



วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมล้านนา

ปีที่ 11 ฉบับที่ 1 ประจำเดือน มกราคม - มิถุนายน 2564 : Vol 11 NO. 1 January - June 2021

บทนิพนธ์ต้นฉบับ

สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 1

การวิเคราะห์การดำเนินงานตามมาตรการด้านการส่งเสริมสุขภาพ ตามแผนยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ เขตสุขภาพที่ 7 ของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแม่สาย จังหวัดเชียงใหม่

ประสิทธิผลของการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วย โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

บทความวิชาการ

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความอ่อนตัว และความเสียหกล้มของผู้สูงอายุ ในตำบลหนองตอง อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง

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

แพทย์หญิงนางนุช ภัทรอนันตนพ	ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่
นายแพทย์สุรพันธ์ แสงสว่าง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

บรรณาธิการ

ทันตแพทย์สมศักดิ์ เลิศจิระจรัส

รองบรรณาธิการ

1. นางสาวสิตาพัฒน์ ยุตบุตร
2. นางสาวกิงพิกุล ชำนาญคง

กองบรรณาธิการ

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. นางสาวโชติรส พันธุ์พงษ์ | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 2. นายศุภฤกษ์ สือรุ่งเรือง | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 3. นายอรรถพล ปัญญาญู | 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 |

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมลันนา

Lanna Journal of Health Promotion & Environmental Health



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

คณะทำงาน

- | | |
|-------------------------------|----------------------------|
| 1. นางสาวสิริราไพ ภูธรใจ | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 2. นางวริษฐา พุ่มทอง | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 3. นางสาวภคมน เชาวศิริศิลป์ | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 4. นางสาวปิยาภา วงศ์หล้า | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 5. นางนงค์เยาว์ แสงคำ | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 6. นางสาววัชรรา ศิริกุลเสถียร | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 7. นางสาวพินทรพจน์ พรหมเสน | ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ |
| 8. นายกฤษณะ จตุรงค์ศรีมี | 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 11 ฉบับที่ 1 มกราคม – มิถุนายน 2564

หน้า

บทนิพนธ์ต้นฉบับ

- สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป
เขตสุขภาพที่ 1
ชัยญา อนุเคราะห์, ปัญชลิกา นาคคงคำ, นุสรี ศิริพัฒน์ 1 - 14
- การวิเคราะห์การดำเนินงานตามมาตรการด้านการส่งเสริมสุขภาพตามแผน
ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศเขตสุขภาพที่ 7 ของ
ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
อรพินท์ ภาควิมิ 15 - 27
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มารับบริการ
ที่โรงพยาบาลแม่เอย จังหวัดเชียงใหม่
พรชนก ยี่ลังกา 28 - 38
- ประสิทธิภาพของการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วยโรงพยาบาล
หนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่
กรรณิการ์ ชัยนันท์, นิพัทธ์พนธ์ แสงด้วง 39 - 53

บทความวิชาการ

- ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความอ่อนตัว และ
ความเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุ ในตำบลหนองตอง อำเภอกงหรา จังหวัดพัทลุง
อุมาพร นิมิตรกุล 54 - 62

สถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทย อายุ 15 ปี ขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 1

Prevalence of health literacy of Thai people aged over 15 years in Health region 1

ชญญา อนุเคราะห์¹, ปัญชลิกา นาคคงคำ¹, นุสรีย์ ศิริพัฒน์²

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ¹, ดร. แพทย์หญิง²

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่¹, รพ. แพทย์สหคลินิก²

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

(Received: May 20, 2021; Revised: June 10, 2021; Accepted: June 28, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 1 เก็บข้อมูลจากประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ แพร่ และพะเยา จำนวน 1,510 คน ด้วยการสุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) เครื่องมือวิจัยได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลสุขภาพ และความรู้ด้านสุขภาพ สถิติที่ใช้คือ สถิติเชิงพรรณนา ไคสแควร์ การวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติก

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างในเขตสุขภาพที่ 1 มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ย 84.29 จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน เพศชายและหญิงมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพใกล้เคียงกันคือ 84.21 และ 84.24 กลุ่มอายุ 15 – 24 ปีมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุด 97.45 รองลงมาคือกลุ่มอายุ 25 – 45 ปี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 96.79 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ 72.59 ส่วนใหญ่มีความรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางร้อยละ 55.2 เมื่อวิเคราะห์ความเพียงพอของความรู้ด้านสุขภาพ พบว่า ประชาชนมีความรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับเพียงพอร้อยละ 68.4 ระดับไม่เพียงพอร้อยละ 31.6 ภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพในระดับเพียงพอจำแนกตามเพศ และกลุ่มอายุ ดังนี้ เพศชายร้อยละ 68.57 เพศหญิงร้อยละ 68.30 กลุ่มอายุ 15 – 24 ปีร้อยละ 90.79 กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีร้อยละ 46.86 วิเคราะห์ทักษะความรู้ด้านสุขภาพ และมิติระบบสุขภาพรายด้าน พบว่า ทักษะความรู้ด้านสุขภาพการเข้าถึงอยู่ในระดับต่ำ ส่วนเข้าใจ ชักถามและตัดสินใจอยู่ในระดับปานกลาง สำหรับมิติระบบสุขภาพ พบว่า ด้านบริการสุขภาพและผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ส่วนด้านป้องกันโรคและด้านส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ เพศ อายุ การอ่าน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การมีบทบาทในชุมชน การตรวจสุขภาพโดยแพทย์ และค่าดัชนีมวลกาย กล่าวคือ เพศชายมีโอกาสที่จะมีความรู้ด้านสุขภาพพอเพียงน้อยกว่าเพศหญิง 0.7 เท่า กลุ่มตัวอย่างอายุ 15 – 24 ปี,

อายุ 25 – 45 ปี และอายุ 46 – 59 ปี มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่าคนอายุ 60 ปีขึ้นไป 3.9, 6.4 และ 2.4 เท่า ตามลำดับ

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ปัจจัยที่สัมพันธ์, เขตสุขภาพที่ 1

ABSTRACT

This cross-sectional research aims to study level of health literacy (HL) and factors related to HL of people aged over 15 years in Health region 1. Data were collected from 1,510 people in Chiang Mai, Phrae and Phayao province, random by stratified sampling method. The instruments were questionnaires consisting of general data, health data and health literacy. The statistics used were descriptive statistics, Chi-Square, and Logistic regression analysis.

The results shown that HL of people in health region 1 had moderate level, the average was 84.29 of 136 full scores. Males and females had similar average HL scores of 84.21 and 84.24. Age group 15-24 years had the highest average HL score (97.45), inferior was age group 25 – 45 years (96.79) and age group over 60 years had the least score (72.59). Adequate health literacy of public was 68.4% and inadequate health literacy was 31.6%. Overview, the adequate health literacy classified by gender and age group were; males 68.57%, females 68.30%, age group 15-24 years 90.79% and over 60 years 46.86%. The mean scores (mean $\pm$ SD) on HL were found that -; Accession was 1.91 ($\pm$ 1.30), Understanding was 2.76, ($\pm$ 0.74), Review and questioning was 2.48, ($\pm$ 0.72), and decision was 2.84, ($\pm$ 0.60). Factors significantly associated with the HL level at 0.05 were reading, income sufficiency, role in the community, annual health check, education level, age, and BMI. These could imply that people aged between 25-45 years had 7.5 times adequate health literacy more than people aged over 60 years (adj. OR = 7.496; 95%CI = 4.297-13.077), primary education level were 0.3 times inadequate health literacy than over high vocational certificate or associate's degree (adj. OR = 0.300; 95%CI = 0.159 – 0.564).

Keywords: health literacy, related factors, health region 1,

บทนำ

ความรู้ด้านสุขภาพ หมายถึง กระบวนการทางปัญญาและทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และการใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อนำไปสู่การตัดสินใจที่เหมาะสม สุขภาวะที่ดีเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ เพิ่มพลังอำนาจด้านสุขภาพของแต่ละบุคคล และลดค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ³ ซึ่งความรู้ด้านสุขภาพนี้เป็นปัจจัยสำคัญที่จะเอื้อให้บุคคลสามารถดูแลและจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างยั่งยืน ข้อเสนอของสภาปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพในข้อที่ 10) เรื่องการจัดให้มีการสำรวจเพื่อกำกับติดตามสะท้อนภาพ ความก้าวหน้าและความสำเร็จในการทำงานด้านความรู้ของทุกหน่วยงานโดยการดูแลเปลี่ยนแปลงในกลุ่มประชาชนในกลุ่มต่าง ๆ หรือทั้งประเทศในเรื่องต่อไปนี้ทุก 3 หรือ 5 ปี ในเรื่องหลัก ๆ คือ 1) ความรู้ด้านสุขภาพ 2) พฤติกรรมสุขภาพและพฤติกรรมเสี่ยง และ 3) สถานะสุขภาพของประชาชนไทย โดยการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ¹ นอกจากนี้ยังให้มีการเปรียบเทียบข้อมูลระดับประเทศในเรื่อง ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ ความเจ็บป่วยของประชาชน อย่างไรก็ตามจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหน่วยงานต่าง ๆ ศึกษาเกี่ยวกับความรู้สุขภาพและการสื่อสารสุขภาพของประชากรไทย แต่ยังไม่มีข้อมูลที่สามารถใช้อ้างอิงระดับเขตสุขภาพและประเทศที่ครอบคลุมทุกมิติของความรู้ด้านสุขภาพ

จากความเห็นชอบของสภาขับเคลื่อนผ่านกลไกการผลักดันนโยบายสู่การปฏิบัติของกระทรวงสาธารณสุข รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขได้มีการมอบหมายให้กรมอนามัยเป็น

แกนหลักในการขับเคลื่อนจัดทำโครงสร้างประสานงานกับหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และประชาคม จัดทำแผนยุทธศาสตร์ในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และปกป้องสุขภาพของประชาชน กิจกรรมการสร้างความรู้ การจัดทำแผนแบบบูรณาการทั้งภายในและภายนอกกระทรวงได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปแห่งชาติได้มีการกำกับติดตามและเสนอให้ ความรู้ด้านสุขภาพบรรจุในแผนการปฏิรูปประเทศ เป็นหนึ่งในสิบประเด็นการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุข ประกาศในราชกิจจานุเบกษา วันที่ 6 เมษายน พ.ศ. 2561²

กรมอนามัย จึงสำรวจความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนไทยอายุ 15 ปี ขึ้นไป ซึ่งเป็นการศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของครัวเรือน โดยสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิสัมภาษณ์ด้วยแบบสำรวจ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 1 นั้น ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ได้สุ่มกลุ่มตัวอย่างจำนวน 3 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่แพร่ และพะเยา รวมจำนวน 1,736 คน ดำเนินการสำรวจระหว่างเดือนมีนาคม ถึงเดือนสิงหาคม 2562 ผลสำรวจที่ได้จะเป็นข้อมูลสนับสนุนในการออกแบบและวางแผนการขับเคลื่อนการดำเนินการทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติเพื่อสร้างความรู้สุขภาพและการสื่อสารสุขภาพให้กับประชาชน ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนที่มีอายุ 15 ปี ขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 1 และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความ

รอบรู้ด้านสุขภาพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้ใช้แบบการวิจัยภาคตัดขวาง (cross – sectional study) โดยเก็บข้อมูลประชาชนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปอาศัยในเขตสุขภาพที่ 1 ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ แพร่ และพะเยา เก็บข้อมูลในเดือนมีนาคม ถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปทุกคนในครัวเรือนตัวอย่าง ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตั้งแต่ 6 เดือนขึ้นไป (นับย้อนจากวันที่สัมภาษณ์) และเกิดก่อนวันที่ 1 มกราคม 2547 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified three-stage sampling) ดังนี้

ขั้นที่ 1 สุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) พื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 1 จำนวน 8 จังหวัดได้พื้นที่ 3 จังหวัด คือ จังหวัดเชียงใหม่ แพร่ และพะเยา

ขั้นที่ 2 เขตแ่งนับ (Enumeration Area: EA) ในแต่ละจังหวัดตัวอย่าง โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติได้เลือก EA ตัวอย่างตามขนาดตัวอย่างที่กำหนด เขตสุขภาพที่ 1 มีจำนวน 46 EA จำนวนครัวเรือนตัวอย่าง 690 ครัวเรือน จำนวนประชาชนตัวอย่าง 1,736 คน

ขั้นที่ 3 เลือกครัวเรือนในแต่ละ EA ตัวอย่าง จำนวน 15 ครัวเรือนต่อ 1 เขตแ่งนับ โดยใช้วิธีการเลือกตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) ดังนี้

1) ให้เริ่มเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้หลักการเดินแผนที่ เมื่อเข้าพื้นที่ EA ตัวอย่าง

กำหนดให้ครัวเรือนแรกที่พบเป็นครัวเรือนตัวอย่างลำดับที่ 1

2) จากนั้นให้เดินนับครัวเรือนตามหลักการเดินแผนที่ไปอีกจำนวน 1 ครัวเรือน ซึ่ง 1 คือ ช่วงของการสุ่มของการสุ่มของแต่ละ EA ตัวอย่าง คำนวณจาก $1 = N/15$ โดยที่ N คือ จำนวนครัวเรือนทั้งสิ้นใน EA ตัวอย่างนั้นๆ ดังนั้นครัวเรือนที่ $1 + 1$ จะเป็นครัวเรือนตัวอย่างที่ 2

3) สำหรับครัวเรือนตัวอย่างลำดับที่ 3 ให้ดำเนินการนับครัวเรือนตามหลักการในข้อ 2 ไปอีก 1 ครัวเรือน จากนั้นดำเนินการเช่นนั้นไปเรื่อยๆ จนถึงครัวเรือนที่ $14 \times 1 + 1$ ซึ่งจะเป็นครัวเรือนตัวอย่างลำดับที่ 15 ตามขนาดตัวอย่างที่กำหนด

4) กรณีที่พบว่าครัวเรือนตัวอย่างไม่มีสมาชิกอายุ 15 ปีขึ้นไปที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การสุ่มเจอบ้านว่าง (บ้านที่มีโครงสร้างแต่ไม่มีผู้อยู่อาศัย หรือรื้อถอน หรือไฟไหม้) ให้ขยับไปครัวเรือนถัดไปได้เลย

5) หากสุ่มครัวเรือนตามวิธีการดังกล่าวแล้วพบว่า ครัวเรือนตัวอย่างดังกล่าวไม่มีสมาชิกอายุ 15 ปีขึ้นไป ให้ใช้ครัวเรือนถัดไปที่มีสมาชิกอายุ 15 ปีขึ้นไปเป็นครัวเรือนตัวอย่างแทน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ได้แก่ แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ ชักถาม ตัดสินใจ การเปลี่ยนพฤติกรรม

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ พ.ศ.เกิด สถานภาพสมรส ศาสนา การศึกษาสูงสุด อาชีพ การรู้หนังสือ ความเพียงพอของรายได้ครอบครัว ความสามารถในการอ่านและเขียน การมีบทบาท

ในชุมชน ช่องทางการรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ การหาข้อมูลสุขภาพ การสอบถามข้อมูล

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านสุขภาพ ได้แก่ การใช้แว่นตา การได้ยิน น้ำหนัก ส่วนสูง เส้นรอบเอว ความดันเลือด โรคเรื้อรัง สิทธิและสวัสดิการการรักษาพยาบาล

การแบ่งระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ในการวิจัยนี้ใช้เกณฑ์ในการแบ่งระดับ ได้แก่

1) แบ่งตามจำนวนคะแนนรวม แบ่งออกเป็น 4 ระดับ จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน ดังนี้

(1) 103-136 คะแนน (ร้อยละ 76- 100) การแปลผล ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง หมายถึงสามารถสืบค้นและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ชักถามเพื่อคลายความสงสัยบ่อยครั้ง และตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้โดยง่ายถึงง่ายมาก

(2) 69-102 คะแนน (ร้อยละ 51-75) การแปลผล ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง

(3) 35-68 คะแนน (ร้อยละ 26-50) การแปลผล ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ

(4) > 34 คะแนน (ร้อยละ 0-25) การแปลผล ความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำมาก หมายถึงไม่สามารถสืบค้นหรือสืบค้นข้อมูลได้ยากมาก ไม่เข้าใจหรือเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพได้ยากมาก ไม่ชักถามเพื่อคลายความสงสัย และไม่ตัดสินใจทำอะไรหรือตัดสินใจได้ยากมาก ถึงแม้จะได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องแล้ว

2) แบ่งตามจำนวนข้อคำถามที่ผู้ตอบเลือกตอบ โดยมีตัวเลือก ทำให้เป็น ยาก หรือยากมาก (จำนวนข้อคำถามทั้งหมด 34 ข้อ) แปลผลเป็นความเพียงพอของความรอบรู้ด้านสุขภาพแบ่งเป็น 2 ระดับ ได้แก่

(1) ตอบน้อยกว่า 17 ข้อ แปลผลว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอ หมายถึงสืบค้นและเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพ ชักถามเพื่อคลายความสงสัยบ่อยครั้ง และตัดสินใจบนพื้นฐานของข้อมูลที่เกี่ยวข้องได้โดยง่ายถึงง่ายมาก โดยพบว่ามีความยากถึงยากมากในบางบริบท)

(2) ตอบตั้งแต่ 17 ข้อขึ้นไป แปลผลว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับไม่เพียงพอ หมายถึงไม่สืบค้น หรือสืบค้นข้อมูลได้ยากมาก ไม่เข้าใจหรือเข้าใจข้อมูลด้านสุขภาพได้ยากมาก ไม่ชักถามเพื่อคลายความสงสัย และไม่ตัดสินใจทำอะไรหรือตัดสินใจได้ยากมาก ถึงแม้จะได้รับข้อมูลที่เกี่ยวข้องแล้ว

3) แบ่งตามคะแนนของทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล ความเข้าใจ ชักถาม และตัดสินใจ และของมิติระบบสุขภาพ 4 ด้าน ได้แก่ การบริการสุขภาพ การป้องกันโรค การส่งเสริมสุขภาพ และผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพ โดยแต่ละด้าน แบ่งเป็น 3 ระดับจากคะแนนเต็ม 5 คะแนน ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 1.00 ถึง 2.33 คะแนน
การแปลผล ระดับต่ำ

คะแนนเฉลี่ย 2.34 ถึง 3.67 คะแนน
การแปลผล ระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.68 ถึง 5.00 คะแนน
การแปลผล ระดับสูง

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ไคสแควร์ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

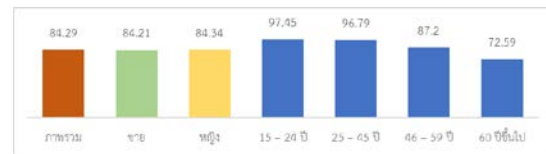
การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา สถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน อายุ 15 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 1 ภายใต้โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพประชาชนอายุ 15 ปี ตามเอกสารรับรองจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ ใบยินยอม RF09-05-229 รับรองตั้งแต่วันที่ 23 กรกฎาคม 2561 ถึงวันที่ 22 กรกฎาคม 2562

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศ หญิงมากกว่าเพศชาย (ร้อยละ 59.3 และ 40.7) มีอายุ 60 ปีขึ้นไปมากที่สุดร้อยละ 40.1 รองลงมา คืออายุ 46-59 ปี อายุ 25-45 ปี และอายุ 15-24 ปี (ร้อยละ 29.8, 20.0 และ 10.1 ตามลำดับ) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 64.6) ระดับการศึกษาสูงสุด เกือบครึ่งหนึ่งจบการศึกษา ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 47.2) และไม่ได้เรียนหนังสือมีร้อยละ 9.4 ด้านการอ่านและการเขียนพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อ่านได้คล่องร้อยละ 70.7 และเขียนได้คล่องร้อยละ 66.8 สำหรับอาชีพพบว่า มีอาชีพเกษตรกรรม และไม่ได้ประกอบอาชีพมากที่สุดเท่ากัน (ร้อยละ 24.4) รองลงมาคือ อาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 20.2) ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย (ร้อยละ 16.9) และ มากกว่า 1 ใน 3 มีรายได้พอใช้อยู่ได้สบายๆ (ร้อยละ 41.5) รองลงมาคือ พอใช้บางเดือน (ร้อยละ 38.5) และขัดสนมีร้อยละ 11.4 ส่วนใหญ่ไม่มีบทบาทในชุมชน (ร้อยละ 74.5) และใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง) (ร้อยละ 72.7)

ข้อมูลสุขภาพพบว่า ปัญหาการมองเห็นร้อยละ 51.8 แต่ไม่มีปัญหาการได้ยินร้อยละ 91.0 เคยตรวจสุขภาพและแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคร้อยละ 46.0 เคยตรวจแต่ไม่พบโรคร้อยละ 32.8 และไม่

เคยตรวจสุขภาพร้อยละ 21.2 ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากที่สุดร้อยละ 27.9 โรคไขมันในเลือดสูงร้อยละ 13.2 และโรคเบาหวานร้อยละ 11.4 ตามลำดับ ร้อยละ 58.8 มีน้ำหนักเกิน (>23 kg/m²) และพบผู้หญิงมีเส้นรอบเอวเกินร้อยละ 26.6 ในขณะที่ผู้ชายมีเส้นรอบเอวเกินร้อยละ 30.1

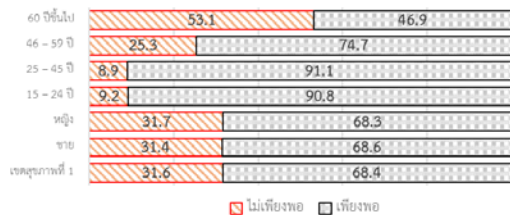


แผนภูมิ 1 ค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ จำแนกเป็น ภาพรวม เพศและกลุ่มอายุ พบว่ากลุ่มตัวอย่างในเขตสุขภาพที่ 1 มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านสุขภาพ 84.29 จากคะแนนเต็ม 136 คะแนน เพศชายและหญิงมีค่าเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพ 84.21 และ 84.24 ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความรู้แยกตามกลุ่มอายุพบว่า กลุ่มอายุ 15 - 24 ปีมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด 97.45 กลุ่มอายุ 25 - 45 ปี เท่ากับ 96.79 และกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ 72.59



แผนภูมิ 2 ร้อยละระดับความรู้ด้านสุขภาพ จำแนกเป็น ภาพรวม เพศและกลุ่มอายุ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 55.2 ระดับสูงร้อยละ 20.8 ระดับต่ำร้อยละ 21.2 และต่ำมากร้อยละ 2.8 กลุ่มอายุ 15-24 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง ร้อยละ 43.42 ขณะที่กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับสูง

เพียงร้อยละ 5.94 และมีความรอบรู้สุขภาพระดับต่ำถึงร้อยละ 36.3



แผนภูมิ 3 ร้อยละความเพียงพอของความรู้ด้านสุขภาพ จำแนกเป็น ภาพรวม เพศและกลุ่มอายุพบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างในเขตสุขภาพที่ 1 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอร้อยละ 68.4 ไม่เพียงพอร้อยละ 31.6 เพศชายมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอร้อยละ 68.57 ไม่เพียงพอร้อยละ 31.43 เพศหญิงมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอร้อยละ 68.3 ไม่เพียงพอร้อยละ 31.7 สำหรับกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 15 – 24 และกลุ่มอายุ 25 – 45 ปีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอร้อยละ 90.79 และร้อยละ 91.06 ส่วนกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอแค่ร้อยละ 46.86 ไม่เพียงพอถึงร้อยละ 53.14

ทักษะความรู้ด้านสุขภาพและมิติระบบสุขภาพพบว่า ด้านการตัดสินใจมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 2.84 จัดอยู่ในความรู้ด้านสุขภาพระดับปานกลาง โดยมีทักษะด้านการเข้าถึงข้อมูลต่ำสุดคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 1.91 อยู่ในระดับต่ำ สำหรับความรู้ด้านสุขภาพจำแนกตามมิติระบบสุขภาพ พบว่า ด้านการส่งเสริมสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 2.74 อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนด้านบริการสุขภาพ และผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดเท่ากับ 2.22 และ 2.21 ตามลำดับ ซึ่งอยู่ในระดับต่ำ

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ และระดับความรู้ด้านสุขภาพของประชาชนที่ระดับนัยสำคัญ .05 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การอยู่ในเขตเทศบาล กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา การอ่าน การเขียน อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ บทบาทในชุมชน และสวัสดิการรักษายาบาล ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ เพศ

การทดสอบความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยด้านสุขภาพ กับความพอเพียงของความรู้ด้านสุขภาพ (แสดงเฉพาะปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ) ระดับนัยสำคัญ .05 ได้แก่ การได้ยิน การตรวจสุขภาพโดยแพทย์ และดัชนีมวลกาย ส่วนปัจจัยด้านสุขภาพที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การมองเห็น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดผิดปกติ และการอ้วนลงพุง(เส้นรอบเอว)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆกับระดับความรู้ด้านสุขภาพด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.05 ได้แก่ เพศ อายุ การอ่าน สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การมีบทบาทในชุมชน การตรวจสุขภาพโดยแพทย์ และค่าดัชนีมวลกาย สามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

เพศ : ตัวอย่างเพศชาย มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอน้อยกว่าเพศหญิง 0.7 เท่า (adj.OR = 0.702 ; 95%CI = .513-0.960)

อายุ : ตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 15 – 24 ปี มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอกว่าคนอายุ 60 ปีขึ้นไป 3.9 เท่า (adj.OR = 3.921; 95%CI = 1.736-8.859) ตัวอย่างที่มีอายุระหว่าง 25 – 45 ปี มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้าน

สุขภาพเพียงพอมากกว่าคนอายุ 60 ปีขึ้นไป 6.4 เท่า (adj.OR = 6.397; 95%CI = 3.597-11.379) กลุ่มตัวอย่างอายุ 46 – 59 ปีมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่าคนอายุ 60 ปีขึ้นไป 2.4 เท่า (adj.OR = 2.391 ; 95%CI = 1.691-3.381)

การอ่าน : กลุ่มตัวอย่างที่อ่านไม่คล่อง มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่อ่านได้คล่อง 0.4 เท่า (adj.OR = 0.383 ; 95%CI = 0.229 – 0.640)

สถานภาพสมรส : กลุ่มตัวอย่างสมรส/อยู่ด้วยกัน มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่ากลุ่มตัวอย่าง = หม้าย/หย่าร้าง/แยกกันอยู่ 1.9 เท่า (adj.OR = 1.922 ; 95%CI = 1.302 – 2.838)

การศึกษา : กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้เรียนหนังสือ มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่าตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาปวส./อนุปริญญาขึ้นไป 0.2 เท่า (adj.OR = 0.210 ; 95%CI = 0.082 – 0.535) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาระดับประถมศึกษา มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่าตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาปวส./อนุปริญญาขึ้นไป 0.3 เท่า (adj.OR = 0.330 ; 95%CI = 0.169 – 0.643)

อาชีพ : กลุ่มตัวอย่างที่ไม่ประกอบอาชีพ มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่ากลุ่มตัวอย่างนักเรียน/นักศึกษา 0.2 เท่า (adj.OR = 0.178 ; 95%CI = 0.044 – 0.710) กลุ่มตัวอย่างข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ/บำนาญ มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีนักเรียน/นักศึกษา 0.2 เท่า (adj.OR = 0.188 ; 95%CI = 0.047 – 0.762) กลุ่มตัวอย่างพนักงานเอกชน มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้

ด้านสุขภาพเพียงพอต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างนักเรียนนักศึกษา 0.2 เท่า (adj.OR = 0.178 ; 95%CI = 0.430 – 0.728)

ความพอเพียงของรายได้ : กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้ชัดเจน มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เหลือเก็บออม 0.5 เท่า (adj.OR = 0.483 ; 95%CI = 0.246 – 0.947) กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้พอใช้บางเดือน มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เหลือเก็บออม 0.4 เท่า (adj.OR = 0.407 ; 95%CI = 0.225 – 0.734) กลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้พอใช้อยู่ได้สบายๆ มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้เหลือเก็บออม 0.5 เท่า (adj.OR = 0.524 ; 95%CI = 0.293 – 0.936)

บทบาทในชุมชน : กลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีบทบาทในชุมชนมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีบทบาทในชุมชน 0.6 เท่า (adj.OR = 0.588 ; 95%CI = 0.427 – 0.809)

การตรวจสุขภาพโดยแพทย์ : กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยตรวจมีโอกาสด้านสุขภาพเพียงพอต่ำกว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยตรวจและแพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรค 0.5 เท่า (adj.OR = 0.480 ; 95%CI = 0.320 – 0.719)

ดัชนีมวลกาย : กลุ่มตัวอย่างที่มีดัชนีมวลกายปกติ (18-23 kg/m²) มีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้ชั่งน้ำหนักหรือวัดส่วนสูง 4.2 เท่า (adj.OR = 4.152 ; 95%CI = 1.669 – 10.329)

อภิปรายและสรุปผล

ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างในเขตสุขภาพที่ 1 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลางร้อยละ 55.2 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของกองสุขภาพ การสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข 4 ในรายงานการสร้างเสริมและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเด็กวัยเรียนและกลุ่มวัยทำงาน ที่พบว่า ส่วนใหญ่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้ร้อยละ 47.1 ระดับไม่ดีร้อยละ 39.7 และการศึกษาของอังสินันท์ อินทรกำแหง⁵ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ในรายงานการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของประชาชนวัยทำงาน (อายุ 15-59 ปี) ที่อาศัยในชุมชน/หมู่บ้านในตำบลจัดการสุขภาพเป้าหมาย จำนวน 96 แห่ง จาก 24 จังหวัด ครอบคลุม 12 เขตสุขภาพ จำนวน 2,600 คน ที่พบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพตามหลัก 3อ.2ส. ของกลุ่มประชาชนวัยทำงาน ก่อนการถ่ายทอด ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 52.0) รองลงมาคือ ระดับไม่ดี (ร้อยละ 40.2) และน้อยที่สุดคือ ระดับดีมาก (ร้อยละ 7.8) ส่วนหลังการถ่ายทอด มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่แตกต่างกัน คือ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ (ร้อยละ 47.1) รองลงมาคือ ระดับไม่ดี (ร้อยละ 39.7) และน้อยที่สุดคือ ระดับดีมาก (ร้อยละ 13.2) เมื่อเปรียบเทียบความรอบรู้ด้านสุขภาพ ก่อนและหลังการถ่ายทอด พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ทั้งก่อนและหลังการถ่ายทอดอยู่ในระดับพอใช้ แต่ขณะเดียวกันไม่สอดคล้องกับการศึกษาความรอบรู้ในประชากรกลุ่มใหญ่เช่นงานของ Ying Wu²² ที่พบว่าสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนชาวเชียงไฮ้อยู่ในระดับ

ต่ำร้อยละ 84.49 และการศึกษาของ Lee SY และคณะ¹² พบว่ากลุ่มผู้ที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพระดับต่ำ จะมีปัญหาสุขภาพจิตมากกว่ากลุ่มผู้ที่มีความแตกฉานด้านสุขภาพระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ Nancy D. Berkman และคณะ¹⁸ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมีความเกี่ยวข้องกับการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง มีการเข้ารับการรักษาในภาวะฉุกเฉินมากขึ้น การตรวจแมมโมแกรมและวัคซีนป้องกันไข้หวัดใหญ่ลดลง การใช้ยาอย่างเหมาะสมลดลง ความสามารถในการตีความฉลากและข้อความด้านสุขภาพแย่ลง แต่เมื่อพิจารณารายกลุ่มอายุ ประชาชนในเขตสุขภาพที่ 1 มากกว่าร้อยละ 40 ของกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับ กิจปพน ศรีธานี⁹ ความฉลาดทางสุขภาพโดยรวมของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนืออยู่ในระดับต่ำ และอหุพร ศรีเชื่อนแก้วและคณะ¹¹ ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุอยู่ในระดับพอใช้ ส่วนในการศึกษาของต่างประเทศพบว่าในกลุ่มผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำ Su Hyun Kim²⁰ ผู้สูงอายุเกาหลีมีความรอบรู้ด้านสุขภาพขั้นพื้นฐานในระดับต่ำมาก นอกจากนี้ยังพบว่าในการศึกษาอื่นจะพบว่าผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับปานกลาง ได้แก่เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, จิรยา อินทนา และคณะ⁶ ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมือง อำเภอมือง จังหวัดราชบุรี พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($M=33.29$, $SD=8.18$) และกรรณิการ์ การีสรณ์⁸ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับ

การควบคุมโรคความดันโลหิตสูง และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 1 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอถึงร้อยละ 53.1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาวิมลรัตน์ บุญ เสถียร⁸ พบว่าผู้สูงอายุไทยมีความรอบรู้ด้าน สุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่เพียงพอ Nasrin Mokhtari¹⁴ ที่ดำเนินการศึกษาความรอบรู้ของ ผู้สูงอายุวัยเกษียณในเมือง Rasht มีผู้สูงอายุวัย เกษียณมีความรอบรู้ไม่เพียงพอ และสอดคล้องกับ การศึกษาของ Mahnoosh Reisi¹⁵ พบว่าตัวอย่าง ผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอ และ Rebecca L. Sudore และคณะ²¹ ผู้สูงอายุมีความ รอบรู้จำกัดร้อยละ 24 และมีความเสี่ยงจะเสียชีวิต สูงกว่าตัวอย่างที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอ กล่าวโดยสรุปจะเห็นได้ว่ากลุ่มผู้สูงอายุมีความรอบ รู้ในระดับต่ำถึงปานกลาง และมีความรอบรู้ด้าน สุขภาพไม่เพียงพอ การที่กลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปในเขตสุขภาพที่ 1 มีความรอบรู้ด้าน สุขภาพอยู่ในระดับต่ำนั้น สามารถอธิบายได้ว่า ใน การวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ 34.1 มีการศึกษาสูงสุดคือระดับประถมศึกษาและ ไม่ได้เรียนหนังสือ การเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพมี จำกัด ไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพด้วย ข้อจำกัดของอุปกรณ์ เช่น ไม่มีสมาร์ตโฟน ประกอบกับความเสื่อมตามวัย มีความเสื่อมของ อวัยวะ เช่น หู ตา การฟัง การอ่านและการเขียน ลดลงตามวัยที่เพิ่มขึ้น ส่งผลต่อการความรู้ความ เข้าใจข้อมูลสุขภาพ มีข้อจำกัดในการสื่อสาร สุขภาพเป็นต้น อย่างไรก็ตามจะพบว่ากลุ่มผู้สูงอายุ มีทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพเข้าใจในระดับปาน กลาง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ของ ประชาชนในเขตสุขภาพที่ 1 ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา ความเพียงพอของรายได้ การอ่าน การมีบทบาทในชุมชน การตรวจสุขภาพโดยแพทย์ และดัชนีมวลกาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาต่าง ๆ ดังนี้ Abdurrahman Said Bodur และคณะ¹⁹ พบว่า หากบุคคลมีระดับการศึกษาสูงขึ้น และมีรายได้ เพิ่มขึ้น มักจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับที่ สูงกว่าคนที่มีระดับการศึกษาและรายได้ต่ำ, David W. Baker และคณะ¹⁷ พบว่าความรอบรู้ด้าน สุขภาพจะสวนทางกับอายุที่เพิ่มขึ้นผู้สูงอายุจะมี ทักษะการอ่านลดลง โดยทุกปีที่อายุเพิ่มขึ้นค่า คะแนนเฉลี่ยของความรอบรู้ด้านสุขภาพจะลดลงปี ละ 1.3 คะแนน, Win Myint Oo¹⁶ ที่พบว่าความ รอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ กับอายุ เพศ การศึกษา และรายได้ครัวเรือน เมื่อ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับที่น่า พอใจ จะทำให้การเคຍสูบบุหรี่ การเคຍดื่มแอลกอฮอล์ และการไม่ออกกำลังกายทุกวันลดลง, คณะกรรมาธิการขับเคลื่อนการปฏิรูป¹ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล การศึกษา ความเชื่อ วัฒนธรรม บริบทและโครงสร้างทางสังคมและเทคโนโลยี รายได้ ฐานะทางสังคม ลักษณะส่วนบุคคล การ สนับสนุนทางสังคม และครอบครัวเพื่อนฝูง เครือข่ายมีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วย เช่นกัน

กลุ่มตัวอย่างที่มีความเพียงพอของรายได้ ในระดับพอใช้อยู่ได้สบายไปจนถึงเหลือเก็บออมจะมีโอกาสที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงกว่ากลุ่ม ตัวอย่างที่มีความเพียงพอของรายได้ไม่พอใช้ สอดคล้องกับการศึกษาของ อีระศักดิ์ ศรีพิทักษ์ และคณะ⁷ พบว่า ฐานะทางเศรษฐกิจของ ครอบครัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความรอบรู้

ด้านสุขภาพ และความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ และระดับการศึกษา สอดคล้องกับการศึกษาของ Diane Levin – Zamir และคณะ¹³ พบว่า จำนวนปีของการศึกษา และรายได้มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ เช่นเดียวกันกับ Nasrin Mokhtari¹⁴ พบว่า ระดับการศึกษา ระดับการศึกษาของคู่สมรส และประวัติการป่วยโรคมะเร็งมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างระดับความรู้ด้านสุขภาพ, Ying Wu²² พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับต่ำมีความสัมพันธ์เชิงลบกับระดับการศึกษา อาชีพ และรายได้ประจำปีของครัวเรือน แต่ไม่เกี่ยวข้องกับเพศ อายุ หรือโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ กล่าวโดยสรุปคือ ยิ่งมีอายุมากขึ้นความรู้ด้านสุขภาพจะลดลง แต่ระดับการศึกษา รายได้ของครัวเรือนที่เพิ่มขึ้นจะทำให้ความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น

สรุปผล

ประชาชนในเขตสุขภาพที่ 1 มีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยในระดับปานกลาง มีความรอบรู้เพียงพอมากกว่าร้อยละ 50 เพศชายและหญิงมีคะแนนความรู้ด้านสุขภาพเฉลี่ยใกล้เคียงกัน กลุ่มอายุ 15 – 45 ปี มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพสูงที่สุด และมากกว่าครึ่งของกลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอรวมถึงมีระดับความรู้ด้านสุขภาพระดับต่ำมากที่สุด เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุอื่น ด้านทักษะการเข้าถึงความรู้ด้านสุขภาพการเข้าถึงข้อมูลมีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุด แต่การตัดสินใจมีค่าเฉลี่ยสูงสุด สำหรับมิติระบบสุขภาพ ด้านส่งเสริมสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด ด้านผลิตภัณฑ์ยาและสุขภาพมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด ด้านปัจจัยข้อมูลทั่วไปที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมี

นัยสำคัญ ได้แก่ กลุ่มอายุ ระดับการศึกษา การอ่าน การเขียน อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ บทบาทในชุมชน และสวัสดิการรักษายาบาล ส่วนปัจจัยข้อมูลทั่วไปที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ เพศ ปัจจัยด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การได้ยิน การตรวจสุขภาพโดยแพทย์ และดัชนีมวลกาย ส่วนปัจจัยด้านสุขภาพที่ไม่มีความสัมพันธ์กับความรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การมองเห็น โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไขมันในเลือดผิดปกติ และการอ้วนลงพุง กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไปมีความรอบรู้ไม่เพียงพอมากที่สุดและมีโอกาสจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ รวมถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีเศรษฐานะต่ำมีโอกาสจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีรายได้สูง

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาในครั้งนี้ จะเห็นได้ว่าในภาพรวมประชาชนในเขตสุขภาพที่ 1 มีระดับความรู้ในระดับปานกลาง และในกลุ่มผู้สูงอายุมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอมากที่สุด ดังนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบควรมีการกำหนดแนวทางการพัฒนาความรู้ให้กับกลุ่มผู้สูงอายุให้มีความชัดเจนและเป็นรูปธรรม ตลอดจนสื่อสารสร้างความรอบรู้ให้เหมาะสมกับประชาชนในกลุ่มวัยอื่นๆ เพื่อเป็นการเพิ่มพูนทักษะความรู้ให้ครอบคลุมกับประชาชนทุกกลุ่มวัย

2. จากผลการศึกษา จะเห็นได้ว่า ในแต่ละกลุ่มอายุมีโอกาสที่จะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพแตกต่างกัน โดยกลุ่มอายุ 15 – 45 ปี มีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพียงพอมากที่สุด ดังนั้นหน่วยงานที่รับผิดชอบควรจัดกิจกรรมที่ส่งเสริมให้คนในกลุ่ม

อายุนี้ให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เพียงพอไปตลอด สำหรับกลุ่มวัยอื่นๆ ควรจัดกิจกรรมหรือสื่อให้เหมาะสมรวมถึงจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุข เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำชุมชน เจ้าหน้าที่ส่วนปกครองท้องถิ่น และประชาชนในจังหวัดเชียงใหม่ แพร์ พะเยา ที่สละเวลาให้ความร่วมมือในการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพเขตสุขภาพที่ 1 ในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อน การปฏิรูปประเทศ. การปฏิรูปความรู้และการสื่อสารสุขภาพ. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 24 เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.library2.parliament.go.th>
2. ชะนวนทอง ธนสุกาญจน์. บทบรรณาธิการ บทเรียนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจากนานาชาติสู่แผนการพัฒนาของประเทศไทย (Health Literacy: Lessons Learned from International Experience to the Thailand Context). วารสารสาธารณสุขศาสตร์ [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 24 เมษายน 2564]. 48(1)19-32. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/jph/article/download/88749/92383/>
3. วชิระ เพ็งจันทร์. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ Health Literacy. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 24

เมษายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: http://203.157.65.15/anamai_web/ewt_dl_link.php?nid=10221

4. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก3อ.2ส.ของประชาชนวัยทำงาน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 4 พฤษภาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.go.th>
5. อังศินันท์ อินทรกำแหง. ความแตกฉานด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส (ABCDE-Health Literacy Scale of Thai Adults) [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2564 เมษายน 28]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.go.th/news/file/327>
6. เยาวลักษณ์ มีบุญมาก, จิรียา อินทนา และคณะ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้สูงอายุในชุมชนกึ่งเมืองแห่งหนึ่งในจังหวัดราชบุรี. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้ [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2564 เมษายน 14];6 (ฉบับพิเศษ): 1-16. เข้าถึงได้จาก: 61.19.22.216:90/excellent/uploads/2020041012050602.pdf
7. อิศักดิ์ ศรีพิทักษ์ และคณะ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับพฤติกรรมการบริโภคอาหารและ

- การออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วน
ของนักเรียนวัยรุ่น จังหวัดยะลา. การ
ประชุมหาข้อมูลวิชาการระดับชาติและ
นานาชาติ ครั้งที่ 10 [อินเทอร์เน็ต].
2562 [เข้าถึงเมื่อ 14 เมษายน
2564]:1529-1545. เข้าถึงได้จาก:
[http://www.hu.ac.th/conference/conference2019/proceedings2019/FullText/02%20-%20ระดับชาติ%20-%20ภาคโปสเตอร์/G9-He/4-056He-NP%20\(ธีรศักดิ์%20ศรีพิทักษ์\)%201529-1545.pdf](http://www.hu.ac.th/conference/conference2019/proceedings2019/FullText/02%20-%20ระดับชาติ%20-%20ภาคโปสเตอร์/G9-He/4-056He-NP%20(ธีรศักดิ์%20ศรีพิทักษ์)%201529-1545.pdf)
8. กรรณิการ์ การีสรณ์, พรทิพย์ มาลาธรรม,
นุชนาฏ สุทธิ. ความสัมพันธ์ระหว่างความ
รอบรู้ด้านสุขภาพ ความรู้เกี่ยวกับการ
ควบคุมโรค ความดันโลหิตสูง และ
พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่
เป็นโรค ความดันโลหิตสูง, Ramathibodi
Nursing Journal [อินเทอร์เน็ต]. 2562
[เข้าถึงเมื่อ 3 เมษายน 2564];25(3):280-
295. เข้าถึงได้จาก: https://med.mahidol.ac.th/nursing/jns/DocumentLink/D_100710.pdf
 9. กิจปพน ศรีธานี.. ความสัมพันธ์ระหว่าง
ความฉลาดทางสุขภาพกับคุณภาพชีวิต
ของผู้สูงอายุในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ตอนกลาง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข
, [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 17
มิถุนายน 2564]; 11(1), 26-36 เข้าถึงได้
จาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/4677?locale-tribute=th>
 10. วิมลรัตน์ บุญเสถียร, และอรทัย เจริญ
ทิพย์สกุล. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ :
สถานการณ์และผลกระทบต่อสภาวะ
สุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารการ
พยาบาลและสุขภาพ สสอท. ปีที่ 2 ฉบับ
ที่ 1 (มกราคม - เมษายน .63), 1 – 19.
 11. อุทุมพร ศรีเชื่อนแก้ว, อธิวัฒน์ เจีย
วิวรรณกุล, และสาวิตรี ทยานศิลป์.
(2561). ความสัมพันธ์ระหว่างความสุข
ความรอบรู้สุขภาพ และคุณภาพชีวิตของ
ผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาผู้สูงอายุในโรงเรียน
ผู้สูงอายุ ตำบลเวียง อำเภอฝาง จังหวัด
เชียงใหม่'. MFU Connexion,
[อินเทอร์เน็ต].2561 [เข้าถึงเมื่อ 18
มิถุนายน 2564]; 7(2), 76–95. เข้าถึงได้
จาก <https://so05.tci-thaijo.org/article/download>
 12. Lee SY, Tsai TL, Tsai YW, et al. Health literacy,
health status, and healthcare utilization of
Taiwanese adults: Results from a national
survey. BMC Public Health [Internet]. 2010
[cited 2021 May 12]; 10:614-22. Available
from:<https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-10-614>
 13. Diane Levin – Zamir et al. The Association of
Health Literacy with Health Behavior,
Socioeconomic Indicator and Self-Assessed
Health From a National Adult Survey in Israel.
Journal of Health communication [Internet].
2016 [cited 2021 May 12];21(2): 61-68.
Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27669363/>
 14. Nasrin Mokhtar. Survey of the
Relationship between Health Literacy
Level and Health Status among Elderly
People Referring to Retirement Centers
in Rasht city. Journal of research
development in nursing & midwifery
[Internet]. 2007 [cited 2021 May 11];

- 16:69-80.Availablefrom: <http://nmj.goums.ac.ir/article-1-1113-en.pdf>
15. Mahnoosh Reisi et al. Relationship between health literacy, health status, and healthy behaviors among older adults in Isfahan, Iran. *Journal of education and health promotion* [Internet]. 2012 [cited 2021 May 11];1-31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23555134/>
16. Oo WM et al. Health Literacy – is it useful in prevention of behavioral risk factor of NCDs?. *International Journal of Research in Medical Sciences* [Internet]. 2015 [cited 2021 May 7];3(9):2331–2336. Available from: <https://www.msjonline.org/index.php/ijrms/article/view/1718>
17. Baker, D. W., Gazmararian, J. A., Sudano, J. , & Patterson, M. The association between age and health literacy among elderly persons. *Journal of Gerontology*, [Internet]. 2000 [cited 2021 June 18];55B(6), S368- 74 Available from: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article/55/6/S368/623814>
18. Berkman, N. D., Sheridan, S. L., Donahue, K. E., Halpern, D. J., & Crotty, K. Low health literacy and health outcomes: An updated systematic review. *Ann Intern Med*, [Internet]. 2011 [cited 2021 June 18];152(2) , 97– 107. Available from: <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
19. Bodur, A. S., Filiz, E., & Kalkan, I. Factors affecting health literacy in adults: A community based study in Konya, Turkey. *International Journal of Caring Sciences*, [Internet]. 2017 [cited 2021 June 18]; 10(1) , 100– 109. Available from: http://www.internationaljournalofcaring-sciences.org/docs/11_kalkan_original_10_1.pdf
20. Kim, S. H. Health literacy and functional health status in Korean older adults. *Journal of Clinical Nursing*, [Internet]. 2009 [cited 2021 June 18]; 18, 2337– 2343. Available from: <https://www.semanticscholar.org/paper/%5BThe-influence-of-functional-literacy-on-perceived-Kim-Lee/e0c46cfc41f6615a6be0cb517faae10297100552>
21. Sudore, R. L., Yaffe, K., Satterfield, S., Harris, T. B., Mehta, K. M., Simonsick, E. M., Schilinger, D. Limited literacy and mortality in the elderly. *J Gen Intern Med*, [Internet]. 2006 [cited 2021 June 18]; 21, 806– 812. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1831586/#idm139696306249552title>
22. Wu, Y., Wang, L., Cai, Z., Bao, L., Ai, P., & Ai, Z. Prevalence and risk factors of low health literacy: A community- based study in Shanghai, China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, [Internet]. 2006 [cited 2017 June 18]; 14(6) , E628. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5486314/>

การวิเคราะห์การดำเนินงานตามมาตรการด้านการส่งเสริมสุขภาพตามแผนยุทธศาสตร์
ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศเขตสุขภาพที่ 7
ของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

Analysis of Health Promotion Implementation According to Promotion and
Prevention Excellence Strategic Plan in Health Area Region 7,
Health Promotion Center 7, Khon Kean.

อรพินท์ ภาคภูมิ

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ

ศูนย์อนามัยที่ 1 ขอนแก่น

Corresponding author, E-mail: oraphin.p@hotmail.com

(Received: May 31, 2021; Revised: June 10, 2021; Accepted: June 28, 2021)

บทคัดย่อ

งานวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary research) ซึ่งมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกแผนงาน/โครงการที่เกี่ยวข้อง 5 กลุ่มวัยที่มีความสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย วิเคราะห์ข้อมูลจากแผนงาน/โครงการ ซึ่งเป็นข้อมูลเป็นระดับปฐมภูมิ (Primary Data) และทุติยภูมิ (Secondary Data) เพื่อวิเคราะห์หาความสอดคล้องเชื่อมโยงกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและแนวโน้มของแผนงาน/โครงการ/ตามกลุ่มวัยของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่ดำเนินการในช่วง 3 ปี คือ พ.ศ. 2560-2562 ที่ผ่านมา ตามแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ พ.ศ. 2560-2564 (ระยะ 5 ปีแรก) เขตสุขภาพที่ 7 ของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นและการสัมภาษณ์ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการจัดทำแผนงาน/โครงการในศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จำนวน 7 คน นำเสนอเนื้อหาเชิงพรรณนา

ผลการวิจัยพบว่า แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัยของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ก่อนการดำเนินงานมีการประชุมจัดทำแผนร่วมกับเขตสุขภาพที่ 7 โดยร่วมกันวิเคราะห์สภาพปัญหาเพื่อกำหนดเป็นประเด็นสำคัญของเขตสุขภาพ และการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการส่งเสริมสุขภาพทุกกลุ่มวัย ซึ่งปัญหาที่พบในระดับเขต พบในกลุ่มอนามัยแม่และเด็กเป็นส่วนใหญ่และได้กำหนดให้เป็นประเด็นในการตรวจราชการและนิเทศงานในระดับเขตสุขภาพ หลังดำเนินการตามมาตรการและแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ พบว่า แผนงาน/โครงการในทุกกลุ่มวัยมีการบูรณาการร่วมกับศูนย์วิชาการ/เครือข่ายที่เกี่ยวข้องมากขึ้น แต่ยังไม่เนียนเป็นเนื้อเดียวกัน บางมาตรการเป็นการกำหนดเป็นประเด็นเฉพาะเพื่อต้องการดำเนินการหรือทราบผลงานในช่วงเฉพาะเท่านั้น ข้อเสนอแนะ

ผู้บริหารในระดับเขตสุขภาพควรมีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ให้เกิดการบูรณาการที่ชัดเจนมากขึ้น ควรมีการกำกับติดตามและปรับแผนยุทธศาสตร์เป็นระยะ

คำสำคัญ: แผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานการส่งเสริมสุขภาพ, การวิจัยเชิงเอกสาร, ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ABSTRACT

This research was documentary research which had criteria for selecting work plans or project plans related to 5 age groups that were consistent with the health promotion strategic plan for all age groups. We analyzed data which were primary data and secondary from plans or projects to analyze the coherence with related factors and trends of the work plans or projects according to age group of the Health Promotion Center 7, Khon Kean. In addition, the study also interviewed 7 people who were involved in the preparation of plans or projects in the Health Promotion Center 7, Khon Kean. This content of study was presented in descriptive.

This study found that before health promotion implementation of the strategic plan for all age groups of Health Promotion Center 7, Khon Kean. There was a meeting to prepare plans with health centers in health area region 7 by jointly analyzing the problem condition to determine the key issue of health region and to support budget for solving health promotion problems of all age groups. The regional problems were found mostly in maternal and child health groups. These problems had been defined as issues in government inspection and supervision at the health region level. After measures and strategies implementation of promotion, prevention and protection excellence, this study found that plans or projects for all age groups were more integrated with academic centers or related networks, but these were not in the same direction. Some measures were defined as specific issues to require action of knowing results of a particular period. This study was suggested as follows: 1) health region administrators should review the strategic plan for a clearer integration and 2) the strategic plan should be monitored and adjusted as phase to phase.

Keywords: Promotion and Prevention Excellence Strategic Plan, Documentary Research, Health Promotion Center Region 7 Khon Kean.

บทนำ

แผนยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี ในปัจจุบันเป็นแผนแม่บทในการกำหนดทิศทางของสังคม เศรษฐกิจ สิ่งแวดล้อม การสื่อสาร เทคโนโลยีสารสนเทศ ซึ่งได้เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว ทำให้โครงสร้างประชากรไทยมีการเปลี่ยนแปลงโรคติดต่ออุบัติใหม่ที่เกิดขึ้นจากการคมนาคมที่เชื่อมต่อทั้งโลก การบาดเจ็บจากการจราจร การโฆษณาสินค้าและเวชภัณฑ์ต่างๆทางสื่อออนไลน์ที่ไม่ตรงกับข้อเท็จจริง ปัจจัยต่างๆเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อสุขภาพประชาชนไทย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดการประชุมผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อทบทวนจุดยืน วิสัยทัศน์ พันธกิจ เป้าหมาย ค่านิยม และยุทธศาสตร์ (Retreat) ขึ้น เพื่อเป็นกรอบและทิศทางการทำงานของกระทรวงโดยมีเป้าหมาย “ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน” (สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559) โดยกำหนดแผนยุทธศาสตร์ที่จะพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) Prevention&Promotion Excellence ในงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเป็นเลิศ 2) Service Excellence ให้มีการบริการเป็นเลิศ 3) People Excellence บุคลากรเป็นเลิศ และ 4) Governance Excellence มีการบริหารจัดการเป็นเลิศ เพื่อขับเคลื่อนทุกหน่วยงานไปสู่เป้าหมาย โดยนำกรอบแนวคิดประเทศไทย 4.0" สร้างเศรษฐกิจใหม่ก้าวข้ามกับดักรายได้ปานกลาง เป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) แบ่งออกเป็น 4 ระยะ ช่วงละ 5 ปี เพื่อให้จัดลำดับความสำคัญในการทำงาน และการจัดสรรทรัพยากร แบ่งได้เป็น 4 ช่วง คือ ช่วงที่ 1 ปฏิรูประบบ ช่วงที่ 2 สร้างความเข้มแข็ง ช่วงที่ 3 สู่อำนาจยั่งยืนของเอเชีย ช่วงที่ 4 เป็น 1 ใน 3 ของ

เอเชีย 1

ในยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข) ช่วงที่ 1 ปฏิรูประบบ พ.ศ. 2560-2564 เป็นการปรับเปลี่ยนระบบบริหารจัดการที่ยังเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาอีกครั้งการวางรากฐานระบบสุขภาพใหม่ เช่น การวางระบบการแพทย์ปฐมภูมิที่มีแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อดูแลผู้ป่วยอย่างบูรณาการ ลดค่าใช้จ่ายของระบบสุขภาพในระยะยาว การปรับระบบหลักประกันสุขภาพ เพื่อลดความเหลื่อมล้ำของแต่ละกองทุน เป็นต้น² ในเขตสุขภาพที่ 7 ได้วิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพของประชาชนตลอดช่วงชีวิต เริ่มตั้งแต่ สถานการณ์และปัญหาด้านสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย (0-5 ปี) เด็กวัยเรียนวัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุ สถานการณ์และปัญหาด้านการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ การพัฒนาระบบตอบโต้ภาวะฉุกเฉินและภัยสุขภาพ การควบคุมโรคติดต่อ สถานการณ์และปัญหาด้านคุ้มครองผู้บริโภคด้านผลิตภัณฑ์และบริการด้านสุขภาพ ข้อมูลพื้นฐานจำนวนสถานประกอบการด้านผลิตภัณฑ์และบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 7 การตอบสนองต่อสถานการณ์ปัญหาด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค รวมไปถึงการดำเนินการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค และได้วิเคราะห์จุดแข็งจุดอ่อน และส่วนที่ขาดของงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค จากนั้นได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ (Promotion and Prevention Excellence Strategic Plan) พ.ศ. 2560-2569 ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน และสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อเอื้อต่อการตัดสินใจที่เหมาะสมที่จะนำไปสู่คุณภาพชีวิตของประชาชน

ทุกกลุ่มวัย ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาระบบและกลไก ส่งเสริมสุขภาพป้องกันควบคุมโรค ลดปัจจัยเสี่ยง และเพิ่มปัจจัยคุ้มครองทางสุขภาพสำหรับ ประชาชนทุกกลุ่มวัยด้วยการมีส่วนร่วมจากทุก ภาคส่วนโดยคำนึงถึงการเข้าถึงและความเท่าเทียม ยุทธศาสตร์ที่ 3 ขับเคลื่อนและผลักดันมาตรการ ทางกฎหมายทางสังคมและสวัสดิภาพเพื่อลด ปัจจัยเสี่ยงและเพิ่มปัจจัยคุ้มครองสุขภาพให้มี ประสิทธิภาพ ยุทธศาสตร์ที่ 4 การปรับปรุงพัฒนา สภาพแวดล้อมทุกแห่งเพื่อให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี ซึ่งสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกระทรวง สาธารณสุข เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ด้านการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของเขต สุขภาพ โดยตระหนักถึงเป้าหมายที่สำคัญ คือ มุ่งหวังให้ประชาชนทุกกลุ่มวัยชาว “ร้อยแก่นสารสินธุ์” ทุกคนมีสุขภาพะ มีอายุยืนยาว อยู่ในสังคม และสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีและมีความสุข โดยความร่วมมือจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ภาครัฐ ภาควิชาการ หน่วยงานทั้งในและนอก กระทรวงสาธารณสุข

ดังนั้น การขับเคลื่อนแผนยุทธศาสตร์ของ เขตสุขภาพที่ 7 ได้กำหนดมาตรการในการ ดำเนินงาน และกำหนดตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมายเป็น 4 ระยะ ช่วงละ 5 ปี ซึ่งศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เป็นหน่วยงานของกรมอนามัยที่ตั้งอยู่ในส่วน ภูมิภาค รับผิดชอบการขับเคลื่อนการดำเนินงาน ส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัยในเขต สุขภาพ (Regional Lead) ทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะ ศึกษาการวิเคราะห์เอกสารแผนงาน/ โครงการ/ กิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของศูนย์ อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ตามแผนยุทธศาสตร์ด้าน สาธารณสุขระยะ 5 ปี (2560-2564) ของเขต สุขภาพที่ 7 ในส่วนที่ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นเป็น

ผู้รับผิดชอบหลัก โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิง เอกสาร (Documentary Research) ตามแนวคิดของ Scott^{4,5} ในการวิเคราะห์เอกสารแผนงาน/ โครงการ/ กิจกรรมในช่วงปีงบประมาณ 2560- 2562 (ช่วง 3 ปีที่ผ่านมา) ของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ตามแผนยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ พ.ศ. 2560 - 2564 เขตสุขภาพที่ 7

วัตถุประสงค์การวิจัย

1 เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานตาม มาตรการด้านการส่งเสริมสุขภาพตามแผน ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ ความเป็นเลิศ พ.ศ. 2560 - 2564 เขตสุขภาพที่ 7 ของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา

2 เพื่อประเมินความเชื่อมโยง ความ สอดคล้อง และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับแนวโน้มการ ดำเนินงานของแผนงาน/ โครงการ/ กิจกรรมตาม มาตรการที่ส่งผลต่อการบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัด ที่ กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ พ.ศ. 2560 - 2564เขต สุขภาพที่ 7 ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) เพื่อวิเคราะห์แผนงาน/ โครงการ/ กิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของ 5 กลุ่ม วัย ของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ตามแผน ยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ ความเป็นเลิศระยะ 5 ปี (2560-2564)เขตสุขภาพ ที่ 7 ครั้งนี้ใช้ระเบียบวิธีการวิจัยจากเอกสาร (Document Method)

กลุ่มตัวอย่าง เป็นบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลระดับปฐมภูมิ (Primary Data) ด้วยวิธีการสัมภาษณ์การดำเนินงานตามแผนงาน/ โครงการ/ กิจกรรม 5 กลุ่มวัย จำนวน 7 คน ประกอบด้วย

- หัวหน้างานยุทธศาสตร์ 1 คน
- หัวหน้ากลุ่มหรือตัวแทนจาก กลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก 1 คน
- หัวหน้ากลุ่มหรือตัวแทนจาก กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น 1 คน
- หัวหน้ากลุ่มหรือตัวแทนจาก กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยรุ่น 1 คน
- หัวหน้ากลุ่มหรือตัวแทนจาก กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน 1 คน
- หัวหน้ากลุ่มหรือตัวแทนจาก กลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุ 1 คน
- หัวหน้ากลุ่มหรือตัวแทนจาก หน่วยทันตสาธารณสุข 1 คน (งานทันตสาธารณสุขเชื่อมโยงในทุกกลุ่มวัย)

เอกสารที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

การวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) วิเคราะห์แผนงาน/ โครงการ/ กิจกรรมตามแนวทางของ Scott 4,5 ทบทวนจากยุทธศาสตร์/ แผนยุทธศาสตร์/ แผนพัฒนา จำนวน 7 ฉบับ ได้แก่

- ยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี
- แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี(ด้านสาธารณสุข) กระทรวงสาธารณสุข
- แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 – 2564)
- แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560 - 2564)

- แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2560–2564

- แผนยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2560 -2564 กรมอนามัย

- แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันควบคุมโรคสู่ความเป็นเลิศ(Promotion and Prevention Excellence Strategic Plan) พ.ศ.2560-2579 เขตสุขภาพที่ 7และจำนวนแผนงาน/โครงการ/ กิจกรรม ของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น (ระหว่างปี 2560-2562) จำนวน 105 โครงการ, 14 กิจกรรม และสามารถนำมาวิเคราะห์ได้ทั้งสิ้น 51 โครงการ, 8 กิจกรรมของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

ขั้นตอนการวิจัย

การวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) เพื่อวิเคราะห์แผนงาน/ โครงการ/ กิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของ 5 กลุ่มวัย ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ตามแผนยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศระยะ 5 ปี (2560-2564)เขตสุขภาพที่ 7 กำหนดประเด็นขั้นตอนที่ต้องการศึกษาวิจัย ดังนี้

- สืบค้นและรวบรวมข้อมูลโครงการ/ กิจกรรมที่ได้รับการอนุมัติดำเนินการของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นและผลการดำเนินงาน ตั้งแต่ปี 2560 – 2562 ทั้งส่วนที่เป็นเอกสารและไฟล์เอกสาร

- ออกแบบแบบฟอร์มการเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ซึ่งตารางประกอบด้วยเป้าประสงค์ มาตรการด้านการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ตามที่กำหนดในแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความ

เป็นเลิศ เขตสุขภาพที่ 7 และการดำเนินงานตามกลุ่มวัย ปี 2560- 2562

- ออกแบบการเก็บข้อมูลผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ด้านการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัยปี 2560-2562โดยมีเป้าประสงค์ และตัวชี้วัด/ค่าเป้าหมายตามที่เขตสุขภาพที่ 7 กำหนดในระยะ 5 ปี (พ.ศ.2560-2564)

- วิเคราะห์การดำเนินงานจากกิจกรรมภายใต้โครงการของกลุ่มแม่และเด็ก วัยเรียน วัยรุ่น วัยทำงาน และวัยสูงอายุของศูนย์อนามัยที่ 7 ที่ได้รับการอนุมัติดำเนินการ ในปี 2560-2562 โดยพิจารณาความสอดคล้องของกิจกรรมที่ดำเนินการกับมาตรการด้านการส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ซึ่งศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เป็นผู้รับผิดชอบหลักตามที่ระบุไว้ในเอกสารแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ พ.ศ. 2560 – 2579

- ประเมินผลลัพธ์การขับเคลื่อนการดำเนินงานจากตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ของเขตสุขภาพที่ 7 ระยะ 5 ปี (2560-2564) โดยเปรียบเทียบกับผลลัพธ์ตามตัวชี้วัดเมื่อสิ้นปี 2562 ซึ่งเป็นระยะครึ่งแผนพิจารณาข้อมูลจากคลังข้อมูลด้านสุขภาพ (Health Data Center : HDC) กระทรวงสาธารณสุข ระบบสารสนเทศสนับสนุนด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย (DOH Dashboard) และข้อมูลผลการดำเนินงานจากเอกสารสรุปการตรวจราชการและนิเทศงานเขตสุขภาพที่ 7

- สรุปวิเคราะห์เนื้อและเขียนรายงานการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) วิเคราะห์ตามแนวทางของ Scott^{4,5} คือ

1) มีความถูกต้อง (Authenticity) มาจากแหล่งที่เชื่อถือได้ สมบูรณ์

2) มีความน่าเชื่อถือ (Credibility) เป็นเอกสารที่ไม่ผิดพลาด ไม่บิดเบือนข้อมูล

3) ความเป็นตัวแทน (Representativeness) เอกสารแผนงาน/ โครงการที่แสดงรายละเอียดความสมบูรณ์ของยุทธศาสตร์ฯ สามารถเป็นตัวแทนเอกสารอื่นได้

4) มีความหมายชัดเจน (Meaning) เป็นเอกสารแผนงาน/ โครงการ/ กิจกรรมสามารถเข้าใจได้ง่าย ชัดเจน และสอดคล้องกับวัตถุประสงค์การวิจัย

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ความถี่ (frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ไคสแควร์ และการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไป เขตสุขภาพที่ 1 ภายใต้โครงการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพประชาชนอายุ 15 ปี ตามเอกสารรับรองจริยธรรมงานวิจัยในมนุษย์ ใบยินยอม RF09-05-229 รับรองตั้งแต่วันที่ 23 กรกฎาคม 2561 ถึงวันที่ 22 กรกฎาคม 2562

การยึดหลักจริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) ใช้ข้อมูลระดับทุติยภูมิ (Secondary Data) เพื่อวิเคราะห์แผนงาน/ โครงการ/ กิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของ 5 กลุ่มวัย ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ตามแผนยุทธศาสตร์

ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศระยะ 5 ปี (2560-2564)เขตสุขภาพที่ 7ในส่วนการสัมภาษณ์ข้อมูลระดับปฐมภูมิจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องนั้น ผู้วิจัยคำนึงถึงหลักการเคารพบุคคลซึ่งผู้ให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจเป็นอิสระในการตอบคำถามหรือให้ข้อมูลเกี่ยวกับแผนงาน/โครงการ/ กิจกรรม ทั้งนี้ผู้วิจัยเคารพสิทธิส่วนบุคคล และยึดหลักผลประโยชน์ เพื่อป้องกันผลกระทบทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และยึดหลักยุติธรรมให้ความเท่าเทียม ไม่มีอคติ และนำเสนองานวิจัยในเชิงเนื้อหาวิชาการเท่านั้น

ผลการวิจัย

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นมีการการประชุมจัดทำแผนร่วมกับเขตสุขภาพ โดยวิเคราะห์สภาพปัญหาเพื่อกำหนดเป็นประเด็นสำคัญของเขต และสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา ซึ่งปัญหาตามกลุ่มวัยจะอยู่ที่กลุ่มแม่และเด็กเป็นส่วนใหญ่และได้กำหนดเป็นประเด็นในการตรวจราชการ สรุปรายละเอียดตามแผนการดำเนินของแต่ละกลุ่มวัยดังนี้

ผลการวิเคราะห์แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมกลุ่มอนามัยแม่และเด็กปฐมวัย มีการดำเนินงานและขับเคลื่อนการพัฒนาสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยที่สอดคล้องกับมาตรการตามแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศระยะ 5 ปี(2560-2564)เขตสุขภาพที่ 7 ครอบคลุมทั้ง 11 มาตรการ หรือร้อยละ 100 และบรรลุค่าเป้าหมายตัวชี้วัดทั้ง 6 ตัวชี้วัด หรือร้อยละ 100 โดยมีกิจกรรมภายใต้มาตรการที่ดำเนินการต่อเนื่องทุกปี ได้แก่ มาตรการที่1ขับเคลื่อนโดยกลไกคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กทุกระดับ มีการแต่งตั้ง

คณะกรรมการระดับเขตมีผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขตสุขภาพที่ 7 หรือสาธารณสุขนิเทศก์เขตสุขภาพที่ 7 เป็นประธานคณะกรรมการ อีกทั้งมีประธานราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทยเป็นที่ปรึกษา และศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เป็นเลขานุการ มีกำหนดประชุมทุก 3 เดือนจึงทำให้การกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาและการขับเคลื่อนงานสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยมีความต่อเนื่อง มีการนำมติของคณะกรรมการโดยสั่งการจากเขตสุขภาพ จึงทำให้การนำมาตรการ แนวทางการดำเนินงานไปสู่การปฏิบัติครอบคลุมทุกระดับ มาตรการที่5 พัฒนาระบบการพัฒนาบุคลากรและสร้างแรงจูงใจ มีกิจกรรมดำเนินการคือ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยการประชุม อบรมถ่ายทอดองค์ความรู้ให้กับภาคีเครือข่าย รวมถึงการสนับสนุนวิทยากรตามการร้องขอของพื้นที่ ในกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กปฐมวัยจะมีการนำเสนอผลงานเด่นหรือนวัตกรรมของเครือข่าย และยกย่องเชิดชูเกียรติผู้ปฏิบัติงาน มาตรการที่10 พัฒนาระบบการนิเทศ ติดตามระบบข้อมูล และการประเมินผล มีกิจกรรมดำเนินการคือ ติดตาม เยี่ยมเสริมพลังภาคีเครือข่าย ส่วนมาตรการอื่นๆ ได้มีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับทุกมาตรการ

จากการขับเคลื่อนการดำเนินงานในทุกภาคส่วนอาจเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดของแผนยุทธศาสตร์เขตสุขภาพที่ 7 ในปี 2562 บรรลุค่าเป้าหมายของเขตทั้ง 6 ตัวชี้วัด คือ

1) อัตราตายของมารดาต่อแสนการเกิดมีชีพ 16.47 ต่อแสนการเกิดมีชีพ

2) หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ครั้งแรกก่อน 12 สัปดาห์ ร้อยละ 87.20

3) มารดามีภาวะโลหิตจาง (จากการตรวจเลือดครั้งแรก) ร้อยละ 12.61

4) เด็ก 0-5 ปี มีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 98.96

5) เด็กอายุ 9, 18, 30 และ 42 เดือน ตรวจคัดกรองพัฒนาการและพบสงสัยล่าช้าในครั้งแรกได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและประเมินซ้ำภายใน 30วัน ร้อยละ 95.88

6) เด็กพัฒนาการล่าช้าได้รับการกระตุ้นพัฒนาการและดูแลต่อเนื่อง ร้อยละ 99.42

ผลการวิเคราะห์แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมกลุ่มเด็กวัยเรียนและวัยรุ่น มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเรียนที่สอดคล้องกับมาตรการของเขตสุขภาพครบทั้ง 11 มาตรการ แต่มี 1 มาตรการ คือ มาตรการที่ 7 พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพเด็กวัยเรียนอย่างเป็นระบบทันสมัยเชื่อถือได้ ไม่ปรากฏกิจกรรมในโครงการในปี 2561 กิจกรรมภายใต้มาตรการที่ดำเนินการต่อเนื่องทุกปีได้แก่ มาตรการที่ 1 พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค เขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เป็นประธานคณะกรรมการและเลขานุการ มาตรการที่ 2 รวมพลังประชารัฐ ชุมชนและสังคม บูรณาการพัฒนาสุขภาพเด็กวัยเรียนกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ในมาตรการนี้มีกิจกรรมการขับเคลื่อนการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ มาตรการที่ 3 ส่งเสริมและสนับสนุนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเด็กวัยเรียนในระบบบริการสุขภาพแก่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคเอกชนมีการสนับสนุนองค์ความรู้และการเป็นวิทยากร

ให้กับภาคีเครือข่าย มาตรการที่ 4 พัฒนาศักยภาพเครือข่ายกลุ่มบุคคลและองค์กรต่างๆ ที่ดำเนินการด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคกลุ่มวัยเรียนทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและประชาชน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และสนับสนุนการดำเนินงานซึ่งกันและกัน มีกิจกรรมถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน มาตรการที่ 11 พัฒนาระบบการกำกับ ติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 7 มีกิจกรรมการติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานผ่านการประชุม คณะกรรมการวัยเรียนเขตสุขภาพที่ 7 ประเมินรับรองโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพและประเมินและคัดเลือกเครือข่ายโรงเรียนเด็กไทยพันธุ์ดี

การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นสอดคล้องกับมาตรการของเขตสุขภาพที่ 7 มี 13 มาตรการ และไม่มีการดำเนินงาน 2 มาตรการ คือ มาตรการที่ 7 อำเภอมิมีการพัฒนาและบูรณาการดำเนินการ อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ ร่วมกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ และขอรับการประเมินตามเกณฑ์อำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ และมาตรการที่ 11 สนับสนุนการจัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) ซึ่ง สปสช. จะเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณในการจัดหาเวชภัณฑ์ กิจกรรมภายใต้มาตรการที่ดำเนินการต่อเนื่องทุกปี ได้แก่ มาตรการที่ 2 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรตามมาตรฐาน YFHS (ฉบับบูรณาการ) และอำเภออนามัยการเจริญพันธุ์ มาตรการที่ 8 ส่งเสริมให้วัยรุ่น และครอบครัวมีความรู้และทัศนคติที่ดีต่อการคุมกำเนิดหลังคลอดหรือหลังแท้ง โดยการสนับสนุนวิทยากรให้ความรู้/สร้างความรอบรู้ การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

และอนามัยการเจริญพันธุ์ มาตรการที่12 เร่งรัดการจัดตั้งและการประชุมคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับจังหวัดตาม พรบ.การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559 ซึ่งจะส่งผลถึงมาตรการที่14 บุรณาการการดำเนินงานใน 5 กระทรวงหลักและสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งการแต่งตั้งคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของจังหวัด ประกอบด้วยผู้แทนจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย กระทรวงแรงงาน กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน คณะอนุกรรมการ มีบางมาตรการที่ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น เป็นผู้สนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงาน แต่ไม่ได้เป็นผู้ขับเคลื่อนงานโดยตรงได้แก่ มาตรการที่3พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการที่เป็นมิตรของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (แบบสอบถามเพื่อติดตามการดำเนินงานโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS รพ.ที่ผ่านการประเมิน 2555-2559) มาตรการที่4 โรงพยาบาลมีการดำเนินการและพัฒนาให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS ฉบับบูรณาการ มาตรการที่5 รพ.สต. มีแนวทางพัฒนาการดำเนินการจัด YFHS

ผลลัพธ์การดำเนินงานในกลุ่มวัยเรียนและวัยรุ่น ปี 2562ตัวชี้วัดที่บรรลุค่าเป้าหมายของเขตสุขภาพที่ 7 คือ อัตราการคลอดในวัยรุ่น 15-19 ปีต่อประชากรหญิงอายุ 15-19 ปีพันคนเท่ากับ 19.57 ส่วนตัวชี้วัดที่ยังไม่บรรลุค่าเป้าหมาย ได้แก่ เด็กวัยเรียนสูงที่สุดส่วนร้อยละ 68.67 เด็กอายุ 12 ปี มีส่วนสูงเฉลี่ย ชาย 146.81เซนติเมตร หญิง

148.34 เซนติเมตร และการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่นร้อยละ 15.31

ผลการวิเคราะห์แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมกลุ่มวัยทำงานมีการดำเนินงานสอดคล้องกับมาตรการของเขตสุขภาพที่7 มี 8มาตรการ ซึ่งมีกิจกรรมภายใต้มาตรการที่ดำเนินการต่อเนื่องทุกปีคือ มาตรการที่2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายผู้ให้บริการ และผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน จะจัดประชุมชี้แจงแนวทางการดำเนินงานแก่ภาคีเครือข่ายในช่วงต้นปีงบประมาณของทุกปี กิจกรรมในมาตรการที่4 พัฒนาระบบการนิเทศ ติดตาม ประเมินผลงานส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน มีการเยี่ยมเสริมพลัง/สนับสนุนภาคีเครือข่าย และมาตรการที่8 สร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายและส่งเสริมบทบาทองค์กร/ภาคีเครือข่ายนอกภาคสาธารณสุขในการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน ขับเคลื่อนผ่านการดำเนินงานตำบลต้นแบบจัดการสุขภาพ 5 กลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อมแบบบูรณาการด้วยค่ากลาง ซึ่งจะมีการดำเนินงานร่วมกันจากภาคส่วนต่างๆในตำบลมาร่วมดำเนินงาน ในส่วนของมาตรการที่9 เพิ่มงบประมาณในด้านการสร้างเสริมสุขภาพเน้นสร้างนำซ่อม และมาตรการที่10 มีการสื่อสารข้อมูลสารสนเทศและกำหนดมาตรการทางสังคมโดยประชาชน หน่วยงานอื่นจะเป็นเจ้าภาพรับผิดชอบการดำเนินงาน ผลลัพธ์การดำเนินงานวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มี BMI ปกติ (18.5-22.9) ร้อยละ 56.94 บรรลุค่าเป้าหมายของเขต

ผลการวิเคราะห์แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมกลุ่มวัยสูงอายุ มีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับมาตรการของเขตสุขภาพ มี 9

มาตรการ ไม่พบกิจกรรมใน มาตรการที่ 5 พัฒนา
หน่วยงานสาธารณสุขที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุภายใต้
นโยบายเมืองที่เป็นมิตรกับผู้สูงอายุ กิจกรรม
ภายใต้มาตรการที่ดำเนินการต่อเนื่องทุกปี ได้แก่
มาตรการที่4 พัฒนาระบบและเทคโนโลยีที่ทันสมัย
ด้านข้อมูลสนเทศ มีการสื่อสารประชาสัมพันธ์ โดย
ใช้ Application Line เพื่อใช้ในการติดต่อสื่อสาร
ระหว่างเครือข่ายกับผู้รับผิดชอบงานพัฒนาการ
ส่งเสริมสุขภาพวัยสูงอายุของศูนย์อนามัยที่ 7
ขอนแก่น และใช้ในการติดตามประเมินผลหลังการ
อบรม มาตรการที่8 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ยก
ย่องเชิดชูเกียรติ ตำบลต้นแบบ LTC บุคคล/
หน่วยงาน/องค์กรต้นแบบ ระดับเขต (LTC forum)
และมาตรการที่9 ใช้การตลาดเชิงสังคม (Social
Marketing) ทั้ง 2 มาตรการนี้จะดำเนินกิจกรรม
ประกวดและคัดเลือกผู้สูงวัยพันธุ์ วัย 70 ปี และ
90 ปี ระดับเขต และส่งประกวด10 ยอดพันธุ์ วัย
70ปี และ 90 ปีระดับประเทศ และกิจกรรม
ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานที่ดีและ
ผลงานนวัตกรรม มาตรการที่10 ส่งเสริมบทบาท
ขององค์กรนอกภาคสาธารณสุข (Health in All
Policy) มีกิจกรรมการดำเนินงานตำบลต้นแบบ
จัดการสุขภาพ 5 กลุ่มวัยและอนามัยสิ่งแวดล้อม
แบบบูรณาการด้วยค่ากลาง ซึ่งการดำเนินงาน
ตำบลต้นแบบจะมีผู้แทนจากทุกภาคส่วนมาร่วม
ดำเนินงาน จากข้อมูลสรุปการตรวจราชการในปี
2562 มีตำบลผ่านเกณฑ์ Long Term Care ร้อยละ
96.5 และผู้สูงอายุมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึง
ประสงค์ ร้อยละ51.2 ซึ่งบรรลุค่าเป้าหมายของเขต
สุขภาพที่ 7 ทั้ง 2 ตัวชี้วัด

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่นมีการ
ดำเนินงานที่สอดคล้องกับมาตรการตามแผน
ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความ

เป็นเลิศระยะ 5 ปี (2560-2564) เขตสุขภาพที่ 7
ระยะครึ่งแผน ในส่วนที่ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น
เป็นผู้รับผิดชอบหลัก จำนวน 52มาตรการ จาก 57
มาตรการ หรือร้อยละ 91.2 ของมาตรการส่งเสริม
สุขภาพ 5 กลุ่มวัย โดยมีตัวชี้วัดผลการดำเนินงาน
ผ่านเกณฑ์เป้าหมายของเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน
10ตัวชี้วัด จาก 12ตัวชี้วัด หรือร้อยละ 83.3

อภิปรายและสรุปผล

สรุปผลการวิเคราะห์แผนงาน/ โครงการ/
กิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของศูนย์
อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จากการศึกษาเอกสาร
โครงการ/กิจกรรม ได้รับอนุมัติดำเนินการ และ
สรุปผลการดำเนินงานในระบบงานศูนย์อนามัยที่
7 ขอนแก่น(Intranet) ทั้ง 5 กลุ่มวัย ตั้งแต่ปี 2560
-2562 พบว่าได้มีการขับเคลื่อนดำเนินงานที่
สอดคล้องกับมาตรการตามแผนยุทธศาสตร์
ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ
ระยะ 5 ปี (2560-2564) เขตสุขภาพที่ 7
บางกิจกรรมมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทุกปี
ส่วนผลลัพธ์การดำเนินงานตามตัวชี้วัดปี 2562 ซึ่ง
เป็นระยะครึ่งแผน โดยพิจารณาข้อมูลจาก
คลังข้อมูลด้านสุขภาพ (Health Data Center : HDC)
กระทรวงสาธารณสุข ระบบสารสนเทศสนับสนุน
ด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม
กรมอนามัย (DOH Dashboard) และเอกสารสรุป
การตรวจราชการและนิเทศงานเขตสุขภาพที่ 7
ตัวชี้วัดส่วนใหญ่บรรลุค่าเป้าหมายของเขต
สุขภาพที่ 7 ซึ่งมีการกำหนดค่าเป้าหมายตัวชี้วัดให้
สูงกว่าที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้หรือมี
ความท้าทายมากขึ้นเกือบทุกตัวชี้วัด

การวิเคราะห์แผนงาน/ โครงการ/
กิจกรรมการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพของศูนย์

อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จากการศึกษาเอกสาร โครงการ/กิจกรรม ได้รับอนุมัติดำเนินการ และสรุปผลการดำเนินงานในระบบงานศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น(Intranet) ทั้ง 5 กลุ่มวัย ตั้งแต่ ปี 2560-2562 พบว่า ทุกแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมได้มีการขับเคลื่อนดำเนินงานที่สอดคล้องกับมาตรการตามแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศระยะ 5 ปี (2560-2564) เขตสุขภาพที่ 7 บางกิจกรรมมีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องทุกปี สอดคล้องกับการศึกษาของสุมากรณ์ แซ่ลิ้ม⁶ พบว่า การพัฒนาทางด้านสุขภาพของประเทศไทยเป็น 1 ใน 3 ของเอเชียเป็นประเทศที่มีการพัฒนาทางด้านสุขภาพสูง สามารถเร่งลดลดปัญหาที่มีความรุนแรงได้ เช่น การตายของทารกเด็กและมารดา ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) เป็นต้น

กลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยพบว่า มีการดำเนินงานและขับเคลื่อนการพัฒนาสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มสตรีและเด็กปฐมวัยที่สอดคล้องกับมาตรการตามแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศระยะ 5 ปี(2560-2564)เขตสุขภาพที่ 7 โดยมีกิจกรรมภายใต้มาตรการที่ดำเนินการต่อเนื่องทุกปี สอดคล้องกับการศึกษาของจันทร์โสตา พรทิพย์ และภัทรธิรา ผลงาม⁷ ศึกษายุทธศาสตร์การพัฒนาแม่หญิงลาวในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวในเรื่องการนำยุทธศาสตร์ลงสู่การปฏิบัติ พบว่ายุทธศาสตร์สามารถนำไปใช้ได้จริง โดยเฉพาะด้านสุขภาพจะอนามัยการเจริญพันธุ์มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับการพัฒนาสุขภาพแม่หญิงลาว

กลุ่มเด็กวัยเรียน พบว่า มีการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพกลุ่มวัยเรียนที่สอดคล้องกับมาตรการของเขตสุขภาพที่ 7 ครบทุกมาตรการ

และมีความต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของรัชยา รัตนถาวร⁸ ศึกษารูปแบบการนำนโยบายส่งเสริมสุขภาพไปปฏิบัติในสถานศึกษาขั้นพื้นฐานพบว่า การนำนโยบายไปปฏิบัติคือ ความชัดเจนของนโยบาย การจัดการองค์กร การประเมินและการสร้างความต่อเนื่อง ความร่วมมือของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ ความรู้ความเข้าใจของผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ

กลุ่มวัยรุ่น พบว่า การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มวัยรุ่นสอดคล้องกับมาตรการของเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 14 มาตรการ และไม่มี การดำเนินงานในมาตรการที่11 สนับสนุนการจัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิดชนิดกึ่งถาวร (ยาฝังคุมกำเนิด/ห่วงอนามัย) ซึ่ง สปสช. จะเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณในการจัดหาเวชภัณฑ์ สอดคล้องกับการศึกษาของรัชนิ์ ลักษณะานนท์⁹ พบว่า นโยบายการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัวเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยเฉพาะวิธีการฝังยาคุมกำเนิดเพื่อลดการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น และการจัดหาเวชภัณฑ์คุมกำเนิดควรดำเนินการให้พอเพียงกับความต้องการ

กลุ่มวัยทำงานพบว่า มีการดำเนินงานสอดคล้องกับมาตรการของเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 8 มาตรการ ซึ่งมีกิจกรรมภายใต้มาตรการที่ดำเนินการต่อเนื่องทุกปี คือ มาตรการที่2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายผู้ให้บริการผลลัพธ์การดำเนินงานวัยทำงานอายุ 30-44 ปี มี BMI ปกติ (18.5-22.9) ร้อยละ 56.94 บรรลุค่าเป้าหมายของเขตสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษาของสุณี วงศ์คงคาเทพ และคณะ¹⁰ พบว่า การประเมินผลการนำสู่การปฏิบัติของสามมาตรการเชิงนโยบายของการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงานมีแผนยุทธศาสตร์และตัวชี้วัดความสำเร็จชัดเจน

เน้นไปที่การจัดการกิจกรรมการออกกำลังกาย การบริโภคอาหารที่เหมาะสม การจัดสภาพแวดล้อมการทำงานและชุมชนที่เอื้อต่อสุขภาพ ด้วยการประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เน้นขับเคลื่อนในสถานประกอบการ การสร้างระบบสนับสนุนกิจกรรมและมีการติดตามประเมินผล ขณะเดียวกันมีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำและประชาชนในพื้นที่ในการขับเคลื่อนการส่งเสริมสุขภาพในชุมชนด้วย

กลุ่มวัยสูงอายุ พบว่า มีการดำเนินงานที่สอดคล้องกับมาตรการของเขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 9 มาตรการ กิจกรรมภายใต้มาตรการที่ดำเนินการต่อเนื่องทุกปี เช่น การดูแลผู้สูงอายุระยะยาว สอดคล้องกับการวิจัยเชิงเอกสารของพิชญพร พันธ์ และประสพชัย พสุนนท์¹¹ พบว่า รูปแบบการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุ สามารถแบ่งเป็น 2 รูปแบบคือ รูปแบบการจัดการสุขภาพในสถาบัน ประกอบด้วยโรงพยาบาล บ้านพักคนชรา สถานที่ให้ความช่วยเหลือในการดำรงชีวิต สถานบริการสถานดูแลระยะยาวในโรงพยาบาล สถานดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย และอีกรูปแบบคือการจัดบริการสุขภาพชุมชน ประกอบด้วย การดูแลผู้สูงอายุในครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน ศูนย์ดูแลผู้สูงอายุในชุมชน การส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ข้อเสนอแนะ

1. เขตสุขภาพควรมีการทบทวนแผนยุทธศาสตร์ให้เกิดการบูรณาการที่ชัดเจนมากขึ้น ควรมีการกำกับติดตามอย่างต่อเนื่อง และปรับแผนยุทธศาสตร์เป็นระยะ

2. การดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพตามกลุ่มวัย ควรมีการแต่งตั้งเป็นคณะกรรมการเขตสุขภาพ เพื่อให้ทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงาน

3. ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ควรกำหนดแนวทางการจัดทำโครงการ/กิจกรรม ให้มีความสอดคล้องทั้งยุทธศาสตร์ของกรมอนามัยและยุทธศาสตร์และมาตรการของเขตสุขภาพที่ 7

กิตติกรรมประกาศ

การวิเคราะห์เอกสารการดำเนินงานตามมาตรการด้านการส่งเสริมสุขภาพตามแผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศเขตสุขภาพที่ 7 ของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น จัดทำขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หาความสอดคล้องเชื่อมโยงกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องและแนวโน้มของแผนงาน/โครงการ/ตามกลุ่มวัยของศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ขอขอบพระคุณนายแพทย์ชาติ เมธาธราธิป ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น และอดีตทีมคณะผู้บริหารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่ได้มอบโอกาส ขอบคุณผู้แทนจากทุกกลุ่มวัยที่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ และบุคลากรในกลุ่มขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และพัฒนากำลังคน ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่มีส่วนผลักดันผลงาน ร่วมมือดำเนินงาน และเป็นกำลังใจในการดำเนินงานร่วมกันด้วยดีเสมอมา และขอบคุณนายอิวัฒน์ บุตรดาบุตร นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น ที่มีส่วนช่วยในการปรับปรุงผลงานการวิจัยครั้งนี้ให้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี. 2560.
2. สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์ของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2559-2563. กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี. 2559.
3. สำนักงานเขตสุขภาพที่ 7. แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ พ.ศ.2560-2579 เขตสุขภาพที่ 7. (เอกสารประกอบการประชุม). ขอนแก่น. 2559.
4. Scott, J. A Matter of Record, Documentary Sources in Social Research. Cambridge:Policy Press. 1990.
5. Scott, J. Social Research and Documentary Sources. Sage Benchmarks in Social Research Methods, Documentary Research Volume 1. SAGE Publication. 2006.
6. สุมาภรณ์ แซ่ลิ้ม. การศึกษาจัดกลุ่มประเทศในเอเชียตามลักษณะการพัฒนาทางด้านสุขภาพรองรับเป้าหมายแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข พ.ศ.2560-2579. วารสารกรมการแพทย์. 43(6); พฤศจิกายน-ธันวาคม 2561. 101-112. 2561
7. จันทรโสภา พรทิพย์ และภัทรธิดา ผลงาม. ยุทธศาสตร์การพัฒนาแม่ฮ่องสอน. ในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 46(1); 290-321. 2563.
8. รัชยา รัตนถาวร.รูปแบบการนำนโยบายส่งเสริมสุขภาพไปปฏิบัติในสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย. 5(3); กันยายน-ธันวาคม 2558. 280-293.2558.
9. รัชนี ลักษิตานนท์. การประเมินรูปแบบการให้บริการคุมกำเนิดเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ซ้ำในวัยรุ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 5 ราชบุรี. วารสารช่อพะยอม. 30(2); มิถุนายน-ตุลาคม 2562. 205-216.2562.
10. สุณี วงศ์คงคาเทพ, วิภา ด้านธำรงกุล, อำนวย ภูภัทรพงศ์, ชัยรัตน์ จันทรตรี, กุลพร สุขุมลตรระกุล, และสุพิชชา วงศ์จันทร์. การประเมินผลการนำสู่การปฏิบัติของสามมาตรการเชิงนโยบายของการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงานในระหว่างปี 2556-2560. [ออนไลน์]. 2561. ค้นเมื่อวันที่ 3 มีนาคม 2564. สืบค้นจาก <https://kb.hsri.or.th/dspace/handle/11228/5006>
11. พิชญพร พิรพันธุ์ และประสพชัย พสุนนท์. การวิจัยเชิงเอกสารเพื่อสังเคราะห์รูปแบบการบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุในประเทศไทย. วารสารร่วมพฤษมหาวิทยาลัยเกริก. 38(3); กันยายน-ธันวาคม 2563. 51-64.2563.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มารับบริการ
ที่โรงพยาบาลแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่

Factors Related to Health Behavior of Rabies Exposure
in Mae Ai District, Chiang Mai Province

พรชนก ยี่ลังกา

นักศึกษาลัทธิสุตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

Corresponding author, E-mail: phronchanok@yahoo.com

(Received: May 16, 2021; Revised: June 10, 2021; Accepted: June 28, 2021)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่งแบบตัดขวาง เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มารับบริการโรงพยาบาลแม่อาย อำเภอแม่อาย จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 161 รายระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม 2561 โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ซึ่งผ่านการตรวจสอบคุณภาพมาแล้ว โดยมีค่า IOC = 0.83 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยและพฤติกรรมสุขภาพด้วยสถิติแบบไคสแคว์ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.9 มีสิทธิการรักษาพยาบาลด้วยหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 79.5 ลักษณะของการสัมผัสโรคเป็นการถูกกัด ร้อยละ 87.6 ตำแหน่งที่สัมผัสโรคส่วนใหญ่ได้แก่ ตำแหน่งขา ร้อยละ 37.3 สาเหตุมาจากทำให้สัตว์เจ็บปวด ร้อยละ 42.0 สัตว์นำโรคส่วนใหญ่ ได้แก่ สุนัข ร้อยละ 68.9ทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าต่ำซึ่งมีโอกาสติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้าสูง ผลการศึกษาค้นคว้านี้สามารถนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐาน สำหรับการวางแผนการดำเนินงาน รวมถึงเผยแพร่ข้อมูลให้กับเทศบาลองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อนำไปใช้ในการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องโรค ความรุนแรง การป้องกันตนเองต่อโรคพิษสุนัขบ้า และการปฏิบัติตัวหลังการสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนต่อไป

คำสำคัญ: โรคพิษสุนัขบ้า, ทัศนคติ, พฤติกรรมสุขภาพ

ABSTRACT

The cross-sectional descriptive study had an objective to investigate factors related to health behaviors of suspected rabies-exposed persons in Mae Ai district hospital, Chiang Mai province. A prepared questionnaire as an instrument was for collecting data, passed an index of consistency test value at 0.83, by an interview with 161 respondents who exposed to suspected rabies animals between February to March 2018. The interview took place on the day of the patients visited in Mae Ai hospital. The respondents manually answered a questionnaire, which had been already tested for its content validity and reliability before applied to the respondents. The data were analyzed by using descriptive statistics such as number, percentage and standard deviation and correlation test which performed relationships between the variables. Results revealed that the percentages greater than a half of rabies-exposed persons were females (50.9%), Thai nationality (92.5%), and were eligible for the health care coverage (79.5%). The mode of exposure was occurred from an animal bite (87.6%). The site of wound was mostly found on the thigh region (37.3%) which occurred from the injured persons provoked the animals (42.0%). In Chiang Mai, dogs are usually found as a carrier of rabies (68.9%). Health behaviors of the respondents after exposure with suspected animals were incorrect such as did not clean the wound properly and immediately after the bites and before seeing the doctor. The results of this study will be a database for planning the policy of the municipality government in order to publicize the knowledge of rabies to people particularly the severity, self-prevention from rabies infection and the wound dressing practices after rabies exposure in their community in a future.

Keywords: Rabies, Attitudes, Health Behaviors

บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้า (Rabies) เป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน (Zoonosis diseases) เกิดกับสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม สัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้าสามารถแพร่เชื้อสู่คนได้ทางน้ำลาย โดยคนจะได้รับเชื้อจากสัตว์ที่เป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัดหรือข่วนหรือเลียบาดแผล โรคพิษสุนัขบ้ายังคงเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตของมนุษย์ทั่วโลก สำหรับประเทศไทยปัญหาโรคพิษสุนัขบ้า นับว่าเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญที่ทำให้มีผู้เสียชีวิตทุกปี เมื่อเกิดอาการขึ้นแล้วไม่ว่าจะเป็นในคนหรือสัตว์ไม่สามารถรักษาให้หายได้ ต้องเสียชีวิตทุกราย สำหรับโรคนี้การป้องกันเป็นสิ่งสำคัญที่สุด จากปัจจัยด้านประชาชน ผู้ป่วยไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสม เนื่องจากตัวผู้สัมผัสโรคเสียชีวิตจากการไม่ดูแลบาดแผลและไม่ได้ฉีดวัคซีน ขาดความตระหนักถึงความรุนแรงของโรค เชื่อถือแพทย์พื้นบ้านและมีฐานะยากจน ไม่มีค่าเดินทางไปรับการรักษา³

ในประเทศไทยเมื่อ ปี พ.ศ. 2472 มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 180 ราย ต่อมาจากรายงานผู้เสียชีวิตทุกปี ข้อมูลการเฝ้าระวังโรค ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม - 14 พฤศจิกายน 2559 พบผู้ป่วยจำนวน 13 ราย จาก 9 จังหวัด คิดเป็นอัตราป่วย 0.02 ต่อแสนประชากร เสียชีวิต 13 ราย¹ จากสถานการณ์โรคทางระบาดวิทยา ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่ พ.ศ. 2555 - 2559 มีผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าในอำเภอแม่เมาะ จำนวน 425, 386, 466, 404 และ 515 ราย ตามลำดับ ไม่พบรายงานผู้เสียชีวิตจากโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งการดูแลตนเองหลังสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า เป็นการป้องกันการเกิดโรคพิษสุนัขบ้าที่ดี โดยการดูแล

บาดแผล เช่น การล้างบาดแผลด้วยน้ำและสบู่ทันทีที่จะช่วยให้เชื้อไวรัสพิษสุนัขบ้า หรือเชื้อโรคต่าง ๆ ลดจำนวนลง การใส่ยาฆ่าเชื้อ และการไปพบแพทย์เพื่อรับการป้องกันรักษาที่ถูกต้อง แต่จากการวิเคราะห์ข้อมูลของผู้ที่ถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัดย้อนหลัง 5 ปี จากการชักประวัติผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มารับบริการโรงพยาบาลแม่เมาะ ไม่ได้ล้างบาดแผลด้วยน้ำและสบู่ และใส่ยาฆ่าเชื้อก่อนมาโรงพยาบาล จากข้อมูลดังกล่าวจะเห็นได้ว่า ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้ายังมีพฤติกรรมดูแลตนเองหลังการสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้ายังไม่ถูกต้อง ผู้ศึกษาจึงต้องการศึกษาสาเหตุปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ว่าเพราะเหตุใด เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงและพัฒนางานควบคุมและป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ดังนั้นผู้ศึกษาจึงสนใจศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแม่เมาะ อำเภอแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มารับบริการที่โรงพยาบาลแม่เมาะ จังหวัดเชียงใหม่

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาเชิงพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง แบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study)

ประชากรคือ ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มารับบริการโรงพยาบาลแม่เมาะ ระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึงมีนาคม 2561 จำนวนทั้งสิ้น 161 ราย โดยเป็นผู้ที่สื่อสารและเข้าใจภาษาไทยได้ดี

ขั้นตอนการวิจัย

ศึกษาทำหนังสือถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่ฮ่องสอน เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่มารับบริการห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลแม่ฮ่องสอน โดยผู้ศึกษาดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง หลังจากนั้นตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้อง และลงรหัสตามตัวแปรที่กำหนด เพื่อนำไปวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แบ่งออกเป็น 3 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป โดยใช้แบบบันทึกผู้สัมผัสหรือสงสัยว่าสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า (แบบรง.36) อายุ เพศ สถานภาพ อาชีพ พื้นที่สัมผัสโรค การศึกษา ตำแหน่งของร่างกายที่สัมผัส ลักษณะการสัมผัส ถูกกัด ถูกข่วน ถูกเลีย ประวัติการได้รับวัคซีนของสัตว์นำโรค สาเหตุสนใจในการสัมผัสโรค การดูแลรักษาตนเองหลังจากการสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า การล้างแผลทันทีก่อนมารับบริการในสถานบริการด้วยน้ำและสบู่ และการใส่ยาฆ่าเชื้อ การฉีดอิมมูโนโกลบูลิน (RIG) จำนวน 23 ข้อ

ส่วนที่ 2 ทศนคติเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า ประกอบด้วยข้อคำถามทศนคติต่อโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 18 ข้อ โดยแบ่งเป็น

ทัศนคติทางด้านการติดเชื้อพิษสุนัขบ้า ได้แก่ โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดต่อเชื้อจากสัตว์สู่คน เมื่อติดเชื้อแล้วจะเสียชีวิตทุกราย การติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า เกิดจากการถูกกัด ข่วน จากสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมที่มีเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า ลูกสุนัขที่มี

อายุต่ำกว่า 3 เดือน ไม่น่าจะป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้า ฯลฯ จำนวน 11 ข้อ

ทัศนคติทางด้านการปฏิบัติตัวหลังสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ได้แก่ เมื่อถูกสัตว์เลี้ยงที่เลี้ยงลูกด้วยนมกัดมีแผลเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีนก็ได้ โรคพิษสุนัขบ้า แม้จะเป็นโรคอันตรายแต่สามารถป้องกันได้ด้วยการไปฉีดวัคซีน สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมที่กัดคน ควรกักขังไว้ดูอาการอย่างน้อย 10 วัน ฯลฯ จำนวน 7 ข้อ

มีมาตรวัด 3 ระดับคือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยมีรายละเอียดการให้คะแนน ดังนี้

ข้อความ	ทางบวก	ทางลบ
เห็นด้วย	1	3
ไม่แน่ใจ	2	2
ไม่เห็นด้วย	3	1

โดยแบ่งการแปลผล ดังนี้

การแปลผลระดับทัศนคติด้านการติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า⁹ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับสูง คะแนน 44 - 54

ระดับปานกลาง คะแนน 33 - 43

ระดับต่ำ คะแนน 0 - 32

การแปลผลระดับทัศนคติด้านการปฏิบัติตัวหลังการสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า¹⁰ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับสูง คะแนน มากกว่า 26.40

ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับปานกลาง คะแนน 16.51-26.39

ร้อยละ 50 ถึงร้อยละ 79

ระดับต่ำ คะแนน น้อยกว่า 16.50
น้อยกว่าร้อยละ 50

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพหลังการสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า ประกอบด้วยข้อมูลหลังการสัมผัส

การมา รพ.ทันที การล้างแผลลึกการฟอกสบู่ ทายาฆ่าเชื้อ ก่อนมาโรงพยาบาล จำนวน 6 ข้อ มี 2 ระดับคือ ปฏิบัติ และไม่ปฏิบัติ โดยมีรายละเอียดการให้คะแนน ดังนี้

ไม่ปฏิบัติ ให้คะแนน 0

ปฏิบัติ ให้คะแนน 1

โดยเกณฑ์การแปลผลคะแนนระดับพฤติกรรมสุขภาพหลังการสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า¹⁰ แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ

ระดับสูง คะแนน มากกว่า 8.8 ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับปานกลาง คะแนน 5.6 - 8.7 ร้อยละ 50 - 79

ระดับต่ำ คะแนน น้อยกว่า 5.5 น้อยกว่าร้อยละ 50

การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content Validity) แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 โดยได้ค่า IOC = 0.83

การวิเคราะห์ข้อมูล

สำหรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) เช่น ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติไคสแควร์สำหรับการหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมในคน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เลขที่ 60/028

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าทั้งหมด 161 ราย มีอายุมากที่สุดในช่วง 41 - 60 ปี ร้อยละ 37.3 รองลงมา คือ ช่วงอายุ 21-40 ปี ร้อยละ 34.8 มีอายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.09 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.93 ปี อายุสูงสุด 82 ปี อายุต่ำสุด 2 ปี (มารดาเป็นผู้ตอบแบบสอบถาม) เป็นเพศหญิง ร้อยละ 50.9 เพศชายร้อยละ 49.1 สถานภาพสมรส ร้อยละ 73.3 รองลงมา สถานภาพโสด ร้อยละ 19.9 สิทธิการรักษาพยาบาลส่วนใหญ่ ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 79.5 รองลงมา คือ ข้าราชการ/ประกันสังคม/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 16.8 ส่วนระดับการศึกษา พบว่าจบการศึกษา ระดับประถมศึกษา ร้อยละ 39.8 รองลงมา จบชั้นมัธยมศึกษา/อนุปริญญา ร้อยละ 29.2 โดยมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.7 รองลงมา ไม่ได้ทำงาน/ว่างงาน ร้อยละ 20.5

ข้อมูลการสัมผัสโรค ลักษณะการสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าเกิดจากการถูกกัด ร้อยละ 87.6 รองลงมา ถูกข่วน ร้อยละ 6.8 ตำแหน่งที่สัมผัสโรคส่วนใหญ่ได้แก่ ตำแหน่งขา/เท้ามากที่สุด ร้อยละ 47.9 รองลงมาคือ ลำตัว/แขน/มือ ร้อยละ 37.9 และ ศีรษะ/หน้า/ลำคอ ร้อยละ 14.2 มีสาเหตุที่งูใจที่ทำให้ถูกกัด ร้อยละ 62.1 สาเหตุที่ทำให้ถูกกัดมาจากการทำให้สัตว์เจ็บปวด ร้อยละ 42.0 รองลงมา เข้าไปในบริเวณที่สัตว์เป็นเจ้าของ ร้อยละ 28.0 ทั้งนี้ในด้านประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า ผู้สัมผัสโรคไม่เคยฉีดหรือเคยฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ่าน้อยกว่า 3 เข็ม ร้อยละ 90.1 รองลงมา เคยฉีด 3 เข็มหรือมากกว่า ร้อยละ 9.9

ทัศนคติด้านการติดเชื้อพิษสุนัขบ้า ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกมาก

ที่สุด คือ โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดเชื้อจากสัตว์สู่คน เมื่อติดเชื้อแล้วจะเสียชีวิตทุกราย ร้อยละ 56.5 การติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า เกิดจากการถูกกัด ข่วน จากสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมที่มีเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 77.6 และสัตว์เลี้ยงได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าทุกปี ปีละ 1 ครั้ง จะทำให้สัตว์เลี้ยงไม่ป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้าแน่นอน ร้อยละ 47.2 ส่วนคำถามที่ตอบผิดมากที่สุด ลูกสุนัขที่มีอายุต่ำกว่า 3 เดือน ไม่น่าจะป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 24.8 และการฉีดวัคซีนแล้ว 1-2 เข็มสามารถป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าได้ ร้อยละ 28.6

ส่วนทัศนคติด้านการปฏิบัติตัวหลังการสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบถูกทุกข้อ คือ เมื่อถูกสัตว์เลี้ยงที่เลี้ยงลูกด้วยนมกัดมีแผลเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีนก็ได้ ร้อยละ 62.1 เมื่อถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมที่ป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัด และได้ไปฉีดวัคซีนครบ ท่านจะไม่ป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้าอีกแน่นอน ร้อยละ 58.4 โรคพิษสุนัขบ้า แม้จะเป็นโรคอันตรายแต่สามารถป้องกัน ได้ด้วยการไปฉีดวัคซีน ร้อยละ 78.9 และ สัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมที่กัดคน ควรกักขังไว้ดูอาการอย่างน้อย 10 วัน ร้อยละ 73.9 ส่วนคำถามที่ตอบผิด คือ เมื่อถูกสัตว์เลี้ยงที่เลี้ยงลูกด้วยนมกัดมีแผลเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีนก็ได้ ร้อยละ 18.0 และเมื่อถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม ข่วน เป็นแผลถลอกเพียงเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าก็ได้ ร้อยละ 19.9

ระดับคะแนนทัศนคติด้านการติดเชื้อพิษสุนัขบ้า ของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนทัศนคติด้านการติดเชื้อพิษสุนัขบ้า อยู่ระดับต่ำ ร้อยละ 67.1 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 31.7 และคะแนนระดับทัศนคติด้านการปฏิบัติตัวหลังการสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า อยู่ระดับ

ต่ำ ร้อยละ 52.8 รองลงมา ระดับปานกลาง ร้อยละ 26.1

พฤติกรรมสุขภาพหลังการสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้ามาโรงพยาบาลทันทีหลังจากถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัด ข่วน ถูกเลียหรือถูกน้ำลายหลังจากถูกกัดนานกว่า 2 ชั่วโมง ร้อยละ 53.4 และมาทันทีหลังจากถูกกัด ร้อยละ 53.4 เมื่อมีผลึกจากการถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัด ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าไม่ได้ล้างแผลด้วยน้ำและฟอกสบู่อย่างน้อย 15 นาที ให้ลึกถึงกันแผล ร้อยละ 57.8 และล้างแผล ร้อยละ 42.2 หลังจากถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัดไม่ได้บีบเลือดออกให้มากที่สุด แล้วมาโรงพยาบาล ร้อยละ 80.7 หลังจากถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัดได้ล้างแผลก่อนมาโรงพยาบาล ร้อยละ 52.2 โดยล้างด้วยน้ำ ร้อยละ 29.76 ล้างด้วยน้ำและสบู่ ร้อยละ 67.82 และหลังจากถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัด ไม่ได้ใส่ยาฆ่าเชื้อก่อนมาโรงพยาบาล ร้อยละ 71.4 ใส่ยาฆ่าเชื้อ ร้อยละ 28.6 โดยใส่ยาสารละลายไอโอดีนที่ไม่มีแอลกอฮอล์ เช่น โพวิดีน เบตาดีน ร้อยละ 39.13 และใส่ยาทิงเจอร์ไอโอดีน/แอลกอฮอล์ ร้อยละ 60.87 การปฏิบัติหลังจากถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัด เช่น ใส่สมุนไพรรักษาแผล ใส่ยาหม่อง ใช้รองเท้าตบแผล ใส่เกลือ ใส่เหล้า พบว่าไม่ใส่ ร้อยละ 99.4 และใส่ยาสมุนไพรรักษาแผล ร้อยละ 0.6

ระดับคะแนนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ คิดเป็นร้อยละ 52.8 รองลงมาคือ มีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพในระดับปานกลาง ร้อยละ 26.1

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า การวิเคราะห์

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษาได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา ลักษณะการสัมผัส ตำแหน่งการสัมผัส สาเหตุที่ถูกกัด ประวัติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของผู้สัมผัส ระดับทัศนคติด้านการติดเชื้อพิษสุนัขบ้า ระดับทัศนคติด้านการปฏิบัติตัวหลังสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า พบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา สิทธิการรักษา

อภิปรายและสรุปผล

กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติด้านการติดเชื้อโรคพิษสุนัขบ้า อยู่ระดับต่ำ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความเข้าใจผิดคิดว่าลูกสุนัขที่มีอายุต่ำกว่า 3 เดือนไม่น่าจะป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 24.8 และการฉีดวัคซีนแล้ว 1-2 เข็มสามารถป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าได้ ร้อยละ 28.6 แสดงให้เห็นว่าประชาชนขาดความเข้าใจเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า การติดต่อ การป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้า สอดคล้องกับการศึกษาของอรพินท์ สกระเศรณี¹⁹ ที่พบว่า ระดับความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติของประชาชนในหมู่บ้านยังต่ำ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าทั้งในคนและสัตว์แก่ประชาชนยังเป็นสิ่งที่จำเป็น ถึงแม้ว่าการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าทันทีหลังจากสัมผัสยังเป็นสิ่งที่สามารถป้องกันผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าได้ นอกจากนี้ประชาชนยังมีความเข้าใจผิดด้านการติดต่อของโรคพิษสุนัขบ้า ได้แก่ โรคพิษสุนัขบ้าติดต่อจากสุนัขและแมวเท่านั้น ร้อยละ 34.8 จะทำให้ผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่สัมผัสโรคจากสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมชนิดอื่นเช่น ค้างคาว หนู หมู ไม่เข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรค การฉีดวัคซีนของผู้สัมผัสโรค

พิษสุนัขบ้าแค่ 1-2 ครั้ง สามารถป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าได้นั้น จะมีผลต่อการเข้ารับวัคซีนไม่ครบ ทำให้ระดับภูมิคุ้มกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับต่ำ ทำให้มีความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคพิษสุนัขบ้าได้ เนื่องจากฉีดวัคซีนไม่ครบ 3 เข็ม หรือ 5 เข็มตามการวินิจฉัยของแพทย์¹³ ลูกสุนัขอายุน้อยกว่า 3 เดือน ไม่น่าจะป่วยเป็นโรคพิษสุนัขบ้า จะทำให้ไม่นำสุนัขไปรับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ทำให้สุนัขมีความเสี่ยงที่จะเกิดโรคพิษสุนัขบ้า นอกจากนี้จะทำให้ผู้สัมผัส ละเลยการดูแลตนเอง หลังจากสัมผัสโรคจะทำให้มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคพิษสุนัขบ้า¹³ ดังนั้นการให้ความรู้เพื่อเพิ่มความตระหนักต่อโรคพิษสุนัขบ้ายังคงเป็นสิ่งที่ต้องทำอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ประชาชนได้ทราบถึงโรคพิษสุนัขบ้า การป้องกันตัวเองต่อโรคพิษสุนัขบ้า

ทัศนคติด้านการปฏิบัติตัวหลังการสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติตัวหลังการสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า อยู่ในระดับต่ำ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากประชาชนยังไม่ได้รับความรู้ยังไม่ต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวหลังการสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่ไม่ถูกต้อง เช่น เมื่อถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัดมีผลเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีนก็ได้ ร้อยละ 18.0 และถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนม ข่วน เป็นแผลถลอกเพียงเล็กน้อย ไม่จำเป็นต้องฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ร้อยละ 19.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของหทัยทิพย์ จุทอง¹⁷ ศึกษาเรื่อง ผลการสำรวจความตระหนักรู้ของประชาชนเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่เสี่ยง จังหวัดตรัง พัทลุง สงขลา พบว่า ความรู้และการปฏิบัติของกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และการปฏิบัติตัวอยู่ในระดับต่ำ ประชาชนยังคิดว่าโรคพิษสุนัขบ้าสามารถรักษาให้หายได้ เข้าใจไปว่าเมื่อถูกสุนัขไม่ทราบประวัติ ข่วนที่ผิวหนังเป็นรอยถลอกโดยไม่มีเลือดออกไม่ต้องไป

พบแพทย์ ซึ่งการปฏิบัติตัวเป็นผลเกิดจาก ความรู้ (Knowledge) ทศนคติ (Attitude) และการยอมรับ ปฏิบัติ (Practice) ก่อให้เกิดการกระทำ (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2533) ดังนั้นควรมีการให้ความรู้ สร้างความตระหนักเกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้าอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการเพิ่มพูนความรู้ สร้างทัศนคติที่ดีและเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่เหมาะสม โดยผ่านสื่อชนิดต่างๆ ไปยังประชาชนกลุ่มเป้าหมาย¹⁵

พฤติกรรมสุขภาพหลังการสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มตัวอย่างพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนพฤติกรรมสุขภาพอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ ไม่ได้ล้างแผลด้วยน้ำและสบู่ มากถึงร้อยละ 52.2 อาจเนื่องมาจากประชาชนยังไม่มีความรู้ที่ถูกต้องในการปฏิบัติตัวหลังจากถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัด ข่วน ซึ่งการล้างแผลด้วยน้ำและฟอกสบู่อย่างน้อย 15 นาที ให้ลึกถึงก้นแผล ซึ่งไม่เป็นไปตามแนวทางการดูแลรักษาผู้สัมผัสโรค การปฐมพยาบาลบาดแผลในทันที โดยล้างแผลด้วยน้ำฟอกสบู่หลายๆครั้ง ล้างสบู่ออกให้หมด แผลลึกให้ล้างถึงก้นแผลอย่างน้อย 15 นาที¹³ และการปฏิบัติตัวหลังจากถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัด เช่น ใส่สมุนไพรรักษาแผล ใส่ยาหม่อง ใช้รองเท้าตบแผล ใส่เกลือ ใส่เหล้า พบว่ายังใส่ยาสมุนไพรร้อยละ 0.6 การดูแลบาดแผลของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้ามีความสำคัญหากปฏิบัติไม่ถูกต้องจะทำให้มีการเชื้อกระจายไปส่วนอื่นหรือทำให้เกิดการอักเสบบริเวณบาดแผลได้ เช่น การบีบเลือดออกจากบาดแผลหลังจากถูกสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมกัดทำให้เชื้อแพร่กระจายไปส่วนอื่นได้ หรือการใช้สมุนไพรรักษาแผล เกลือเหล้า รองเท้าตบแผล จะทำให้แผลเกิดการอักเสบเพราะทำให้เชื้อกระจายไปรอบบริเวณที่เกิดแผลได้ง่าย และอาจมีเชื้อโรคอื่นเข้าไปด้วย² การให้

ความรู้สร้างความตระหนักให้ประชาชนรู้ถึงอันตรายของโรค การป้องกันโรคและการป้องกันตนเอง ให้เข้าใจและเกิดความตระหนักต่อการป้องกันตนเองและครอบครัวรวมถึงคนในชุมชน โดยเฉพาะการให้ความสำคัญในการทำความสะอาดแผล และการได้รับวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าภายหลังการสัมผัสสัตว์ที่สงสัยโรคพิษสุนัขบ้า¹⁶ ดังนั้นควรมีการเพิ่มการให้ความรู้ในด้านการรักษาบาดแผลหลังการสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าเพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพหลังสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่ถูกต้อง

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า พบว่า อายุ มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ในระดับต่ำ จะเห็นได้ว่าอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี มีพฤติกรรมการดูแลตนเองอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนักภรณ บงจกร⁵ ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สัมผัสสัตว์ที่เสี่ยงโรคพิษสุนัขบ้าในภาคเหนือของประเทศไทย พบว่า กลุ่มอายุมีความสัมพันธ์กับสาเหตุการถูกกัดแบบมีโน้มนำ การไม่ได้ล้างแผลและไม่ได้ใส่ยาฆ่าเชื้อที่บาดแผลก่อนไปโรงพยาบาล เนื่องจากวัยเด็กมักชอบเล่นคลุกคลีกับสัตว์และเมื่อถูกกัดข่วนก็ไม่ได้ออกมาบอกครู/ผู้ปกครองทันที ส่วนช่วงอายุ 21 -60 ปี มีพฤติกรรมอยู่ในระดับสูงขึ้นแสดงให้เห็นว่าอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพเมื่ออายุมากขึ้น การได้รับข้อมูล ข่าวสาร การประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับเรื่องโรคพิษสุนัขบ้ามากขึ้น ทำให้กลุ่มตัวอย่างสนใจสุขภาพของตนเอง การป้องกันตนเองมากขึ้น แม้จะอยู่ในระดับปานกลางและต่ำ แต่ก็ยังมีแนวโน้มที่ดีขึ้น แสดงว่าเมื่ออายุมากขึ้น

การใส่ใจสุขภาพมีมากขึ้น ทำให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในกลุ่มอายุมากกว่า 60 ปี กรณีผู้สูงอายุ แม้จะมีความรู้ มีพฤติกรรมที่ดี แต่ยังมีข้อจำกัดความสามารถในการดูแลสุขภาพที่ดี เช่นอาการหลงลืมในผู้สูงอายุทำให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ไม่ดี หรือไม่สามารถเดินทางมารับการฉีดวัคซีนให้ครบชุดได้ ดังนั้น ควรมีการแนะนำหรือให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องและเน้นย้ำผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขช่วยดูแลผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า โดยเน้นย้ำ กระตุ้นเตือนให้ผู้สัมผัสโรคปฏิบัติได้อย่างถูกวิธีและมารับวัคซีนป้องกันพิษสุนัขบ้าให้ครบชุด นอกจากนี้ระดับการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับต่ำ การให้ความรู้ในเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า การป้องกันตนเอง และการปฏิบัติตนเองหลังการสัมผัสโรค เป็นสิ่งจำเป็นเนื่องจากประชาชนยังขาดได้ความรู้ ความตระหนัก ความเข้าใจที่ถูกต้อง การปฏิบัติตนไม่ถูกต้องหลังสัมผัสโรค ความรู้ความเชื่อเกี่ยวกับโรคที่น้อยและไม่ถูกต้องของประชาชน บ่งบอกถึงความรู้ที่ไม่เพียงพอเกี่ยวกับโรครวมถึงการปฏิบัติตนหลังสัมผัสโรค¹⁹ นอกจากนี้สิทธิการรักษาเป็นสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ในระดับต่ำ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ มีอายุอยู่ในช่วง 21-60 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน เป็นประกอบกับการศึกษาจบชั้นประถมศึกษา มีอาชีพรับจ้างเกษตรกรรม/ทำนา/ทำสวน/ประมง ซึ่งประชาชนที่เข้ามาใช้บริการในสถานพยาบาลใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ข้อเสนอแนะ

หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษานำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการวางแผนการดำเนินงาน รวมถึงเผยแพร่ข้อมูลให้กับเทศบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อนำไปใช้ในการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องโรค ความรุนแรง การป้องกันตนเองต่อโรคพิษสุนัขบ้า และการปฏิบัติตัวหลังการสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชนต่อไป ในการศึกษาครั้งต่อไปควรทำการวิจัยในกลุ่มประชาชนทั่วไป ที่ไม่ได้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า และควรศึกษาทัศนคติระหว่างกลุ่มผู้สัมผัสโรค และไม่สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้การศึกษารอบด้านมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลแม่สายและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลให้ความร่วมมือในการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์การกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปจากประเทศไทยในพ.ศ. 2563. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2556
2. กระทรวงสาธารณสุข. เมื่อถูกสุนัขกัดปฏิบัติตัวอย่างไร. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 19 เม.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก : http://healthydee.moph.go.th/view_article.php?id=505

3. ธวัชชัย กมลธรรม, ปัทมา สุพรรณกุล, วิระวรรณ ถิ่นยืนยง, วัฒนศักดิ์ ศรรุ่ง. ปัญหาและสาเหตุของการตายด้วยโรคพิษสุนัขบ้าของประเทศไทยปี 2546-2552. วารสารวิชาการสาธารณสุข, 2555; 459-466.
4. นครินทร์ฐปณวงศ์ มิตรสูงเนิน, ธวัชชัย แซ่เตีย, ตนุ เกสรสิริ. ความเหมาะสมของการจัดการผู้ป่วยเสี่ยงสัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลศรีนครินทร์. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 23 มิถุนายน 2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://li01.tci-thaijo.org/index.php/%20SRIMEDJ%20/article/view/239910/163619>
5. นภัสสรณ์ บงจกร, นารณดา ชันธิกุล, สุรเชษฐ์ อรุณทอง. ความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มอายุกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สัมผัสสัตว์ที่เสี่ยงโรคพิษสุนัขบ้าในภาคเหนือของประเทศไทย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา, 2562; 37-46
6. ภาณิต แต่งเกลี้ยง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการฉีดวัคซีนไม่ครบตามนัดของผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้า โรงพยาบาลพรหมคีรี อำเภอพรหมคีรี จังหวัดนครศรีธรรมราช. [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [เข้าถึงเมื่อ 23 มิ.ย.2563]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.promkiri.go.th/detail.php?id=1292558>
7. มงคล เกียรติกวินพงศ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการไม่มารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชนในจังหวัดสุรินทร์ที่ถูกสุนัขหรือแมวกัด. วารสารการแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษสุรินทร์บุรีรัมย์, 2551; 23(2), 759-770.
8. มนูญญา เนินทราย. วันโรคพิษสุนัขบ้าโลก 2012 (World Rabies Day 2012): โรคพิษสุนัขบ้าป้องกันได้. ง่ายนิดเดียว. [อินเทอร์เน็ต]. 2555. [เข้าถึงเมื่อ 5 ม.ค 2560]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.bangkokhealth.com/index.php/health/healthsystem/infectious/2210-2012-world-rabies-day-2012.html>.
9. วาสนา ตันติรัตนานันท์. พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าของประชาชน อำเภอเมืองสุรินทร์ จังหวัดสุรินทร์[วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่;2551.
10. วิเชียร เกตุสิงห์. ค่าเฉลี่ยกับการแปลความหมาย: เรื่องง่ายๆ ที่บางครั้งก็พลาดได้. ข่าวสารการวิจัย การศึกษา, 2538; 18, 8-11.
11. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถานการณ์ปี 59 รายสัปดาห์ ระบบออนไลน์. [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 19 พ.ค. 2559]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.boemoph.go.th/boedb/surdata/disease.php?dcontent=old&ds=42>
12. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โปรแกรมรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้ากลุ่มโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน.[อินเทอร์เน็ต].

- [เข้าถึงเมื่อ 3 ม.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก:
<http://r36.ddc.moph.go.th/r36/home>.
13. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค. แนวทางเวชปฏิบัติโรคพิษสุนัขบ้าและคำถามที่พบบ่อย. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี; กลุ่มโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน สำนักโรคติดต่อทั่วไป; 2556
 14. สุขุมาล กาพนตร, อารยา ประเสริฐชัย, วราภรณ์ จันทร์คง. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับบริการวัคซีนพิษสุนัขบ้าหลังสัมผัสโรคอำเภอกันทรารมย์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 2562; 111-122.
 15. สุรพงษ์ โสณะเสถียร. แนวคิดและทฤษฎีเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรม. [อินเทอร์เน็ต]. 2533. [เข้าถึงเมื่อ 26 มิ.ย. 2553] เข้าถึงได้จาก: <http://www.novabizz.com/NovaAce/Attitude.htm>
 16. เสาวพัตร อ้นจ้อย, สหภาพ พูลเกษร, สมคิด คงอยู่, อธิศักดิ์ ชักนำ, ปณิศา คุ่มผล, ประวิทย์ ชุมเกษียร. บทสรุปทางระบาดวิทยาในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า. สำนักกระบวนวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. 2561.
 17. หทัยทิพย์ จุทอง,วาสนา ยกสกุล. การสำรวจความตระหนักรู้สำหรับประชาชนเรื่องโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่เสี่ยง จังหวัดตรัง พัทลุง สงขลา. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2563:81-87
 18. หทัยทิพย์ จุทอง,วาสนา ยกสกุล. การวิเคราะห์เชิงพรรณนาข้อมูลระบบเฝ้าระวังโรคพิษสุนัขบ้า 5 มิติ เขตสุขภาพที่ 12 สงขลา พ.ศ. 2561. วารสารสภาการสาธารณสุขปีที่ 2 2563;2(1); 35-41
 19. อรพิรุฬห์ สการะเศรณี อรพิรุฬห์ สการะเศรณี, เสาวพัตร อ้นจ้อย, อธิศักดิ์ ชักนำ, ธนวิทย์ จันทร์เทียน, พรรณนาราย สมิตสุวรรณ, นิรันดร์ จอหอ และคณะ. การสำรวจความรู้ ทัศนคติและการปฏิบัติจากการสอบสวนกรณีผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้า จังหวัดจันทบุรี ปี 2558. OSIR, 1-8

ประสิทธิผลของการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วย

โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

Effectiveness of Implementing the Emergency Severity Index for Patient Triage, Nongmuangkhai Hospital, Phrae Province.

กรรณิการ์ ชัยนันท์¹, นิธิรุพนธ์ แสงด้วง²

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ¹, นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ²

โรงพยาบาลหนองม่วงไข่¹, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่²

Corresponding author, E-mail: aonqaph@gmail.com

(Received: February 21, 2021; Revised: March 29, 2021; Accepted: June 28, 2021)

บทคัดย่อ

รับรองคุณภาพโรงพยาบาล เป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนา กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 18 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดย 1) การศึกษาจากเวชระเบียน ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) แบบบันทึกการนำส่งผู้ป่วยจำแนกตามความรุนแรง และ 3) แบบสอบถามความคิดเห็นและความพึงพอใจ ซึ่งมีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับจุดประสงค์ อยู่ระหว่าง 0.6–1.0 ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับเท่ากับ 0.95 โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาสรุปได้ดังนี้ 1) ได้ระบบการคัดแยก/ คัดกรองผู้ป่วยงานบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน 2) ผลลัพธ์ด้านพยาบาล พบว่า มีความพึงพอใจในภาพรวมต่อเครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วยอยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X} = 4.38$ $SD = 0.76$ 3) ผลลัพธ์ด้านผู้ป่วย พบว่า มีความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วย ร้อยละ 94.31

คำสำคัญ: ระบบการคัดแยกผู้ป่วย ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วย

ABSTRACT

This research aimed to develop the triage system in Emergency Department at Nongmuangkhai Hospital in Phrae Province, and to study the effectiveness of implementing the Emergency Severity Index for patient triage. The study implementation was done following the continuous quality improvement framework of the Health Care Development and Accreditation Institute. The sample group consisted of Registered nurse and emergency medical 18 personnel. Data were collected by 1) the study of medical records of patients admitted to the emergency department. 2) Patient record form classified by severity and 3) Opinion and satisfaction questionnaire. Which has the Index of Item-Objective Congruence were 0.6 – 1.0. The confidence value of the whole questionnaire was 0.95. The data were used inferential statistical analysis.

The results of this study indicated that 1) Developed the suitable triage system in emergency department. 2) The nursing results showed that the overall satisfaction with the patient classification tool was at the highest level = 4.38 SD = 0.76 3) The patient outcomes found that the accuracy of triage was 94.31%.

Keywords: Triage system, Emergency Severity Index

บทนำ

แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นหน่วยงานที่สำคัญของโรงพยาบาล เนื่องจากเป็นด่านแรกในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ใช้บริการที่มีอาการเจ็บป่วยและอยู่ในภาวะฉุกเฉิน ทั้งจากอุบัติเหตุหรือการเจ็บป่วย อย่างกะทันหันซึ่งต้องการการช่วยเหลือที่เร่งด่วน รวดเร็ว ถูกต้อง ทันเวลา และปลอดภัยตลอด 24 ชั่วโมง เพื่อให้ผู้ป่วยรอดพ้นจากภาวะคุกคามชีวิตไม่เกิดความพิการหรือภาวะแทรกซ้อนทั้งด้านร่างกายและจิตใจ เป้าหมายหลักของการให้บริการแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน คือ การให้บริการแก้ไขภาวะคุกคามของชีวิตภาวะที่มีความเสี่ยงสูงที่ต้องให้การดูแลรักษาอย่างรวดเร็วทันที และมีการจัดการกับภาวะวิกฤตของชีวิต และภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ได้อย่าง

ถูกต้องเหมาะสมเพื่อรักษาชีวิตและสภาวะคงที่ของการทำหน้าที่ของร่างกายผู้ป่วยให้มากที่สุด¹⁷ ปัจจุบันมีผู้ป่วยมารับบริการในห้องฉุกเฉินเพิ่มขึ้นอย่างมากซึ่งเป็นปัญหาของโรงพยาบาลทั่วโลกทำให้เกิดความแออัดในห้องฉุกเฉิน ปรากฏการณ์นี้มีส่วนสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินมาใช้บริการ¹⁸ โดยมากกว่าครึ่งของผู้รับบริการเป็นผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน มีการรายงานว่าจำนวนผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉินเพิ่มขึ้นอย่างมาก จากร้อยละ 5 เป็นร้อยละ 82²² ทำให้มีผลกระทบต่อคุณภาพการรักษาในภาพรวมส่งผลให้ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วยวิกฤตลดลง ทำให้เกิดความล่าช้าในการดูแลผู้ป่วยวิกฤต¹⁶ แต่ด้วยประเด็นเรื่องสิทธิผู้ป่วยในการใช้บริการสถานพยาบาลทำให้ไม่สามารถปฏิเสธผู้ป่วยที่มีภาวะไม่รุนแรงได้ ในภาวะที่มีความ

ต้องการใช้บริการมากในขณะที่จำเป็นต้องให้บริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยต่อผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องมีการใช้ระบบการคัดแยกประเภทผู้ป่วย (triage systems) ที่หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

สาเหตุหนึ่งของผู้ป่วยล้มแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เนื่องจากมีผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน ด้วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินให้บริการที่รวดเร็วในการรักษาพยาบาล ทำให้ไม่เพียงแต่ผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤติเท่านั้นที่มีความต้องการบริการจากบุคลากรทางการแพทย์ แต่จะมีผู้ป่วยที่มีอาการไม่ฉุกเฉินมารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินด้วยเช่นกัน เนื่องจากเวลาในการตรวจรวดเร็วกว่าการรอตรวจที่หน้าห้องตรวจโรคทั่วไป จึงทำให้ผู้ใช้บริการในหน่วยตรวจฉุกเฉิน มีระดับความรุนแรงและความฉุกเฉินที่หลากหลาย² ปัญหาผู้ป่วยล้มหน่วยตรวจฉุกเฉินเป็นความท้าทายของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ณ หน่วยตรวจฉุกเฉิน¹⁹ เนื่องจากความต้องการใช้บริการมีมากกว่าความสามารถในการให้บริการ ณ เวลานั้นๆ ด้วยข้อจำกัดของทรัพยากรบุคคล อุปกรณ์ทางการแพทย์และเวลา²⁰ ทำให้ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงและมีความฉุกเฉินเข้าถึงบริการยากมากขึ้น คือ ไม่สามารถทราบได้ว่าผู้ป่วยรายใดที่มีความฉุกเฉินที่ต้องได้รับการตรวจรักษาอย่างทันการณ์ ในขณะที่บุคลากรที่ปฏิบัติงานในหน่วยตรวจฉุกเฉินมีหน้าที่ในการคุ้มครองความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉินตามที่บัญญัติไว้ในมาตรา 28 ของพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉินเพื่อให้การรักษาพยาบาลผู้ป่วยเป็นไปตามลำดับความเร่งด่วน⁸ การคัดแยกจึงมีความสำคัญอย่างยิ่งทั้งในผู้ป่วยฉุกเฉินและ

ผู้บาดเจ็บ โดยเฉพาะการดูแลผู้ที่ได้รับบาดเจ็บอย่างรุนแรง ต้องอาศัยการคัดแยกและการประเมินอย่างรวดเร็วและเป็นระบบเพื่อลดอัตราการเสียชีวิตให้น้อยที่สุด และผู้บาดเจ็บควรได้รับการตรวจประเมินซ้ำเป็นระยะเพราะผู้บาดเจ็บอาจมีอาการเปลี่ยนแปลง เช่น มีอาการแย่ลง หรือตรวจพบสิ่งที่ละเอียดในการตรวจเบื้องต้น⁵ นอกจากนั้นในปัจจุบันการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกฉุกเฉิน ทำให้ระยะเวลาารอคอยบริการนานขึ้น จึงมีการใช้ระบบการ Triage เข้ามาคัดแยกผู้ป่วยว่าผู้ป่วยรายใดที่ควรได้รับการรักษาเร่งด่วน และผู้ป่วยรายใดที่สามารถรอคอยได้อย่างปลอดภัย ซึ่งการคัดแยกที่มีประสิทธิภาพจะเพิ่มคุณภาพของการบริการลดระยะเวลาการรอคอย และระยะเวลาการอยู่ในห้องฉุกเฉินทั้งหมด โดยเฉพาะผู้ป่วยหนักที่จะได้รับการบำบัดรักษาอย่างรวดเร็ว และการคัดแยกที่มีการพัฒนาอย่างดีแล้วนั้น จะช่วยในการประเมินความเร่งด่วนฉุกเฉินของผู้ป่วย การวางแผน และการให้บริการที่เหมาะสม¹⁰ และยังมีความสำคัญต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลและทรัพยากรอื่นๆ เช่น อุปกรณ์เครื่องมือช่วยชีวิตที่มีอย่างจำกัด ให้เกิดประโยชน์สูงสุด⁽⁷⁾ รวมทั้งช่วยลดความเครียด ความวิตกกังวล ส่งผลให้เกิดความพึงพอใจแก่ผู้ป่วยและญาติเมื่อได้รับการต้อนรับและคำชี้แจงเกี่ยวกับการคัดแยก¹⁰

โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง ได้รับการรับรองคุณภาพตามมาตรฐาน Hospital Accreditation (HA) ในปี พ.ศ.2562 สำหรับงานบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ มีการพัฒนาคุณภาพตามมาตรฐานเพื่อให้โรงพยาบาลผ่านการประเมินดังกล่าว มีสถิติผู้รับบริการเฉลี่ยวันละ 63 ราย จำนวนผู้รับบริการในปี

พ.ศ.2560 - 2562 มีจำนวน 22,759 ราย 22,461 ราย และ 23,592 ราย ตามลำดับ ด้วยอุบัติการณ์ในการคัดแยกผู้ป่วยโรงพยาบาลหนองม่วงไขที่ผ่านมาพบว่า ด้านผู้รับบริการ ได้แก่ ผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน รวมทั้งผู้ป่วยที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องนอนรถเข็นนอน และความเคยชินของผู้ป่วยต้องการตรวจอย่างรวดเร็วจึงเข้ามาห้องฉุกเฉินโดยไม่ผ่านจุดคัดกรอง ด้านผู้ให้บริการ คือ พยาบาลคัดกรองยังขาดความรู้และทักษะในการคัดกรองการซักประวัติ และตรวจร่างกายเบื้องต้น กระบวนการคัดกรอง การซักประวัติและการตรวจร่างกาย และการประเมินอาการผู้ป่วยแรกรับไม่ครอบคลุม ใช้ความรู้สึกและประสบการณ์การทำงานในการคัดกรอง กระบวนการคัดกรองของพยาบาลห้องฉุกเฉินและตึกผู้ป่วยนอกไม่ตรงกัน ไม่มีคู่มือปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย การแบ่งแยกพื้นที่รับผู้ป่วยหลังคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงไม่ชัดเจน กระบวนการในการคัดกรองทำภายในห้องฉุกเฉิน ขาดกระบวนการทบทวนแนวทางการคัดกรองและการทำความเข้าใจประเภทผู้ป่วยระหว่างแผนกร่วมกันระหว่างห้องฉุกเฉินและตึกผู้ป่วยนอก ในปีงบประมาณ 2561 พบอุบัติการณ์การคัดกรองผู้ป่วยไม่ครอบคลุม ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดแดงใหญ่ส่วนท้องโป่งพองส่งผลให้ผู้ป่วยอาการทรุดลง มีภาวะหยุดหายใจและหัวใจหยุดเต้นในห้องฉุกเฉิน และในปีงบประมาณ 2562 พบความบกพร่องในการคัดกรองของพยาบาลขาดการประเมินอาการซ้ำขณะนอนสังเกตอาการการวินิจฉัย รักษาและการส่งต่อโดยแพทย์ล่าช้า ส่งผลให้ผู้ป่วยเสียชีวิต ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง และในการพัฒนาคุณภาพเพื่อให้ได้มาตรฐาน พบว่า ในด้านมาตรฐานการคัดแยกผู้ป่วยยังไม่เป็นระบบที่

ชัดเจน จากการตรวจเยี่ยมของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อรับรองคุณภาพในปี พ.ศ. 2562 ได้รับข้อเสนอแนะให้พัฒนาเพิ่มเติมเรื่องการคัดแยก โดยทีมควรนำการทบทวนเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยแรกรับให้มีความชัดเจนโดยใช้ข้อมูลทางวิชาการที่สามารถระบุถึงระดับความรุนแรงที่สอดคล้องกับอาการ ความต้องการการติดตามประเมินซ้ำที่เหมาะสม และสามารถสื่อให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถประเมินผู้ป่วยแรกรับได้ด้วยความเข้าใจที่ตรงกัน

จึงทำให้ผู้ศึกษาทำการวิจัยและพัฒนาเชิงคุณภาพตามกรอบแนวคิด PDSA เพื่อพัฒนาระบบและศึกษาคุณภาพหลังจากได้ที่พัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองม่วงไข

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองม่วงไข จังหวัดแพร่
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วยโรงพยาบาลหนองม่วงไข จังหวัดแพร่

ขอบเขตการวิจัย

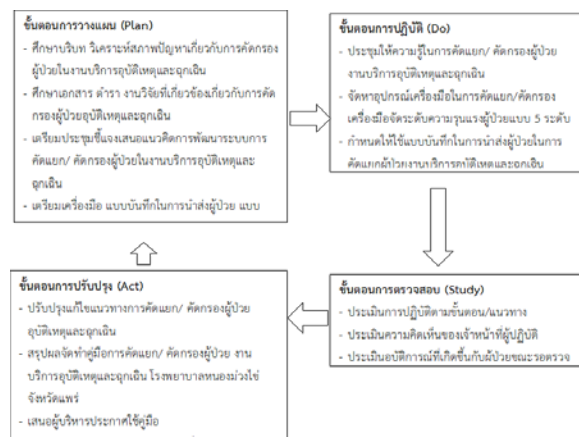
การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (The Research and Development) เพื่อพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองม่วงไข โดยศึกษาขอบเขตตั้งแต่ผู้ป่วย ถูกคัดกรองเบื้องต้นที่จุดคัดแยก/ คัดกรองโดยพยาบาลผู้ที่ปฏิบัติหน้าที่ในการคัดแยก/ คัดกรอง และเข้ามาใช้บริการในห้องฉุกเฉิน จนกระทั่งออกจากห้องฉุกเฉิน โดยประเมินผลการ

ปฏิบัติงานตามขั้นตอน/แนวทางการ คัดแยก/ คัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประเมินความพึงพอใจของผู้ปฏิบัติในการพัฒนาระบบการ คัดแยก/ คัดกรองผู้ป่วย และอุบัติการณ์ความบกพร่องที่เกิดกับผู้ป่วยขณะรอตรวจ โดยระยะเวลาในการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2563 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2564

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จำนวน 12 คน พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานจุดคัดกรอง จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน จำนวน 1 คน และข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่

กรอบแนวคิดการวิจัย



วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบของการศึกษา เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) โดยใช้กระบวนการ PDSA มาพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และมีการศึกษาผลลัพธ์เชิงคุณภาพหลังจากที่ได้ใช้ระบบที่พัฒนาขึ้นในด้านผู้ให้บริการและผู้รับบริการ โดยมี

ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2563 ถึงวันที่ 31 มีนาคม 2564

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล และเครื่องมือในการดำเนินการศึกษา มีรายละเอียดดังนี้

1. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีจำนวน 1 ชุด ได้แก่ แบบสอบถามความคิดเห็นของพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน ประกอบด้วย 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ อายุ เพศ ประสบการณ์ในการปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลหนองม่วงไข่

ส่วนที่ 2 ประกอบด้วย 1) แบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกในการนำส่งผู้ป่วย 2) แบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้เครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วยตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน

2. เครื่องมือในการดำเนินการศึกษาได้แก่แบบบันทึกในการนำส่งผู้ป่วยจำแนกตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่ และแบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกในการนำส่งผู้ป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจของพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน ต่อการใช้เครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งลักษณะคำถามเป็นแบบประเมินค่ามาตราลิเคิร์ต (Likert Scale) มี 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ให้ผู้ตอบพิจารณาเลือกคำตอบดังนี้

5 คะแนน หมายถึง มีความเห็นด้วย/พึงพอใจ มากที่สุด

4 คะแนน หมายถึง มีความเห็นด้วย/
พึงพอใจ มาก

3 คะแนน หมายถึง มีความเห็นด้วย/
พึงพอใจ ปานกลาง

2 คะแนน หมายถึง มีความเห็นด้วย/
พึงพอใจ น้อย

1 คะแนน หมายถึง มีความเห็นด้วย/
พึงพอใจ น้อยที่สุด

เกณฑ์การแปลผล พิจารณาจากค่าเฉลี่ยของช่วง
ระดับคะแนน ใช้แนวคิดของ Best (2006 อ้างถึง
ใน พัศกรพิมล หาญรินทร์, 2551)⁹ แบ่งออกเป็น
5 ระดับ คือ

คะแนนเฉลี่ย	ระดับ
4.20 – 5.00	หมายถึง มากที่สุด
3.40 – 4.19	หมายถึง มาก
2.60 – 3.39	หมายถึง ปานกลาง
1.80 – 2.59	หมายถึง น้อย
1.00 – 1.79	หมายถึง น้อยที่สุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคลของพยาบาล
วิชาชีพ เจ้าหน้าที่งานเวชกิจฉุกเฉิน วิเคราะห์ข้อมูล
โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ความถี่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ความคิดเห็นของพยาบาลผู้
เกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกในการนำส่งผู้ป่วย โดย
ใช้สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย และ
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ผู้
ปฏิบัติต่อการใช้เครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วย
ตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน โดยใช้สถิติเชิง
พรรณนาประกอบด้วย ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐาน

4. วิเคราะห์การใช้แบบบันทึกในการนำส่ง
ผู้ป่วยจำแนกตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน โดยใช้
สถิติเชิงพรรณนาประกอบด้วย ความถี่ ร้อยละ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้รับการรับรองจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
แพร่ ทั้งนี้ในการวิจัยในขั้นตอนต่างๆ ผู้วิจัย
คำนึงถึงศักดิ์ศรีและคุณค่า รวมถึงผลกระทบที่
อาจจะเกิดขึ้น โดยขอความยินยอมในการเข้า
ร่วมงานวิจัยและตอบแบบสอบถามจาก
กลุ่มเป้าหมาย และอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับ
วัตถุประสงค์การวิจัย ขั้นตอนต่างๆของการวิจัย
การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ รวมถึงการ
นำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมโดยไม่
ระบุตัวตนของผู้ให้ข้อมูลหรือผู้ตอบแบบสอบถาม
แต่อย่างใด ซึ่งจะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้เข้าร่วม
การศึกษาไม่ว่าปัจจุบันหรืออนาคต

ผลการวิจัย

การศึกษานี้ ได้ทำการนำเสนอผล
การศึกษาออกเป็น 2 ตอน ตามวัตถุประสงค์ของ
การวิจัย รายละเอียดดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนาระบบการคัดแยก
ผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยพัฒนาระบบ
ตามแนวคิดการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่อง โดย
การใช้วงล้อพีดีเอสเอ (PDCA) ของสถาบันพัฒนา
และรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สามารถสรุปผล
การศึกษาได้ดังนี้

ขั้นตอนการวางแผน (Plan) การ
กำหนดออกแบบวิธีการทำงานแผนงาน (ศึกษา
กระบวนการ กำหนดปัญหา ตั้งเป้าหมาย และ
พัฒนาแผนการปรับปรุง) ประกอบด้วยการสำรวจ

สถานการณ์ รวบรวมและวิเคราะห์ปัญหา เกี่ยวกับระบบการคัดกรอง/คัดแยกผู้ป่วยของงานบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาล โดยการศึกษาบริบท ปัญหา สถานการณ์เกี่ยวกับระบบการคัดกรองผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉิน โดยวิเคราะห์ข้อมูลจาก

1. ศึกษาบริบท ปัญหา สถานการณ์เกี่ยวกับระบบการคัดกรองผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ โดยวิเคราะห์ข้อมูลจาก

1.1 การประชุมระดมความคิดเกี่ยวกับปัญหาของระบบการคัดกรอง/ คัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ประเด็นสำคัญที่ต้องพัฒนา 3 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้รับบริการ ผู้ป่วยมีจำนวนมาก ทั้งผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน เกิดการเปรียบเทียบกันระหว่างผู้ป่วยฉุกเฉินและไม่ฉุกเฉิน เนื่องจากผู้ป่วยไม่ฉุกเฉินอาจจะมารับบริการก่อนแต่ได้รับการดูแลช้ากว่าผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ป่วยที่ต้องการตรวจอย่างรวดเร็วย่อมเข้ามาห้องฉุกเฉินโดยไม่ผ่านจุดคัดกรอง/ คัดแยก 2) ด้านผู้ให้บริการ เจ้าหน้าที่ขาดความมั่นใจในการปฏิบัติงานขาดความรู้และทักษะในการคัดแยก/ คัดกรอง ใช้ความรู้สึกและประสบการณ์การทำงานในการคัดกรอง กระบวนการคัดกรองของพยาบาลห้องฉุกเฉินและตึกผู้ป่วยนอกไม่ตรงกัน และ 3) ด้านหน่วยงาน ขาดมาตรฐานในการปฏิบัติงาน ไม่มีคู่มือปฏิบัติในการคัดกรองผู้ป่วย

1.2 อุบัติการณ์ในการคัดกรอง ในปีงบประมาณ 2561 และในปีงบประมาณ 2562 ทีมนำทางคลินิกได้วิเคราะห์สาเหตุ พบว่า เกิดจากสาเหตุ 2 ประเด็นคือ สาเหตุแรก เจ้าหน้าที่ขาดทักษะในการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ส่วนสาเหตุที่สองขาดแนวทางในการคัดกรองและประเมินผู้ป่วย

1.3 ข้อเสนอแนะจากการตรวจเยี่ยมของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล ในเดือนเมษายน 2562 (ศูนย์พัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลหนองม่วงไข่, 2562) ให้พัฒนาเรื่องการคัดแยก ทบทวนเกณฑ์การประเมินผู้ป่วยแรกรับให้มีความชัดเจน ระบุถึงระดับความรุนแรงที่สอดคล้องกับอาการของผู้ป่วย

2. ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการพัฒนาระบบการคัดกรอง/คัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

3. เสนอผลการประชุมและแนวทางการพัฒนาระบบการคัดกรอง/ คัดแยกผู้ป่วยแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ ต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองม่วงไข่

4. เสนอแนวทางการดำเนินการพัฒนาระบบการคัดกรอง/ คัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ ต่อเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง

5. จัดทำเครื่องมือในการศึกษา ได้แก่ แบบบันทึกในการนำส่งผู้ป่วยจำแนกตามดัชนีความรุนแรง แบบประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกในการนำส่งผู้ป่วย และแบบประเมินความพึงพอใจต่อการใช้เครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วยตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน

ขั้นตอนปฏิบัติ (Do) การลงมือทำตามแนวทางที่กำหนดไว้ (การนำแผนไปทดสอบใช้ การวัดการปรับปรุงประสิทธิภาพ)

1. จัดประชุมพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เจ้าหน้าที่เวชกิจฉุกเฉิน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานจุดคัดกรอง/ คัดแยก เพื่อชี้แจงถึง

ความสำคัญของการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วย และให้ความรู้เกี่ยวกับสาระสำคัญของดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วย สำหรับพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วมประชุม ผู้ศึกษาได้ชี้แจงและให้ความรู้เป็นรายบุคคล

2. สอนและฝึกทักษะพยาบาลแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และพยาบาลที่ปฏิบัติงานจุดคัดกรอง/ คัดแยกทุกคน เพื่อให้สามารถใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วยได้อย่างถูกต้อง และสอนการบันทึกผลในแบบบันทึกในการนำส่งผู้ป่วยอย่างถูกต้อง พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถามจนพยาบาลทุกคนสามารถลงบันทึกข้อมูลได้อย่างถูกต้อง ครบถ้วน ก่อนมีการรวบรวมผลลัพธ์

3. ผู้ศึกษานิเทศก์การปฏิบัติตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วยเป็นประจำ ในเวรเช้า ผู้ศึกษาได้ทำความเข้าใจและชี้แจงกับพยาบาลผู้ทำการคัดแยกผู้ป่วยเป็นรายกลุ่มเมื่อพบว่ายังมีการปฏิบัติไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วย

4. ผู้ศึกษาให้คำปรึกษาและติดตามประเมินปัญหา อุปสรรคในการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วย รวมทั้งสอบถามปัญหาและอุปสรรคจากผู้เกี่ยวข้องโดยตรง ซึ่งปัญหาที่พบเป็นการปฏิบัติไม่ถูกต้องตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน

ผลด้านความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับแบบบันทึกในการนำส่งผู้ป่วยจำแนกตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินโดยภาพรวม พบว่า มีความคิดเห็นเกี่ยวกับแบบบันทึกในการนำส่งผู้ป่วยจำแนกตามระดับดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินอยู่ในระดับมากที่สุด $\bar{X} = 4.38$ $SD = 0.76$ ดังแสดงในตารางที่ 1

ขั้นตอนการตรวจสอบ (Study) การเรียนรู้ที่ได้จากการลงมือทำ (การประเมินแผน การทำงานใช้ได้ผลหรือไม่ ประสบความสำเร็จในเป้าหมาย) ศึกษาติดตามประเมินผลการดำเนินงาน การพัฒนาระบบการคัดกรอง/ คัดแยกผู้ป่วยของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ โดยประเมินความคิดเห็นเกี่ยวกับการใช้แบบบันทึกในการนำส่งผู้ป่วยและประเมินความพึงพอใจต่อการใช้เครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าพนักงานเวชกิจฉุกเฉิน และประเมินอุบัติการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วยระหว่างรอตรวจ

ขั้นตอนปรับปรุงการดำเนินงาน (Act) การเข้าปรับปรุงเปลี่ยนแปลงตามผลลัพธ์ที่ได้เรียนรู้ (การปรับปรุงอย่างต่อเนื่องตามวงจรด้วยปัญหาใหม่ๆ) โดยนำผลการประเมินต่างๆ มาปรับปรุงและแก้ไขข้อบกพร่อง ดังนี้

1. หลังจากพัฒนาระบบการคัดกรอง/ คัดแยก ได้จัดประชุมเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้อง เพื่อสรุปผลการพัฒนาระบบการคัดกรอง/ คัดแยกผู้ป่วย และระดมสมองค้นหาปัญหาอุปสรรคและปรับปรุงแก้ไขสรุปผลได้ดังนี้

1.1 ด้านผู้ป่วย พบปัญหาที่มีผู้ป่วยบางส่วนที่ไม่ได้ผ่านการคัดกรอง/ คัดแยก และผู้ป่วยมาตามนัดที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ต้องการเข้าตรวจที่ห้องฉุกเฉินเนื่องจากต้องการตรวจอย่างรวดเร็ว ได้ดำเนินการปรับปรุงแก้ไข โดยพยาบาลที่ปฏิบัติงานคัดกรอง/ คัดแยกต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับระดับความรุนแรงของผู้ป่วย การให้การพยาบาล ณ จุดคัดกรอง และเกณฑ์การส่งผู้ป่วยไปตึกผู้ป่วยนอกให้ผู้ป่วยและญาติทราบ ส่วนผู้ป่วยมาตามนัดที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้รับเข้าตรวจที่ห้องฉุกเฉินกรณีรถเข็นนอนเท่านั้น

1.2 ด้านสถานที่ พบปัญหาไม่มีพื้นที่ในการรับผู้ป่วยระดับ 3 และระดับ 4 หน้าห้องฉุกเฉิน ปรับปรุงแก้ไขโดยจัดโซนรองรับผู้ป่วยข้างห้องฉุกเฉิน และมอบหมายให้มีพยาบาลรับผิดชอบเพื่อทำการประเมินซ้ำ ให้การพยาบาลตามระดับความรุนแรง

1.3 ด้านอุปกรณ์ เครื่องมือ พบปัญหาเครื่องวัดความดันโลหิตแบบอัตโนมัติแบบพกพาไม่สะดวก ใ้การใช้งาน ปรับปรุงแก้ไขโดยปรับเปลี่ยนนำเครื่องวัดความดันโลหิตแบบเซ็นได้ออกไปใช้งานที่จุดคัดกรอง/ คัดแยก

1.4 ด้านบุคลากร พบปัญหาพยาบาลที่ตึกผู้ป่วยนอกยังไม่เข้าใจระบบ มีผู้ป่วยบางประเภทที่พยาบาลตัดสินใจลำบากในการจัดระดับความรุนแรง ได้แก่ ผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรง ระดับ 3 และระดับ 4 ตัดสินใจยังไม่ถูกว่าจะจัดให้เป็นระดับใด แก้ไขโดยประชุมระหว่างพยาบาลตึกผู้ป่วยนอกและห้องฉุกเฉิน เพื่อให้เข้าใจแนวทางตรงกัน

1.5 ด้านกระบวนการคัดกรอง/ คัดแยก พบปัญหาพยาบาลยังมีความเข้าใจไม่ตรงกัน และในขั้นตอนการให้ข้อมูลเรื่องระยะเวลารอคอย แก้ไขโดยปรับปรุงแนวทางให้ชัดเจน สำหรับการให้ข้อมูลเรื่องระยะเวลารอคอย การให้ข้อมูลไม่ให้ระบุเวลาที่เกินกว่าที่ เปลี่ยนเป็นรอตรวจไม่น่าจะเกินกี่นาที ตามระดับความรุนแรงถ้าไม่มีเหตุการณ์ฉุกเฉิน

2. จัดทำคู่มือและเสนอผู้บริหาร ประกาศใช้คู่มือการคัดกรองผู้ป่วยงานบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลหนองม่วงไข่ ฉบับสมบูรณ์ และนำไปใช้จริงในหน่วยงาน

ระยะที่ 2 การพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยพัฒนาระบบ

ตามแนวคิดการพัฒนาคูณภาพอย่างต่อเนื่อง โดยการใช้วงล้อพีดีเอสเอ (PDCA) ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล สามารถสรุปผลการศึกษาได้ดังนี้

ผลด้านระดับความพึงพอใจของเจ้าหน้าที่ต่อการใช้เครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วยจำแนกตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินโดยภาพรวม พบว่า มีความพึงพอใจต่อการใช้เครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วยจำแนกตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ในระดับมากที่สุด $\bar{X} = 4.28$ SD. = 0.74

ผลการศึกษาการคัดแยกผู้ป่วยจำแนกประเภทผู้ป่วยจำแนกตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินในผู้ป่วยจำนวน 369 ราย พบว่า มีการจำแนกผู้ป่วยตามดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินได้ดังนี้ ผู้ป่วยฉุกเฉินมาก จำนวน 9 ราย คิดเป็นร้อยละ 2.44 ผู้ป่วยฉุกเฉิน จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.88 ผู้ป่วยเร่งด่วน จำนวน 156 ราย คิดเป็นร้อยละ 42.27 ผู้ป่วยเฉียบพลัน จำนวน 98 ราย คิดเป็นร้อยละ 26.56 และผู้ป่วยไม่ฉุกเฉิน จำนวน 88 ราย คิดเป็นร้อยละ 88 ผู้ป่วยที่ได้รับการคัดแยกได้ถูกต้อง จำนวน 348 ราย คิดเป็นร้อยละ 94.31 และผู้ป่วยที่ได้รับการคัดแยกไม่ถูกต้อง จำนวน 21 ราย คิดเป็นร้อยละ 5.69 เมื่อจำแนกประเภทของการคัดแยกไม่ถูกต้อง พบว่า มีการคัดแยกต่ำกว่าสภาพความรุนแรงที่เป็นจริง (Under Triage) จำนวน 3 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.81 และมีการคัดแยกสูงกว่าสภาพความรุนแรงที่เป็นจริง (Over Triage) จำนวน 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 4.88

อภิปรายและสรุปผล

ด้านการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน หลังการพัฒนาระบบการคัดแยกผู้ป่วยงานบริการอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทำให้

เกิดผลลัพธ์ที่ดี พยาบาลส่วนใหญ่มีความพึงพอใจ มี การปฏิบัติตามขั้นตอนการคัดแยก/ คัดกรอง ไม่พบ อุบัติการณ์ที่เกิดกับผู้ป่วย ขณะรอตรวจ เนื่องจากมี การพัฒนาหลายด้าน เช่น จัดพยาบาลคัดแยก/คัด กรองผู้ป่วย ซึ่งจะช่วยในการประเมินผู้ป่วยเพื่อ ตัดสินใจจำแนกประเภทและความต้องการการรักษา ผู้ป่วยและส่งผู้ป่วยไปรับบริการในหน่วยงาน ที่เหมาะสม ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างรวดเร็ว ผู้ป่วยที่มีพยาบาลคัดกรองมีระยะเวลาในการอยู่ใน ห้องฉุกเฉินลดลง²¹ ซึ่งมีการพัฒนาในเรื่องของ มาตรฐานการคัดกรองผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน¹³ และมีการใช้ แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับ การจำแนกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพะเยา ซึ่งจัดระดับความเร่งด่วนของการรักษา แบ่งเป็น 3 ระดับที่เป็นแบบเดิม ได้แก่ ฉุกเฉินมาก ฉุกเฉิน และไม่ฉุกเฉิน เปรียบเทียบกับการจัดระดับความ เร่งด่วนของการรักษาแบ่งเป็น 5 ระดับ ที่มีการ ปรับเปลี่ยนใหม่ ได้แก่ วิกฤต ฉุกเฉินมาก ฉุกเฉิน กึ่งฉุกเฉิน และไม่ฉุกเฉิน ประเมินผลลัพธ์ ระยะเวลารอคอยของกลุ่มตัวอย่างที่มีความ เร่งด่วนของการรักษา พบว่า ผลจากการนำแนว ปฏิบัติทางคลินิกไปใช้ระยะเวลารอคอยของกลุ่ม ผู้ป่วยฉุกเฉิน ลดลงกว่าการใช้แนวปฏิบัติทาง คลินิกแบบเดิม¹¹

การได้รับการอบรมให้ความรู้ในการ คัดแยก/ คัดกรองผู้ป่วยฉุกเฉิน การช่วยฟื้นคืนชีพ ขั้นสูงการชกประวัติ การตรวจร่างกาย และการดูแล ผู้ป่วยอุบัติเหตุขั้นสูง ช่วยเพิ่มความรู้ความสามารถ ในการคัดกรองผู้ป่วยให้กับพยาบาล และวิธีการคัด กรองผู้ป่วยที่พัฒนาขึ้นทำให้พยาบาลมีความพึง พอใจในระดับมากที่สุด นอกจากนั้นการใช้เครื่องมือ ในการคัดกรอง 5 ระดับ มีความแม่นยำสูง จึงทำให้ พยาบาลมีความมั่นใจในการคัดกรองผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

ทำให้จึงทำให้พยาบาลมีความมั่นใจในการคัดกรอง ผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทำให้มีความพึงพอใจต่อการพัฒนา ระบบคัดแยก/ คัดกรองโดยภาพรวม การพัฒนา เครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและ ฉุกเฉิน พบว่าเครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วยช่วยให้ พยาบาลสามารถประเมิน และจำแนกประเภทผู้ป่วย ได้สะดวก รวดเร็วขึ้น มีความเหมาะสมในการ นำไปใช้ในงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในภาพรวมระดับ ความพึงพอใจของพยาบาลต่อการใช้เครื่องมือจำแนก ประเภทผู้ป่วยแบบ 5 ระดับ อยู่ในระดับมาก³

ด้านประสิทธิผลของการใช้ดัชนีความ รุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วย
การประเมินความถูกต้องของการคัดแยกตามระดับ ความรุนแรงของผู้ป่วยโดยแพทย์เวรหน่วยงาน อุบัติเหตุและฉุกเฉิน พบว่า ส่วนใหญ่พยาบาลมีการ คัดแยกถูกต้องตามระดับความรุนแรงของผู้ป่วย คิด เป็นร้อยละ 94.31 เนื่องจากการมีคู่มือปฏิบัติที่ ชัดเจน มีเครื่องมือในการคัดแยก/คัดกรองที่แม่นยำ มีการปฏิบัติตามแนวทางการคัดแยก/คัดกรอง ซึ่ง ภายหลังการนำดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินไปใช้ที่ โรงพยาบาลสระบุรี พบว่าความตรงกันของการคัด แยกระดับความฉุกเฉินของผู้ป่วยระหว่างพยาบาล คัดแยกกับผู้ตรวจสอบ อยู่ในระดับดีมากซึ่งเพิ่ม มากขึ้นเมื่อเทียบกับก่อนใช้¹⁴

สำหรับผู้ป่วยที่คัดแยกไม่ถูกต้อง พบว่า ส่วนใหญ่มีการคัดแยกเป็นระดับความรุนแรง มากกว่าปกติ (Over Triage) คิดเป็นร้อยละ 4.88 ซึ่งการคัดแยกเป็นระดับความรุนแรงมากกว่าปกตินี้ ไม่ทำให้เกิดอันตรายหรืออุบัติการณ์ขณะรอตรวจ กับผู้ป่วยเนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้จะได้รับการตรวจที่ เร็วขึ้นตามระดับความรุนแรงที่คัดแยกผู้ป่วย มีการ ทบทวนความสอดคล้องและประสิทธิผลของการ คัดแยกผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่ห้องฉุกเฉิน พบว่า

การคัดแยกผู้ป่วยโดยพยาบาลมีแนวโน้มที่จะคัดแยกผู้ป่วยให้อยู่ในระดับเร่งด่วนกว่าแพทย์ (Over Triage) ถึงร้อยละ 53.8⁴

จากการศึกษาดังกล่าว ผู้ศึกษาอภิปรายผลการศึกษาดังต่อไปนี้ ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วยที่นำมาใช้ในการศึกษาครั้งนี้จนกระทั่งเกิดผลลัพธ์ดังกล่าวได้มาจากดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 ขององค์การด้านการวิจัยสุขภาพและคุณภาพประเทศสหรัฐอเมริกา ที่เริ่มพัฒนาโดยแพทย์ เวชศาสตร์ฉุกเฉิน ริชาร์ด เวิร์ส และเดวิด อีเทล โดยผลลัพธ์ที่ทำให้ความถูกต้องของการคัดแยกผู้ป่วยเพิ่มขึ้น เนื่องจากดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินเป็นแนวทางในการคัดแยกผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพสามารถนำมาประเมินสภาพผู้ป่วย บุคลากรก็สามารถให้การดูแลรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยได้ทันเวลาที่ โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่มีภาวะคุกคามต่อชีวิต ได้แก่ กลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤต และกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินเสี่ยง ในขณะที่ผู้ป่วยที่มีความฉุกเฉินรองลงมาก็สามารถรอคอย การตรวจได้อย่างปลอดภัย

นโยบายของหน่วยงานยังเป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการศึกษาครั้งนี้ โรงพยาบาลหนองม่วงไข่ ได้มีนโยบายกำหนดการคัดแยกประเภทผู้ป่วย ซึ่งนโยบายดังกล่าวได้มีการกำหนดให้ใช้ในงานผู้ป่วยนอก ได้แก่ งานผู้ป่วยนอกในเวลาราชการ และงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โดยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน จะมีการคัดแยกผู้ป่วยตามระดับความรุนแรงฉุกเฉิน และได้มีการเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์เพราะเป็น ตัวชี้วัดหนึ่งของการประกันคุณภาพการบริการของหน่วยงาน ประกอบกับในปัจจุบันสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติได้เล็งเห็นความสำคัญของการคัดแยก

ผู้ป่วย คณะกรรมการการแพทย์ฉุกเฉินจึงได้ประกาศบังคับใช้เกณฑ์การประเมินเพื่อคัดแยกระดับความฉุกเฉินให้ทุกโรงพยาบาลในประเทศไทยมีระบบการคัดแยกในหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อความปลอดภัยของผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยแนะนำให้ใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน ฉบับที่ 4 ขององค์การด้านการวิจัยสุขภาพและคุณภาพประเทศสหรัฐอเมริกา ที่แปลโดยสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติมาเป็นแนวทางในการคัดแยกผู้ป่วย ซึ่งเป็นการคัดแยกผู้ป่วยแบบ 5 ระดับ เพื่อให้ทุกโรงพยาบาลมีมาตรฐานเดียวกันในการคัดแยกผู้ป่วย

ในการศึกษานี้ใช้กรอบการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้วยการใช้วงล้อพีดีเอสเอ (PDCA) ของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล¹⁵ ซึ่งเป็นขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพที่ใช้ในระบบประกันคุณภาพในหน่วยงาน การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้วยการใช้วงล้อพีดีเอสเอช่วยควบคุมการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ ช่วยให้งานมีความก้าวหน้าเป็นไปตามแผนที่วางไว้¹² สอดคล้องกับเป้าหมายในการประกันคุณภาพและนำมารวมกันวางแผนแนวทางแก้ไขเมื่อผลไม่บรรลุเป้าหมายโดยมีการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในการศึกษานี้ผู้ศึกษาได้ปฏิบัติตามขั้นตอนการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องด้วยการใช้วงล้อพีดีเอสเอ ซึ่งเป็นระบบที่ปฏิบัติกันมานานในโรงพยาบาลและได้นำลงมาสู่ระดับหน่วยงานต่างๆ รวมถึงหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ที่มีพัฒนาคุณภาพของหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงนำการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องนี้มาเพื่อพัฒนาคุณภาพความต้องการของการคัดแยก และระยะเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยมาถึงจนกระทั่งพบแพทย์หรือพยาบาล ซึ่งเป็นตัวชี้วัด

หนึ่งที่สำคัญของงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้ใช้สมรรถนะ การประสานงานและขอความร่วมมือจากบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง ในครั้งนี้ พบว่า มีความสะดวกมากขึ้นเนื่องจากนโยบายของโรงพยาบาล และหน่วยงานใช้ระบบการพัฒนาคุณภาพเดียวกัน ดังนั้นบุคลากรที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการศึกษาจึงมีความคุ้นเคยเป็นอย่างดีไม่ต้องมีการปรับตัวใหม่กับการดำเนินการศึกษาซึ่งเป็นการพัฒนาที่มีความต่อเนื่อง และยังได้รับข้อเสนอแนะข้อคิดเห็นและ ข้อเสนอที่ต้องนำมาพัฒนาการดำเนินงานต่อไปเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ตั้งเป้าหมายไว้ในระหว่างการพัฒนาคุณภาพ ผู้ศึกษาได้นำข้อมูลที่ได้รับรวบรวมผลการคัดแยกผู้ป่วยของพยาบาลผู้ทำการคัดแยกมาวิเคราะห์ พบว่าพยาบาลบางท่านยังเกิดความไม่เข้าใจในเกณฑ์การคัดแยกผู้ศึกษาจึงใช้การสอนรายบุคคล เพื่อเพิ่มความเข้าใจ ให้แก่พยาบาลผู้ทำการคัดแยกผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น พร้อมทั้งรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์เข้าเป็นรายบุคคล ในช่วงของการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่อง พร้อมกันนี้ผู้ศึกษาและทีมงานจะเป็นผู้ที่คอยกระตุ้น สอนกำกับ ติดตาม นิเทศ ให้ผู้ปฏิบัติ พร้อมทั้งให้กำลังใจแก่ผู้ปฏิบัติสามารถดำเนินการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน สำหรับการคัดแยกผู้ป่วยอย่างถูกต้องตลอดระยะเวลาดำเนินการศึกษา เพื่อให้มีความเชื่อมั่นและมั่นใจในการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินมากขึ้น โดยทำการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องซ้ำ 2 รอบ โดยสมรรถนะของผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงที่ผู้ศึกษาใช้ คือ สมรรถนะในการเสริมสร้างพลังอำนาจ เมื่อผลการคัดแยกผู้ป่วยรายบุคคลเป็นไปตามเป้าหมายแล้ว ผู้ศึกษาจึงเริ่มเก็บรวบรวม ผลลัพธ์ระหว่างการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องจากพยาบาลผู้ทำการ

คัดแยกผู้ป่วยทุกคนต่อไป จะเห็นได้ว่าผู้ศึกษาจะต้องมีการติดตามและประเมินผลการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเพื่อให้การปฏิบัติการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วยเป็นไปตามเกณฑ์และเป้าหมายมากที่สุด

จากการวิจัยครั้งนี้จะเห็นได้ว่าการปฏิบัติตามการพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องตามกรอบแนวคิดที่ผู้วิจัยนำมาเป็นแนวทางในการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วยสามารถพัฒนาผลลัพธ์ให้เป็นไปตามเป้าหมายที่วางไว้ได้อย่างมีประสิทธิภาพเพราะมีการตรวจสอบผลการดำเนินงาน และประเมินผลลัพธ์อย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ผลลัพธ์บรรลุเป้าหมาย ทั้งนี้การพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องในการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วยผู้ศึกษาจึงต้องมีการติดตามและประเมินผลการพัฒนาคุณภาพต่อไป เพื่อให้การใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วยเป็นไปตามมาตรฐานมากขึ้น และเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการพัฒนาผลลัพธ์ซึ่งเป็นตัวชี้วัดและนโยบายของหน่วยงาน

ข้อเสนอแนะ

1. ก่อนมีการนำดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินไปใช้ ควรมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และขั้นตอนในการใช้ เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพในการคัดแยกผู้ป่วย ขณะมีการใช้ควรให้ความรู้และความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่เป็นระยะ เพื่อให้เกิดความชำนาญในการคัดแยกผู้ป่วย
2. การนำดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินไปใช้ ควรมีการประเมินผลการใช้เป็นระยะและต่อเนื่อง เพื่อปรับปรุงและแก้ไขให้มีประสิทธิภาพมากที่สุด

ในหน่วยงานที่จะนำดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินไปใช้ ควรมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ หรือพยาบาลผู้ที่มีความรู้ความเข้าใจในดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินเป็นอย่างดี เพื่อช่วยในการตัดสินใจและช่วยในการประเมินความถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรมีการศึกษาผลลัพธ์อื่นของประสิทธิผลของการใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉินสำหรับการคัดแยกผู้ป่วย เช่น อัตราตายและอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการคัดแยกไม่ถูกต้อง ข้อร้องเรียนและความพึงพอใจของผู้รับบริการ เป็นต้น

2. ควรศึกษาเพื่อขยายผล เครื่องมือการคัดแยก/ คัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินแบบ 5 ระดับ ไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและปรับให้เข้ากับบริบท เพื่อให้มีการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. กงทอง ไพศาล. การพัฒนาเครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาบริหารการพยาบาล]. คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
2. กงทอง ไพศาล และบุศรา กาญจนบัตร. การพัฒนาเครื่องมือจำแนกประเภทผู้ป่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลพล จังหวัดขอนแก่น. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2554; 34(3):57-64.

3. ไชยพร ยุกเซ็น. Research on ESI Triage. เอกสารประกอบการอบรมเกณฑ์และวิธีปฏิบัติการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน. ลำปาง: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2555.
4. ธาณินทร์ โลเกศกระวี. Emergency Department Triage. เอกสารประกอบการอบรม เกณฑ์และวิธีปฏิบัติการคัดแยกระดับความฉุกเฉิน. ลำปาง: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2555.
5. นคร ทิพย์สุนทรศักดิ์. Initial Assessment and Management. การดูแลผู้ป่วยเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉินขั้นสูง. ขอนแก่น: กลุ่มงานเวชศาสตร์ฉุกเฉินและนิติเวชวิทยา โรงพยาบาลขอนแก่น; 2553.
6. บุญใจ ศรีสถิตย่นรากร. การพัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยคุณสมบัติการวัดเชิงจิตวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2555.
7. ปาณรกุล บุญประเสริฐ. ER Triage. ใน: ยุวเรศมคส์ สิทธิชาญบัญชา, รพีพร โรจน์แสงเรือง. ทำอย่างไรให้แผนกฉุกเฉินดีขึ้น. กรุงเทพฯ: เอ็น พี ลิมิเต็ด พาร์ทเนอร์ชิฟ; 2550.
8. ประจักษ์วิช เล็บนาค. รายงานประจำปี 2554; นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2555.
9. พักตร์พิมล หาญรินทร์. การพัฒนาการดำเนินงานประกันคุณภาพการพยาบาลระดับหน่วยงาน กลุ่มการพยาบาล

- โรงพยาบาลศรีสงคราม จังหวัดนครพนม [รายงานการศึกษาอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2551.
10. ยุวเรศมคฺฐ์ สิทธิชาญบัญชา. การคัดแยก. ใน: ยุวเรศมคฺฐ์ สิทธิชาญบัญชา, รพีพร โรจน์แสงเรือง. ทำอย่างไรให้แผนกฉุกเฉินดีขึ้น. กรุงเทพฯ: เอ็น พี ลิมิเตด พาร์ทเนอร์ชิพ; 2550.
 11. วรณพธร์ ปัญญอนันท์. การพัฒนาคุณภาพบันทึกทางการพยาบาลในงานผู้ป่วยใน โรงพยาบาลบ้านโฮ่ง จังหวัดลำพูน [การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล]. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2555.
 12. ศศิวิมล พงษ์นิลละอาภรณ์. การพัฒนาและการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกสำหรับการจำแนกผู้ป่วยที่ห้องฉุกเฉิน โรงพยาบาลพะเยา [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่]. บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.
 13. สุภารัตน์ ทัพโพธิ์. การพัฒนาการใช้มาตรฐานการพยาบาลการคัดกรองผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล]. คณะพยาบาลศาสตร์: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
 14. สุมาลี จักรไพศาล, ชฎาภรณ์ เปรมปรามอมร, และณัฐนันท์ มาลา. ผลของการคัดกรองผู้ป่วยโดยใช้ดัชนีความรุนแรงฉุกเฉิน สาระบุรีต่อความสอดคล้องของการจำแนกระดับความรุนแรงของผู้ป่วย ระยะเวลาการรอคอยแพทย์ตรวจ ความพึงพอใจของผู้ใช้บริการและความพึงพอใจในงานของพยาบาล หน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลสระบุรี; 2553 [เข้าถึงเมื่อ 9 ธ.ค. 2563]. เข้าถึงได้จาก <http://www.emit.go.th/main/business/KnowledgeBase.aspx?cat=23>
 15. อนุวัฒน์ ศุภชุติกุล, ขานี จิตตรีประเสริฐ, ทศนีย์ สุมาลย์, บุญเรือง ไตรเรืองวรรณ, วัชรพล ภูนวล, สมเกียรติ โพธิ์สัตย์, และสุริยะ วิไลนรินทร์. เส้นทางสู่โรงพยาบาลคุณภาพ คู่มือการเรียนรู้เชิงปฏิบัติการ พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล; 2544.
 16. Carret , M. L.V., Fassa, & A. G., Kawachi, I. Demand for emergency health service : factors associated with inappropriate use. 2 0 0 7 . Retrieved from: <http://www.biomedcentral.com/. 1472-6963/7/131>
 17. 17. Cunningham, P. Nonurgent Use of Hospital Emergency Departments. 2011. Retrieved from: <http://www.hschange.com/CONTENT/1204/>
 18. 18. Durand, A.-C., Gentile, S., Gerbeaux, P., Alazia, M., Kiegle, P., Luigi, S., ... Sambuc, R. Be careful with triage in emergency departments: interobserver agreement on 1,578 patients in France. 2 0 1 1 . Retrieved from:

<http://www.biomedcentral.com/1471-227X/11/19>

19. Forrohknia, N., Castren, M., Ehrenberg, A., Lind, L., Oredsson, S., Jonsson, H., ... Goransson, K. E. Emergency Department Triage Scales and Their Components: A systematic review of the scientific evidence. 2011. Retrieved from: <http://www.sjtrem.com/content/19/1/42>
20. Mace, S. E., & Mayer, T. A. Triage. Pediatric Emergency Medicine, 1087-1096. 2008. Retrieved from: <http://elsevierhealth.com/media/us/.../Chapter20155.pdf>
21. Partovi, S.N., Nelson, B.K., Bryan, E.D. & Walsh, M.J. Faculty Triage Shortens Emergency Department Length of Stay. 2001. Academic Emergency Medicine, 8(10), 990-995
22. Tsai, J. C. H., Liang, Y. W., & Pearson, W. S. Utilization of Emergency Department in Patients With Non-urgent Medical Problem: Patients Preference and Emergency Department Convenience. 2010. Retrieved from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20654793>

ผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความอ่อนตัว และความ
เสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุ ในตำบลหนองตอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

The effect of the exercise program "Phanang Kantaw Po Oui Mae Oui" on
muscles strength, flexibility, and fall risk of elderly in Nong Tong Sub-district,
Hang Dong District, Chiang Mai Province

อุมพร นิมิตรกุล

นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ

ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่

Corresponding author, E-mail: inice_2008@hotmail.com

(Received: March 21, 2021; Revised: May 29, 2021; Accepted: June 28, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความอ่อนตัว และความเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุในตำบลหนองตอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุที่มีอายุ 60-69 ปี โดยทุกคนเป็นผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงหกล้มจากการคัดกรองด้วยวิธี Time Up and Go แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการออกกำลังกาย “ผนังกันตัวป้ออ้วยแม่อ้วย” จำนวน 28 คน และกลุ่มควบคุมได้รับสุขศึกษา จำนวน 27 คน การทดลองนี้ใช้เวลา 8 สัปดาห์ วัดผลเปรียบเทียบก่อนการทดลอง และหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ด้วยสมรรถภาพทางกาย ได้แก่ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความอ่อนตัว และความเสี่ยงหกล้ม ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มทดลองมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความอ่อนตัว และมีความเสี่ยงหกล้ม ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สรุปได้ว่า โปรแกรมการออกกำลังกาย “ผนังกันตัวป้ออ้วยแม่อ้วย” มีผลทำให้ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อเพิ่มขึ้น มีความอ่อนตัวมากขึ้น และลดความเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุได้ จึงควรนำโปรแกรมการออกกำลังกาย “ผนังกันตัวป้ออ้วยแม่อ้วย” ไปใช้ในกลุ่มผู้สูงอายุ เพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความอ่อนตัว และลดความเสี่ยงหกล้มต่อไป โดยโปรแกรมนี้มีความสะดวกใช้ได้ง่าย ทำให้เกิดความยั่งยืนในการนำไปใช้

ABSTRACT

The objective of this experimental research was to study the effect of the exercise program "Phanang Kantaw Po Oui Mae Oui" on muscles strength, flexibility, and fall risk of elderly in Nong Tong Sub-district, Hang Dong District, Chiang Mai Province. The sample consisted of elderly people aged 60-69 years who were at risk of fall screening by the Time Up and Go method. They were divided into two groups. The 28 subjects of the experimental group were trained with an exercise program "Phanang Kantaw Po Oui Mae Oui". The 27 subjects in the control group received health education. Before and after 4 and 8 weeks of trials, they were measured on physical performance including muscle strength, muscle endurance, flexibility, and risk of falls. The results found that the experimental group had a statistically significant increase of strength muscles, flexibility, and decreased risk of falls than the control group at .001 and .01 levels. In conclusion, the exercise program "Phanang Kantaw Po Oui Mae Oui" had effects of an increase in the strength muscles, flexibility and reduced the risk of falls in the elderly. Therefore, the exercise program "Phanang Kantaw Po Oui, Mae Oui" could be used in other elderly groups to strength and muscles, flexibility, and reduce the risk of falls.

บทนำ

จากสถานการณ์ปัจจุบันโลกมีประชากรผู้สูงอายุเพิ่มสูงขึ้น เรียกได้ว่าโลกได้กลายเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว ในปี พ.ศ. 2560 โลกมีประชากรผู้สูงอายุหรือคนที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป 962 ล้านคน หรือคิดเป็นร้อยละ 12.7 ของประชากรโลกทั้งหมด จากรายงานสถิติผู้สูงอายุของประเทศไทยปี 2563 พบว่ามีจำนวน 8,805,316 คน คิดเป็นร้อยละ 19.40 และจังหวัดเชียงใหม่มีผู้สูงอายุ 283,370 คน คิดเป็นร้อยละ 23.57 อาจกล่าวได้ว่าจังหวัดเชียงใหม่ก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์เนื่องจากมีผู้สูงอายุร้อยละ 20 ขึ้นไป¹

สำหรับปัญหาทางด้านสุขภาพที่พบส่วนใหญ่มักเกิดจากโรคที่เกี่ยวข้องกับความแก่ชรา ซึ่งวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสื่อมถอย มีหลายพยาธิสภาพร่วมกันไม่จำเพาะเจาะจงที่ระบบใดระบบหนึ่ง เรียกว่า กลุ่มอาการสูงอายุ "Geriatric

Syndrome" ที่พบได้บ่อยและมักเกิดการหกล้ม (Falls) มีการลดลงของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ซึ่งมีความสำคัญทางสรีรวิทยาที่เกี่ยวข้องกับเปลี่ยนแปลงเข้าสู่วัยผู้สูงอายุ การลดลงของความแข็งแรงของกล้ามเนื้อยังเกี่ยวข้องกับโรคความอ่อนแอและความพิการ ที่จะนำไปสู่การลดลงของกิจกรรมในชีวิตประจำวัน เพิ่มความเสี่ยงต่อการหกล้ม ที่นำไปสู่ความผิดปกติและการเสียชีวิตได้² ผู้สูงอายุควรมีการออกกำลังกายหรือยืดเหยียดกล้ามเนื้อเพื่อให้กล้ามเนื้อร่างกายอ่อนตัว ดัง Office of National Health Examination Survey แนะนำให้ผู้สูงอายุยืดเหยียดกล้ามเนื้อทุกวันหรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน การยืดเหยียดจะทำให้กล้ามเนื้อผ่อนคลายไม่เกร็ง ทำให้รู้สึกผ่อนคลายและเบาตัว³ นอกจากนี้การศึกษาของละออม สร้อยแสง ที่ศึกษาปฏิบัติการการหกล้ม ปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มและแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุของชุมชนมิตรภาพพัฒนา

พบว่าแนวทางการป้องกันการหกล้ม ที่สำคัญมี 3 ประการคือการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมภายในและรอบบ้าน การส่งเสริมการออกกำลังกายให้ผู้สูงอายุ และการให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการพลัดตกหกล้มในชุมชนและช่วยลดผลกระทบจากการพลัดตกหกล้มได้⁴

จากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องมาตรการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ โดยโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ปี 2557 พบว่าการออกกำลังกายแบบผสมผสาน (multiple types of exercise) คือการออกกำลังกายแบบ gait, balance, and functional training ร่วมกับการออกกำลังกายแบบ strength and resistance training และการออกกำลังกายแบบ three-dimension ยังช่วยลดความเสี่ยงต่อการเกิดการบาดเจ็บจากการหกล้มและความเสี่ยงต่อการเกิดกระดูกหักจากการหกล้มได้อย่างมีนัยสำคัญโปรแกรมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับผู้สูงอายุจึงมีความจำเป็นเพื่อจะได้เสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความอ่อนตัวป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ ดังนั้นผู้วิจัยจึงคิดสร้างโปรแกรมการออกกำลังกาย “ผนังกันตัวป้ออ้วยแม่อ้วย” และศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายต่อความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความอ่อนตัวและความเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุ เพื่อนำผลการศึกษาดังกล่าวไปวางแผนการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนและลดอัตราการเกิดการพลัดตกหกล้มต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการออกกำลังกายเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ และความเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุที่อาศัยในตำบลหนองตอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยเชิงทดลองแบบ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุมและเปรียบเทียบก่อนทดลองและหลังทดลอง (Two group pre-test- post-test Design) โดยวัดผลลัพธ์ที่เกิดจากการทดลอง 3 ครั้ง ได้แก่ ก่อนเริ่มทดลอง หลังการทดลอง 4 สัปดาห์ และหลังสิ้นสุดการทดลอง (ครบ 8 สัปดาห์)

กลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการกำหนดกลุ่มตัวอย่างจากการคัดกรองผู้สูงอายุที่มีความเสี่ยงหกล้ม โดยเลือกกลุ่มผู้สูงอายุที่มีอายุอยู่ระหว่าง 60-69 ปี กลุ่มทดลองอาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านหนองไคร้ ตำบลหนองตอง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มควบคุมคือ กลุ่มผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านบวกครก ตำบลหนองตอง โดยมีเกณฑ์คัดออกจากการศึกษา ได้แก่ ผู้ที่มีโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถควบคุมได้ ได้แก่ ความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรคกระดูกพรุน โรคทางจิตเวช หรือกัญยาทางจิตเวช

ผู้วิจัยได้มีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างด้วยโปรแกรม G power 3.1.9.2 โดยกำหนด effect size เท่ากับ 0.34 และกำหนดค่า power เท่ากับ .80 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้ 55 คน ผู้วิจัยได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างเป็น 60 คน เพื่อทดแทนกรณีกลุ่มตัวอย่างออกจากการวิจัย สรุปรายชื่อตัวอย่างกลุ่มทดลอง จำนวน 30 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 30 คน

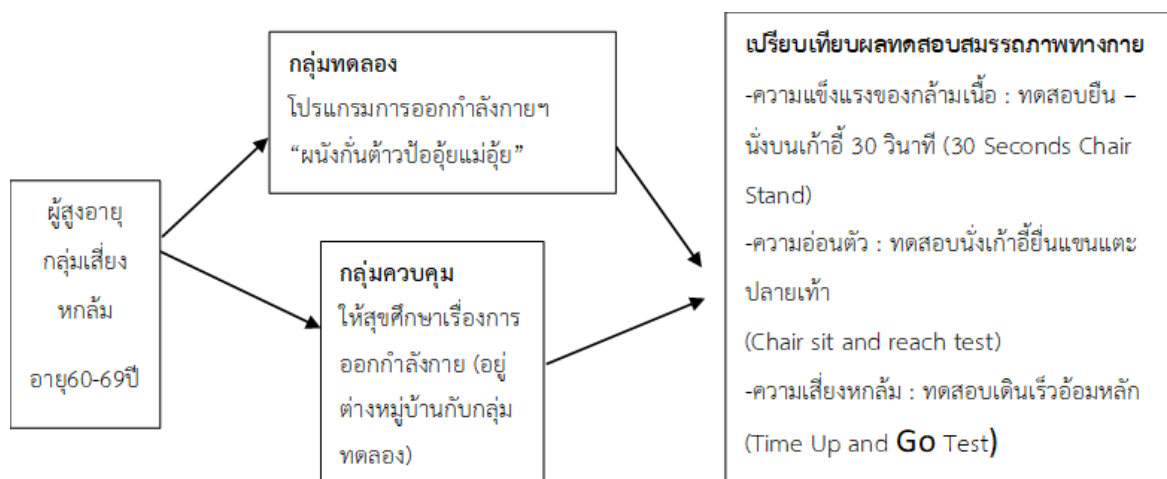
3. โปรแกรมการออกกำลังกายเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความเสี่ยงทหล้มของผู้สูงอายุ ได้แก่ โปรแกรมการออกกำลังกายเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อป้องกันการทหล้ม ในผู้สูงอายุ “ผนังกันตัวป้ออ้ยแม่อ้ย” โปรแกรมนี้สร้างขึ้นโดยผู้เชี่ยวชาญทางด้านวิทยาศาสตร์การกีฬา การกีฬาแห่งประเทศไทย จำนวน 15 ท่า นำโปรแกรมการฝึกไปหาคุณภาพด้านความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน และโปรแกรมไปทดลองใช้ (Try Out) กับผู้สูงอายุ ตำบลหนองหอย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ผลจากการทดลองใช้ (Try Out) คัดเลือกท่าที่ผู้สูงอายุทำได้ทุกคน คัดเหลือ 9 ท่า กลุ่มทดลองออกกำลังกายร่วมกัน? มีผู้นำออกกำลังกาย? (หรือทำด้วยตนเองที่บ้าน?)

“ผนึ่งกัณฑ์ท้าวป้ออ้อยแม่อ้อย”

[illegible]

สัปดาห์ที่ (Week)	อบอุ่น ร่างกาย (Warm Up)	โปรแกรมการออกกำลังกายต่อ ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ ความอ่อนตัว และความเสี่ยง หกล้มสำหรับผู้สูงอายุ “นั่งเก้าอี้ตัวป้ออ้อยแม่อ้อย” 9 ท่า	พักแต่ละท่า (Recovery)	จำนวน ชุด (Sets)	การผ่อน ร่างกาย ให้เย็น ลง (Cool- Down)	รวม เวลาต่อ 1 วัน (Time)	ความถี่ วัน/ สัปดาห์ (Time/ Week)
5 - 6	5 นาที	ท่าละ 50 วินาที	50 วินาที	2	5 นาที	40 นาที	3 วัน/ สัปดาห์ (จ/พ/ศ)
7 - 8	5 นาที	ท่าละ 60 วินาที	60 วินาที	2	5 นาที	45 นาที	3 วัน/ สัปดาห์ (จ/พ/ศ)
หลังทำกิจกรรมครบ 8 สัปดาห์ ทดสอบสมรรถภาพทางกาย Post – Test							

กรอบแนวคิดการวิจัย



ผลการวิจัย

1. ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม หลังจากเริ่มดำเนินการวิจัยมีผู้สูงอายุกลุ่มทดลองมาไม่ครบตามกำหนด 2 คน และกลุ่มควบคุมติดภารกิจส่วนตัวไม่ได้มาทดสอบในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 ตามกำหนด 3 คน จึงตัดออก คงเหลือกลุ่มทดลอง 28 คน และกลุ่มควบคุม 27 คน รวมทั้งสิ้น 55 คน โดยทั้งสองกลุ่มมีลักษณะทางประชากรใกล้เคียง

กัน ทั้งปัจจัยทางเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา โรคประจำตัว การออกกำลังกายภายใน 1 เดือนที่ผ่านมา การมีกิจกรรมทางกาย ดัชนีมวลกาย ความยาวรอบเอว โดยพบว่าเมื่อเปรียบเทียบข้อมูลพื้นฐานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน

2. ผลของโปรแกรมที่มีต่อสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุ ผลการเปรียบเทียบสมรรถภาพทางกายของผู้สูงอายุระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม

ควบคุม กับระยะก่อนการทดลองและหลังการทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบว่า ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแตกต่างกัน 1.45 (95% CI -4.30 - 3.33) ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองทั้ง 4 สัปดาห์และหลัง 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$; $p < 0.001$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแตกต่างกัน 5.18 และ 6.02 ตามลำดับ (95% CI 3.79-6.57, 4.58-7.47)

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความอ่อนตัวแตกต่างกัน 2.20 (95% CI 0.84-3.56) ซึ่งไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองทั้ง 4 สัปดาห์และหลัง 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีความอ่อนตัวมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 ($p = 0.002$) โดยมีค่าเฉลี่ยคะแนนความแข็งแรงของกล้ามเนื้อแตกต่างกัน .37 นิ้ว และ 1.08 นิ้ว (95% CI -1.25-1.99; 95% CI -0.45-2.60)

ผลการเปรียบเทียบความเสี่ยงหกล้ม พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความเสี่ยงหกล้มแตกต่างกัน 1.71, 1.73 และ 1.88 ตามลำดับ (95% CI 0.44-2.98; 95% CI -2.99-(-.47); 95% CI -2.81-(-.96)) ซึ่งมีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลองทั้ง 4 สัปดาห์และหลัง 8 สัปดาห์ กลุ่มทดลองมีความเสี่ยงหกล้ม**มากกว่ากลุ่มควบคุม** ($p = .007$) โดย กลุ่มทดลองมีความเสี่ยงหกล้มน้อยกว่ากลุ่มควบคุม ($p = 0.005$; $p < 0.001$)

อภิปรายผล

ผลการวิจัยที่พบว่าความแข็งแรงของกล้ามเนื้อระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันโดยกลุ่มทดลองจะมีคะแนนเฉลี่ยความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมากขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม และเมื่อเปรียบเทียบภายในกลุ่มทดลองก็พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังการทดลองเพิ่มขึ้นทั้งหลังทดลองสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 แต่ผลการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มควบคุมแตกต่างกันน้อยอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจากโปรแกรมการออกกำลังกาย “ผนังกันตัวป้ออ้อยแม่อ้อย” เป็นโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแรงต้านทานโดยใช้ผนังร่วมกับการออกกำลังกาย ที่สามารถช่วยสร้างเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อโดยมีรูปแบบที่สามารถปรับใช้ให้เข้ากับผู้สูงอายุได้ง่าย ใช้อุปกรณ์เป็นผนังและใช้พื้นที่เพียงเล็กน้อย รูปแบบการออกกำลังกายจะเน้นไปที่กล้ามเนื้อส่วนล่างตั้งแต่หลังส่วนล่าง (Lower back) ข้อสะโพก (Hip joint) ต้นขา (Quadriceps) และข้อเข่า (Knee joint)

ความอ่อนตัวกลุ่มทดลองมีความอ่อนตัวมากกว่ากลุ่มควบคุมในระยะหลังการทดลอง 8 สัปดาห์ ซึ่งก่อนการทดลองและหลังการทดลอง 4 สัปดาห์ไม่มีความแตกต่างกัน ทั้งนี้อาจเนื่องจากความอ่อนตัวต้องใช้เวลาในการฝึกยืดเหยียด

ความเสี่ยงหกล้มกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยความเสี่ยงหกล้มลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมโดยหลังการทดลอง 8 สัปดาห์กลุ่มทดลอง 28 คนมีความเสี่ยงหกล้มลดลงจนอยู่ในเกณฑ์ปกติ 27 คนที่เหลืออีก 1 คนมีความเสี่ยงหกล้มลดลงถึงแม้จะยังไม่ถึงเกณฑ์ปกติ แสดงให้เห็นว่าผลของโปรแกรมการออกกำลังกาย “ผนังกันตัวของพ่อ

อัยแม่อัย” ส่งผลป้องกันความเสี่ยงหกล้มของผู้สูงอายุได้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ผู้สูงอายุกลุ่มที่มีความเสี่ยงหกล้มควรนำโปรแกรมการออกกำลังกาย ไปใช้ป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุเพราะโปรแกรมหกล้มเป็นโปรแกรมการออกกำลังกายแบบแรงต้านโดยใช้ผนังร่วมกับการออกกำลังกายที่สามารถช่วยในการป้องกันอุบัติเหตุขณะออกกำลังกายในผู้สูงอายุและส่งเสริมความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขา โดยมีรูปแบบที่สามารถนำไปปรับใช้ได้ง่ายสะดวก ทำให้เกิดความยั่งยืนในการนำไปใช้เกิดประโยชน์ต่อไป

ข้อเสนอแนะเพื่อการวิจัยครั้งต่อไป

1. ด้านนโยบาย ผู้บริหารด้านสาธารณสุขสามารถนำผลการศึกษาไปใช้ ประกอบในการพัฒนานโยบาย ในการส่งเสริมป้องกันปัญหาการพลัดตกหกล้มของผู้สูงอายุ

2. ด้านบริการสุขภาพ หน่วยบริการสาธารณสุขที่ทำหน้าที่ในการดูแลผู้สูงอายุสามารถนำผลการศึกษานี้ไปพัฒนางานการส่งเสริมป้องกันและหกล้มของผู้สูงอายุหรือนำไปใช้ในการเพิ่มสมรรถนะของผู้สูงอายุ รวมทั้งสามารถนำไปพัฒนาแกนนำผู้นำการเปลี่ยนแปลงในชุมชนต่อไป

3. ด้านประชาสัมพันธ์ ผู้วิจัยได้นำผลของโปรแกรมการออกกำลังกาย “ผนังกันตัว ป้ออัยแม่อัย” ไปเผยแพร่ให้ภาคีเครือข่ายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องนำไปใช้ทั้งในรูปแบบโปสเตอร์และคลิปวิดีโอ

4. ด้านการวิจัย เนื่องจากผู้วิจัยได้ทำการศึกษาในผู้สูงอายุตำบลหนองตอง อำเภอ

หางดง จังหวัดเชียงใหม่ เท่านั้น ดังนั้นการนำองค์ความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ต่อยอดใช้ในการทำวิจัยส่งเสริมและป้องกันการหกล้มในชุมชนอื่นๆ ในวงกว้างจะเกิดประโยชน์ต่อทั้งผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และในระยะยาวจะช่วยลดภาระการดูแลของญาติ รวมทั้งค่าใช้จ่ายในการรักษาอีกด้วย



ภาพ 1 ท่าที่ 1 เขย่ง กระดกปลายเท้า สร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อน่อง



ภาพ 2 ท่าที่ 2 เตะไขว้หน้า สร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสะโพก-ขา



ภาพ 3 ท่าที่ 3 เตะไขว้หลัง สร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสะโพก-ขา



ภาพ 4 ท่าที่ 4 ยืนยกเข่าทางขวา สร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาส่วนบน และสะโพก



ภาพ 5 ท่าที่ 5 ย่อเข่าหลังพิงผนัง สร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาส่วนบน และสะโพก



ภาพ 6 ท่าที่ 6 นั่งแยกเข่ามือดัน นั่งหุบเข่ามือดึง สร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อขาส่วนบน และสะโพก



ภาพ 7 ท่าที่ 7 นั่งงอตัวมือแตะเข่า สร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อหน้าท้อง



ภาพ 8 ท่าที่ 8 นั่งยันผนังปิดตัว สร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลำตัวด้านข้าง



ภาพ 9 ท่าที่ 9 ก้าวย่อ สร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อสะโพก ขา และน่อง

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข. HDC V4.0. การคัดกรองผู้สูงอายุ 10 เรื่อง. [อินเทอร์เน็ต]. 2563 (7 ตุลาคม 2563). เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>.
2. Fried LP, Ferrucci L, Guralik J, Williamson JD, Anderson AG. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting and care. J Gerontol A Biol Sci 2004;59(3):255-63.
3. Office of National Health Examination Survey, Department of Health. (2016). Recommendations and guidelines for physical activity for all age groups.

(Online). Retrieved January 23, 2018, from http://203.157.65.18/doh_info/web/uploads/pdf_1283/GYHKvHvACQmPpH6WNXhWpnlvvq0UsZXmSq8tjs4JQJviLL78orV2z9s3 cHczjaLeN82 oMoQQd8Zrne8r910U4p0npBeKRtXZ2GB.pdf.

4. ละออม สร้อยแสง, จริยาวัตร คมพยัคฆ์ และกนกพร นทีธนสมบัติ.การศึกษาอุบัติการณ์การหกล้มปัจจัยเสี่ยงต่อการหกล้มและแนวทางการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุของชุมชนมิตรภาพพัฒนา. วารสาร พยาบาลทหารบก 2557; 15:122-129.
5. ธัญญรัตน์ อโนทัยสินทวี, แสงสุลี ธรรมไกรสร, พัฒน์ศรี ศรีสุวรรณ. การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเรื่องมาตรการป้องกันการหกล้มในผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ: โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ; 2557

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) หัวข้อหลักและหัวข้อรองใช้ตัวอักษรขนาด 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) ไว้กึ่งกลางหน้ากระดาษต่อจากผู้นิพนธ์บทความ 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.

1. จิราภรณ์ จันทรจักร. 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

(.....)