้อเสนออยู่ 3 แนวทาง กลุ่มที่ 1 เห็นว่าควรนำเสนอในภาพรวมคปสอ. จากนั้นให้โรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบลนำเสนอต่อ นำเสนอเสร็จต้องการให้ทีมนิเทศงานลงพื้นที่ทุกคน กลุ่มที่ 2 เห็นว่าควรนำเสนอในภาพรวมคปสอ. ที่ส่วนกลาง ในส่วนประเด็นของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลควรนำเสนอที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเชิญภาคีเครือข่ายมาร่วมรับฟัง กลุ่มที่ 3 เห็นว่าควรจะแบ่งเป็น 2 ทีม คือ ทีมนิเทศงานในอำเภอ และทีมนิเทศงานในตำบล จะได้มีเวลา ไม่ต้องรีบเร่ง, ขั้นตอนการสรุปผล และให้ข้อเสนอแนะจากการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุขรายประเด็น จากนั้นประธานสรุปผลในภาพรวม เป็นการกระบวนการที่เหมาะสมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.04$) ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าก่อนการสรุปผลการนิเทศงานผู้รับนิเทศและผู้นิเทศต้องพูดคุยกันก่อน เพื่อสรุปข้อมูลและประเด็นที่จะสรุปผลให้ตรงกัน เมื่อถึงขั้นตอนสรุปผลและให้ข้อเสนอแนะจะได้ไม่เสียเวลาในการโต้แย้งข้อมูลกัน ผู้นิเทศควรสรุปแจ้งผู้รับผิดชอบงานรับทราบ ข้อเสนอแนะ อ้างถึงการนิเทศงานมาแล้วพบเจออะไรบ้าง ควรจะทำอะไร, การกำหนดระยะเวลาของการนิเทศงาน แต่ละรอบมีความเหมาะสมสอดคล้องของเนื้อหา ($\bar{X} = 4.04$) การนิเทศงาน 1 อำเภอ กำหนดระยะเวลา 1 วัน ส่วนใหญ่จึงเลือกนิเทศงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ใกล้ สะดวกในการเดินทาง ทำให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในพื้นที่ห่างไกลขาดโอกาสในการรับนิเทศงาน ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าให้พิจารณาตามระยะทางในการเดินทาง อำเภอใกล้ๆ นิเทศงานวันเดียว หากพื้นที่ไกลน่าจะใช้เวลาประมาณ 2 วัน ทั้งนี้การนิเทศงานต้องไม่เร่งรีบเก็บข้อมูล ไม่รีบกลับ แต่ทุกคนเห็นพ้องกันว่าทีมนิเทศงานต้องบริหารเวลาให้เหมาะสม, การส่งเอกสารสรุปผลการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับ

งานสาธารณสุขคืนให้แก่ระดับอำเภอภายในระยะเวลา 1 เดือน มีความเหมาะสม ($\bar{X} = 3.98$) ส่วนใหญ่มีความเห็นว่าจังหวัดไม่ควรส่งสรุปผลในภาพรวม ควรจะแยกข้อมูลสรุปผลของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เพื่อจะได้แจ้งผู้เกี่ยวข้องรับทราบ

การประเมินผลผลิต (Product Evaluation: P)
มีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากทุกข้อ ประกอบด้วย ผู้รับการนิเทศงานในระดับอำเภอรับทราบนโยบาย และเห็นความสำคัญของโครงการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุขที่จะช่วยสนับสนุนให้การขับเคลื่อนในระดับอำเภอเป็นไปตามนโยบาย แผนงานและยุทธศาสตร์ของผู้บริหารระดับสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพเพิ่มมากขึ้น ($\bar{X} = 3.92$), ผู้รับการนิเทศงานในระดับอำเภอได้รับความรู้ มีความเข้าใจหลักวิชาการ และแนวทางการปฏิบัติงานได้เพิ่มมากขึ้น ($\bar{X} = 3.84$) ผู้รับการนิเทศงานในระดับอำเภอ มีขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานเพิ่มมากขึ้น ($\bar{X} = 3.76$) ผลจากการนิเทศงานทำให้ผู้รับการนิเทศงาน มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ สอดคล้องกับการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ได้อย่างตรงประเด็น ($\bar{X} = 3.86$) ข้อเสนอแนะที่ได้จากการรับการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุข มีประโยชน์ในการพัฒนางาน สามารถนำไปปฏิบัติงานอย่างเป็นรูปธรรม ($\bar{X} = 3.87$) และเกิดสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้นิเทศในระดับจังหวัดและผู้รับการนิเทศงานในระดับอำเภอ ($\bar{X} = 4.11$) ทุกคนมีความเห็นว่าหลังจากการนิเทศงานแล้ว มีความรู้ ความเข้าใจในหลักวิชาการเพิ่มมากขึ้น มีความมั่นใจในการทำงานมากขึ้นกว่าเดิม มีการจัดทำแผนงาน/โครงการ สอดคล้องกับนโยบายและสนับสนุนการ

แก้ไขปัญหของพื้นที่ได้อย่างเหมาะสมมาก เนื่องจากผู้นิเทศจะช่วยชี้ให้เห็นโอกาสพัฒนา และให้ข้อเสนอแนะว่าสิ่งที่เคยปฏิบัติมามีความถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ สามารถนำสรุปผลการนิเทศงานไปต่อยอดได้ ทำให้มีกำลังใจในการทำงานมากขึ้น เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศงาน

อภิปรายผล

ผลการวิเคราะห์การประเมินผลการนิเทศติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ตามกรอบการประเมิน CIPP Model พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามมีระดับความคิดเห็นโดยรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณาประเด็นพบว่ามีความคิดเห็นอยู่ในระดับมากทุกด้าน ดังนี้

ด้านบริบทสถานะแวดล้อม (Context: C)
ส่วนใหญ่เห็นว่าการนิเทศงานมีความจำเป็นเนื่องจากข้อจำกัดในเรื่องความเหลื่อมล้ำตามบริบทของพื้นที่ สมรรถนะบุคลากร การสื่อสารระหว่างผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ มีความหลากหลายแตกต่างกัน ความสำคัญของการนิเทศงานฯ จึงสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของการดำเนินการคือ เพื่อติดตามการวิเคราะห์ปัญหาและการจัดทำแผนแก้ไขปัญหา รวมถึงเป็นการติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงาน รับทราบปัญหา อุปสรรคและให้ความช่วยเหลือ แนะนำในการปรับปรุง พัฒนางานด้านสาธารณสุขให้สอดคล้องกับสภาพปัญหา โดยความร่วมมือระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่และหน่วยงานในกำกับ ถึงแม้ว่าแนวทางการนิเทศงานในแต่ละโซนมีความแตกต่างกันบ้าง แต่ในภาพรวมไม่กระทบต่อการประเมิน ตัวชี้วัดหรือผลสำเร็จตามวัตถุประสงค์ของโครงการ

ด้านปัจจัยนำเข้า (Input: I) ส่วนใหญ่เห็นว่าปัจจัยนำเข้าช่วยสนับสนุนการขับเคลื่อนการนิเทศงาน มีความเหมาะสมมาก ได้แก่ ด้านโครงสร้างคณะนิเทศงาน ประกอบด้วยประธานการนิเทศผู้นำนิเทศ และเลขาทีม ผู้นำนิเทศมีความรู้ความสามารถ และสมรรถนะอยู่ในระดับดีมาก แต่ในกรณีที่มีการเลื่อนกำหนดนิเทศงานในระยะใกล้วันที่วางแผนไว้ ผู้นำนิเทศที่รับผิดชอบประเด็นนิเทศงานติดภารกิจอื่น จึงมีการส่งผู้แทน ไปนิเทศงานแทน ซึ่งไม่มีความรู้ในเรื่องที่จะนิเทศงาน มาเพื่อรับฝากข้อมูลส่งต่อไปยังผู้รับผิดชอบงานเท่านั้น เพื่อให้การขับเคลื่อนการนิเทศงานบรรลุวัตถุประสงค์ของโครงการ จังหวัดควรคัดเลือกบุคลากรในพื้นที่ ที่มีความรู้ มีประสบการณ์เคยทำงานแล้วประสบผลสำเร็จ มาเป็นผู้นำนิเทศได้สอดคล้องกับผู้นำนิเทศในความคาดหวัง คือ ต้องมีความสามารถในการให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ แก้ไขปัญหา พัฒนางาน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายได้ (Coaching) โดยการแนะนำหรือเรียนรู้จากเทคนิคการนิเทศแบบเสนอแนะ (Coaching Technique)⁷ ผู้นำนิเทศที่ดีจำเป็นที่จะต้องมีความรู้ เทคนิคผสมผสานกับประสบการณ์⁸ เป็นวิธีการพัฒนาบุคลากรให้สามารถปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ได้มีการจัดทำแบบฟอร์มเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และมีการสื่อสารเพื่อชี้แจงแผน/แนวทางการนิเทศงาน โดยเชิญผู้แทนคปสอ. มารับฟัง เพื่อนำไปถ่ายทอดต่อให้แก่ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ สอดคล้องกับมาตรฐานการปฏิบัติงานกระทรวงสาธารณสุข (SOP)⁹ แต่มีข้อเสนอจากการเก็บรวบรวมข้อมูลว่าแบบฟอร์มเครื่องมือไม่ควรมีรายละเอียดมากเกินไป ไม่ควรเน้นเก็บข้อมูลที่เน้นตัวเลขมากเกินไป ควรแจ้งพื้นที่ให้เตรียมเอกสาร

ข้อมูลล่วงหน้า เมื่อถึงวันนิเทศงานจะไม่ต้องเสียเวลาในการค้นหาเอกสารเพิ่มเติมมาให้ผู้นำนิเทศดู แต่ในส่วนของการเชิญผู้แทนคปสอ.มารับฟังพบว่า มีบางรายไม่เข้าใจ หรือมีความเข้าใจที่คลาดเคลื่อน ไม่นำไปถ่ายทอดต่อ หรือถ่ายทอดต่อแล้วแต่ไม่ครบประเด็น ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์จึงพบว่า เมื่อมีการนำเสนอข้อมูลนิเทศงาน บางอำเภอใช้วิธีคัดลอกข้อมูลหรือแนวทางการนำเสนอจากตัวอย่างจังหวัดหรืออำเภออื่นมานำเสนอแทน

ด้านกระบวนการ (Process: P) ส่วนใหญ่เห็นว่ามีความเหมาะสมมาก สามารถสนับสนุนการดำเนินงานให้เป็นไปตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ประกอบด้วย ขั้นตอนก่อนการนิเทศงาน กำหนดให้พื้นที่ส่งข้อมูลไปยังจังหวัด ก่อนนิเทศงาน ผู้นำนิเทศต้องเตรียมพร้อมในเรื่ององค์ความรู้เรื่องที่จะไปนิเทศเป็นอย่างดี ปัญหาของพื้นที่ที่เคยมี แนวทางแก้ไขที่ผ่านมาและศึกษาผู้ที่เราจะไปนิเทศ¹⁰ เลือกประเด็นที่สำคัญ มาชี้แนะพื้นที่ ไม่ควรใช้ทุกเรื่องมานิเทศงาน ไม่ควรมาเร่งรัดข้อมูลในช่วงนิเทศงาน จะทำให้การนิเทศงานมีความราบรื่น กระชับเวลาได้มากขึ้น ขั้นตอนการดำเนินการนิเทศงาน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่ได้รับทราบนโยบายพร้อมกัน กระบวนการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุขในรอบที่ 1 นำเสนอสถานการณ์ การวิเคราะห์ปัญหา และการจัดทำแผนงาน/โครงการในการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ ในช่วงเดือนมกราคม มีความเหมาะสมมาก แต่ควรเพิ่มเติมหลักการสนับสนุนเสริมพลัง สอดคล้องกับหลักการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)¹¹ กล่าวว่าการนิเทศงานต้องมีการเติมพลังให้กับผู้ปฏิบัติงานนอกจากจะมีความรู้ความเข้าใจแล้วจะทำให้เกิดแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดความสำเร็จของงานมากขึ้น

รอบที่ 2 เป็นการติดตามผลลัพธ์ การดำเนินงาน แก้ไขปัญหา ในช่วงเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม มีความเหมาะสมมาก ประเด็นเพิ่มเติมจังหวัดไม่ควรเน้นแต่ผลงานเชิงปริมาณมากเกินไป โดยมีได้ให้ความสำคัญกับเนื้อหา กระบวนการทำงาน เท่าที่ควร ทำให้เกิดปัญหา อุปสรรค โดยเฉพาะ ข้อมูลที่ได้ไม่สะท้อนภาพปัญหาเพื่อให้ปรับปรุงแก้ไข จึงมีประโยชน์น้อย จะทำให้ผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่เกิดความเครียด รูปแบบควรมุ่งเน้นกระบวนการ (Process Oriented)¹² คือมุ่งเน้นที่เนื้อหา มากกว่าตัวชี้วัดหรือกิจกรรมที่หน่วย ส่วนกลางต้องการ เน้นบทบาทในการติดตาม กำกับกระบวนการปฏิบัติงานมากกว่าผลการปฏิบัติงาน โดยรับฟังปัญหา อุปสรรคมากกว่า เร่งรัดผลงาน เน้นการแก้ไขปัญหา มากกว่าแก้ไข ตัวเลข และเน้นการให้คำแนะนำมากกว่าการ ประเมินผล เพื่อให้เห็นภาพรวมว่าการดำเนินงาน เป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ และควรนิเทศงาน แบบ Soft side นอกจากทักษะเชิงวิชาการ (Technical Skills) ผู้นิเทศควรมีทักษะในเชิงมนุษยสัมพันธ์ (Interpersonal Skills)¹³ ขั้นตอนหลังการ นิเทศงาน ก่อนการสรุปผลการนิเทศงาน มีบาง อำเภอที่ผู้รับนิเทศและผู้นิเทศ ได้มีการพูดคุยทำ ความเข้าใจในประเด็นปัญหาก่อนสรุปข้อมูลในที่ ประชุม ทำให้กระชับเวลาในการนำเสนอข้อมูล ประเด็นตัวชี้วัดที่มีปัญหา ผู้นิเทศได้วิเคราะห์ว่า ปัญหาเกิดจากอะไร และให้ข้อเสนอแนะแนว ทางแก้ไข การสรุปผลส่งคืนพื้นที่เป็นลายลักษณ์ อักษร หากสามารถชี้ประเด็นในการพัฒนางานว่า เป็นบทบาทของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุข อำเภอ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมี ประโยชน์มากยิ่งขึ้นและจัดให้มีการติดตามผลการ ปฏิบัติงานเป็นระยะๆ เพื่อประเมินความก้าวหน้า

ของงาน มีระบบการตรวจสอบหาข้อบกพร่องและ ปัญหาในการปฏิบัติงานที่รวดเร็ว นำไปสู่วิธีการ พัฒนาและปรับปรุงงานต่อไป¹⁴ ซึ่งปัจจัย ความสำเร็จของการนิเทศงาน ต้องกระทำอย่าง ต่อเนื่อง สม่ำเสมอ เหมาะกับประเภทและ ธรรมชาติของมนุษย์ และต้องมีวิธีการ นำไปสู่การ เปลี่ยนแปลง (Change)¹⁵ จากการติดตามผลการ ดำเนินการหลังจากรับการนิเทศงาน มีเพียงบาง อำเภอเท่านั้น ที่นำข้อเสนอแนะจากการนิเทศงาน ไปปรับปรุงและพัฒนางาน

ด้านผลผลิต (Product: P) ผลการประเมิน พบว่า ด้านบริบทสถานะแวดล้อม ปัจจัยนำเข้า และกระบวนการ ช่วยสนับสนุนให้เกิดผลผลิตตาม วัตถุประสงค์ของโครงการฯ ในระดับดีมาก หลังจากรับนิเทศงานแล้ว ผู้รับนิเทศ ได้รับทราบ นโยบายของกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพ จังหวัด มีความรู้ ความเข้าใจ ในหลักวิชาการเพิ่ม มากขึ้น ทำให้เกิดความมั่นใจในการทำงาน ข้อเสนอแนะที่ได้รับจากการนิเทศงาน สามารถ นำไปใช้ประโยชน์ในการพัฒนางานได้ มีขวัญและ กำลังใจในการปฏิบัติงานมากกว่าเดิม นอกจากนี้ ยังช่วยให้เกิดสัมพันธภาพระหว่างผู้นิเทศและผู้รับ การนิเทศ สนับสนุนให้การประสานงานระหว่าง จังหวัดและพื้นที่ได้ดีมากยิ่งขึ้น

จากการประเมินผลโครงการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับงานสาธารณสุข สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ตามกรอบ CIPP Model พบว่าด้านบริบทสถานะแวดล้อม ด้าน ปัจจัยนำเข้าและด้านกระบวนการ มีความ เหมาะสมอยู่ในระดับมาก สนับสนุนให้ผลผลิต บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ของโครงการฯ ในระดับ มาก ทั้งนี้ข้อมูลที่เก็บเพิ่มเติมจากคำถามปลายเปิด ในแบบสอบถาม และการสนทนากลุ่ม (Focus

Group) ได้รวบรวมจัดหมวดหมู่ เพื่อนำไปใช้ในการปรับปรุง พัฒนาโครงการฯ ในปีต่อไป

ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะในการนิเทศงาน

1. การแบ่งโซนรับการนิเทศงาน พบว่าแนวทางการนิเทศงานในแต่ละโซนมีความแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับประธานการนิเทศงานจะมีแนวทางการนิเทศงานอย่างไร เห็นควรให้ทุกโซนทุกอำเภอมีมาตรฐานในการนิเทศงานใกล้เคียงกัน เป้าหมาย (Common goal) เดียวกัน

2. มีการปรับเปลี่ยนแผนการนิเทศงาน ทำให้ผู้นิเทศหรือผู้รับนิเทศไม่สามารถเข้าร่วมการนิเทศงานได้ครบประเด็น เนื่องจากได้มีการวางแผนการดำเนินงานอื่นล่วงหน้าไปแล้ว ส่วนใหญ่เห็นว่าเมื่อกำหนดวันนิเทศงานแล้วไม่ควรเลื่อน หากมีความจำเป็นจริงๆ ควรมอบหมายให้รองประธานการนิเทศงานไปแทน กรณีผู้นิเทศแทนควรศึกษาข้อมูลในเรื่องที่จะนิเทศงานมาก่อนล่วงหน้า และควรจัดให้มีการอบรม เพื่อพัฒนาทักษะผู้นิเทศให้เป็นนักนิเทศที่ดี (Coach) บนหลักการเสริมพลังอำนาจ (Empowerment)¹¹

3. จำนวนผู้ นิเทศ กรณีนิเทศงานในระดับคปสอ. มีสัดส่วนที่เหมาะสมกับผู้รับการนิเทศ แต่ในระดับตำบล มีผู้รับผิดชอบประเด็นนิเทศงานหลายตัวชี้วัด (แก้ไขเพิ่มเติมจากข้อคิดเห็น C3) จึงมีสัดส่วนไม่สัมพันธ์กับจำนวนผู้ นิเทศ ผู้รับนิเทศถูกรุมซักถาม เพื่อเก็บข้อมูลจากผู้ นิเทศจำนวนหลายคน ทำให้ไม่มีสมาธิ กรณีมีข้อสงสัยหรือต้องการคำชี้แนะ ไม่สามารถซักถามได้ ดังนั้นก่อนการนิเทศงาน ควรแจ้งรายละเอียดให้พื้นที่ทราบว่าการต้องการข้อมูลอะไรบ้าง ไม่ควรเรียกเอกสารหลักฐานในขณะที่มีการนิเทศงาน ทำให้เสียเวลาในค้นหาเอกสารส่ง กรณีลงนิเทศงานใน

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เห็นควรระบุโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่จะลงนิเทศงาน แจ้งล่วงหน้าอย่างน้อย 2 สัปดาห์ถึง 1 เดือน พื้นที่จะได้เตรียมข้อมูลล่วงหน้า และมีความมั่นใจในการนำเสนอข้อมูล ไม่กดดันหรือเครียดที่จะต้องรับการนิเทศงานในขณะที่ยังไม่พร้อม

4. พื้นที่ที่ได้เตรียมไว้ ผู้นิเทศต้องศึกษาข้อมูลที่จะนิเทศงานล่วงหน้าความไม่พร้อมในเรื่องข้อมูลของพื้นที่

5. การนิเทศงานเน้นข้อมูลเชิงปริมาณมากเกินไป ข้อเสนอแนะ ควรพิจารณาร่วมกันระหว่างผู้นิเทศ และผู้รับนิเทศ ได้แก่ การกำหนดตัวชี้วัดที่จะนิเทศงานเพื่อให้ครอบคลุมงานเชิงนโยบายของกระทรวง เขตสุขภาพ จังหวัด และปัญหาของพื้นที่ , แนวทาง/รูปแบบการนิเทศงาน และกระบวนการนิเทศงาน ควรมองเชิงระบบที่มุ่งเน้นกระบวนการ (Process Oriented) มุ่งเน้นที่ เนื่องานมากกว่าตัวชี้วัดหรือกิจกรรมที่หน่วยส่วนกลางต้องการ และเน้นบทบาทในการติดตาม กำกับกระบวนการปฏิบัติงานมากกว่าผลการปฏิบัติงาน โดยรับฟังปัญหา อุปสรรคมากกว่าเร่งรัดผลงาน เน้นการแก้ไขปัญหามากกว่าแก้ไขตัวเลข และเน้นการให้คำแนะนำมากกว่าการประเมินผล เพื่อให้เห็นภาพรวมว่าการดำเนินงานเป็นไปตามวัตถุประสงค์หรือไม่ (Objective Oriented Assessment)¹²

6. การสื่อสารเพื่อสร้างความเข้าใจในแนวทางการนิเทศงาน จังหวัดเชิญผู้แทนมารับฟังพบว่าบางอำเภอไม่มีการถ่ายทอดต่อ หรือถ่ายทอดแต่ผู้รับยังไม่เข้าใจ เมื่อมีการนำเสนอข้อมูลในวันนิเทศงาน จึงมีความคลาดเคลื่อนหรือไม่ครบถ้วน ไม่เป็นไปตามกรอบประเด็นที่จะนิเทศงาน เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหา จังหวัดควรพิจารณาจัดทำคู่มือ หรือแจ้งรายชื่อรายชื่อพร้อม

เบอร์โทรของผู้ประสานงาน เพื่อให้พื้นที่ติดต่อสอบถามได้

7. การสะท้อนกลับข้อมูลจากการนิเทศงาน ผู้นิเทศควรสรุปผลการนิเทศงาน หรือให้ข้อเสนอแนะ ชี้ประเด็นให้ชัดเจนว่าเป็นบทบาท/หน้าที่ของโรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จะมีประโยชน์มากยิ่งขึ้น ส่งคืนให้ฝ่ายเลขานุการรวบรวมส่งคืนข้อมูลไปยังพื้นที่เป็นลายลักษณ์อักษร และจัดให้มีระบบการติดตาม ความก้าวหน้าการดำเนินงานของพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

8. ประเด็นที่เป็นปัญหาของพื้นที่ ในส่วนที่จังหวัดจะให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติม ควรนำไปเสนอต่อให้ความช่วยเหลือ แก่ปัญหาเชิงนโยบาย/ระบบ ไม่ควรจบที่การนิเทศงาน จะทำให้ปัญหาของพื้นที่ไม่ได้รับการแก้ไขอย่างจริงจัง ในปีต่อไปจะพบปัญหาเดิมซ้ำๆ

ความคาดหวังของผู้รับนิเทศ ที่มีต่อทีมนิเทศ

ส่วนใหญ่เห็นว่าการนิเทศงานรอบที่ 1 ควร มีลักษณะ Empowerment¹¹ ผู้นิเทศควรเป็น Coach เสวนาเชิงสุนทรีย์ ไม่จับผิด ไม่มีการกดดันเรื่องข้อมูล แต่เป็นเวทีที่ผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานในระดับจังหวัด กับระดับพื้นที่มาร่วมกันวิเคราะห์ปัญหามองกระบวนการมากกว่าตัวเลข การนิเทศงานเป็นเวทีเชิงสร้างเสริมพลัง มาร่วมคิดร่วมทำสร้างสรรค์ แก้ปัญหาของพื้นที่ ไม่อยู่ในสถานการณ์หวาดกลัว (Fear Zone) ทำอย่างไรให้ทุกคนอยากมาเข้าร่วมกิจกรรม ผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศงานมีความสุข “Happiness Supervise Program”

ข้อเสนอแนะในการนิเทศงาน

เพื่อต่อยอดการวิจัยนี้ ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพิ่มเติมว่า หลังจากที่ได้มีการปรับปรุงพัฒนา รูปแบบ/กระบวนการแล้ว ควรนำประเด็นต่างๆ ในข้อเสนอแนะมาเป็นข้อคำถามในแบบประเมินที่ให้ผู้รับนิเทศแสดงความคิดเห็น จะทำให้ประเมินผลได้ว่าอุปสรรค/Gap ที่เกิดขึ้นได้รับการแก้ไขมากน้อยเพียงใด ผลเป็นอย่างไร มีประโยชน์ทั้งในส่วนของผู้นิเทศ และผู้รับนิเทศมากขึ้นกว่าเดิมหรือไม่

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับทุนสนับสนุนจาก นายแพทย์ จรัส สิงห์แก้ว ผู้อำนวยการโรงพยาบาลสารภี นางรุ่งตะวัน หุตามัย นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ นางสาวศรีเกษ ัญญาวินิชกุล นักวิชาการสาธารณสุขเชี่ยวชาญ นางอัมพร เดชพิทักษ์ ทันตแพทย์เชี่ยวชาญ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ที่กรุณาให้คำปรึกษาด้านการศึกษานี้ และผู้รับการนิเทศในระดับอำเภอ ที่สนับสนุนในการเก็บข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). แผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข (พ.ศ. 2560 – 2579) (ฉบับปรับปรุง พิมพ์ครั้งที่ 1). นนทบุรี
2. ธารณิศร์ ทวีทรัพย์. (2551). ปัญหาและสภาพการนิเทศงานสาธารณสุขระดับจังหวัด: กรณีศึกษาสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครนายก. วารสารไทยเภสัช

- ศาสตร์และวิชาการสุขภาพ, 3 (1), เดือน มกราคม – เมษายน 2551
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2561). เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงาน กรณีปกติ รอบที่ 1 ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2561.
4. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2560). กฎกระทรวง แบ่งส่วนราชการสำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข ณ วันที่ 8 มิถุนายน พ.ศ. 2560.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. (2558). คำสั่งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ที่ 148/2558 ลงวันที่ 4 ธันวาคม พ.ศ. 2558 แต่งตั้งคณะกรรมการนิเทศ ติดตาม ควบคุม กำกับ การดำเนินงานด้านสาธารณสุขระดับจังหวัด.
6. Stufflebeam, Deniel L. (1987). The CIPP Model for Program Evaluation. In G.F. Madus et.al., (Eds). Evaluation Model: Viewpoint on Educational and Human Service Evaluation. Boston: Nijhoff Publishing.
7. นันทยา เศรษฐจิตต์. (มปป.). การนิเทศแบบให้คำปรึกษาแนะนำ/เสนอแนะ (Coaching). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : <http://auan17.esdc.go.th/home/kar-nithes-baeb-coaching>. (วันที่ค้นข้อมูล : 1 มกราคม 2563).
8. ภูษิตา อินทรประสงค์. (มปป.). หลักการนิเทศงาน. [เอกสารบรรยาย]. ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
9. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2562). คู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard Operation Procedure: SOP). [ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : http://bps.moph.go.th/new_bps/Public_Document
10. วังระ คงอุดหนุน. (2556). นกนิเทศที่ดี. [เอกสารบรรยาย]. ห้องประชุมสำนักส่งเสริมและพัฒนาการเกษตรเขตที่ 2 จังหวัดราชบุรี. วันศุกร์ที่ 2 สิงหาคม 2556.
11. วันัสรา เขาวรรณนิคม. (2555). หน่วยที่ 10 การนิเทศ ติดตาม กำกับ และประเมินผลงานสาธารณสุข. ในเอกสารการสอนชุดวิชาการ บริหารงานสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัย สุโขทัยธรรมาธิราช.
12. ช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2562). หน่วยที่ 8 การนิเทศงาน และการติดตามกำกับงานสาธารณสุข ตามแนวทางการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการวางแผนและประเมินผลงานสาธารณสุข. นนทบุรี: สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
13. ปิยธิดา ตรีเดช. (2532). การนิเทศงานสาธารณสุข (พิมพ์ครั้งที่ 2). ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
14. ทองหล่อ เดชไทย. (2545). หลักการบริหารงานสาธารณสุข (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ: บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด.

15. ทวีเกียรติ บุญยไพศาลเจริญ. (มปป.).
นิเทศอย่างไรให้เกิดการเปลี่ยนแปลง.
[ออนไลน์]. เข้าถึงได้จาก : [http://
203.157.184.6/Newaumpher/fileupload/
8255tavee.pdf](http://203.157.184.6/Newaumpher/fileupload/8255tavee.pdf). (วันที่ ค้นข้อมูล : 12
กุมภาพันธ์ 2563).

ผลของการทำสปาหลังคลอดต่อการไหลของน้ำนม ระดับความเจ็บปวด
ระดับความรู้สึกผ่อนคลาย และภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด ในโรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

Effect of Postpartum spa on Milk flow, Pain level Relaxation level and Health
Status of Postpartum mothers In Health Promotion Hospital,
Health Promotion Center Region 1 Chiang Mai

น้ำเพชร ศิริมังศรี¹, ธนกฤต ทิพย์พิมล²

Miss. Numped Sirimangkrasri¹, Thanakrit Thippimol²

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ¹, แพทย์แผนไทยประยุกต์

คลินิกสปาหลังคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ 51 อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100

¹Corresponding author, E-mail: namjaisirimong@gmail.com

(Received: November 27, 2020; Revised: December 1, 2020; Accepted: December 15, 2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนการไหลของน้ำนม ระดับคะแนนความเจ็บปวด ระดับคะแนนความรู้สึกผ่อนคลายและการประเมินภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด ระหว่างการทำสปา 3 ครั้งและ 5 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างที่ใช้คือ มารดาหลังคลอดที่คลอดปกติ 7 วัน จำนวน 34 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามและแบบประเมินการไหลของน้ำนม, แบบประเมินความเจ็บปวด, แบบประเมินระดับความรู้สึกผ่อนคลายและแบบประเมินภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด วิเคราะห์ข้อมูลโดยหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิตินอนพาราเมตริก Wilcoxon Signed Ranks Test ผลการศึกษาพบว่า

- 1) ค่าเฉลี่ยของระดับคะแนนการไหลของน้ำนมและค่าเฉลี่ยระดับความเจ็บปวดเต้านม ระหว่างการทำสปา 3 ครั้ง ไม่แตกต่างกับการทำสปา 5 ครั้ง
- 2) ค่าเฉลี่ยของคะแนนความเจ็บปวดแผลฝีเย็บในการทำสปา 3 ครั้ง มี (Mean Rank = 3.00) มีค่าสูงกว่าการทำสปา 5 ครั้ง (Mean Rank = 0.00) และค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้สึกผ่อนคลาย (Mean Rank = 10.21) มีค่าสูงกว่าการทำสปา 5 ครั้ง (Mean Rank = 9.40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05
- 3) ค่าเฉลี่ยของคะแนนการประเมินภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอดในการทำสปา 3 ครั้ง (Mean Rank = 9.00) มีค่าน้อยกว่าการทำสปา 5 ครั้ง (Mean Rank = 12.14) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าการทำสปา 3 ครั้ง สามารถบรรเทาความเจ็บปวดเต้านมและช่วยเพิ่มการไหลของน้ำนมให้ดีขึ้น ไม่แตกต่างกับการทำสปา 5 ครั้ง แต่ระดับความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ ความรู้สึกผ่อนคลายและการประเมินการมีภาวะสุขภาพที่ดีของมารดาหลังคลอด ระหว่างการทำสปา 3 ครั้งและ 5 ครั้ง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: การไหลของน้ำนม, ระดับความเจ็บปวด, ความรู้สึกผ่อนคลาย, การประเมินภาวะสุขภาพ

ABSTRACT

The objective of this quasi-experimental research were to compare the average score of the Milk flow, Pain level score, Relaxation level score and Health Status of Postpartum Mothers between Spa treatment 3 times and 5 times. The sample used 34 Postpartum Mothers with Normal postpartum after 7 days were get a Spa treatment 3 times compared with Spa treatments 5 times. The research tools were general questionnaires and The Milk flow Score, Pain level Assessment Score, Relaxation level Assessment and Health status Assessment. Data were analyzed for frequency, percentage, mean, standard deviation and used the non-parametric statistics Wilcoxon Signed Ranks Test The results showed that:

1) The mean of the milk flow score and the mean of the breast pain level between the Spa treatment 3 times were no different from the Spa treatment 5 times.

2) The Mean of perineal wound pain score in the Spa treatment 3 times (Mean Rank = 3.00) was higher than the Spa treatment 5 times (Mean Rank = 0.00) and The mean of the relaxation score (Mean Rank = 10.21) was higher than Spa treatment 5 times. (Mean Rank = 9.40). Statistically significant at a level of 0.05.

3) The mean of Health Status of Postpartum Mothers assessment in Spa treatment 3 times (Mean Rank = 9.00) was less than Spa treatment 5 times (Mean Rank = 12.14). Statistically significant at a level of 0.05.

The results of this study show that the Spa treatment 3 times can relieve the breast pain and improve the Milk flow. It was not different from the Spa treatment 5 times But Relaxation level score and wellbeing of the Postpartum Mothers. They were difference between the Spa treatment 3 times and the Spa treatment 5 times.

Statistically significant

Keywords: Milk flow , Pain level , Relaxation Level, Health status Assessment level.

บทนำ

ในระยะ 6 สัปดาห์หลังคลอดจะมีการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและจิตใจ ระยะหลังคลอดมารดาจะมีการเปลี่ยนแปลงมากมายทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ อารมณ์และสังคมซึ่งเป็นการเปลี่ยนแปลงที่ต่อเนื่องมาจากการตั้งครรภ์ เพื่อให้ร่างกายกลับสู่สภาพเดิมเหมือนก่อนตั้งครรภ์อวัยวะต่างๆจะมีการเปลี่ยนแปลงกลับคืนสู่สภาพเดิมยกเว้นเต้านมที่จะมีการเจริญเติบโตต่อไปเพื่อสร้างน้ำนมในการเลี้ยงดูทารก¹ การเปลี่ยนแปลงทางร่างกายที่พบได้บ่อยได้แก่ อาการเจ็บปวดแผลฝีเย็บ แผลผ่าตัดคลอด อาการคัดตึงเต้านม น้ำนมไม่ไหลหรือไหลน้อย อาการร้อนวูบวาบและหนาวใน มีริดสีดวงทวารและท้องผูก มีน้ำคาวปลาไหลออกมาจากช่องคลอด ผิวกายแตกและผื่น เป็นต้น ทำให้มารดารู้สึกไม่สุขสบาย² นอกจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายแล้ว มารดาหลังคลอดต้องเผชิญกับปัญหาการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์และสภาพจิตใจเนื่องจากระดับฮอร์โมนที่เปลี่ยนแปลง³ และมีปัจจัยทางด้านร่างกายได้แก่การเปลี่ยนแปลงทางสรีรวิทยาเพื่อฟื้นฟูและซ่อมแซมร่างกายให้กลับคืนสู่สภาวะปกติ การให้นมบุตรรวมทั้งปัจจัยทางด้านจิตใจได้แก่ ความวิตกกังวล ความเครียดการเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ในการดูแลบุตร รวมทั้งภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปภายหลังคลอด ที่ทำให้เกิดอาการเหนื่อยล้าในระยะหลังคลอด⁴ จึงทำให้มารดาหลังคลอดมีความวิตกกังวล เครียดหรือนอนไม่หลับ และอาจเกิดภาวะซึมเศร้าหลังคลอดได้ การพักผ่อนให้เพียงพอและทำจิตใจให้ผ่อนคลาย ไม่ตึงเครียด การนอนหลับอย่างเพียงพอจะช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของน้ำนมได้ดี มารดาหลังคลอดมีน้ำนมมากขึ้น⁵

การอยู่ไฟหลังคลอดเป็นภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทยที่มีมาตั้งแต่สมัยโบราณ เชื่อกันว่าจะช่วยให้ร่างกายฟื้นฟูกลับคืนสู่สภาพปกติได้โดยเร็ว ซึ่งกระบวนการอยู่ไฟประกอบด้วย การนวดและประคบสมุนไพร การเข้ากระโจมอบไอน้ำสมุนไพรและการบำบัดด้วยเกลือ เป็นต้น ส่วนการทำสปาหลังคลอดเป็นการอยู่ไฟหลังคลอดสำหรับมารดาหลังคลอดที่คลอดปกติ 7 วัน โดยปรับเปลี่ยนบรรยากาศที่จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ ใช้กลิ่นสมุนไพรผสมผสานกับเสียงดนตรีบรรเลงเบาๆช่วยให้เกิดความรู้สึกสดชื่นและผ่อนคลาย การอยู่ไฟเป็นกระบวนการบริหารหญิงหลังคลอดที่คนสมัยโบราณที่เชื่อว่า สามารถช่วยทำให้ร่างกายฟื้นจากความเหนื่อยล้าให้กลับคืนสู่สภาพปกติได้โดยเร็ว สุดท้ายคือมีภาวะสุขภาพที่ดี หมายถึงการมีสภาพร่างกายเป็นปกติ ไม่มีภาวะแทรกซ้อนใดๆภายหลังคลอด รู้สึกสุขสบายและไม่มีความเหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า ซึ่งการอยู่ไฟหลังคลอดเป็นการฟื้นฟูสุขภาพของมารดา ที่ช่วยให้ร่างกายอบอุ่น ลดอาการปวดกล้ามเนื้อ ช่วยขับน้ำคาวปลา ลดอาการคัดตึงเต้านม ทำให้ธาตุทั้ง 4 ในร่างกายกลับมาอยู่ในภาวะสมดุล⁶ ประโยชน์หลักๆของการอยู่ไฟคือการลดการเกร็งและดึงตัวของกล้ามเนื้อ การเพิ่มการไหลเวียนโลหิตให้มากขึ้น ความร้อนที่ทำให้ตัวการรับความรู้สึกปวดจะถูกกระตุ้น ทำให้ตัวรับอุณหภูมินำสัญญาณประสาทที่สามารถยับยั้งประสาทที่เกี่ยวข้องกับอาการปวด จึงรับรู้ว่าการปวดลดลงรวมทั้งลดการอักเสบของเนื้อเยื่อที่มีการอักเสบหรือบาดเจ็บ จะได้รับการซ่อมแซมส่วนที่สึกหรอเพิ่มขึ้น⁷

คลินิกสปาหลังคลอด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ จัดตั้งขึ้นเพื่อ

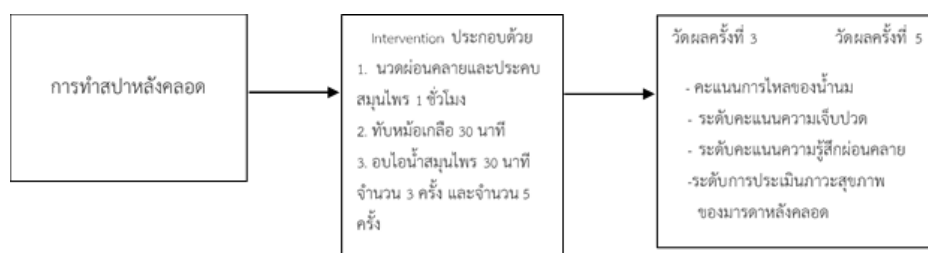
พัฒนารูปแบบบริการส่งเสริมสุขภาพมารดาหลังคลอด ด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 เพื่อฟื้นฟูสุขภาพมารดาหลังคลอดให้กลับคืนสู่สภาพปกติและมีสุขภาพที่ดี และช่วยส่งเสริมการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ประกอบด้วย การนวดกล้ามเนื้อแบบผ่อนคลายและประคบสมุนไพร ทบหม้อเกลือและการอบไอน้ำสมุนไพร ทั้งหมด 2 ชั่วโมง ครั้งละ 550 บาท ตามแพ็คเกจจำนวน 5 ครั้ง ตามหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลด้วยวิธีการแพทย์แผนไทยและการแพทย์ทางเลือกที่มีความเหมาะสมของกรมบัญชีกลาง กรณีการฟื้นฟูมารดาหลังคลอด ทำได้ไม่เกินวันละ 1 ครั้งและทำรวมกันไม่เกิน 5 ครั้ง ภายในระยะเวลา 3 เดือนภายหลังคลอด⁸ ปัญหาเรื่องการนัดหมายมารับบริการพบว่าจากสถิติที่เก็บรวบรวมพบว่า จำนวนผู้รับบริการไม่ได้มาทำสปาครบ 5 ครั้ง และมาทำเพียง 3 ครั้ง โดยเฉลี่ย 6 รายต่อ/เดือน ในปี พ.ศ. 2563 เมื่อสอบถามเหตุผลเนื่องจาก ไม่สามารถเดินทางมาเองได้ จำเป็นต้องมีคนรับ-ส่ง จึงส่งผลให้มีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น อาทิ ค่าใช้จ่ายค่าพาหนะเดินทางรวมทั้งค่าอาหาร ซึ่งโดยเฉลี่ยต่อคนประมาณ 250-300 บาท อาจส่งผลให้เกิดปัญหาด้านเศรษฐกิจของครอบครัวตามมาสำหรับผู้รับบริการสิทธิข้าราชการ

ดังนั้นผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาวิจัยเรื่อง ผลของการทำสปาหลังคลอดต่อการไหลของน้ำนม ระดับความเจ็บปวด ระดับความรู้สึกผ่อนคลาย และภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการไหลของน้ำนม ระดับความเจ็บปวด ระดับความรู้สึกผ่อนคลาย และระดับการประเมินภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด (ประเมินการรับรู้และความรู้สึกของตนเอง เพื่อประเมินความสมบูรณ์ แข็งแรงหรือความอ่อนเพลียเหน็ดเหนื่อย เมื่อยล้าของร่างกาย) ระหว่างการทำสปา 3 ครั้ง และการทำสปา 5 ครั้ง เมื่อทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่ายังไม่มีผู้ที่ศึกษาในเรื่องนี้ ผู้วิจัยจึงมุ่งหวังนำผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้ไปใช้ในการปรับปรุงการบริการคลินิกสปาหลังคลอด ในการส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมารดาหลังคลอดให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น และสามารถในการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการไหลของน้ำนม ระดับความเจ็บปวดด้านนมและแผลฝีเย็บ ระดับความรู้สึกผ่อนคลาย และระดับการประเมินภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด ระหว่างการทำสปา 3 ครั้งและการทำสปา 5 ครั้ง

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยเชิงกึ่งทดลอง (Quasi experimental research) วัตถุประสงค์ทั้งก่อนและหลังทดลอง (one group pretest-posttest design) เพื่อเปรียบเทียบระหว่างการทำสปา 3 ครั้งและการทำสปา 5 ครั้ง ต่อคะแนนการไหลของน้ำนม ระดับความเจ็บปวดด้านมและแผลฝีเย็บ ระดับความรู้สึกผ่อนคลาย และระดับการประเมินภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด โดยโครงร่างวิจัยได้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่แล้ว ก่อนการดำเนินงานวิจัย เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2562 รหัสโครงการวิจัย 23/2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง : มารดาหลังคลอดที่คลอดปกติ ภายหลังคลอดตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและมีข้อห้ามในการทำสปาหลังคลอด มารับบริการได้ที่คลินิกสปาหลังคลอดโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 34 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างตามค่า effect size ขนาด small = 0.10⁹ ระยะเวลาตั้งแต่เดือนกันยายน 2562 ถึงเดือนมีนาคม 2563

เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป

ส่วนที่ 2 แบบประเมินประกอบด้วย

1. แบบประเมินความเจ็บปวด Face Pain Scale (FPS) เป็นมาตราส่วนประมาณค่า โดยแบ่งระดับคะแนนเป็น 10 คะแนน เริ่มตั้งแต่คะแนน 0-

10 คะแนน หมายถึง ไม่รู้สึกปวดเลยและปวดมากที่สุด

2. แบบประเมินระดับความรู้สึกผ่อนคลาย¹⁰ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า แบ่งออกเป็น 10 ระดับคะแนน จากคะแนน 0 หมายถึง รู้สึกสบายและผ่อนคลายมากที่สุดจนถึงคะแนน 10 หมายถึงความรู้สึกไม่สบายและตึงเครียดมากที่สุด

3. แบบประเมินคะแนนการไหลของน้ำนม¹¹ โดยจำแนกการไหลของน้ำนมเป็น 5 ระดับ คือ คะแนน 0 หมายถึงเมื่อบีบน้ำนม แล้วไม่มีน้ำนมไหลออกมาหรือน้ำนมไหลน้อย, คะแนน 1 หมายถึงเมื่อบีบน้ำนมแล้วมีน้ำนมไหลซึมออกมาแต่ไม่เป็นหยดหรือน้ำนมเริ่มไหล, คะแนน 2 หมายถึงเมื่อบีบน้ำนมแล้วมีน้ำนมใสๆ ไหลออกมา 1-2 หยดหรือน้ำนมไหลแล้ว, คะแนน 3 หมายถึงเมื่อบีบน้ำนม แล้วมีน้ำนมใสๆหรือสีเหลืองไหลออกมามากกว่า 2 หยดขึ้นไป แต่น้ำนมไม่พุ่งและน้ำนมไหลดี, คะแนน 4 หมายถึง เมื่อบีบแล้วมีน้ำนมไหลพุ่งดี

4. แบบประเมินภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด เป็นแบบประเมินการรับรู้และความรู้สึกของตนเองแบบเข้าใจได้ง่าย เพื่อประเมินความสมบูรณ์ แข็งแรงหรือความอ่อนเพลียเหน็ดเหนื่อย เมื่อยล้าของร่างกาย โดยสร้างขึ้นเอง โดยผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงด้านเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่านและนำไปทดลองใช้กับมารดาหลังคลอดที่มีลักษณะคล้ายคลึงจำนวน 30 คน และหาคำนวนค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.92

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปใช้สถิติวิเคราะห์หาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิตินอนพาราเมตริก Wilcoxon Signed Ranks Test เนื่องจากเมื่อทดสอบการแจกแจงข้อมูลพบว่าข้อมูลมีการแจกแจงไม่ปกติ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการใช้

สถิติ Wilcoxon Signed Ranks Test เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนการไหลของน้ำนม ระดับความเจ็บปวดเต้านมและแผลฝีเย็บ ระดับความรู้สึกผ่อนคลาย และระดับการประเมินภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด ระหว่างการทำสปา 3 ครั้งและ 5 ครั้ง

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

มารดาหลังคลอดจำแนกตามช่วงอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ประวัติความเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว สิทธิการรักษาพยาบาลและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว

ตารางที่ 1 : แสดงจำนวน ร้อยละของกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด จำแนกตามข้อมูลทั่วไป (n=34)

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. อายุ		
น้อยกว่า 20 ปี	2	5.9
20 – 29 ปี	9	26.5
30 – 39 ปี	23	67.6
Mean = 31.24 (± 4.59) , Min = 17 ปี, Max = 38 ปี		
2. อาชีพ		
รับราชการ	7	20.6
รับจ้าง	13	38.2
อาชีพอิสระ	5	14.7
เกษตรกร	1	2.9
แม่บ้าน	7	20.6
อื่นๆ	1	2.9
3. ระดับการศึกษา		
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	8.8
มัธยม/อนุปริญา/ปวช/	5	14.7
ปริญญาตรี	24	70.6
ปริญญาโท	2	5.9
4. ประวัติความเจ็บป่วย		
ไม่มีความเจ็บป่วย	32	94.1

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (คน)	ร้อยละ
มีความเจ็บป่วย/โรคประจำตัว	2	5.9
ระบุ โรคภูมิแพ้ โรคโลหิตจาง		
5. สิทธิการรักษาพยาบาล		
ชำระเงิน	7	20.6
บัตรทอง	17	50.0
เบิกจ่ายตรง	7	20.6
เบิกตนเอง/เบิกของสามี	3	8.8
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท	3	8.8
5,001-10,000 บาท	1	2.9
10,001-15,000 บาท	5	14.7
15,001-20,000 บาท	14	41.2
มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป	11	32.4

ตาราง 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง มารดาหลังคลอดจำแนกตามช่วงอายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ประวัติความเจ็บป่วยหรือโรคประจำตัว สิทธิการรักษาพยาบาลและรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัว พบว่า ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 – 39 ปี ร้อยละ 67.6 รองลงมา อายุระหว่าง 20 – 29 ปี ร้อยละ 5.9 และอายุน้อยกว่า 20 ปี ร้อยละ 5.9 มารดาหลังคลอดที่อายุมากที่สุดคือ 38 ปีและอายุน้อยที่สุดคือ 17 ปี และอายุโดยเฉลี่ย 31.24 ปี ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 38.2 รองลงมา รับราชการ ร้อยละ 20.6 และอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 20.6 จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 70.6 รองลงมา ระดับต่ำกว่าระดับปริญญา (ระดับมัธยม/อนุปริญญา/ปวช/ปวส)

ร้อยละ 14.7 และไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 8.8 ส่วนใหญ่ไม่เจ็บป่วยและไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 32 สิทธิการรักษาพยาบาล ส่วนใหญ่เป็นสิทธิบัตรทอง ร้อยละ 50 รองลงมาคือ สิทธิเบิกจ่ายตรง ร้อยละ 20.6 และสิทธิชำระเงิน ร้อยละ 20.6 ตามลำดับ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน อยู่ในช่วง 15,001-20,000 บาท ร้อยละ 41.2 รองลงมา มากกว่า 20,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 32.4 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 การเปรียบเทียบของค่าเฉลี่ยคะแนนการไหลของน้ำนม ระดับความเจ็บปวดเต้านมและแผลฝีเย็บ ระดับความรู้สึกล่วงคลาญ และระดับการประเมินภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด

ตาราง 2 : แสดงการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการไหลของน้ำนม ระดับความเจ็บปวดเต้านม และแผลฝีเย็บ ระดับความรู้สึกผ่อนคลาย และระดับการประเมินภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด ระหว่างการทำสเปิร์มครั้งที่ 3 และการทำสเปิร์มครั้งที่ 5 (N=34) ด้วยวิธี Wilcoxon Signed Ranks Test

	ทำสเปิร์มครั้งที่ 3		ทำสเปิร์มครั้งที่ 5		Z	P-Value
	N	Mean Rank	N	Mean Rank		
ความเจ็บปวดเต้านม	8	5.38	2	6	-1.628 ^a	.10
ความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ	5	3	0	0	-2.121 ^a	.03*
คะแนนการไหลของน้ำนม	1	4	6	4	-1.890 ^b	0.06
ความรู้สึกผ่อนคลาย	14	10.21	5	9.4	-2.032 ^a	.04*
คะแนนการประเมินภาวะสุขภาพ	1	9	22	12.14	-4.128 ^b	.00*

a. Based on positive ranks. b. Based on negative ranks.

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตาราง 2 แสดงผลที่ได้จากการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ Wilcoxon Matched-pairs Signed rank test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 พบว่า

- ระดับคะแนนของความเจ็บปวดเต้านม ระหว่างการทำสเปิร์มครั้งที่ 3 และการทำสเปิร์มครั้งที่ 5 ของกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด ไม่มีความแตกต่างกัน ($Z = -1.63$, $p = .10$)

- ระดับคะแนนของความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ ระหว่างการทำสเปิร์มครั้งที่ 3 และการทำสเปิร์มครั้งที่ 5 ของกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.12$, $p = .03$)

- ระดับคะแนนการไหลของน้ำนม ระหว่างการทำสเปิร์มครั้งที่ 3 และการทำสเปิร์มครั้งที่ 5 ของกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด ไม่มีความแตกต่างกัน ($Z = -1.89$, $p = .06$)

- ระดับคะแนนของความรู้สึกผ่อนคลาย ระหว่างการทำสเปิร์มครั้งที่ 3 และการทำสเปิร์มครั้งที่ 5 ของกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด มีความ

แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.03$, $p = .04$)

- ระดับคะแนนการประเมินภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด ระหว่างการทำสเปิร์มครั้งที่ 3 และการทำสเปิร์มครั้งที่ 5 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -4.12$, $p = .00$)

ผลการวิจัยสรุปประเด็นสำคัญ ได้ดังนี้

1) การทำสเปิร์ม 3 ครั้งส่งผลต่อระดับคะแนนของความเจ็บปวดคัดตึงเต้านม และระดับคะแนนการไหลของน้ำนม ไม่แตกต่างกับการทำสเปิร์ม 5 ครั้ง

2) การทำสเปิร์ม 3 ครั้ง ส่งผลต่อระดับคะแนนความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ ระดับคะแนนความรู้สึกผ่อนคลาย ระดับคะแนนการประเมินภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด มีความแตกต่างกับการทำสเปิร์ม 5 ครั้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และพบว่า

- คะแนนความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ ระหว่างการทำสปาครั้งที่ 3 และการทำสปาครั้งที่ 5 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.12, p = .03$) โดยกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด มีระดับคะแนนความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ หลังการทำสปา 3 ครั้ง (Mean Rank = 3.00) มีค่าสูงกว่าการทำสปา 5 ครั้ง (Mean Rank = 0.00)

- คะแนนความรู้สึกผ่อนคลาย ระหว่างการทำสปาครั้งที่ 3 และการทำสปาครั้งที่ 5 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($Z = -2.03, p = .04$) โดยกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด มีระดับคะแนนความรู้สึกผ่อนคลาย หลังการทำสปา 3 ครั้ง (Mean Rank = 10.21) มีค่าสูงกว่าการทำสปา 5 ครั้ง (Mean Rank = 9.40)

- คะแนนการประเมินภาวะสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด ระหว่างการทำสปาครั้งที่ 3 และการทำสปาครั้งที่ 5 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($Z = -4.12, p = .00$) โดยกลุ่มตัวอย่างมารดาหลังคลอด มีระดับคะแนนความรู้สึกผ่อนคลาย หลังการทำสปา 3 ครั้ง (Mean Rank = 9.00) มีค่าต่ำกว่าการทำสปา 5 ครั้ง (Mean Rank = 12.14)

อภิปรายผล/การวิจารณ์

ผลของการทำสปาหลังคลอด ต่อคะแนนการไหลของน้ำนม ระดับความเจ็บปวดเต้านมและแผลฝีเย็บ ระดับความรู้สึกผ่อนคลายและระดับการประเมินภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด เปรียบเทียบระหว่างการทำสปา 3 ครั้งและ 5 ครั้ง พบว่าค่าเฉลี่ยของระดับความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ ระหว่างการทำสปา 3 ครั้งและ 5 ครั้ง คะแนนความเจ็บปวดแผลฝีเย็บ หลังการทำสปา 3 ครั้ง มีค่าสูงกว่าการทำสปา

5 ครั้ง ทั้งนี้เนื่องจากการทำสปาหลังคลอด อาศัยความร้อนและสรรพคุณของสมุนไพรต่างๆ ช่วยบรรเทาอาการเจ็บปวดจากการตัดและเย็บแผลฝีเย็บ และการหดตัวของมดลูกในระยะหลังการคลอด ซึ่งความเจ็บปวดของแต่ละคนมีระยะเวลาการเจ็บปวดที่ไม่แน่นอน โดยปกติจะใช้เวลาประมาณ 8-12 ชั่วโมงแต่บางคนใช้เวลามากกว่า 24 ชั่วโมง¹² โดยทั่วไปแล้ว สตรีแพทย์จะนัดมารดาหลังคลอดเพื่อตรวจหลังคลอดเมื่อครบ 6 สัปดาห์แล้ว ปกติโดยทั่วไปทั้งการคลอดปกติหรือการผ่าคลอด หากแผลปกติจะหายภายใน 1 สัปดาห์หลังคลอด ซึ่งอาการปวดแผลภายหลังคลอด จะมีอาการปวดประมาณ 3-4 วัน หรือประมาณ 1 อาทิตย์ และจะค่อย ๆ หายไปและอาการปวดแผลจะหายไปเอง 1 สัปดาห์หลังคลอด¹³

เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับคะแนนการไหลของน้ำนม ระหว่างการทำสปา 3 ครั้งและ 5 ครั้ง พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน และส่วนใหญ่มีค่าคะแนนการไหลน้ำนมเท่ากับ 4 คะแนน อาจอธิบายได้ว่าเกิดจากช่วงระยะหลังคลอด 6 สัปดาห์จนถึง 3 เดือนแรก หรืออาจนานกว่านั้น ปริมาณของฮอร์โมนโปรแลคตินในระยะแรกๆจะค่อยๆลดต่ำลงจนกลับสู่ระดับปกติของการผลิตน้ำนมสำหรับการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ในระยะท้ายของมารดาหลังคลอด เมื่อระดับโปรแลคตินกลับสู่ปกติมารดาหลังคลอดจึงไม่รู้สึกคัดตึงเต้านมเหมือนในช่วงแรก เมื่อร่างกายปรับตัวได้แล้วปริมาณน้ำนมจะพอดีกับความต้องการของลูก แต่มารดาต้องให้ลูกดูดหรือบีบเก็บน้ำนมออกอย่างสม่ำเสมอ เพื่อให้ร่างกายสามารถผลิตน้ำนมได้เพียงพอกับความต้องการเสมอ¹⁴ ส่วนค่าเฉลี่ยของระดับความรู้สึกผ่อนคลายในการทำสปา 3 ครั้งจะมีค่าสูงกว่าการทำสปา 5 ครั้ง

เมื่อแปลผลค่าคะแนนพบว่า ระดับคะแนนที่น้อยที่สุด หมายถึงการมีความรู้สึกผ่อนคลายมากที่สุด ดังนั้นการทำสปา 5 ครั้งช่วยให้มารดาหลังคลอดรู้สึกผ่อนคลายมากกว่าการทำสปา 3 ครั้ง เช่นเดียวกันกับการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยของระดับการประเมินภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด เมื่อเปรียบเทียบกันพบว่าการทำสปาหลังคลอด 3 ครั้งมีค่าต่ำกว่าการทำสปา 5 ครั้ง จากการแปลผลค่าคะแนนการประเมินภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด ระดับคะแนนมากที่สุดจะมีภาวะสุขภาพที่ดีที่สุด ร่างกายสมบูรณ์แข็งแรง ไม่อ่อนเพลีย เหนื่อยเมื่อยล้า แสดงให้เห็นว่าการทำสปาหลังคลอดส่งผลดีต่อภาวะสุขภาพ ช่วยให้มีความสุขที่ดีขึ้นจากการประเมินการรับรู้ของมารดาด้วยตนเอง และจากการสอบถามภายหลังการให้บริการยังพบว่า มารดาหลังคลอดมีความสุขสบายและสามารถเลี้ยงดูบุตรได้

การทำสปาหลังคลอด ประกอบด้วย กิจกรรมการนวดและประคบสมุนไพร การบำบัดมือเกลือและการอบไอน้ำสมุนไพร เป็นการอยู่ไฟแบบร่วมสมัย ที่ช่วยฟื้นฟูสุขภาพร่างกายให้กลับคืนสู่สภาพปกติได้ โดยเชื่อว่าการอยู่ไฟหลังคลอด ที่อาศัยความร้อนจะช่วยทำให้ร่างกายลดอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ฟื้นฟูจากความอ่อนเพลีย เหน็ดเหนื่อยเมื่อยล้า ภายหลังการคลอด ช่วยทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย ระบบไหลเวียนโลหิตดีขึ้น มีการปรับสมดุลในร่างกาย และขับของเสียออกจากร่างกาย ทำให้ผิวพรรณผ่องใส ลดอาการหนาวสะท้านที่เกิดจากการสูญเสียเลือดหลังคลอด ช่วยให้มีดลูกหดตัวหรือเข้าอู่ได้เร็ว¹⁵ นอกจากนี้การยังช่วยกระตุ้นการไหลของน้ำนมของมารดาได้ดี เพราะการนวดและประคบเต้านมจะทำให้ระบบไหลเวียนโลหิตดีช่วยแก้ปัญหาคัดตึงเต้านมและท่อ

น้ำนมอุดตัน¹⁶ ซึ่งการศึกษาโปรแกรมนวดและประคบเต้านมของอมรินทร์ ชะเนติยังและคณะ¹⁷ กล่าวว่าว่าการนวดและประคบเต้านมช่วยกระตุ้นการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด ค่าเฉลี่ยของคะแนนระดับการไหลของน้ำนมทุก 6, 12, 18, 30 ชั่วโมงหลังคลอดในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$).

คุณประโยชน์จากการนวดคือ ช่วยทำให้ผ่อนคลายกล้ามเนื้อ มารดาหลังคลอดรู้สึกสุขสบาย รู้สึกผ่อนคลายทั้งร่างกายและจิตใจ เพราะระหว่างตั้งครรภ์นั้น มารดาต้องเผชิญกับความเครียดทั้งร่างกายและจิตใจจากความเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายที่เกิดขึ้น ส่วนการประคบสมุนไพรจะช่วยส่งเสริมการนวดไทยแบบราชสำนัก ให้ผลการรักษาดีขึ้น ทั้งจากตัวยาสมุนไพร และความร้อน การประคบสมุนไพรมีประโยชน์ช่วยกระตุ้นการไหลเวียนของเลือด ช่วยลดอาการบวม บรรเทาอาการอักเสบของกล้ามเนื้อ บรรเทาอาการปวดเมื่อยตามร่างกาย ในหญิงหลังคลอดช่วยลดอาการตึงคัดของเต้านมด้วย¹⁸ มีการศึกษาเรื่องความพึงพอใจการบริการที่ผ่านมาพบว่า มารดาหลังคลอดที่เข้าร่วมโครงการการบริหารมารดาหลังคลอดด้วยผดุงครรภ์แผนไทยในชุมชนป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง มีความพึงพอใจในการให้บริการในระดับมากที่สุด โดยพึงพอใจด้านการประคบสมุนไพรมากที่สุด¹⁹ สำหรับการอบไอน้ำสมุนไพรเป็นการใช้ความร้อนช่วยพาดัวยาสุนัขและน้ำมันหอมระเหยซึมเข้าสู่ผิวหนัง ทำให้ผิวหนังขยายตัว ช่วยให้กล้ามเนื้อผ่อนคลาย เป็นการบำบัดโดยใช้กลิ่นหอมหรือโรมาเธราปีส์ จึงทำให้รู้สึกสดชื่น ผ่อนคลาย หายตึงเครียดและนอนหลับได้ง่ายขึ้น²⁰

ข้อจำกัดของวิจัย

1. มารดาหลังคลอดที่มารับบริการคลินิก ปาหลังคลอด มีจำนวนน้อย อ้างจากสถิติจำนวน ผู้มารับบริการคลินิก ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2560 - 2561 โดยเฉลี่ยประมาณ 82 คน/ปี ทำให้งานวิจัยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลให้ครบจำนวนกลุ่ม ตัวอย่างที่กำหนดไว้

2. มารดาหลังคลอดบางส่วนไม่มาตามนัดหมาย หรือบางรายต้องถอนตัวของจาก โครงการวิจัย ในขณะที่ยังทำไม่ครบกำหนดตามที่นัดหมาย เนื่องจากไม่สามารถเดินทางมาด้วยตนเองได้และมารดาบางรายไม่มีคนเลี้ยงดูบุตร

ข้อเสนอแนะ

1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการนำรูปแบบการบริการสปาหลังคลอดไปประยุกต์ใช้ในสถานบริการสาธารณสุขภาครัฐ ภาคประชาชน หรือภาคเอกชน เพื่อส่งเสริมและฟื้นฟูสุขภาพของมารดาหลังคลอดด้วยภูมิปัญญาการแพทย์แผนไทย

2. พัฒนาปรับปรุงรูปแบบการบริการของคลินิกสปาหลังคลอด เพื่อเพิ่มโอกาสและทางเลือกให้ผู้รับบริการได้ตัดสินใจเลือกใช้ตามแพ็คเกจการบริการที่เหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาวิจัยเรื่องผลของการทำสปาต่อการไหลของน้ำนม ระดับความเจ็บปวด ภาวะผ่อนคลายและภาวะสุขภาพของมารดาหลังคลอด ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้สำเร็จลุล่วงลงด้วยดี ด้วยความอนุเคราะห์จากผู้บริหารของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ที่ได้ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างดี

คณะผู้วิจัยขอขอบพระคุณมา ณ โอกาสนี้ และขอขอบคุณ นายณณภัทร ธีระวรรณะสิริ ที่ได้ให้คำแนะนำ คำปรึกษาแบบวิจัยและวิธีการดำเนินการวิจัย สถิติวิจัย เพื่อนำไปปรับปรุงแก้ไขงานวิจัยให้มีความสมบูรณ์ ถูกต้องมากยิ่งขึ้นตลอดจนขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่าง มารดาหลังคลอดทุกท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ สุดท้ายนี้ขอขอบคุณนางลัดดา อินทนนท์ นางสาวมยุรี ขยัน และนางสาวสุชานันท์ แก้วคำ ผู้ช่วยแพทย์แผนไทย ที่คอยให้ความช่วยเหลือในการดำเนินงาน ทำให้งานวิจัยเสร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. เพ็ชรรัตน์ เตชะทวิวรรณ. การพยาบาลมารดาในระยะหลังคลอด ; คู่มือฝึกปฏิบัติการพยาบาลมารดาทารกและการผดุงครรภ์. วิทยาลัยพยาบาลและสุขภาพมหาวิทยาลัยราชภัฏสวนสุนันทา; 2559, 1-49.
2. เทียมสร ทองสวัสดิ์. การพยาบาลในระยะหลังคลอด. โครงการตำราคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2534,52-54
3. วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์และตติรัตน์ สุวรรณสุจริต. การดูแลและส่งเสริมสุขภาพหญิงในระยะคลอดและทารกแรกเกิด. มหาวิทยาลัยบูรพา พิมพ์ครั้งที่ 3 ชลบุรี : โรงพิมพ์ศรีศิลปการพิมพ์; 2546,48-49.
4. กฤติกา ธรรมรัตนกุลและกัญญาณัฐ สิทธิภา. ความอ่อนล้าในวงจรการมีบุตรและบทบาทพยาบาล. พยาบาลสาร. 2562; 46 (1),231

5. กลุ่มพัฒนานาอนามัยแม่และเด็ก. ข้อควรรู้เกี่ยวกับการให้นมแม่หลังคลอด บทความวิชาการ ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา. [เข้าถึงเมื่อ 11 ธันวาคม 2563] เข้าถึงได้จาก: http://hpc9.anamai.moph.go.th/main.php?filename=page_mom.
6. สุนันทา แหล่งสะท้อน. การอยู่ไฟคืออะไร. บทความวิชาการแพทย์แผนไทยประยุกต์ ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2563
7. ศิรินันท์ ตรีมงคลทิพย์และคณะ. การดูแลมารดาหลังคลอดด้วยการอยู่ไฟ. วิทยาศาสตร์ในการแพทย์แผนไทย. สถาบันเทคโนโลยีราชมงคล วิทยาเขตปทุมธานี. 2588,8-15.
8. ศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเวชภัณฑ์. อัตราค่าบริการสาธารณสุขเพื่อใช้สำหรับการเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาลในสถานพยาบาลของทางราชการหมวดที่ 15 ฯ กรมบัญชีกลาง. [เข้าถึงเมื่อ 11 ธันวาคม 2563] เข้าถึงได้จาก: <http://dmsic.moph.go.th/index/detail/4790>
9. Cohen J. Statistical power for the behavioral sciences. New York: Academic Press ;1977.
10. รศ.ดร.นันทพร แสนศิริพันธ์และคณะ. รูปแบบการให้บริการสปาล้านนาสำหรับการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพ. กลุ่มวิชาการพยาบาลสูติศาสตร์และนรีเวชวิทยา. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2563
11. ชุตติมาพร ไตรนภากุลและคณะ. ผลของการไหลของน้ำนมในหญิงหลังคลอดที่ถูกนวด-ประคบ เต้านมด้วยกระเป๋าน้ำร้อนและลูกประคบสมุนไพร. วารสารพยาบาลและการศึกษา. 2555; 3(3),75-91.
12. กมลทิพย์ ตั้งหลักมั่นคงและคณะ. การประเมินและการจัดการความปวดจากการคลอดด้วยกรอบแนวคิด RAT Model. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี. 2559; 27 (1), 160-169.
13. โรงพยาบาลหริภุญชัยเมโมเรียล. คู่มือการปฏิบัติตัวมารดาหลังคลอดและการบริบาลทารก. [เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2563] เข้าถึงได้จาก: <http://www.hariphunchai.net/health.php?id=68>
14. Kelly Bonyata. How does milk production work. March 8, 2018. Available from :<https://kellymom.com/hot-topics/milkproduction>
15. สุวชัย อินทรประเสริฐ. หนังสือคู่มือตั้งครรภ์และเตรียมคลอด. “การอยู่ไฟหลังคลอดและการ อาบ-อบสมุนไพร จำเป็นหรือไม่” กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์รักลูกบุ๊กส์ ; 2559,378-383.
16. กฤษณา ปิงวงศ์และกรรณิการ์ กันธะรักษา. การนวดเต้านมเพื่อส่งเสริมการสร้างและการหลั่งน้ำนมพยาบาลสาร. 2560;44 (4)169-176.
17. อมรินทร์ ชะเนติยง. ผลการนวดและประคบเต้านมเพื่อกระตุ้นการไหลของน้ำนมในมารดาหลังคลอด โรงพยาบาลสุรินทร์ จังหวัดศรีสะเกษ.วารสารหมอยาไทยวิจัย. 2561;4(1), 41-52.
18. หน่วยแพทย์ทางเลือก คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดีมหาวิทยาลัยมหิดล.

สารหน้ารู้ : การนวดประคบสมุนไพร.[เข้าถึงเมื่อ 12 ธันวาคม 2563] เข้าถึงได้

จาก: https://med.mahidol.ac.th/altern_med/th/km/13may2020-1016

19. กุสุมาลย์ น้อยผาและคณะ. ความพึงพอใจของมารดาหลังคลอดต่อการบริการมารดาหลังคลอด ด้วยผดุงครรภ์แผนไทยในชุมชนป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง.วารสารหมอยาไทยวิชัย. 2562;5(1),35-50.
20. โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. อบสมุนไพร ให้ปลอดภัย [เข้าถึงเมื่อ 18 พฤศจิกายน 2562]เข้าถึงได้จาก: <https://www.komchadluek.net/news/knowledge/142112>.

การคุมกำเนิดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ในเขตสุขภาพที่ 1 Contraception among teenage pregnancy in Health Region 1

ไพลิน เชิญทอง¹, สุมาลี สายบุญผา²

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ, พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 50100

¹Corresponding author, E-mail: suphanan.p009@gmail.com

(Received: November 27, 2020; Revised: December 1, 2020; Accepted: December 15, 2020)

บทคัดย่อ

การตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญทั่วโลก ซึ่งส่งผลกระทบต่อสุขภาพแม่วัยรุ่นและทารก การคุมกำเนิดจึงเป็นวิธีการป้องกันปัญหาได้ แต่พบว่าวัยรุ่นมีการคุมกำเนิดในสัดส่วนที่ต่ำ ถึงแม้ว่ารัฐบาลจะมีนโยบายให้วัยรุ่นได้รับการคุมกำเนิดฟรีก็ตาม การศึกษาเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิธีการคุมกำเนิดที่เคยใช้ก่อนตั้งครรภ์และเหตุผล การวางแผนคุมกำเนิดหลังคลอดบุตรที่จะเลือกใช้และเหตุผล และเหตุผลในการเลือกใช้หรือไม่ใช้ยาฝังคุมกำเนิดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 385 คน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง อายุระหว่าง 10-19 ปี ส่วนใหญ่เป็นคนไทย ร้อยละ 80.75 เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 87.53 สาเหตุเกิดจากความไม่ได้ตั้งใจที่จะตั้งครรภ์ ร้อยละ 56.10 เนื่องจากไม่ได้คุมกำเนิด เกิดความผิดพลาดในการคุมกำเนิด การคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเคยการคุมกำเนิด ร้อยละ 61.04 โดยเลือกวิธีกินยาเม็ดคุมกำเนิด รองลงมาคือใช้ถุงยางอนามัย เนื่องจากหาซื้อง่าย การวางแผนคุมกำเนิดหลังคลอดบุตร กลุ่มตัวอย่างเลือกที่จะคุมกำเนิด ด้วยวิธียาฝังคุมกำเนิด ร้อยละ 53.24 รองลงมาคือ ยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 33.24 เนื่องจากมีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดได้นาน และได้รับการสนับสนุนฟรีจากภาครัฐ แต่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้ยาฝังคุมกำเนิด เพราะต้องการที่จะคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่น กลัวผลข้างเคียงของยา และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการฝังยาคุมกำเนิด ผลการศึกษานี้เป็นประโยชน์สำหรับบุคลากรทีมสุขภาพ ที่จะนำผลการวิจัยไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ในการคุมกำเนิดของวัยรุ่น และเว้นช่วงการตั้งครรภ์ในการมีบุตรคนที่ 2 เพื่อลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น และลดผลกระทบด้านต่างๆ ที่จะตามมา

คำสำคัญ : การคุมกำเนิด, การตั้งครรภ์วัยรุ่น, เขตสุขภาพที่ 1, การตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น

ABSTRACT

Teenage pregnancy is a major problem throughout the world, which negatively affects the health of mothers and babies. Contraception is therefore a way to prevent problems, however teens have a low proportion of contraception even though the government has a policy for teenagers to receive birth control for free. The purpose of this-descriptive study was to study methods of contraceptive used and reasons before pregnancy and after childbirth and the reasons they decide whether to choose contraceptive implant or not among 385 teenage pregnant women in Health Region 1.

The results showed that among 385 teenage pregnant women aged between 10-19 years, the majority were Thai people (80.75 %) and first pregnancy (87.53 %). 56.1% was unintended pregnancy due to not using contraception or error in contraceptive use. Oral contraceptive pill was the most common contraceptive used method (61.04 %), and the second most common was condom because it's easy to buy. For birth control after childbirth, they plan to use contraceptive implants 53.24 %, followed by injectable contraceptives 33.24 % - due to its effective long-acting method and receive free support from the government. These teen pregnancies who do not use contraceptive implants were because they wanted to use other birth control options, afraid of medication side effects and have a negative attitude toward drug implants. The results of this study may be useful for health personnel to design activities to enhance the knowledge of contraception among teenagers for prevention of repeated teenage pregnancy and the following negative outcomes.

KEYWORDS: Contraception, Teenage pregnancy, Health Region 1, Repeat pregnancy among Teenage pregnancy

บทนำ

การตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญในเกือบทุกประเทศทั่วโลก โดยพบว่าวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี มีการตั้งครรภ์และคลอดบุตรปีละ 16 ล้านคน คิดเป็น 1 ใน 10 ของการตั้งครรภ์ทั้งหมด¹ ในปีพ.ศ. 2559-2561 ประเทศไทยพบร้อยละการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี คิดเป็นร้อยละ 14.2 12.9 และ 11.5 ตามลำดับ ซึ่งในเขตสุขภาพที่ 1 (8 จังหวัดภาคเหนือ) มีอัตราคลอดในหญิงอายุ 10-14 ปี เท่ากับ 1.4 1.3 และ 1.3 ตามลำดับ และอัตราคลอดในหญิงอายุ 15-19 ปี เท่ากับ 34.1 30.8 และ 29.2 ตามลำดับ พบมากที่สุดที่จังหวัดแม่ฮ่องสอน (49.4) รองลงมาคือ จังหวัดเชียงใหม่

(35.1) และเชียงราย (32.7)² นอกจากนี้ในเขตสุขภาพที่ 1 ยังมีร้อยละการตั้งครรภ์ซ้ำในปี พ.ศ. 2559-2561 สูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน (ร้อยละ 40) คือ 16.88 16.06 และ 16.62³

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อเชิงลบทางสุขภาพต่อตัวแม่วัยรุ่นและทารก เนื่องจากวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า เช่น การเสียชีวิตของมารดา การเสียชีวิตของทารก ทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ โดยสถิติพบว่าในปี 2555 เด็กแรกเกิดน้ำหนัก ต่ำกว่าเกณฑ์ (ต่ำกว่า 2,500 กรัม) ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นอายุ 15 ปี และ 15-19 ปี มีถึงร้อยละ 18.2 และ

13.7 ตามลำดับ ยิ่งไปกว่านั้นแม้วัยรุ่นยังมีความเสี่ยงต่อการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัยซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต นอกจากนี้การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังส่งผลต่อโอกาสทางการศึกษา หน้าที่การงาน รวมทั้งรายได้ในอนาคต จากการสำรวจของสำนักงานสถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2556 พบว่าร้อยละ 32 ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ต้องออกจากการศึกษา ซึ่งการตั้งครรภ์เป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ต้องหยุดเรียน⁴ ดังนั้นการป้องกันและแก้ไขปัญหาค่าการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นด้วยมาตรการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยตัดวงจรการเป็นแม่วัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นมีสุขภาพทางเพศที่ดี มีโอกาสทางการศึกษา และสามารถใช้ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่เพื่อที่จะเติบโตมีคุณภาพต่อไป

การป้องกันปัญหาโดยการส่งเสริมให้วัยรุ่นไม่มีการร่วมเพศเป็นสิ่งที่ดีที่สุดแต่ปฏิบัติได้ยาก ดังนั้นการคุมกำเนิดจึงเป็นวิธีการป้องกันปัญหาต่างๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นจากการตั้งครรภ์ได้ดี ซึ่งราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย แนะนำทางเลือกแรกในการคุมกำเนิดในกลุ่มวัยรุ่นคือการใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับการคุมกำเนิดประเภทกึ่งถาวร ได้แก่ ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด เนื่องจากมีประสิทธิภาพสามารถคุมกำเนิดได้ในระยะเวลานาน 3, 5 และ 10 ปี สูงกว่าวิธีคุมกำเนิดที่เป็นที่นิยมในกลุ่มวัยรุ่นไทย คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด⁵ ดังนั้นรัฐบาลจึงมีนโยบายให้วัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี ทุกสิทธิ์การรักษา ที่อยู่ในภาวะหลังคลอดหรือแท้ง หรือต้องการคุมกำเนิดฟรี เข้ารับบริการในสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกแห่ง (ประกาศอย่างเป็นทางการตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม พ.ศ. 2557)⁶ แต่พบว่าวัยรุ่นมีการคุมกำเนิดในสัดส่วนที่ต่ำ ถึงแม้ว่ารัฐบาลจะมี

นโยบายให้วัยรุ่นได้รับการคุมกำเนิดฟรีในสถานบริการสุขภาพของรัฐก็ตาม

จากปัญหาวัยรุ่นในเขตสุขภาพที่ 1 มีอัตราการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวรต่ำกว่าเกณฑ์ที่กรมอนามัยกำหนด ผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาวิธีการคุมกำเนิดที่หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเคยใช้ และเหตุผลในการใช้ รวมถึงการวางแผนคุมกำเนิดหลังคลอดบุตร วิธีคุมกำเนิดที่คาดว่าจะเลือกใช้พร้อมเหตุผลและเหตุผลในการเลือกใช้หรือไม่ใช้วิธีการคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร โดยเฉพาะยาฝังคุมกำเนิดเพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมเสริมสร้างความรอบรู้ในการคุมกำเนิดของวัยรุ่นและเว้นช่วงการตั้งครรภ์ในการมีบุตรคนที่ 2 เมื่ออายุมากกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี เพื่อลดปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น และลดผลกระทบด้านต่างๆที่จะตามมา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิธีการคุมกำเนิดที่เคยใช้ก่อนตั้งครรภ์และเหตุผลในการใช้ของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ในเขตสุขภาพที่ 1
2. เพื่อศึกษาการวางแผนคุมกำเนิดหลังคลอดบุตร วิธีการคุมกำเนิดที่วางแผนจะเลือกใช้และเหตุผล และเหตุผลในการเลือกใช้หรือไม่ใช้ยาฝังคุมกำเนิดของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ในเขตสุขภาพที่ 1

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study)

คำนิยามศัพท์

1. การคุมกำเนิด คือ เทคนิคและวิธีการที่ใช้ในการป้องกันการปฏิสนธิหรือขัดขวางการ

ตั้งครรภ์ มีหลายวิธี คือ นับระยะปลอดภัย หลัง
ภายนอก การให้นมบุตร 4 เดือนแรกหลังคลอด
ถุงยางอนามัย ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาคุมกำเนิด
ฉีดยา ยาฉีดคุมกำเนิด และยาฝังคุมกำเนิด เป็น
ต้น

2. หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น คือ การตั้งครรภ์ใน
สตรีที่มีอายุระหว่าง 10-19 ปี โดยถืออายุ ณ เวลา
ที่คลอดบุตร

3. เขตสุขภาพที่ 1 คือ 8 จังหวัดภาคเหนือ
ตอนบน ประกอบด้วย จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัด
เชียงราย จังหวัดลำพูน จังหวัดลำปาง จังหวัด
พะเยา จังหวัดแพร่ จังหวัดน่าน และจังหวัด
แม่ฮ่องสอน

ตัวแปรหลัก คือ วิธีการคุมกำเนิดที่เคยใช้ก่อน
ตั้งครรภ์ เหตุผลในการใช้ การวางแผนคุมกำเนิด
ภายหลังคลอด วิธีการคุมกำเนิดที่วางแผนจะใช้
และเหตุผล เหตุผลในการเลือกใช้หรือไม่ใช้ยาฝัง
คุมกำเนิดหลังคลอด

ประชากร

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี ที่
อาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 1 ซึ่งประกอบด้วย 8
จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง
แพร่ น่าน พะเยา และแม่ฮ่องสอน

กลุ่มตัวอย่าง

หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุน้อยกว่า 20 ปี
ที่มาฝากครรภ์หรือคลอดที่โรงพยาบาลรัฐในเขต
สุขภาพที่ 1 ตามเกณฑ์การคัดเข้า คือ ยินดีเข้า
ร่วมงานวิจัย อ่านออกเขียนได้ และเข้าใจภาษาไทย
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตร Estimating
an infinite population proportion

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

จากข้อมูลของเขต

สุขภาพที่ 1 พบหญิงวัยรุ่นคุมกำเนิดแบบกึ่งถาวร
ประมาณร้อยละ 50 จึงกำหนด proportion (p) =
0.5, Error (d) = 0.05, Alpha (α) = 0.05, Z
(0.975) = 1.959964 คำนวณ sample size ได้
เท่ากับ 385 คน เลือกตัวอย่างจาก 8 จังหวัดตาม
สัดส่วนของจำนวนวัยรุ่นในแต่ละจังหวัด

จังหวัด	จำนวน ประชากร	จำนวนกลุ่ม ตัวอย่าง
เชียงใหม่	874	100
เชียงราย	925	105
ลำพูน	153	17
ลำปาง	278	32
แพร่	222	25
น่าน	346	39
พะเยา	302	34
แม่ฮ่องสอน	288	33
รวม	3,388	385 คน

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล
เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวน
วรรณกรรม ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของ
หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ประกอบด้วย อายุของหญิง
ตั้งครรภ์และสามี ระดับการศึกษา เชื้อชาติ อาชีพ
รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ ที่อยู่อาศัย จำนวน
การตั้งครรภ์ จำนวนการมีบุตร สาเหตุของการ
ตั้งครรภ์ และประวัติการแท้ง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประวัติการ
คุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ปัจจุบัน ประกอบด้วย
ประวัติการคุมกำเนิด วิธีการคุมกำเนิดและเหตุผล
ในการเลือกใช้ และแหล่งรับข้อมูลข่าวสาร

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเรื่องการวางแผน
คุมกำเนิดหลังคลอดบุตร ประกอบด้วย การ

วางแผนการคุมกำเนิด วิธีการคุมกำเนิดที่คาดว่าจะเลือกใช้พร้อมเหตุผล และความคิดเห็นต่อการใช้ยาฝังคุมกำเนิด

การควบคุมคุณภาพเครื่องมือแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยจำนวนและร้อยละ การวางแผนคุมกำเนิด วิธีการคุมกำเนิดและเหตุผล วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยจำนวนและ ร้อยละ

ผลการวิจัย

ตาราง 1 ลักษณะทั่วไปของกลุ่มที่ศึกษา (n = 385)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
อายุปัจจุบัน		
10-14 ปี	18	4.68
15-20 ปี	367	95.32
อายุสามี/แฟน		
10-20 ปี	241	62.60
21-30 ปี	123	31.95
31-40 ปี	17	4.42
41-50 ปี	2	0.52
ไม่ระบุ	2	0.52
ระดับการศึกษา		
เรียนต่อ	240	62.34
ประถมศึกษา	25	10.42
มัธยมศึกษาตอนต้น	75	31.25
มัธยมศึกษาตอนปลาย	32	13.33
ปวช.	28	11.67
ปวส.	8	3.33
ปริญญาตรี	8	3.33
กศน.	64	26.67
ไม่ได้เรียนต่อ	145	37.66
ประถมศึกษา	20	13.79
มัธยมศึกษาตอนต้น	66	45.52
มัธยมศึกษาตอนปลาย	20	13.79

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
ปวช.	7	4.83
กศน.	4	2.76
ไม่ระบุ	28	19.31
เชื้อชาติ		
ไทย	311	80.75
ต่างด้าว (พม่า ลาว กัมพูชา ฯลฯ)	9	2.34
ชาติพันธุ์ (ม้ง กะเหรี่ยง ไทยใหญ่ ฯลฯ)	65	16.88
อาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	84	21.82
รับจ้าง	84	21.82
ทำนา ทำไร่/เกษตรกร	41	10.65
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว	10	2.60
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	166	43.12
แหล่งที่มาของรายได้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
จากการทำงานของตนเอง	85	22.08
พ่อแม่/ผู้ปกครอง	184	47.79
สามี/แฟน	244	63.38
อื่นๆ (เช่น พ่อแม่แฟน/พี่สาว)	5	1.30
รายได้ของท่านและแฟน		
มีเหลือเก็บ	25	6.49
พอใช้	284	73.23
ไม่พอใช้	76	19.95
อาศัย		
อยู่คนเดียว	6	1.56
แฟน	108	28.05
ครอบครัวฝ่ายหญิง	149	38.70
ครอบครัวฝ่ายชาย	113	29.35
อื่นๆ (ทั้ง 2 ครอบครัว, มูลนิธิ)	9	2.34

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งการตั้งครรภ์		
ครั้งแรก	337	87.53
ครั้งที่ 2	47	12.21
3 ครั้งขึ้นไป	1	0.26
จำนวนการมีบุตร		
1 คน	354	91.95
2 คน	31	8.05
อายุเมื่อตั้งครรภ์ครั้งแรก		
10-14 ปี (14 ปี)	27	7.01
15-20 ปี	358	92.99
ประวัติการแท้ง		
ไม่เคย	370	96.10
เคย (แท้งเอง 1 ครั้ง)	15	3.90
สาเหตุที่นำไปสู่การตั้งครรภ์ (ครั้งนี้)		
ตั้งใจตั้งครรภ์ ระบุเหตุผล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ต้องการมีบุตรไว้สืบสกุล	169	43.90
ต้องการผูกมัดให้ฝ่ายชายรับผิดชอบ	162	95.86
ไม่ตั้งใจที่จะตั้งครรภ์	12	7.10
ระบุเหตุผล (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มีความรู้ในการป้องกัน/การคุมกำเนิด	216	56.10
ไม่ได้ป้องกัน/คุมกำเนิด	23	10.65
เกิดความผิดพลาดในการคุมกำเนิด	115	53.24
	110	50.93

จากตาราง 1 พบว่า ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อายุ 15-20 ปี ร้อยละ 95.32 เกินครึ่งมีสามี/แฟน เป็นวัยรุ่น (ต่ำกว่า 20 ปี) ร้อยละ 62.60 ซึ่งเมื่อตั้งครรภ์ได้เรียนต่อ ร้อยละ 62.34 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นคนไทยร้อยละ 80.75 ชาติพันธุ์ร้อยละ 16.88 และต่างด้าวร้อยละ 2.34 กลุ่มตัวอย่างไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.12 รองลงมาเป็นนักเรียน/นักศึกษา และ

รับจ้างเท่ากัน ร้อยละ 21.82 ซึ่งแหล่งที่มาของรายได้เกินครึ่งมาจากสามี/แฟน ร้อยละ 63.38 รองลงมาคือ พ่อแม่/ผู้ปกครอง ร้อยละ 47.79 (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) สถานะทางการเงินส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 73.23 การพักอาศัยอยู่กับครอบครัวฝ่ายหญิง ร้อยละ 38.70 ครอบครัวฝ่ายชาย ร้อยละ 29.35 และอยู่กับแฟน ร้อยละ 28.05 ประวัติการตั้งครรภ์

ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 87.53
ครั้งที่ 2 ขึ้นไปร้อยละ 12.47 สาเหตุการตั้งครรภ์
เกินครึ่งไม่ได้ตั้งใจที่จะตั้งครรภ์ ร้อยละ 56.10

เหตุผลเพราะ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ไม่ได้ป้องกัน
หรือคุมกำเนิด ร้อยละ 53.24 รองลงมาคือเกิด
ความผิดพลาดในการคุมกำเนิด ร้อยละ 50.93

ตาราง 2 การคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ปัจจุบันของกลุ่มที่ศึกษา (n = 385)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
การคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ปัจจุบัน		
ไม่เคย	150	38.96
เคย	235	61.04
เหตุผลของการเลือกวิธีการคุมกำเนิด (ตอบได้ มากกว่า 1 ข้อ)		
เป็นการคุมกำเนิดโดยธรรมชาติ ไม่ใช้ยา	33	14.04
ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	34	14.47
ไม่ขัดขวางขั้นตอนของการร่วมเพศ	17	7.23
ไม่ต้องกินยาต่อเนื่อง	49	20.85
ประสิทธิภาพการคุมกำเนิดได้นาน	23	9.79
หาซื้อง่าย	154	65.53
ได้รับการสนับสนุนยาฟรีจากภาครัฐ	24	10.21
สามารถใช้ลดสิ่ว และลดปวดประจำเดือน	23	9.79
อื่นๆ (คิดว่าปลอดภัย)	2	0.85
การรับทราบข้อมูลข่าวสารสาธารณสุข		
ไม่ได้รับ	45	11.69
ได้รับ	340	88.31
จากแหล่งใด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
สื่อสิ่งพิมพ์	69	20.29
แผ่นพับ/โปสเตอร์	31	9.12
โทรทัศน์/วิทยุ	77	22.65
เพื่อน	136	39.19
พ่อแม่	111	31.99
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	175	50.43
อื่นๆ (internet, พี่สาว, โรงเรียน)	21	6.18

จากตาราง 2 พบว่า ข้อมูลการคุมกำเนิด ก่อนการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเคยการคุมกำเนิด ร้อยละ 61.04 ส่วนใหญ่เลือกวิธีกินยาเม็ด คุมกำเนิด ร้อยละ 62.26 รองลงมาคือ ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 36.60 (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) เหตุผลในการเลือกวิธีการคุมกำเนิดส่วนใหญ่เลือก

วิธีที่หาซื้อง่าย ร้อยละ 65.53 การรับทราบข้อมูล ข่าวสารทางด้านสาธารณสุข ส่วนใหญ่ได้รับ ข้อมูลข่าวสารร้อยละ 88.31 มาจากเจ้าหน้าที่ สาธารณสุข ร้อยละ 50.43 รองลงมาคือ เพื่อน ร้อยละ 39.19 และพ่อแม่ ร้อยละ 31.99 (ตอบได้ มากกว่า 1 ข้อ)

ตาราง 3 การวางแผนคุมกำเนิดหลังคลอดบุตรของกลุ่มที่ศึกษา (n = 385)

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
การคุมกำเนิดหลังคลอด		
คุมกำเนิด	370	96.10
ด้วยวิธี (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
นักระยะปลอดภัย	7	1.89
หลังภายนอก	7	1.89
การให้นมบุตร 4 เดือนแรกหลังคลอด	3	0.81
ถุงยางอนามัย	35	9.46
ยาเม็ดคุมกำเนิด 21/28 เม็ด	61	16.49
ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน	6	1.62
ยาฉีดคุมกำเนิด	123	33.24
ยาฝังคุมกำเนิด	197	53.24
แบบ 3 ปี	127	64.47
แบบ 5 ปี	70	35.53
เหตุผลที่ต้องการคุมกำเนิด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
เป็นการคุมกำเนิดโดยธรรมชาติ ไม่ใช้ยา	17	4.59
ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	22	5.95
ไม่ขัดขวางขั้นตอนของการร่วมเพศ	22	5.95
ไม่ต้องกินยาต่อเนื่อง	130	35.14
ประสิทธิภาพการคุมกำเนิดได้นาน	178	48.11
หาซื้อง่าย	56	15.14
ได้รับการสนับสนุนยาฟรีจากภาครัฐ	163	44.05

ลักษณะ	จำนวน	ร้อยละ
สามารถใช้ลดสิวและลดปวดประจำเดือน	16	4.32
อื่นๆ (ไม่ต้องการมีลูก, แม่ให้ทำ)	16	4.32
ไม่คุมกำเนิด	15	3.90
เหตุผลที่ไม่คุมกำเนิด (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ต้องการมีบุตรเพิ่ม	6	40.00
สามี/ครอบครัวไม่ให้คุมกำเนิด	5	33.33
ไม่มีความรู้ในการป้องกัน/การคุมกำเนิด	1	3.67
อื่นๆ (เลิกกับสามี, สามีเสียชีวิต)	3	20.00
การใช้ยาฝังคุมกำเนิดหลังคลอดบุตร		
ใช่	197	51.17
ชนิดที่ใช้		
แบบ 3 ปี	135	68.53
แบบ 5 ปี	62	31.47
เหตุผลที่ใช้ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
มีประสิทธิภาพสูง ออกฤทธิ์นาน 3-5 ปี	147	74.62
หลังจากถอดออกสามารถมีลูกได้เร็ว	30	15.23
ได้รับการสนับสนุนยาฟรีจากภาครัฐ	105	53.30
ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข	125	63.45
อื่นๆ (แม่ให้ทำ)	1	0.51
ไม่ใช่	188	48.83
เหตุผลที่ไม่ใช่ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)		
ไม่มีความรู้เรื่องการฝังยาคุมกำเนิด	18	9.57
ไม่ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ฯ	1	0.53
ไม่ทราบว่า ฟรี	9	4.79
การเข้าถึงบริการยากลำบาก	6	3.19
ต้องการที่จะคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่น	118	62.77
กลัวผลข้างเคียงของยา	56	29.79
มีทัศนคติไม่ดีต่อการฝังยาคุมกำเนิด	44	23.40
ระยะเวลาการคุมกำเนิดนานเกินไป	13	6.91
อื่นๆ (สามี/ครอบครัวไม่ให้ทำ, พร้อมมีบุตรต่อ, เรื่องสิทธิบัตรไม่สนับสนุนค่าใช้จ่าย)	12	6.38

จากตาราง 3 พบว่า การวางแผนคุมกำเนิดหลังคลอดบุตร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกที่จะคุมกำเนิด หลังคลอดบุตร ร้อยละ 96.10 ด้วยวิธียาฝังคุมกำเนิด ร้อยละ 53.24 รองลงมาคือ ยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 33.24 และยาเม็ดคุมกำเนิด 21/28 เม็ด ร้อยละ 16.49 (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) เหตุผลที่เลือกวิธีการคุมกำเนิด เนื่องจากมีประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดได้นาน ร้อยละ 48.11 และได้รับการสนับสนุนฟรีจากภาครัฐ ร้อยละ 44.05 (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) แต่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่ยาฝังคุมกำเนิด เพราะต้องการที่จะคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่น ร้อยละ 62.77 กลัวผลข้างเคียงของยา ร้อยละ 29.79 และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการฝังยา ร้อยละ 23.40 (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

สรุปผลการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนา (descriptive study) ครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาวิธีการคุมกำเนิดที่เคยใช้ก่อนตั้งครรภ์และเหตุผล การวางแผนคุมกำเนิดหลังคลอดบุตรที่จะเลือกใช้และเหตุผล และเหตุผลในการเลือกใช้หรือไม่ใช้ยาฝังคุมกำเนิด กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี ที่มาฝากครรภ์หรือคลอดที่โรงพยาบาลรัฐในเขตสุขภาพที่ 1 (8 จังหวัด) จำนวน 385 คน รวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม ประกอบด้วย 3 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป ประวัติการคุมกำเนิดก่อนตั้งครรภ์ และการวางแผนคุมกำเนิดหลังคลอดบุตร แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ อายุ 15-20 ปี ร้อยละ 95.32 เกินครึ่งมีสามี/แฟน เป็นวัยรุ่น (ต่ำกว่า 20 ปี) ร้อยละ 62.60 ซึ่งเมื่อตั้งครรภ์ได้เรียนต่อ ร้อยละ 62.34 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นคนไทย ร้อยละ 80.75 การตั้งครรภ์เป็นครั้งแรก ร้อยละ 87.53 ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ร้อยละ 12.47 สาเหตุที่ตั้งครรภ์ เกินครึ่งไม่ได้ตั้งใจที่จะตั้งครรภ์ ร้อยละ 56.10 เหตุผลคือ ไม่ได้ป้องกันหรือคุมกำเนิด ร้อยละ 53.24 รองลงมาคือเกิด ความผิดพลาดในการคุมกำเนิด ร้อยละ 50.93 การคุมกำเนิดก่อนการตั้งครรภ์ กลุ่มตัวอย่างเคย คุมกำเนิด ร้อยละ 61.04 ส่วนใหญ่เลือกวิธีกิน ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 62.26 รองลงมาคือ ใช้ ยาอนามัย ร้อยละ 36.60 เหตุผลเนื่องจากหาซื้อง่าย ร้อยละ 65.53 การวางแผนคุมกำเนิดหลังคลอดบุตร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เลือกที่จะ คุมกำเนิดหลังคลอด ร้อยละ 96.10 ด้วยวิธียาฝัง คุมกำเนิด ร้อยละ 53.24 รองลงมาคือ ยาฉีด คุมกำเนิด ร้อยละ 33.24 เหตุผลเนื่องจากมี ประสิทธิภาพในการคุมกำเนิดได้นาน ร้อยละ 48.11 และได้รับการสนับสนุนฟรีจากภาครัฐ ร้อย ละ 44.05 แต่กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่ยาฝังคุมกำเนิด เพราะต้องการที่จะคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่น ร้อยละ 62.77 กลัวผลข้างเคียงของยา ร้อยละ 29.79 และ มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการฝังยา ร้อยละ 23.40

การอภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยเรื่องการคุมกำเนิดของหญิง ตั้งครรภ์วัยรุ่น ในเขตสุขภาพที่ 1 ผู้วิจัยอภิปราย ผลตามวัตถุประสงค์ดังต่อไปนี้

1. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ตั้งครรภ์อายุอยู่ในช่วง 15-20 ปี (ร้อยละ 95.32) และเกินครึ่งมีสามี/แฟน

เป็นวัยรุ่น (อายุต่ำกว่า 20 ปี) ร้อยละ 62.60 เนื่องจากวัยนี้ให้ความสนใจในเรื่องเพศเป็นอย่างมาก เพราะเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางเพศที่สมบูรณ์จากอิทธิพลการทำงานของสมอง ส่วนไฮโปทาลามัส (hypothalamus) ต่อมใต้สมอง (pituitary gland) และต่อมเพศ (gonad) ทำให้ผู้หญิง มีลักษณะของความเป็นเพศหญิงและผู้ชายมีลักษณะของความเป็นเพศชาย ผลลัพธ์จากการเปลี่ยนแปลงทางเพศ ทำให้วัยรุ่นมีความเป็นหนุ่มสาว กล่าวคือ เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์โดยต่อมเพศจะมีหน้าที่ผลิตฮอร์โมนเอสโตรเจน (estrogen) และ เทสโทสเตอโรน (testosterone) ซึ่งฮอร์โมนทั้งสองนี้ ทำให้ร่างกายเข้าสู่วัยหนุ่มสาวและมีอิทธิพลเป็นแรงขับเคลื่อนทางเพศ⁷ จากสถิติการตั้งครรภ์วัยรุ่น พบว่าวัยรุ่นหญิงอายุ 15-19 ปี มีการตั้งครรภ์และคลอดบุตรปีละ 16 ล้านคน คิดเป็น 1 ใน 10 ของ การตั้งครรภ์ทั้งหมด¹ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นส่งผลกระทบต่อสุขภาพต่อตัวแม่วัยรุ่นและทารก เช่น ภาวะโลหิตจางขณะตั้งครรภ์ (บรรพจน์ สุวรรณชาติ และประภัสสร เอื้อลลิตชวงศ์, 2550)⁸ ภาวะคลอดก่อนกำหนด (Boardman, Allsworth, Phipps & Lapane, 2006)⁹ ทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ (สุวิทย์ เด่นศิริอักษร, 2551)¹⁰ เพราะว่าวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีความเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อนจากการตั้งครรภ์สูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า โดยสถิติพบว่าในปี 2555 เด็กแรกเกิด น้ำหนัก ต่ำกว่าเกณฑ์ (ต่ำกว่า 2,500 กรัม) ในกลุ่มมารดาวัยรุ่นอายุ 15 ปี และ 15-19 ปี มีถึงร้อยละ 18.2 และ 13.7 ตามลำดับ⁴ นอกจากนี้ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังส่งผลต่อโอกาสทางการศึกษา หน้าที่การงาน รวมทั้งรายได้ในอนาคต ผลงานวิจัยพบว่าเมื่อวัยรุ่นตั้งครรภ์ได้เรียนต่อเพียง ร้อยละ 62.34 ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจของสำนักงาน

สถิติแห่งชาติ พ.ศ. 2556 พบว่าร้อยละ 32 ของวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี ต้องออกจากการศึกษา⁴ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นผลการวิจัยพบว่า ส่วนใหญ่เป็นการตั้งครรภ์ครั้งแรก ร้อยละ 87.53 ครั้งที่ 2 ขึ้นไปร้อยละ 12.47 สอดคล้องกับรายงานการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น พ.ศ. 2562 ที่พบว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นครั้งแรก ร้อยละ 88.4 และเป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2 ขึ้นไป ร้อยละ 11.6¹¹ ผลการวิจัยยังพบว่าสาเหตุการตั้งครรภ์ เกินครึ่งไม่ได้ตั้งใจที่จะตั้งครรภ์ ร้อยละ 56.10 เหตุผลเพราะไม่ได้ป้องกันหรือคุมกำเนิด ร้อยละ 53.24 รองลงมาคือเกิดความผิดพลาดในการคุมกำเนิด ร้อยละ 50.93 สอดคล้องกับผลการศึกษาในต่างประเทศว่า ผลจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกัน การขาดความรู้ความเข้าใจเรื่อง การป้องกันการตั้งครรภ์หรือการคุมกำเนิด เนื่องจกยังไม่เข้าใจวิธีการใช้ และผลข้างเคียงที่ถูกต้องของการคุมกำเนิด ทำให้มีการตั้งครรภ์เกิดขึ้น¹² ดังนั้น การป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ด้วยมาตรการที่มีประสิทธิภาพจะช่วยตัดวงจรการเป็นแม่วัยรุ่น ทำให้วัยรุ่นมีสุขภาพทางเพศที่ดี มีโอกาสทางการศึกษา และสามารถใชศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ เพื่อที่จะเติบโตมีคุณภาพต่อไป

2. การคุมกำเนิดของวัยรุ่นการป้องกันปัญหาโดยการส่งเสริมให้วัยรุ่นไม่มีการร่วมเพศ เป็นสิ่งที่ดีที่สุดแต่ปฏิบัติได้ยาก ดังนั้นการคุมกำเนิดจึงเป็นวิธีการป้องกันปัญหาต่างๆ ผลงานวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างเคยคุมกำเนิด ร้อยละ 61.04 ส่วนใหญ่เลือกวิธีกินยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 62.26 รองลงมาคือ ใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 36.60 สอดคล้องกับรายงานการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น พ.ศ. 2562 ที่พบว่า วัยรุ่นเคยคุมกำเนิดร้อยละ 44.8 โดย 4 วิธีแรกในการ

คุมกำเนิด คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด ร้อยละ 43.2
 ฤงยางอนามัย ร้อยละ 20.5 ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน
 ร้อยละ 16.8 และยาฉีดคุมกำเนิด ร้อยละ 6.9¹¹
 ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยแนะนำ
 ทางเลือกแรกในการคุมกำเนิดในกลุ่มวัยรุ่น คือการ
 ใช้ฤงยางอนามัยร่วมกับการคุมกำเนิดประเภทกึ่ง
 ถาวร ได้แก่ ห่วงอนามัยและยาฝังคุมกำเนิด
 เนื่องจากมีประสิทธิภาพสามารถคุมกำเนิดได้ใน
 ระยะเวลา 3, 5 และ 10 ปี สูงกว่าวิธีคุมกำเนิด
 ที่เป็นที่ยอมรับในกลุ่มวัยรุ่นไทย คือ ยาเม็ดคุมกำเนิด
⁵ สอดคล้องกับที่ทางรัฐบาลมีนโยบายให้วัยรุ่นที่มี
 อายุต่ำกว่า 20 ปี ทุกสิทธิ์การรักษา ที่อยู่ในภาวะ
 หลังคลอดหรือแท้ง หรือต้องการคุมกำเนิดฟรี เข้า
 รับบริการในสถานบริการสุขภาพของรัฐทุกแห่ง
 (ประกาศอย่างเป็นทางการตั้งแต่วันที่ 1
 พฤษภาคม พ.ศ. 2557)⁶ ดังนั้นทางกระทรวง
 สาธารณสุขจึงกำหนดตัวชี้วัดให้วัยรุ่นมีการ
 คุมกำเนิดหลังคลอดหรือแท้งก่อนออกจาก
 โรงพยาบาล เป้าหมายมากกว่าร้อยละ 80 เพื่อ
 ป้องกันปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นตามมา จาก
 ผลการวิจัยพบว่า วัยรุ่นวางแผนที่จะคุมกำเนิดหลัง
 คลอดบุตร ร้อยละ 96.10 ด้วยวิธียาฝังคุมกำเนิด
 ร้อยละ 53.24 รองลงมาคือ ยาฉีดคุมกำเนิด ร้อย
 ละ 33.24 และยาเม็ดคุมกำเนิด 21/28 เม็ด ร้อย
 ละ 16.49 ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้ยาฝังคุมกำเนิด
 เพราะต้องการที่จะคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่น ร้อยละ
 62.77 กลัวผลข้างเคียงของยา ร้อยละ 29.79 และ
 มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อการฝังยา ร้อยละ 23.40 ซึ่ง
 สอดคล้องกับรายงานการเฝ้าระวังการตั้งครรภ์แม่
 วัยรุ่น พ.ศ. 2562 ที่พบว่า วัยรุ่นวางแผนคุมกำเนิด
 หลังคลอดร้อยละ 93 ซึ่ง 4 อันดับที่ยาวรุ่นเลือก
 คุมกำเนิด คือ ยาฝังคุมกำเนิดร้อยละ 56.6 ยาฉีด
 คุมกำเนิดร้อยละ 26.5 ยาเม็ดคุมกำเนิดร้อยละ

8.3 และฤงยางอนามัยร้อยละ 4.6¹¹ นอกจากนี้
 งานวิจัยที่ผ่านมายังพบว่า การเลือกใช้ยาฝัง
 คุมกำเนิดของวัยรุ่นขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ
 เช่น ความรู้ในการคุมกำเนิด¹³ ทัศนคติเกี่ยวกับการ
 คุมกำเนิด¹⁴ การสนับสนุนจากครอบครัว¹⁵
 และการเข้าถึงบริการคุมกำเนิดของวัยรุ่น¹⁶ เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1. World health/teen-
 pregnancy/trends.htm Health
 Organization (WHO). Trend in teen
 pregnancy and child bearing.
 [online]. 2013 [cited 17 Jan 2018].
 Available from: <https://www.bhs.gov/ash/oah/adolescent-development/reproductive-health-and-teen-pregnancy/teen-pregnancy-and-childbearing/trends/index.html>
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวง
 สาธารณสุข. สถานการณ์อนามัยการ
 เจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชนปี 2561.
 [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 17
 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้จาก : <http://rh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=index>
3. Health Data Center (HDC). ข้อมูล
 บริการสาธารณสุข. [online]. 2019
 [cited 15 Feb 2019]. Available
 from: https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=1ed90bc32310b503b7ca9b32af425ae5.

4. สำนักงานนํ้าการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย.
ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหา
การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ.
2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการ
ป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ใน
วัยรุ่น พ.ศ.2559. [ออนไลน์]. 2560
[เข้าถึงเมื่อ 17 มกราคม 2561]. เข้าถึงได้
จาก : [http://rh.anamai.moph](http://rh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=index)
[go.th/main.php? filename=index](http://rh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=index)
เมื่อวันที่ 17 มกราคม 2561
5. สำนักงานนํ้าการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย.
การจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาล
ในประเทศไทย พ.ศ. 2558. [ออนไลน์].
2561 [เข้าถึงเมื่อ 17 มกราคม 2561].
เข้าถึงได้จาก : [http://rh.anamai](http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/FP%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%AA%E0%B8%A1%E0%B8%9A%E0%B8%B9%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8C.pdf)
[moph.go.th/download/all_file/index/FP%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%AA%E0%B8%A1%E0%B8%9A%E0%B8%B9%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8C.pdf](http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/index/FP%E0%B8%89%E0%B8%9A%E0%B8%B1%E0%B8%9A%E0%B8%AA%E0%B8%A1%E0%B8%9A%E0%B8%B9%E0%B8%A3%E0%B8%93%E0%B9%8C.pdf)
6. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.
การสนับสนุนค่าบริการคุมกำเนิดกึ่งถาวร
ในวัยรุ่นตามแผนการป้องกันและแก้ไข
ปัญหาการตั้งครรภ์วัยรุ่นภายใต้ระบบ
หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. 2557;เลขที่
สปสช.3.18.9/00239. หนังสือราชการ
7. สำนักงานนํ้าการเจริญพันธุ์กรมอนามัย
กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการจัดการ
อบรมเรื่องเพศยุคได้ ในครอบครัว. 2558;
พิมพ์ครั้งที่4. นนทบุรี: ศูนย์สื่อ และ
สิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม;
8. บรรพจน์ สุวรรณชาติ และประภัสสร เอื้อ
ลิตชวงศ์. อายุมารดากับผลของการ
คลอด. Srinagarin Medical Journal.
2550; 22(4): [เข้าถึงเมื่อ 17 มกราคม
2561]. เข้าถึงได้จาก : [http://www](http://www.Smj.Ejnal.com)
[Smj.Ejnal.com](http://www.Smj.Ejnal.com).
9. Boardman, L. A., Allsworth, J.,
Phipps, M. G. & Lapane, K. L. Risk
Factors of Unintended
Versus Intended Rapid Repeat
Pregnancy among Adolescents.
Journal of Adolescent Health.
2006; 39(597): e1-597.e8.
10. สุวิทย์ เต๋นศิริอักษร. อุบัติการณ์การ
ตั้งครรภ์และภาวะแทรกซ้อนของสตรี
ตั้งครรภ์วัยรุ่นในโรงพยาบาลหนองคาย.
จุฬาลงกรณ์เวชสาร. 2551; 52: 321-30.
11. สำนักงานนํ้าการเจริญพันธุ์. รายงานเฝ้า
ระวังการตั้งครรภ์แม่วัยรุ่น พ.ศ. 2562.
[ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 17
มกราคม 2563]. เข้าถึงได้จาก :
<http://rh.anamai.moph.go.th>
12. Omar, H. A., Fowler, A. &
McClanahan. K. K. Significant
Reduction of Repeat Teen
Pregnancy in a Comprehensive
Young Parent Program. Journal of
Pediatric and Adolescent
Gynecology. 2008; 16: 77-81.
13. เปรมยุดา นาครัตน์ และรัตนศิริ ทาโต.
ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ แรงจูงใจ
และทักษะในการ คุมกำเนิดกับพฤติกรรม
การคุมกำเนิดของนักเรียน อาชีวศึกษา

หญิงวัยรุ่นในเขตภาคใต้ตอนบน. วารสาร
พยาบาล. 2556; 62(3): 29-36.

14. Chaw, E. P. Knowledge, attitude and practice of combined oral contraceptives (COCS) among Myanmar migrant married women of reproductive age at Ranong province in Thailand. Master thesis. Bangkok: Faculty of Public Health Chulalongkorn University; 2010
15. นฤมล ทาเทพ และรัตนศิริ ทาโต. ปัจจัย
ทำนายพฤติกรรมการคุมกำเนิดของ
นักเรียนอาชีวศึกษาในเขต
กรุงเทพมหานคร. วารสารวิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนีกรุงเทพ, 2557;
30(2): 1-11
16. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย.
การจัดบริการคุมกำเนิดของโรงพยาบาล
ในประเทศไทย พ.ศ. 2558. [ออนไลน์].
2558 [เข้าถึงเมื่อ 17 มกราคม 2561].
เข้าถึงได้จาก : <http://rh.anamai.moph.go.th>

ผลของการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่บ้านแก่ผู้ดูแลต่อความรู้ของผู้ดูแลและ
ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอ
สันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

Effects of Prescribing Home Program of Physical Therapy and Rehabilitation
Home Program to Caregivers on Caregivers' Knowledge and on Stroke
Survivors' Performance of Activities of Daily Living in Sanpatong District,
Chiang Mai Province

น.ส.ศุภานันท์ โพทะยะ¹, ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. พรเพ็ญ ศิริสัตยวงค์²

นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่¹

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ภาควิชากิจกรรมบำบัด คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่²

¹Corresponding author, E-mail: suphanan.p009@gmail.com

(Received: November 27, 2020; Revised: December 1, 2020; Accepted: December 15, 2020)

บทคัดย่อ

การศึกษาแบบกึ่งทดลอง แบบกลุ่มเดียววัดก่อนและหลังการทดลอง โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่บ้านแก่ผู้ดูแลต่อความรู้ของผู้ดูแลและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง กลุ่มตัวอย่างจำนวน 56 คู่ คือผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล เครื่องมือในการวิจัย มี 2 ส่วน คือ แบบสอบถาม และโปรแกรมการให้ความรู้ ซึ่งแบบสอบถามประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแล แบบทดสอบความรู้สำหรับผู้ดูแลเกี่ยวกับกายภาพบำบัดที่บ้านที่พัฒนาโดยผู้วิจัยและดัชนีบาร์เทลแบบประยุกต์ ส่วนโปรแกรมให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่บ้านเป็นการให้ความรู้ด้วยการบรรยาย การสาธิตและการปฏิบัติ พร้อมให้คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยที่พัฒนาโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดยความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและการทดสอบทีแบบจับคู่ ผลการศึกษาพบว่าระดับความรู้ด้านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่บ้านของผู้ดูแลหลังโปรแกรม เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่าความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังโปรแกรมที่ 3 เดือนและ 6 เดือนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่บ้านแก่ผู้ดูแลช่วยเพิ่มเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง, การฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่บ้าน, การฟื้นฟูสมรรถภาพที่บ้าน, ผู้ดูแลผู้ป่วย, ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

ABSTRACT

This quasi-experimental research with a one-group pretest-posttest design aimed to investigate the effects of prescribing a physical therapy and rehabilitation home program to caregivers on caregivers' knowledge and on stroke survivors' performance of activities of daily living (ADL) in Sanpatong District, Chiang Mai province. The subjects were 56 stroke patients and each patient's caregiver. The 2-part research instruments used were the questionnaires and the prescribed home program. The questionnaires were divided into 4 parts: the personal information of the stroke survivors and their caregivers, the knowledge test developed by the researcher regarding the physical therapy home program for caregivers, and the Modified Barthel Index. The prescribed physical therapy and rehabilitation home program included lecturing, demonstration and practice, as well as a stroke rehabilitation guidance book for caregivers developed by the Thai Health Promotion Foundation. Data was analyzed by frequency and percentage, mean and standard deviation, as well as paired t-test. The results showed that after the program, the caregivers had significantly higher mean scores for the knowledge test than they had before the program. In addition, the stroke survivors had significantly higher activities of daily living performance scores at 3 months and 6 months than they had at baseline. The findings of this study indicate that providing rehabilitation knowledge to caregivers can increase stroke survivors' ability to perform daily activities.

Keywords: Stroke Survivors, Home Program of Physical Therapy, Rehabilitation Home Program, Caregiver, Performance of Activities of Daily Living

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (cerebrovascular disease หรือ stroke) เป็นโรคทางระบบประสาทที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญในหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทย เป็นโรคที่เป็นสาเหตุของการเสียชีวิตและความพิการไร้สามารถ¹ จากข้อมูลในปี ค.ศ. 2013 ของประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าในช่วงระหว่าง ปี ค.ศ. 2003 ถึง ค.ศ. 2013 มีประชากรป่วยเป็นโรคหลอดเลือดสมองทั้งเป็นครั้งแรกประมาณ 610,000 คนต่อปี และป่วยเป็นซ้ำประมาณ 185,000 คนต่อปี โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต เป็นอันดับที่ 5 และมีอัตราการเสียชีวิตถึงร้อยละ 18.2 หรือมีผู้เสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง 1 รายในทุก 4

นาที่² จากการรายงานขององค์การอนามัยโรคพบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก และพบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป ร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ ยังได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกปีพ.ศ. 2562 พบว่าทุกๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 4 คน³

ในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองถือเป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่มีแนวโน้มเพิ่มความเสี่ยงมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2554-2558 พบอัตราผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสน

คน เท่ากับ 330.60, 354.54, 366.81, 352.30 และ 425.24 ตามลำดับ ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี นอกจากนี้ โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตในอันดับแรกๆ โดยในปี พ.ศ. 2549 พบว่าโรคหลอดเลือดสมอง เป็นสาเหตุอันดับที่ 2 ของการเสียชีวิตของผู้สูงอายุในประเทศไทย และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 5 ของประชากรไทยในช่วงอายุ 15-59 ปี และในปี พ.ศ. 2551 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรในประเทศไทย เป็นอันดับที่ 4 จากรายงานสถิติสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองต่อแสนประชากรคน ในปี พ.ศ. 2555-2559 เท่ากับ 31.7, 35.9, 38.7, และ 48.7 ตามลำดับ และในรายงานโรคและการบาดเจ็บของประชาชนไทย พ.ศ. 2557 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 1 ของประชากรทั้งเพศชาย และเพศหญิง และเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย และอันดับ 1 ในเพศหญิง⁴ จากสถานการณ์ดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยคุกคามประชากรทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย เพราะโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ และยังเป็นโรคที่สามารถเกิดขึ้นได้กับกลุ่มประชากรทุกวัย

เนื่องจากโรคหลอดเลือดสมอง เป็นโรคทางระบบประสาทที่เกิดจากความผิดปกติของหลอดเลือดบริเวณสมองที่มีจากการฉีกขาดของหลอดเลือดหรือมีภาวะเส้นเลือดสมองแตก หรือมีการอุดตันของหลอดเลือดหรือมีภาวะหลอดเลือดสมองตีบ ทำให้สมองเกิดภาวะขาดออกซิเจน และสารอาหารไปเลี้ยงสมอง เกิดการทำลายของเนื้อ

สมอง โดยอาจมีการทำลายสมองบางส่วนหรือทั้งหมด¹ ส่งผลให้เสียชีวิตหรือหากมีชีวิตรอดอาจเกิดความพิการไร้ความสามารถตามมา⁵ โดยผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 40 จะมีความบกพร่องในการทำงานของสมองส่วนสั่งการ และร้อยละ 15-30 จะมีการสูญเสียความสามารถในการทำงาน ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 30-60 ไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living หรือ ADL) บางอย่างได้ด้วยตนเอง⁶

ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จะมีการฟื้นตัวอย่างเห็นได้ชัดภายใน 30-90 วันแรก การฟื้นตัวของเซลล์สมองที่เสียหาย⁷ ระยะต่อมา เป็นระยะที่เกิดกระบวนการฟื้นฟูสภาพ เป็นการเปลี่ยนแปลงระบบการจัดการของสมอง และเป็นการฟื้นตัวของระบบประสาท ซึ่งสามารถกระตุ้นได้โดยการใช้ยา การจัดสภาพแวดล้อม และกิจกรรมฟื้นฟูสมรรถภาพที่เน้นการปรับตัว (adaptation) และฝึก (training) เพื่อพัฒนาความสามารถที่มีความบกพร่อง โดยการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด เป็นกลยุทธ์สำคัญในการบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้กลับมาช่วยเหลือตนเอง และพึ่งพาผู้อื่นน้อยที่สุด และช่วยให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

อย่างไรก็ตาม การฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด ต้องใช้เวลาในการบำบัดเป็นเวลานาน ในขณะที่แนวโน้มการพักรักษาตัวในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีระยะเวลายาวนาน เนื่องจากมีผู้ป่วยที่มีความจำเป็นในการเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีภาวะทางการแพทย์คงที่แล้ว จึงถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลก่อนที่จะระยะเวลาการ

ฟื้นฟูสภาพจะเสร็จสมบูรณ์ ดังนั้นผู้ป่วยจึงมารับการฟื้นฟูสมรรถภาพในแบบผู้ป่วยนอก หากแต่จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องการเข้ารับการฟื้นฟูมากขึ้น ส่งผลให้บุคลากรที่ให้การบำบัดฟื้นฟูอาจให้การดูแลได้ไม่ทั่วถึงในผู้ป่วยทุกราย และการมีความยากลำบากในการเคลื่อนย้ายตัวของผู้ป่วยและการเดินทางมาเข้ารับบริการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่โรงพยาบาลส่งผลให้ผู้พิการโรคหลอดเลือดสมองไม่ได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดอย่างต่อเนื่อง

การฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่บ้าน จึงเป็นทางเลือกหนึ่งในการฟื้นฟูสมรรถภาพที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีระดับความสามารถเพิ่มขึ้นเท่าที่สภาพร่างกายเอื้ออำนวยให้สามารถช่วยเหลือดูแลตนเองได้ สามารถช่วยเหลือตนเองในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามความสามารถสูงสุด⁸ และญาติหรือผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จึงมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยฟื้นฟูผู้ป่วยที่บ้าน⁹ ดังนั้นการสอนและการฝึกทักษะร่วมกับการแจกรุ่นมือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้านแก่ผู้ดูแล และการติดตามเก็บข้อมูลเป็นระยะโดยใช้ดัชนีบาร์เทิลในการวัดคะแนนการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง สามารถช่วยให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนการทำกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้น¹⁰ รวมทั้งการได้รับโปรแกรมการฟื้นฟูสภาพที่บ้าน สามารถลดการใช้เตียงพักฟื้น โดยไม่สูญเสียภาวะสุขภาพโดยรวมของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง¹¹

ในโรงพยาบาลสันป่าตอง พบว่าสถิติผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้ป่วยในพื้นที่ มาเข้ารับบริการจากทางโรงพยาบาลในช่วงปี พ.ศ. 2558 – 2559 มีจำนวนผู้ป่วย ดังนี้ ปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วย

โรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยในจำนวน 59 ราย และมีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้ารับการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด 100 ราย และในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เป็นผู้ป่วยในรายใหม่มีจำนวน 51 ราย จากสถิติการมาเข้ารับการรักษาฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดมีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ แต่จำนวนบุคลากรนักกายภาพบำบัดเท่าเดิม ซึ่งมีความจำเป็นต้องดูแลรักษาผู้ป่วยอื่นนอกจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองด้วย ในการบำบัดฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วยแต่ละราย ต้องมีการนัดจำนวนมากกว่า 20 ครั้ง และนัดผู้ป่วยมาสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง ตามสถิติดังกล่าว แสดงให้เห็นว่าภาระงานประจำของนักกายภาพบำบัดในแต่ละวันมีปริมาณมาก อาจทำให้การบำบัดฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทำได้ไม่ทั่วถึง

ด้วยเหตุนี้ งานกายภาพบำบัดโรงพยาบาลสันป่าตอง ได้เล็งเห็นความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยญาติที่บ้าน จึงได้จัดทำโครงการบริหารฟื้นฟูสภาพระยะก ล า ง (Intermediate care ; IMC) ขึ้น ในปีงบประมาณ 2563 โดยเป็นโครงการให้ความรู้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนออกจากโรงพยาบาล ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพ การจัดทำ การออกกำลังกาย การเคลื่อนไหวบนเตียง และการเคลื่อนย้ายตัว อย่างเหมาะสมในผู้ป่วยแต่ละราย พร้อมทั้งให้คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พัฒนาโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เพื่อให้ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนำความรู้ที่ได้ไปฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องจนครบ 6 เดือน

แต่การพัฒนากระบวนการดังกล่าว ยังขาดการติดตามผลของการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ป่วยโดยญาติผู้ดูแลที่บ้านอย่างต่อเนื่อง

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่บ้านแก่ผู้ดูแลต่อความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ว่าหลังจากที่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับความรู้แล้ว จะส่งผลให้ผู้ป่วยมีการเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (activities of daily living หรือ ADL) เปลี่ยนแปลงไปอย่างไรบ้าง เพื่อนำผลของการศึกษาในครั้งนี้มาต่อยอดพัฒนาเพื่องานการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด และเพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองต่อไปในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย

- 1) เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่บ้านของผู้ดูแลในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 2) เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่บ้านของผู้ดูแลผู้ป่วยโรค ที่มีผลต่อระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) แบบ 1 กลุ่ม (ไม่มีกลุ่มเปรียบเทียบ) วัดก่อนและหลัง (One-group Pretest-Posttest Design) โดย มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่บ้านแก่ผู้ดูแลต่อ

ความรู้ของผู้ดูแลและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ในช่วงปี พ.ศ. 2562-2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองครั้งแรก เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาพักฟื้นในโรงพยาบาลสันป่าตองจนพ้นระยะวิกฤติและมีคะแนนระดับการรับรู้ความรู้สึกดีก่อนที่จะถูกจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล และถูกจำหน่ายไปอยู่ที่บ้านในระยะฟื้นฟูสภาพคือ ภายในระยะเวลา 1 ปี และผู้ป่วยต้องมีผู้ดูแลหลักเป็นบุคคลในครอบครัว ที่อยู่อาศัยในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา

คำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายจากประชากรผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มาเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสันป่าตองระหว่างช่วงเดือนตุลาคม 2562- มกราคม 2563 จำนวน 64 ราย ซึ่งใช้สูตรของ TARO YAMANE การกำหนดขนาดตัวอย่างใช้เกณฑ์การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Yamane (1973) จะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างจากประชากร 64 ราย เท่ากับ 56 ราย ดังนั้นในการศึกษานี้ จึงเลือกใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 56 คู่

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

วิธีการเก็บข้อมูล โดยการเก็บข้อมูลจะเก็บข้อมูลแบบ 2 ลักษณะคือ

ส่วนที่ 1 แบบบันทึกและแบบประเมิน แบ่งออกเป็น 4 ตอน ได้แก่

ตอนที่ 1 : แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ ก่อนป่วย การวินิจฉัยโรค และลักษณะความอ่อนแรง

ตอนที่ 2 : แบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแบบประยุกต์ (Modified Barthel Index) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองประกอบด้วย 10 กิจกรรม ได้แก่ การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมให้เรียบร้อยต่อหน้า การล้างหน้าแปรงฟัน หวีผม และโกนหนวด การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้นลงบันได 1 ชั้น การอาบน้ำ การกลั่นการขับถ่าย อุจจาระ และการกลั่นปัสสาวะ มีคะแนนรวม 20 คะแนน

ตอนที่ 3 : แบบบันทึกข้อมูลญาติผู้ดูแลหลัก ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วย

ตอนที่ 4 : แบบทดสอบความรู้ในการฟื้นฟู โดยวิธีกายภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เป็นแบบทดสอบที่ผู้ทำการศึกษาสร้างขึ้น ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน เป็นลักษณะข้อคำถามถูก-ผิด โดยมีเนื้อหาข้อคำถามสอดคล้องกับกิจกรรมการอบรม และคู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

ส่วนที่ 2 การให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูโดยวิธีกายภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เป็นการอบรมให้ความรู้แก่ญาติในวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล ใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง โดยมีเอกสารประกอบการอบรมคือ คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน พัฒนาขึ้นโดยสำนักกองทุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ซึ่งเป็นคู่มือที่ใช้กันทั่วไป และมีเนื้อหาการอบรมทั้งในรูปแบบของการบรรยายและการฝึกปฏิบัติในหัวข้อ ดังต่อไปนี้

- 1) ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง
- 2) การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 3) ปัญหาที่พบบ่อยในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง
- 4) การป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำ
- 5) การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน
- 6) การจัดทำ
- 7) การฝึกการเคลื่อนไหวของร่างกาย
- 8) การออกกำลังกายโดยญาติผู้ดูแลเป็นผู้ทำให้
- 9) การออกกำลังกายโดยผู้ป่วยทำเอง
- 10) การเคลื่อนไหวบนเตียง
- 11) การฝึกการเคลื่อนย้าย
- 12) การฝึกการใช้รถเข็น
- 13) การใส่เสื้อผ้า

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้มีกระบวนการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา โดยขออนุมัติ

คณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ก่อนการศึกษาวิจัย ผู้วิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ของการศึกษาให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบในทุกประเด็น ขอความร่วมมือในการเข้าร่วมการศึกษาด้วยความสมัครใจไม่มีการบังคับและสามารถถอนตัวจากงานศึกษาวิจัยได้ ทั้งนี้จะไม่เกิดผลกระทบใดๆ ต่อการศึกษา และการปกปิดเนื้อหาการวิจัยทุกอย่างจะเก็บเป็นความลับ และจะใช้รหัสแบบสอบถามแทนการแสดงตัวบุคคล สถานพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดอันตรายต่อสถานะทางสังคม ชื่อเสียง ส่วนบุคคล และหน่วยงาน ข้อมูลนี้ในการศึกษานี้ผู้วิจัยจะนำมาใช้เฉพาะการศึกษาวิจัยเท่านั้น เมื่อสิ้นสุดการวิจัยจะนำเสนอข้อมูล และขั้นตอน รวมถึงวิธีการศึกษาวิจัยเป็นภาพรวมสะท้อนไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อเป็นประโยชน์ในการปรับปรุงแผนการทำงานให้มีความเหมาะสมต่อไป และจะไม่ก่อให้เกิดความเสียหายละอันตรายต่อกลุ่มตัวอย่างภายหลังเมื่อเสร็จสิ้นการวิจัย

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) หลังจากได้รับอนุมัติหัวข้อวิทยานิพนธ์ และการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ อ้างอิงตามเอกสารเลขที่ ET015/2563 จากนั้นผู้ทำการศึกษาค้นคว้าหนังสือขออนุญาตศึกษาวิจัย และเก็บข้อมูลต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลสันป่าตอง

2) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามกำหนด และชี้แจงวัตถุประสงค์ในการศึกษา รวมถึงขั้นตอนในการทำการศึกษากับผู้เข้าร่วมการศึกษา พร้อมทั้งขอความยินยอมการเข้าร่วมงานการศึกษา

3) ผู้ทำการศึกษทำการสัมภาษณ์ข้อมูลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง และผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แล้วบันทึกตามแบบบันทึกข้อมูล ตอนที่ 1 และตอนที่ 3

4) ผู้ทำการศึกษาประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนการเข้าอบรมให้ความรู้ผู้ดูแล โดยใช้แบบประเมินใน ตอนที่ 2 : ดัชนีบาร์เทิลแบบประยุกต์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน แล้วบันทึกไว้

5) ผู้ทำการศึกษาให้คำชี้แจงโดยละเอียดในการให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำแบบประเมิน ตอนที่ 4 : แบบทดสอบความรู้ในการฟื้นฟูโดยวิธีการกายภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ก่อนการอบรมให้ความรู้ผู้ดูแล แล้วบันทึกคะแนนการทดสอบความรู้ผู้ดูแลไว้

6) หลังจากการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบบันทึกและแบบประเมินแล้ว ผู้ทำการศึกษาจะทำการให้ความรู้ญาติผู้ดูแลควบคู่กับการให้เอกสารคู่มือประกอบการให้ความรู้ คือ คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยมีทั้งการบรรยาย การสาธิตการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสมต่อผู้ป่วยที่ผู้ดูแลรายนั้นๆ ดูแลอยู่ การให้ความรู้จะเป็นลักษณะตัวต่อตัว อย่างใกล้ชิด มีการทำให้ดูเป็นตัวอย่าง พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลทำให้ดู และแก้ไขหากมีการทำการฟื้นฟูไม่ถูกต้อง นอกจากนี้ ยังเปิดโอกาสให้ผู้ดูแลสามารถทำการซักถามข้อสงสัยหรือสอนทำซ้ำได้จนผู้ดูแลสามารถทำได้ระยะเวลาในการให้ความรู้ทั้งทฤษฎีและปฏิบัติใช้เวลาประมาณ 2 ชั่วโมง โดยใช้เวลาตามหัวข้อการให้ความรู้ดังต่อไปนี้

ตาราง 1 ตารางแสดงระยะเวลาที่ใช้และหัวข้อในการให้ความรู้ผู้ดูแลผู้ป่วย

หัวข้อ	ระยะเวลาที่ใช้ (นาที)
1. ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง	30
2. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองคืออะไร	
3. ปัญหาที่พบบ่อยและการดูแล	
4. การป้องกันไม่ให้โรคกลับเป็นซ้ำ	
5. การช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน	60
6. การจัดทำ	
7. การฝึกการเคลื่อนไหวร่างกาย	
8. การออกกำลังกายโดยญาติผู้ดูแลเป็นผู้ทำให้	
9. การออกกำลังกายโดยผู้ป่วยทำเอง	
10. การเคลื่อนไหวบนเตียง	
11. การฝึกการเคลื่อนย้าย	
12. การฝึกการใช้รถเข็น	
13. การใส่เสื้อผ้า	
(หัวข้อที่ 5-13 มีทั้งภาคทฤษฎีและปฏิบัติ)	
เปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัยเพิ่มเติม	30

7) หลังจากการให้ความรู้ผู้ดูแลผ่านไป 3 เดือน ผู้ทำการศึกษาก็จะเก็บข้อมูลระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนเข้าโปรแกรม โดยใช้แบบประเมินใน ตอนที่ 2: ดัชนีบาร์เทิลแบบประยุกต์ ทางโทรศัพท์

8) หลังจากการให้ความรู้ผู้ดูแลผ่านไป 6 เดือน ผู้ทำการศึกษาก็จะทำการเก็บข้อมูลครั้งสุดท้ายที่บ้านของผู้ป่วย

8.1) ผู้ทำการศึกษาประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง หลังการเข้าอบรมให้

ความรู้ผู้ดูแลผ่านไปแล้ว 6 เดือน โดยใช้แบบประเมินใน ตอนที่ 2: ดัชนีบาร์เทิลแบบประยุกต์

8.2) ผู้ทำการศึกษาให้ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ทำแบบประเมิน ตอนที่ 4 : แบบทดสอบความรู้ในการฟื้นฟูโดยวิธีการกายภาพบำบัดผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน หลังการเข้าอบรมให้ความรู้ผู้ดูแลผ่านไป 6 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1) ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและผู้ดูแล จะใช้การวิเคราะห์ด้วยสถิติวิเคราะห์ข้อมูลโดยความถี่และร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2) การเปรียบเทียบความรู้ของผู้ดูแลก่อน และหลังการให้ความรู้ และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการให้ความรู้ ผู้ดูแล วิเคราะห์ด้วยสถิติที่ แบบจับคู่ (paired t-test)

ผลการศึกษา

ตาราง 2 การเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการให้โปรแกรมการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยวิธีการทางกายภาพบำบัดที่บ้าน

กิจกรรมกิจวัตรประจำวัน	ก่อน ($\bar{X} \pm SD$)	หลัง ($\bar{X} \pm SD$)	t	p - value
1. การรับประทานอาหารเมื่อเตรียมไว้	0.93 $\pm$ 0.62 0.50 $\pm$ 0.50	1.80 $\pm$ 0.40 0.96 $\pm$ 0.18	10.32 6.90	< 0.001 < 0.001
2. การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด	1.61 $\pm$ 0.62 0.71 $\pm$ 0.63	2.57 $\pm$ 0.49 1.66 $\pm$ 0.47	14.33 10.99	
3. การลุกนั่งจากที่นอนไปยังเก้าอี้	1.02 $\pm$ 0.86	2.32 $\pm$ 0.76	14.23	< 0.001
4. การใช้ห้องน้ำ	0.79 $\pm$ 0.65 0.21 $\pm$ 0.41	1.95 $\pm$ 0.22 0.89 $\pm$ 0.82	13.27 7.78	< 0.001 < 0.001
5. การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน	0.13 $\pm$ 0.33	0.91 $\pm$ 0.28	11.23	< 0.001
6. การสวมใส่เสื้อผ้า	1.89 $\pm$ 0.36	1.98 $\pm$ 0.13	1.93	< 0.001
7. การขึ้น-ลง บันได 1 ชั้น	1.84 $\pm$ 0.53	2.00 $\pm$ 0.00	2.06	< 0.001
8. การอาบน้ำ				0.050
9. การกลั่นการขับถ่าย				0.028
10. การกลั่นปัสสาวะ				

ตาราง 3 ตารางแสดงค่านัยสำคัญทางสถิติเมื่อเปรียบเทียบผลคะแนนการทดสอบความรู้ญาติผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ก่อนและหลังการให้ความรู้

หัวข้อ	ก่อนให้ความรู้ Mean ($\bar{X}$) $\pm$ SD	หลังให้ความรู้ Mean ($\bar{X}$) $\pm$ SD	t	p value
ผลคะแนนแบบทดสอบความรู้ญาติผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน	6.23 $\pm$ 2.08	8.34 $\pm$ 1.43	9.50	< 0.001

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบกลุ่มเดียว วัดก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) ถึงผลของการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่บ้านแก่ผู้ดูแลต่อความรู้ของผู้ดูแลและความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ในเขตอำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ โดยในกลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองและผู้ดูแลที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์ จำนวน 56 คู่ เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนตุลาคม 2562 ถึงเดือนเมษายน 2563 ด้วยแบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแบบประยุกต์ (Modified Barthel Index) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน พบว่าหลังจากผู้ดูแลได้รับโปรแกรม 3 และ 6 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันเพิ่มขึ้นในระยะ 3 เดือน และ 6 เดือน เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม ทั้งด้านการรับประทานอาหารเมื่อเตรียมไว้ให้เรียบร้อยต่อหน้า ด้านการล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด ด้านการลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ ด้านการใช้ห้องน้ำ ด้านการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน ด้านการสวมใส่เสื้อผ้า ด้านการขึ้นลงบันได 1 ชั้น ด้านการอาบน้ำ และด้านการกลั่นการขับถ่าย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) โดยระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้านการกลั่นปัสสาวะมีการเพิ่มขึ้นในระยะ 3 เดือน เมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$)

ในส่วนของการศึกษาการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่บ้านที่ประกอบด้วยความรู้เชิงทฤษฎี และปฏิบัติแก่ผู้ดูแลต่อความรู้ของผู้ดูแลโดยใช้แบบทดสอบความรู้โรคหลอดเลือดสมองที่ผู้ทำการศึกษได้จัดทำขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้โรคหลอดเลือดสมองและการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย จำนวนรวม 9 ข้อ โดยทดสอบก่อนให้ความรู้ และทดสอบให้ความรู้ 6 เดือน นำผลคะแนนที่ได้มาเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้ความรู้ พบว่าคะแนนการทำแบบทดสอบของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองหลังการให้ความรู้ในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยที่บ้าน เพิ่มขึ้นมากกว่าคะแนนก่อนการให้ความรู้ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

อภิปรายผลการศึกษา

1) ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

เนื่องจากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีความต้องการในการฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อให้สามารถช่วยเหลือตนเองให้ได้มากที่สุด การศึกษานี้เป็นการศึกษาผลของการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่บ้านแก่ผู้ดูแลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาลสันป่าตอง ระหว่างช่วงเดือนตุลาคม 2562 – มกราคม 2563 จำนวน 56 ราย การศึกษาติดตามการประเมินด้วยแบบประเมินระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันแบบประยุกต์ (Modified Barthel Index) ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ คะแนนเต็ม 20

คะแนน พบว่า หลังจากผู้ป่วยจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและเข้าร่วมโปรแกรมการศึกษาผ่านไป 3 และ 6 เดือน ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมีคะแนนระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันมากขึ้นกว่าก่อนการเข้ารับโปรแกรมทุกด้าน ไม่ว่าจะเป็น ด้านการรับประทานอาหารเมื่อเตรียมไว้ให้ การล้างหน้า แปรงฟัน หวีผม โกนหนวด การลุกนั่งจากที่นอนหรือจากเตียงไปยังเก้าอี้ การใช้ห้องน้ำ การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน การสวมใส่เสื้อผ้า การขึ้น-ลง บันได การอาบน้ำ การกลั่นการขับถ่าย และการกลั่นปัสสาวะ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ยกเว้นความสามารถในการกลั่นปัสสาวะ ที่ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกรายสามารถกลั่นได้ตั้งแต่ภายใน 3 เดือนแรก ซึ่งอภิปรายได้ว่า การให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่บ้านของผู้ดูแลในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

2) ความรู้ด้านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่บ้านของผู้ดูแล

การทดสอบความรู้ญาติผู้ดูแลในเรื่องการดูแลฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ทั้งก่อนและหลังการให้ความรู้ในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง พบว่า คะแนนการทำแบบทดสอบความรู้หลังการเข้าโปรแกรม มากขึ้นกว่าก่อนการเข้าโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > 0.05$) หมายความว่า โปรแกรมการให้ความรู้แก่ผู้ดูแลแบบตัวต่อตัวอย่างใกล้ชิด ในระยะเวลา 2 ชั่วโมง ที่มีทั้งการบรรยายพร้อมคู่มือที่มีเนื้อหาเป็นอักษร และมิ

ภาพประกอบร่วมกับการสาธิตการฟื้นฟูสมรรถภาพอย่างเหมาะสมต่อผู้ป่วยที่ผู้ดูแลนั้นๆ ดูแลอยู่ และการให้โอกาสญาติในการฝึกปฏิบัติ พร้อมทั้งให้ผู้ดูแลทำให้ดู เพื่อความถูกต้องในการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด และการให้ผู้ดูแลซักถามข้อสงสัย หรือสอนทำซ้ำจนผู้ดูแลสามารถทำได้อย่างคล่องแคล่ว เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่ช่วยให้ผู้ดูแลมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่บ้านได้อภิปรายได้ว่า การให้ความรู้ญาติญาติผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งภาพบรรยายและปฏิบัติ เป็นการสร้างพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลอย่างหนึ่ง พฤติกรรมเป็นการแสดงออกของบุคคล โดยมีพื้นฐานมาจากความรู้ และทัศนคติของบุคคล การที่บุคคลมีพฤติกรรมที่แตกต่างกัน เนื่องจากการมีความรู้และทัศนคติที่แตกต่าง ผู้ทำการศึกษาได้ใช้หลักแนวทางการเกิดการเรียนรู้ โดยการสร้างการเรียนรู้จากประสบการณ์ทางอ้อม อันประกอบด้วย การสร้างกระบวนการสนใจ : ผู้ทำการศึกษาสร้างความน่าสนใจในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองผ่านการบรรยาย โดยการจัดสถานที่ให้เหมาะสม การอธิบายถึงโรคหลอดเลือดสมองและความสำคัญของการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัด การสร้างกระบวนการจดจำ : เพื่อให้ญาติผู้ดูแลสามารถเกิดการเรียนรู้ได้ดี ผู้ทำการศึกษาจึงบรรยาย และสาธิตทำซ้ำให้ดูเป็นตัวอย่างมากกว่า 1 ครั้ง และเปิดโอกาสให้มีการซักถามข้อสงสัย ประกอบการสาธิตซ้ำได้ การสร้างกระบวนการทำตาม : มีการสาธิตการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดซ้ำให้ญาติผู้ดูแลดู พร้อมทั้งให้ญาติ

ผู้ดูแลทำให้ผู้ทำการศึกษา เพื่อตรวจความถูกต้อง จนผู้ดูแลสามารถทำได้อย่างคล่องแคล่ว

ญาติผู้ดูแลผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 69.9 มีอายุเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 48.14 ความเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุตร ร้อยละ 48.2 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ที่ระดับประถมศึกษา และระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 26.8 และ 25 นอกจากนี้ ยังพบว่า ผลของการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดต่อผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน มีความสัมพันธ์ต่อระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนได้รับโปรแกรม แสดงว่าโปรแกรมฯ ช่วยให้เกิดการฟื้นฟูที่บ้านอย่างต่อเนื่อง จึงเป็นสิ่งสำคัญในการช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

การศึกษาครั้งนี้ จึงสามารถสรุปได้ว่า ผลของการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด ช่วยเพิ่มความรู้ความสามารถญาติผู้ดูแลในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน และผลของการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่เพิ่มขึ้นของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน ส่งผลให้ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นด้วย เมื่อมีการฟื้นฟูสมรรถภาพทางกายภาพบำบัดที่บ้านโดยญาติผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องและเหมาะสม

โปรแกรมการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยญาติผู้ดูแลที่บ้านจากการศึกษานี้ สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง เพื่อช่วยเพิ่มระดับความสามารถในการ

ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย นำไปสู่การช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิตผู้ป่วยให้ดีขึ้น ลดการเป็นภาระ และช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้ใกล้เคียงปกติให้มากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะทางคลินิก

งานกายภาพบำบัดโรงพยาบาลสันป่าตอง รวมทั้งสถานพยาบาลอื่นที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ต้องมารับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด สามารถนำไปประกอบการให้ความรู้ด้านการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่บ้านแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ไปใช้ในการให้บริการทางกายภาพบำบัดที่ช่วยเพิ่มความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้

2) ข้อเสนอแนะทางการวิจัยในการศึกษาครั้งต่อไป

2.1) ควรศึกษาติดตามประเมินผลของระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยต่อไปในระยะยาว

2.2) ในอนาคตควรจะมีการส่งเสริมให้ชุมชน เข้ามามีส่วนร่วมในการช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองได้รับการฟื้นฟูทางกายภาพบำบัดที่เหมาะสมและต่อเนื่อง ตามบริบทของวิถีชีวิตและพื้นที่อยู่อาศัย

2.3) การศึกษาวิจัยนี้ สามารถนำไปต่อยอดสู่การศึกษารุ่นเพิ่มเติม เช่น การศึกษาเกี่ยวกับปัญหา หรือปัจจัยแทรกซ้อนในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยผู้ดูแลที่บ้านต่อไปได้

เอกสารอ้างอิง

1. นิพนธ์ พวงรินทร์โรจน์โรคหลอดเลือดสมอง. พิมพ์ครั้งที่ 2 .กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2544.
2. Maozaffarian D, Benjamin E, Arnett DK, Blaha MJ, Cushman M. Executive summary: Heart disease and statistics-2016 Update A Report from the American Heart Association . Circulation 2016; 133: 447-457.
3. World Health Organization. Health Topics: Stroke, Cerebrovascular accident. 2017 [เข้าถึงเมื่อ 23 มิถุนายน 2563]; 20: 97-110. เข้าถึงได้จาก: http://www.who.int/topics/cerebrovascular_accident/en
4. บรรณพรวรรณ หิรัญเคราะห์. คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสำหรับญาติที่ดูแลผู้ป่วยที่บ้าน. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2551.
5. สายใจ นกหนู, จุฑามาศ ทองบุญ และ มณีภรณ์ ปกสวัสดิ์. การพัฒนาโปรแกรมให้ความรู้ในการทำกายภาพบำบัดแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.นราธิวาส; วารสารวิชาการแพทย์เขต 11; 2560.
6. ธิติรัตน์ อภิญา และ นิตยา พันธุเวช. ประเด็นสารธรรมรงค์วันอัมพาต ปี 2554. 2554 [เข้าถึงเมื่อ 9 มิถุนายน 2563]; 13-18. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/document/file/new>
7. Duncan P, Richard L, Wallace D: A randomized, controlled pilot study of a home-based exercise program for individuals with mild and moderate stroke. 2009; 29: 2055-2060.
8. กมลทิพย์ หาญผดุงกิจ. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถาบันเทคโนโลยีการศึกษาแพทยศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2547: 59-73
9. เจียมจิตร โสภณสุขสถิต. ภาวะสุขภาพด้านร่างกาย ภาวะซึมเศร้า และการดูแลที่ได้รับที่บ้านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. สงขลา: (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่). มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2544
10. นพวรรณ ผ่องใส. ผลของการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. เชียงใหม่: (วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่). มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552
11. ชื่นชม ชื้อลือชา. การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. กรุงเทพฯ: ธรรมศาสตร์เวชสาร. มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2555, 12(1), 97-111.

ข้อแนะนำในการส่งบทความเพื่อตีพิมพ์

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา (Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health) จัดทำโดยศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ รับผิดชอบต่อความวิจัย บทความวิชาการ รายงานผู้ป่วย ด้านการแพทย์ พยาบาล สาธารณสุขส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย อนามัยสิ่งแวดล้อม เพื่อเผยแพร่ผลงานวิชาการของ นักวิชาการ นักวิจัย นักศึกษา และบุคลากรด้านสาธารณสุข บทความต้นฉบับที่จะตีพิมพ์ยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน กองบรรณาธิการจะส่งให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบให้คำแนะนำ ข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขและปรับปรุง

วารสารจัดทำปีละ 2 ฉบับ ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน (เผยแพร่เดือนสิงหาคม) และฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม (เผยแพร่เดือนกุมภาพันธ์) เพื่อให้การตีพิมพ์วารสารเป็นไปตามมาตรฐานกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับ วันที่มีการรับรองตีพิมพ์จากกองบรรณาธิการจึงขอให้ผู้ส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ได้ดำเนินการตามข้อแนะนำ ดังนี้

ประเภทของบทความ

1. **บทนิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article)** เป็นรายงาน ผลการศึกษา ค้นคว้าวิจัย รวมถึงงานวิจัย R to R (Routine to Research) ของผู้เขียนซึ่งยังไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารอื่นมาก่อน

ประกอบด้วยหัวข้อเรื่องตามลำดับต่อไปนี้ ชื่อเรื่อง ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทย และภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการศึกษา สมมุติฐาน (ถ้ามี) วิธีการศึกษา ผลการศึกษา สรุปและอภิปราย ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง

2. **บทความวิจัย (Research article)** เป็นบทความที่สกัดมาจากงานวิจัย R2R นำเสนอถึงวิธีการและผลการศึกษาวิจัย โดยอาศัยการศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ มีระเบียบวิธีวิจัยที่ชัดเจน เป็นการนำเสนอในรูปของบทความวิจัย องค์ความรู้ที่ได้รับจากการวิจัย เพื่อนำไปใช้ประโยชน์ ในทางวิชาการ หรือประยุกต์ใช้ต่อไป

ประกอบด้วยชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมุติฐานการวิจัย(ถ้ามี) การทบทวนวรรณกรรม ระเบียบวิธีวิจัย สรุปและอภิปรายผลและข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง

3. **บทความทางวิชาการ (Academic article)** เป็นการเขียนวิชาการซึ่งมีการวิเคราะห์ประเด็นตามหลักวิชาการโดยมีการทบทวนวรรณกรรมและวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ การจัดการความรู้ นวัตกรรม เพื่อสนับสนุนจนสามารถสรุปผลการวิเคราะห์ในประเด็นนั้นได้ โดยรูปแบบประกอบด้วยที่มาของปัญหา หรือที่มีของประเด็นที่ต้องการอธิบายหรือวิเคราะห์ กระบวนการอธิบายหรือวิเคราะห์และบทสรุป มีการอ้างอิงบรรณานุกรมที่ ครบถ้วนและสมบูรณ์

ประกอบด้วยชื่อเรื่องภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ เนื้อความ บทสรุป และเอกสารอ้างอิง

4. รายงานผู้ป่วย (Case report) เป็นการนำเสนอ องค์ความรู้หรือรายงานลักษณะการป่วยของผู้ป่วย ที่มีลักษณะพิเศษ กลุ่มอาการ อาการแสดงหรือโรค ที่ไม่เคยมีการรายงานมาก่อน โดยอาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์

ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง และภาษาอังกฤษ ชื่อเจ้าของบทความ บทคัดย่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ บทนำ รายงานผู้ป่วย วิจารณ์ สรุป กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี) และเอกสารอ้างอิง

การเตรียมต้นฉบับ

1. **การพิมพ์** ให้จัดพิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word จัดหน้ากระดาษ A4 และเว้นระยะห่างจากขอบกระดาษ 1 นิ้ว ใส่เลขหน้ามุมขวาบนตั้งแต่หน้าแรกเรียงไปตามลำดับ
2. **รูปแบบตัวอักษรภาษาไทยและภาษาอังกฤษ** ใช้ตัวอักษรแบบ TH SarabunPSK ตามลำดับดังนี้
 - 1) ชื่อเรื่องใช้ตัวอักษรขนาด 18 pt. ตัวหนา
 - 2) ชื่อผู้นิพนธ์บทความใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ตัวปกติ
 - 3) ชื่อหน่วยงานที่สังกัด และตำแหน่งทางวิชาการของผู้นิพนธ์บทความ (ถ้ามี) ใช้ตัวอักษรขนาด 14 pt.
 - 4) หัวข้อหลักและหัวข้อย่อยใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ตัวหนา
 - 5) เนื้อหาทุกส่วนใช้ตัวอักษรขนาด 16 pt. ตัวปกติ
 - 6) ภาษาอังกฤษ ใช้ตัวอักษรขนาด 14 pt
3. **จำนวนหน้า** ไม่ควรเกิน 16 หน้า รวมตาราง รูปภาพ และเอกสารอ้างอิง
4. **ตาราง รูปภาพ ภาพลายเส้น แผนภูมิ** หากมีขนาดเล็กให้แทรกไว้ในเนื้อหา โดยให้ผู้นิพนธ์บทความคัดเลือกเฉพาะที่จำเป็น และมีการกล่าวถึงเท่านั้น เรียงลำดับให้สอดคล้องกับเนื้อเรื่อง ชื่อตารางให้อยู่ด้านบนของตาราง ส่วนชื่อรูปภาพ แผนภูมิ และมีการกล่าวถึงให้อยู่ด้านล่าง พร้อมทั้งคำอธิบายสั้นๆ ที่สื่อความหมายได้สาระครบถ้วน
5. **การส่งต้นฉบับ** ให้ส่งบทความต้นฉบับ ในรูปแบบไฟล์ word พร้อมแนบแบบฟอร์มส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ และหนังสือรับรองก่อนการตีพิมพ์ ทางระบบจัดการวารสารออนไลน์ (ThaiJo) สามารถเข้าไปศึกษารายละเอียดได้ที่ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/lannaHealth> ทั้งนี้โปรดศึกษารายละเอียดและขั้นตอนการส่งผลงานให้ชัดเจน หากมีข้อสงสัยติดต่อสอบถามได้ที่ โทร.053-272740 ต่อ 215

รายละเอียดการเตรียมของบทความ

- 1 **ชื่อเรื่อง (Title)** ควรสั้นกะทัดรัดให้ได้ใจความที่ครอบคลุม ตรงวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ ไม่ใช้คำย่อ

2 **ชื่อผู้นิพนธ์บทความ (Authors and co-authors)** ใช้ชื่อและนามสกุลเต็มทั้งชื่อภาษาไทยและภาษาอังกฤษ สำหรับภาษาอังกฤษใช้อักษรตัวพิมพ์ใหญ่เฉพาะอักษรตัวแรกของชื่อตัวและนามสกุล ไม่ระบุคำหน้าและตำแหน่งทางวิชาการ ไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษต่อจากชื่อเรื่อง หากมีผู้นิพนธ์หลายคนให้ใช้หมายเลข ¹ หรือ ² กำกับไว้ท้ายชื่อตามจำนวนผู้นิพนธ์

3 **สังกัดผู้นิพนธ์บทความ (Affiliation)** ใส่ชื่อหน่วยงานที่สังกัดทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยเรียงลำดับตั้งแต่หน่วยงานระดับต้นไปจนถึงหน่วยงานหลักต่อจากชื่อผู้นิพนธ์บทความ และใส่สถานะของผู้นิพนธ์โดยระบุตำแหน่งทางวิชาการ (ถ้ามี) ไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษต่อจากชื่อผู้นิพนธ์บทความ ที่เชิงอรรถของหน้าแรก กรณีเป็นนักศึกษาให้ระบุระดับการศึกษา ชื่อหลักสูตร สาขาวิชา และสถาบันการศึกษา

4 **บทคัดย่อ (abstract)** บทคัดย่อภาษาไทย ความยาวไม่เกิน 500 คำ และภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 300 คำ โดยให้ลำดับบทคัดย่อภาษาไทยขึ้นก่อนตามด้วยบทคัดย่อภาษาอังกฤษ

5 **คำสำคัญ (Keywords)** ให้เขียนทั้งคำสำคัญภาษาไทยและภาษาอังกฤษ แต่ละชุดไม่เกิน 5 คำ โดยให้ระบุไว้ท้ายบทคัดย่อของแต่ละภาษา

6 **เอกสารอ้างอิง (Reference)** ให้ระบุเฉพาะเอกสารที่ผู้นิพนธ์บทความได้นำมาอ้างอิงในบทความอย่างครบถ้วน โดยใช้ระบบ Vancouver

การอ้างอิงเอกสาร Vancouver

การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ Vancouver เอกสารอ้างอิงไม่ควรเกิน 10 ปี ยกเว้นหนังสือตำราบางประเภทที่เป็นทฤษฎี ปรัชญา (เพิ่มเติมอย่าง)

1. รูปแบบการอ้างอิงในเนื้อเรื่องผลงานวิจัยและบทความวิชาการ ตัวอย่างให้ใช้ระบบเรียงเลขลำดับตามตำแหน่งเอกสารในเอกสารอ้างอิง เนื้อความที่นำมาอ้างอิงตามด้วยเลขลำดับในเอกสารอ้างอิง เช่น การปลูกต้นไม้สามารถชะลอภาวะโลกร้อนได้ 90⁽¹⁾

2. รูปแบบการอ้างอิงเอกสาร กรณีผู้เขียนมากกว่า 3 คน ให้ใส่ชื่อเฉพาะ 3 คน แรก ตามด้วย “และคนอื่นๆ” (et al.) ใช้ชื่อย่อของวารสารตามที่กำหนดใน List of Journal Indexed in Index Medicus ใส่ เลขหน้าเริ่มต้นถึงหน้าสุดท้ายของเอกสาร โดยไม่ต้องเขียนเลขหน้าที่ ชำกัณ เช่น 61-9

ตัวอย่างอ้างอิง ลงลำดับเลขก่อนที่จะทำเอกสารอ้างอิง

วารสาร

ลำดับที่.ชื่อผู้เขียน(Author). ชื่อบทความ(Title of article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal). ปีที่ (Year); เล่มที่ ฉบับที่ของวารสาร(Volume (No): หน้าเริ่มต้น-หน้าสุดท้าย(page). เช่น

1. สุคนธา ปัทมสิงห์. การอักเสบจากการติดเชื้อในลูกตาหลังผ่าตัดต้อกระจกโดยใช้คลื่นความถี่สูง. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2542; 8 : 517-25.
2. Borland R, Chapman S, Owen N, et al. Effects of workplace smoking bans on cigarette Consumption. Am J Public Health 1990; 80: 178-80.

หนังสือ

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author). ชื่อหนังสือ(Title of the book). ครั้งที่พิมพ์(ตั้งแต่ครั้งที่ 2 เป็นต้นไป (Edition). สถานที่พิมพ์(Place of Publication) : สำนักพิมพ์(Publisher); ปี(year) เช่น

1. ไพศาล เหล่าสุวรรณ. หลักพันธุศาสตร์. กรุงเทพฯ: ไทยวัฒนาพานิช; 2535
2. Borenstein M, Hedges LV, Higgins J P. T, et al. Introduction to Meta-Analysis. West Sussex, United Kingdom : Wiley; 2009.

วิทยานิพนธ์

ลำดับที่. ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง[ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา เช่น

1. อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลัน และชนิดเรื้อรัง[วิทยานิพนธ์ วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.
2. Nitising C. Relationship between maternal self-efficacy, social support and maternal depression among Thai adult mothers with children under one year old. [M.P.H.M Thesis in Primary Health Care Management]. Nakhonpathom: Faculty of Graduate Studies, Mahidol University; 2008.

บทความที่ตีพิมพ์ใน Website

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน(Author). ชื่อบทความ(Title of the article). ชื่อวารสาร (Title of the Journal). [ประเภทของสื่อ/วัสดุ]. ปีที่พิมพ์[เข้าถึงเมื่อ/cited ปี เดือน วันที่]; ฉบับที่: [หน้า/screen], เข้าถึงได้จาก/Available from : URL://http://.....เช่น

1. จิราภรณ์ จันทร์จร. การเขียนรายงานอ้างอิงในเอกสารวิชาการทางการแพทย์.[ออนไลน์].(ม.ป.ท.) [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 6 กุมภาพันธ์ 2551]. เข้าถึงได้จาก<http://161.20096.214/guide/vancouver.pdf>
2. Kirk O. Encyclopedia of chemical technology [Online]. 3rd ed. New York: John Wiley; 1984, Available from: DIAGLOG Information Services, Palo Alto (CA) [Accessed 2009 Aug 28].

แบบฟอร์มส่งบทความเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ใน
วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา
ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

วันที่ส่งบทความ

ชื่อ – สกุล ผู้เขียนบทความ

ตำแหน่ง

สถานที่ทำงาน

ขอส่งบทความประเภท

ชื่อเรื่อง(ไทย)

ชื่อเรื่อง(อังกฤษ)

ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวก.....หมู่ที่..... ซอย

ถนน.....อำเภอ..... จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์โทรศัพท์

โทรสาร.....E-mail:

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ☐ เป็นผลงานของข้าพเจ้าแต่เพียงผู้เดียว

☐ เป็นผลงานของข้าพเจ้าและผู้ร่วมงานตามชื่อที่ระบุในบทความจริง

บทความนี้ไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และจะไม่นำส่งไปเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ในวารสาร
อื่นๆ อีกนับจากวันที่ข้าพเจ้าได้ส่งบทความฉบับนี้มายังกองบรรณาธิการวารสารการส่งเสริมสุขภาพและ
อนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

ลงนาม

(.....)