

Primary Health Care Journal (Northeastern Edition)

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

ISSN 2774 - 0250 : Print ISSN 2774 - 017X : Online

TCI Journal Information Tier 2



กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
Department of Health Service Support



P
H
C
J
N
E

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ตีพิมพ์เผยแพร่บทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง กำหนดจัดพิมพ์ปีละ 2 ฉบับ บทความทุกฉบับได้รับการตรวจความถูกต้องตามหลักวิชาการ โดยผู้ทรงคุณวุฒิ (Peer Review) อย่างน้อย 2 ท่านขึ้นไป วารสารนี้ผ่านการประเมินคุณภาพ จากศูนย์ดัชนีการอ้างอิงวารสารไทย (Thai-Journal Citation Index : TCI) โดยจัดอยู่ในกลุ่มที่ 2

คณะที่ปรึกษา

นพ. สุระ วิเศษศักดิ์

ดร. นพ. ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ

ทพ. อาคม ประดิษฐ์สุวรรณ

นพ. สามารถ ธีระศักดิ์

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

บรรณาธิการ

นายมงคล ปิยปัญญา

ผู้อำนวยการศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นายกฤษณชัย กิมชัย

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

นายภูรินทร์ สีกุด

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

กองบรรณาธิการ

ศ. ดร. วงศา เล้าศิริวงศ์

รศ. ดร. ธนิตา ผาติเสนะ

ผศ. ดร. นาฏนภา ทิบบแก้ว ปัตตาสวรรณ์

ผศ. ดร. ปวีณา ลิ้มปิติปรากฏ

ผศ. ดร. ธวัชชัย เอกสันติ

ผศ. ดร. ธนกร ปัญญาใสโสภณ

ดร. นพ. ชาตรี เจริญชีวะกุล

ดร. ทพญ. ศรีญทิพย์ ซาลีเครือ

ดร. ชูภาศิริ อภินันท์เดชา

ดร. อติศร วงศ์คงเดช

ดร. เฉลิมพร นามโยธา

ดร. สุทิน ชนະบุญ

ดร. วิชิต พุ่มจันทร์

ดร. ภูวดล พลศรีประดิษฐ์

ดร. ชาลินี มานะยิ่ง

ดร. พรทิพย์ แก้วชิน

ดร. ปธานิน แสงอรุณ

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

มหาวิทยาลัยขอนแก่น

มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

วิทยาลัยนครราชสีมา

ศูนย์บริการสาธารณสุข 6 นครราชสีมา

ศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น

มหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

วิทยาลัยนครราชสีมา

วิทยาลัยนครราชสีมา

มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช



คณะทำงาน

นายฐณะวัฒน์ ภูมิเจริญวัฒน์
นางวริษฐา ทรัพย์ธรณี
นางพรพนม ปราชัยภูมิ
นางอภิญา มีชิน
นายวีรยุทธ กิจสกุล
นางสาวทักษพร ทองอร่าม

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

รูปเล่มและงานศิลป์

นายภูรินทร์ สีกุด
นายธีรวัฒน์ หมั่นแก้วคราม

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

เจ้าของวารสาร

ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
เลขที่ 89 หมู่ที่ 4 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น 40000
โทร 043 224605 โทรสาร 043 221679



บทบรรณาธิการ

ปัจจุบันประเทศไทยได้เข้าสู่สังคมผู้สูงอายุอย่างสมบูรณ์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ได้ให้ความสำคัญกับผู้สูงอายุ จึงมีนโยบายให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หมอคนที่ 1 คัดกรองสุขภาพผู้สูงอายุ 9 ด้าน รายที่มีปัญหาสุขภาพจะได้รับการประเมินกับหมอคนที่ 2 เพื่อส่งต่อไปให้หมอคนที่ 3 ทำการรักษา ด้วยระบบกลไก 3 หมอ และเชิญชวนผู้สูงอายุเข้ารับการคัดกรองสุขภาพได้ที่ (อสม.) หมอคนที่ 1 และหน่วยบริการสาธารณสุขใกล้บ้าน เพื่อเพิ่มความสามารถในการใช้ชีวิตประจำวันตามศักยภาพ ลดภาระของครอบครัว ชุมชนและสังคมอย่างมีประสิทธิภาพ

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ฉบับนี้เป็นปีที่ 38 ฉบับที่ 1 ประจำเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนมีนาคม 2566 เปิดรับตีพิมพ์เผยแพร่บทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และสาขาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งฉบับนี้ประกอบด้วยบทความวิจัย และผลการดำเนินงานกิจกรรมของศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข โดยมีความหลากหลายของเนื้อหาสาระทางวิชาการ

กองบรรณาธิการได้รับบทความที่มีคุณค่าจากนักวิชาการ บุคลากรทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุข และคณาจารย์จากสถาบันการศึกษา ซึ่งล้วนแต่มีความน่าสนใจและมีความหลากหลายของเนื้อหาสาระทางวิชาการ สามารถนำไปเป็นแหล่งอ้างอิงตามหลักวิชาการ หรือนำไปประยุกต์ วางแผนในการดำเนินงานได้ กองบรรณาธิการขอเชิญชวนท่านที่สนใจส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ซึ่งเป็นแหล่งเผยแพร่ผลงานวิชาการที่มีผู้เชี่ยวชาญทรงคุณวุฒิ (Peer review journal) พิจารณากลับกรอง ตรวจสอบความถูกต้องตามหลักวิชาการ และได้รับการประเมินคุณภาพวารสารวิชาการอยู่ในฐานข้อมูล TCI กลุ่มที่ 2 พ.ศ. 2565-2567 โดยท่านสามารถส่งต้นฉบับตามหลักเกณฑ์และคำแนะนำที่อยู่ท้ายเล่มนี้ หรือได้ที่เว็บไซต์ <https://thaidj.org/index.php/pjne> เพื่อเป็นการเผยแพร่ความรู้สู่ชุมชน อันเป็นประโยชน์ให้กับผู้อ่านและผู้สนใจสืบไป

นายมงคล ปิยปัญญา
บรรณาธิการ



หลักเกณฑ์และคำแนะนำในการส่งบทความ เพื่อตีพิมพ์วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ)

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) Primary Health Care Journal (Northeastern Edition) ตีพิมพ์เผยแพร่บทความทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง กำหนดจัดพิมพ์ปีละ 2 ฉบับ (ราย 6 เดือน) ฉบับที่ 1 (ตุลาคม-มีนาคม) และฉบับที่ 2 (เมษายน-กันยายน) ของทุกปี โดยรับบทความเป็นภาษาไทยหรือภาษาอังกฤษ และเผยแพร่รูปแบบออนไลน์ผ่านทางเว็บไซต์ของวารสารที่ <https://thaidj.org/index.php/pjne>

1. ประเภทบทความวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) เปิดรับบทความวิชาการทางด้านวิทยาศาสตร์สุขภาพ การแพทย์และสาธารณสุข และเนื้อหาที่เกี่ยวข้อง โดยแบ่งเป็นประเภทต่าง ๆ ดังนี้

1.1 บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นที่ผู้เขียนตั้งใจหยิบยกประเด็นใดประเด็นหนึ่งหรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ทัศนะหรือแนวคิดเดิมและ/หรือนำเสนอหรือเผยแพร่แนวคิดใหม่ เพื่อมุ่งให้ผู้อ่านเปลี่ยนหรือปรับเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อมาสู่ความคิดของผู้เขียน บทความวิชาการเน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญ และต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

1.2 บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่างานวิจัย สาระของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่การกล่าวถึงความจำเป็นมาของปัญหาหรือ

วัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบหรือผลวิจัย และการบอกความหมาย และความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความจำเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด ผลการวิจัย สรุปผล ข้อเสนอแนะ และการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

1.3 บทความปริทัศน์ (Review Article) หมายถึง งานวิชาการที่ประเมินสถานะล่าสุดทางวิชาการ (State of the Art) เฉพาะทางที่มีการศึกษา ค้นคว้า มีการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ทั้งทางกว้างและทางลึกอย่างทันสมัย โดยให้ข้อวิพากษ์ที่ชี้ให้เห็นแนวโน้มที่ควรศึกษาและพัฒนาต่อไป

2. การเตรียมต้นฉบับและคำแนะนำต่อไปนี ใช้สำหรับการเตรียมบทความทางวิชาการที่เป็นนิพนธ์ต้นฉบับ แต่หลายหัวข้อก็ใช้สำหรับบทความประเภทอื่น ๆ ด้วยเช่นกัน ผู้สนใจสามารถศึกษารูปแบบจากบทความแต่ละประเภทในวารสารฉบับที่พิมพ์เผยแพร่ไปแล้ว

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด และสื่อถึงเป้าหมายหลักของการศึกษา ไม่ใช่คำย่อ ความยาวไม่เกิน 100 ตัวอักษร ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้นิพนธ์ ชื่อผู้นิพนธ์ให้มีทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) ระบุหน่วยงานหรือสถานที่ผู้นิพนธ์ทำงาน และระบุชื่อ E-mail ของผู้นิพนธ์ที่ใช้ติดต่อ

บทคัดย่อ (Abstract) เป็นเนื้อความย่อตามลำดับโครงการสร้างของบทความ ได้แก่ บทนำ วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา ผลการศึกษา และวิจารณ์ ประมาณ 250-300 คำ ใช้ภาษารัดกุม

เป็นประโยชน์สมควร มีควมหมายในตัวเองไม่
ต้องการความหมายต่อ ไม่ควรมีคำย่อ ต้องเขียน
บทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

คำสำคัญ (Keywords) ใส่ไว้ท้าย
บทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและอังกฤษ เป็นหัวข้อ
เรื่องสำหรับช่วยในการค้นหาบทความ โดยใช้
Medical Subject Headings (MeSH) terms ของ
U.S. National Library of Medicine เป็นแนวทาง
การให้คำสำคัญหรือคำหลัก

บทนำ (Introduction) เป็นส่วนหนึ่ง
ของบทความที่บอกเหตุผลนำไปสู่การศึกษา
เป็นส่วนที่อธิบายให้รู้ปัญหา ลักษณะ และขนาด
เป็นการนำไปสู่ความจำเป็นในการศึกษาวิจัย
ให้ได้ผลเพื่อแก้ปัญหาหรือตอบคำถามที่ตั้งไว้
หากมีทฤษฎีที่จำเป็นต้องใช้ในการศึกษา อาจวาง
พื้นฐานไว้ในส่วนนี้ได้ แต่ไม่ต้องทบทวน
วรรณกรรม ที่ไม่เกี่ยวกับจุดมุ่งหมายของ
การศึกษา และให้รวมวัตถุประสงค์ของการศึกษา
ในส่วนท้ายของบทนำ

**วิธีดำเนินการศึกษา (Methods หรือ
Material and Methods)** ระบุรูปแบบแผนการ
ศึกษา (Study design, Protocol) เช่น Randomized
double blind, Descriptive หรือ Quasi-experiment
กลุ่มตัวอย่าง วิธีการสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่ม
ตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีหรือ
มาตรการที่ศึกษา (Interventions) เช่น รูปแบบ
การศึกษา การรักษา ชนิดและขนาดของยาที่ใช้
ถ้าเป็นมาตรการที่รู้จักทั่วไป ให้ระบุในเอกสารอ้างอิง
ถ้าเป็นวิธีใหม่ อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจแล้วนำไปใช้
ต่อได้ ให้ระบุเครื่องมือหรืออุปกรณ์และหลักการ
ที่ใช้ในการศึกษาเชิงปริมาณหรือเชิงคุณภาพให้
ชัดเจน และกระชับ รวมถึงเครื่องมือในการเก็บ
ข้อมูล เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความ
เชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล
และสถิติที่ใช้ รวมทั้งการได้รับความเห็นชอบจาก
คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย
ในมนุษย์

ผลการศึกษา (Results) แสดงผล
ที่พบตามลำดับหัวข้อของแผนการศึกษาอย่าง
ชัดเจน ง่าย ถ้าผลไม่ซับซ้อนไม่มีตัวเลขมาก
บรรยายเป็นร้อยแก้ว แต่ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปร
มากควรใช้ตารางหรือแผนภูมิ โดยไม่ต้องอธิบาย
ตัวเลขในตารางซ้ำอีกในเรื่อง ยกเว้นข้อมูล
สำคัญๆ แปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือ
วิเคราะห์และสรุปเปรียบเทียบกับสมมติฐานที่วาง
ไว้อย่างจำกัด

อภิปรายผล (Discussion) แสดงบท
วิจารณ์ผลการศึกษาว่าตรงกับวัตถุประสงค์หรือ
สมมติฐานของการวิจัย หรือแตกต่างไปจาก
ผลงานที่มีผู้รายงานไว้ก่อนหรือไม่ อย่างไร เพราะเหตุ
ใดจึงเป็นเช่นนั้น วิเคราะห์ผลที่ไม่ตรงตามที่คาดหวัง
อย่างไม่ปิดบัง อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตาม
ประสบการณ์หรือข้อมูลที่ตนมี เพื่ออธิบายส่วนที่
โดดเด่นแตกต่างเป็นพิเศษได้ ควรมีข้อสรุปว่า
ผลที่ได้ตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่และให้
ข้อเสนอแนะที่นำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์หรือ
ให้ประเด็นคำถามที่ควรมีการวิจัยต่อไป

ตาราง รูปภาพ และแผนภูมิ บทความ
เรื่องหนึ่งๆ ไม่ควรมีตารางหรือรูปภาพมากเกินไป
จำนวนที่เหมาะสมคือ 1-5 ตารางหรือรูปภาพ
โดยมีลำดับที่และชื่อของตารางหรือรูปภาพอยู่
ด้านบน ภาพที่ใช้ควรเป็นที่มีความชัดเจนสูง
อาจเป็นไดอะแกรม ภาพวาด ภาพถ่าย หรือ
กราฟที่ทำจากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ แม้จะใส่
ภาพในบทความแล้ว ก็ควรส่งแยกเป็นไฟล์
ต่างหากพร้อมด้วย

เอกสารอ้างอิง (References) เป็น
การรวบรวมรายชื่อเอกสารที่ใช้อ้างอิงข้อความ
ในเรื่อง โดยการอ้างอิงจากระบบการอ้างอิง
แบบ American Psychological Association 6th
edition (APA) จะนำมาเรียงในส่วนของเอกสาร
อ้างอิงท้ายเรื่อง ทั้งนี้ อ้างอิงในเนื้อหาจะต้อง
สอดคล้องกับในรายการบรรณานุกรมท้าย
บทความทุกรายการ



3. รูปแบบบทความ

3.1 พิมพ์ด้วยโปรแกรม Microsoft Word ความยาวไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4

3.2 แบบอักษร TH SarabunPSK โดยหัวข้อใช้ขนาด 16 Point (ตัวหนา) เนื้อหาใช้ขนาด 16 Point (ปกติ)

3.3 ใช้ตัวเลขอารบิกทั้งบทความ

4. การส่งบทความ จัดส่งได้ 2 วิธี ดังนี้

4.1 ส่งบทความผ่านระบบออนไลน์ที่ <https://thaidj.org/index.php/pjne/index>

4.2 ส่งบทความแบบไฟล์ Word พร้อมแผ่นซีดี ในรูปแบบหนังสือราชการ โดยระบุชื่อที่อยู่ เบอร์โทรศัพท์ และอีเมลของผู้พิมพ์ให้ชัดเจน และจ่ายหน้าซองมาที่ กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) ศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เลขที่ 89 ถนนอนามัย ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น รหัสไปรษณีย์ 40000

กองบรรณาธิการจะรับพิจารณาบทความที่มีคุณภาพตามเกณฑ์ที่กำหนดเท่านั้น และจะแจ้งผลการพิจารณาให้ผู้พิมพ์ทราบหลังจากได้รับบทความแล้ว

5. ความรับผิดชอบของผู้พิมพ์

5.1 ผู้พิมพ์ ต้องมีความซื่อสัตย์ มีคุณธรรม และมีจรรยาบรรณในการดำเนินงานวิจัย และการเขียนรายงานผลการวิจัย

5.2 ผู้พิมพ์ ต้องรับรองว่าผลงานที่เขียนขึ้นได้มาจากข้อเท็จจริงจากการศึกษา ไม่บิดเบือนข้อมูลและไม่มีข้อมูลที่เป็นเท็จ

5.3 ผู้พิมพ์ ต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่นที่ปรากฏอยู่ในงานของตน

5.4 ผู้พิมพ์ ต้องไม่คัดลอกผลงานของบุคคลอื่น

5.5 ผู้พิมพ์ ต้องมีความรับผิดชอบต่อผลงานของตน และรับรองว่าผลงานไม่เคยถูกตีพิมพ์หรือกำลังอยู่ในระหว่างขั้นตอนการพิจารณาตีพิมพ์ที่ใด

5.6 ผู้พิมพ์ ต้องระบุชื่อผู้เป็นเจ้าของผลงานร่วมทุกคน ระบุบทบาทหน้าที่และสัดส่วนของความรับผิดชอบอย่างชัดเจนในกรณีที่ไม่ได้เขียนคนเดียว

5.7 ผู้พิมพ์ ต้องระบุแหล่งทุนที่สนับสนุนในการทำวิจัยนี้

5.8 ในกรณีที่ผู้พิมพ์ทำผิดข้อกำหนด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ข้อ 5.2, 5.3, 5.4 และ 5.5 วารสารจะตัดสิทธิ์การตีพิมพ์เป็นระยะเวลาอย่างน้อย 3 ปี และวารสารจะแจ้งหน่วยงานที่ผู้พิมพ์สังกัดหรือผู้พิมพ์แล้วแต่กรณี

5.9 บทความที่ตีพิมพ์ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) ถือเป็นผลงานและความรับผิดชอบของผู้พิมพ์ มิใช่ความรับผิดชอบของกองบรรณาธิการแต่ประการใด



สารบัญ

	หน้า
การดำเนินงานและกิจกรรมของศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
➤ อสม.ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และระดับชาติ ประจำปี 2566.....	1
➤ ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2566.....	13
บทความวิจัย	
➤ ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี <i>วงศธร อ่อนศรีบุตร และนิยม จันทร์นวล.....</i>	16
➤ การพัฒนากิจกรรมเสริมความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ <i>สามารถ ใจเตี้ย, ลิวลี รัตน์ปัญญา, ณัฏฐ์ สุขสีทอง, ศศิกัญญา นำบุญจิตต์, รัฐพรรณ สันตอินทัย, จันจิราภรณ์ สท้านไทรภพ และอัจฉรา คำพั้น</i>	27
➤ ผลการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม.จังหวัดนครพนม <i>สุทธิชัย วงศ์ชาญศรี.....</i>	37
➤ ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรณีส่งต่อไปรับการรักษาต่อเนื่อง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมิตรภาพ <i>ศุทธิพร แม้นนทรรัตน์.....</i>	46
➤ ความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลระนอง <i>นาฎยา คลีเกษร.....</i>	56
➤ ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกัน การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาในผู้สูงอายุเขตพื้นที่อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร <i>บุญเลิศ บุตรจันทร์.....</i>	66
➤ สังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี จังหวัดชลบุรี <i>อังคณา มากมาย.....</i>	79
➤ การศึกษาวิเคราะห์นโยบายการลดการตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทย ปี 2557-2564 แปลงสู่การปฏิบัติ <i>ลำพูน อิงคภากร และนิลุบล คุณวัฒน์.....</i>	95



สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
➤ การวิเคราะห์สภาพคล่องทางการเงิน ความมั่นคงทางการเงิน และประสิทธิภาพ การดำเนินงานของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย วัลลภ คชภก.....	112
➤ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ ในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน นพรัตน์ ตรงคุณย์ และสุดาทิพย์ นพพิบูลย์.....	126
➤ ภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามกับการดูแลสุขภาพ แบบประคับประคองของครอบครัวในชุมชนชนบทในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วรารภรณ์ สาวลิทธิ.....	141



การดำเนินงานและกิจกรรมศูนย์พัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น

อสม. ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และระดับชาติ ประจำปี 2566
สาขา : สุขภาพจิตชุมชน



ชื่อ-นามสกุล	นางจิตภิรมย์ แก้วคำใต้
ปัจจุบันอายุ	57 ปี
อาชีพ	เกษตรกรกรรม (ทำนา)
การศึกษา	มัธยมศึกษาตอนปลาย
เป็น อสม.	15 ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านหนองแวง ตำบลแวงน้อย อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม 44000

นวัตกรรมเด่น

ศูนย์ตะวันฟ้าใส สานดวงใจ ดูแลผู้ป่วยจิตเวช อสม.บัตดี เพื่อนซี้ ร่วมดูแลใจ มีวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยจิตเวชได้รับการรักษาได้ต่อเนื่อง มีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดี สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยจิตเวช การดำเนินงาน ได้แก่ สร้างความคุ้นเคยให้เกิดความเชื่อมั่นและไว้วางใจ ให้ผู้ป่วยสมัครใจเข้ารับการรักษา ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องสำหรับผู้ป่วยรายที่ต้องการความช่วยเหลือ และติดตามอาการของผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ และพาผู้ป่วยออกไปทำกิจกรรมที่เป็นประโยชน์ เพื่อสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับคนในชุมชน กิจกรรม คือ อสม.บัตดี เพื่อนซี้ ร่วมดูแลใจ จับคู่เพื่อแบ่งพื้นที่การดูแลออกเป็น 4 คู่ อสม.บัตดี 3 คน ต่อผู้ป่วย 1 คน ติดตามการรักษา สอดส่องมองหา ใสใจรับฟัง ส่งต่อเชื่อมโยง ดูแลการกินยา ถามไถ่ ผู้ป่วยอย่างใกล้ชิดต่อเนื่อง

ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน ผู้ป่วยมีสุขภาพกายและสุขภาพจิตที่ดีขึ้น สามารถใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติ เกิดสัมพันธภาพที่ดีกับคนในชุมชนมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2565 ไม่มีผู้ป่วยกลุ่มสีแดง เกิดการจ้างงาน สร้างรายได้ทำให้ผู้ป่วยเกิดความภาคภูมิใจ เกิดบุคคลต้นแบบในการเข้ารับการรักษา



อสม. ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และระดับชาติ ประจำปี 2566

สาขา : การส่งเสริมสุขภาพ



ชื่อ-นามสกุล นางบัวทอง ช่องงาม
 ปัจจุบันอายุ 54 ปี
 อาชีพ เกษตรกร (สวนยางพารา ทำนา)
 การศึกษา มัธยมศึกษาตอนปลาย
 เป็น อสม. 35 ปี
 ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านหนองมะแซว ตำบลตรวง
 อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ 32000

นวัตกรรมเด่น

ผ้านุ่งผดุงสุขภาพ บนถนนสายแดนซ์ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานมีระดับสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ดี ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมตามเกณฑ์ ขั้นตอนการใช้นวัตกรรม (1) ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตให้แก่ผู้ป่วยและประเมินอาการแทรกซ้อนของโรคเบื้องต้นโดย อสม. แกนนำสุขภาพและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (2) ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมทางสุขภาพที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย กลุ่มเป้าหมาย (3) สาธิตการออกกำลังกายโดยใช้ผ้านุ่ง และ (4) ผู้ป่วยและ อสม. ร่วมกันการออกกำลังกายโดยใช้ผ้านุ่งโดยมีแกนนำจัดทำกิจกรรมอย่างน้อย 30 นาที 3 ครั้ง/สัปดาห์

ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน (1) ผู้ป่วยโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้ มีค่าน้ำตาลสะสมใน 3 เดือนลดลง \geq ร้อยละ 40 (2) ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ (BP < 140/90 mmHg) \geq ร้อยละ 60 (3) ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความดันโลหิตสูงสามารถควบคุมตามเกณฑ์ \geq ร้อยละ 60 และ (4) ผู้ใช้นวัตกรรมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.61



อสม. ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และระดับชาติ ประจำปี 2566 สาขา : ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ



ชื่อ-นามสกุล นายยุทธศาสตร์ ชันละ
ปัจจุบันอายุ 64 ปี
อาชีพ เกษตรกรรม (หมอยาสมุนไพร)
การศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น
เป็น อสม. 10 ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านกุดตะกาบ ตำบลวาริชภูมิ
อำเภวาริชภูมิ จังหวัดสกลนคร 47000

นวัตกรรมเด่น

ลูกบอลสมุนไพรแช่เท้า มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยลดภาวะแทรกซ้อนในเท้าผู้ป่วยเบาหวาน ทำให้เท้าสะอาด ลดการติดเชื้อ ตีบกลิ่นเท้า รักษาแผล กระตุ้นการไหลเวียนของเลือด คลายเส้น คลายกล้ามเนื้อ ลดอาการชาของเท้า และคลายเครียดจากกลิ่นสมุนไพรที่มีน้ำมันหอมระเหย วิธีการใช้นวัตกรรม (1) ทำการทดสอบความรู้สึกลายเท้าในผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้เครื่องมือโมนิฟิลาเมนต์ผู้ป่วยมีอาการชา 1 จุดขึ้นไป ก็นำเข้าการทดลองนวัตกรรม บันทึกผลเก็บข้อมูล และวัดระดับความพึงพอใจในการให้บริการ (2) นำลูกบอลสมุนไพร 2 ลูก ต่อน้ำ 2 ลิตร มาแช่กับน้ำอุ่น อุณหภูมิ 40-45 องศาเซลเซียส ให้ผู้ป่วยแช่เท้าด้วยสมุนไพรครึ่งละ 15 นาที และ (3) จัดกิจกรรมโดยการให้บริการแช่เท้าด้วยลูกบอลสมุนไพรในช่วงเวลา 13.00 น.-15.00 น. ครึ่งละ 15 นาที ทำติดต่อกัน 10 วัน (ช่วงการทดลอง) ติดตามประเมินผลและประเมินความพึงพอใจในการใช้ลูกบอลสมุนไพรแช่เท้า

ผลลัพธ์จากการใช้นวัตกรรม พบว่า ก่อนทำการศึกษ ผู้ป่วยมีความรู้สึกลายเท้า 1 จุด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 มีความรู้สึกลายเท้า 2 จุด จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50 มีความรู้สึกลายเท้า 3 จุด จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความรู้สึกลายเท้า 4 จุด จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10 ภายหลังจากการศึกษาผู้ป่วยมีความรู้สึกลายเท้า 1 จุด จำนวน 2 คน คิดเป็นร้อยละ 6.67 มีความรู้สึกลายเท้า 2 จุด จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 50 มีความรู้สึกลายเท้า 3 จุด จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 33.33 และมีความรู้สึกลายเท้า 4 จุด จำนวน 3 คน คิดเป็นร้อยละ 10 แสดงให้เห็นว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกลายเท้าลดลง และมีระดับความพึงพอใจ มากที่สุด ร้อยละ 60.00



อสม. ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และระดับชาติ ประจำปี 2566
สาขา : การบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)
และการสร้างหลักประกันสุขภาพ



ชื่อ-นามสกุล	นางทองคำ สัตรูพาย
ปัจจุบันอายุ	50 ปี
อาชีพ	เกษตรกรกรรม
การศึกษา	มัธยมศึกษาตอนปลาย
เป็น อสม.	15 ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านสร้างเป็น ตำบลสงยาง อำเภอมหาชนะชัย จังหวัดยโสธร 35000

นวัตกรรมเด่น

อสม.คู่ใจ ตรวจเบาหวาน มีวัตถุประสงค์เพื่อเจาะน้ำตาลปลายนิ้วที่สถานบริการสุขภาพในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ในกลุ่มป่วยและกลุ่มเสี่ยง ส่งรายงานผลให้ รพ.สต. พร้อมให้คำแนะนำกลุ่มเสี่ยง เนื่องจากผู้ป่วยเบาหวานส่วนใหญ่ไม่สะดวกเดินทางไป รพ.สต. ตั้งแต่เวลา 04.00 น. และ รพ.สต. คนไข้มีจำนวนมากในวันนัด การดำเนินงาน (1) พัฒนาศักยภาพ อสม. ในการเจาะน้ำตาลปลายนิ้วได้อย่างถูกต้อง เพื่อนำไปปฏิบัติกับผู้ป่วยหรือคนในชุมชน ก่อนรับยาที่ รพ.สต. เพื่อลดขั้นตอนการรับบริการ (2) อสม.จับคู่เจาะเบาหวานที่ ศสมช. ทุกเดือน (30 รายต่อเดือน) หมุนเวียนทุกคน และออกเจาะที่บ้านในรายที่ไม่สามารถเดินทางมาได้ ตรวจสอบสุขภาพเชิงรุกปีละครั้ง

ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน (1) พบกลุ่มที่ควบน้ำตาลได้ 29 ราย กลุ่มน้ำตาลในเลือดสูง 1 ราย ส่งรายงานต่อ รพ.สต. (2) ลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางของผู้ป่วย (3) ลดขั้นตอนการรับบริการ ลดความแออัดและลดเวลาการรอคอยของผู้ป่วย และ (4) ผู้ใช้บริการมีความพึงพอใจ ร้อยละ 90.0



อสม. ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปี 2566

สาขา : การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน



ชื่อ-นามสกุล	นางทองสุข ชุยทอง
ปัจจุบันอายุ	58 ปี
อาชีพ	ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ที่ 10
การศึกษา	มัธยมศึกษาตอนปลาย
เป็น อสม.	17 ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านหนองเรือ ตำบลหนองเรือ อำเภอหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น 40210

นวัตกรรมเด่น

ดาวกระจายวัยใส มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างแกนนำวัยรุ่นในการดูแลเพื่อนในชุมชน และพัฒนาพฤติกรรมวัยรุ่นให้ห่างไกลจากยาเสพติด กระบวนการดำเนินงาน (1) จัดกิจกรรมสร้างแกนนำวัยรุ่นในชุมชนในการดูแลสุขภาพเพื่อนในชุมชน โดยสามารถประเมินอาการเบื้องต้น และส่งพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ทันเวลา (2) เมื่อพบกลุ่มเพื่อนที่มีปัญหาจะแจ้ง อสม. เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่เยาวชนและครอบครัว และ (3) หากประเมินอาการรุนแรงจะส่งต่อเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยมีเครื่องมือในการประเมิน คือ แบบประเมินความเครียด ภาวะซึมเศร้า แบบประเมิน V2 แบบประเมินการติดยาโคโคติน และแบบประเมินการติดสุรา

ผลลัพธ์จากการดำเนินงานระยะเวลา 1 ปี พบกลุ่มเยาวชน อายุ 11-20 ปี จำนวน 165 คน ที่ดูแลโดยกลุ่มดาวกระจายวัยใส ภายหลังการดำเนินงาน พบว่า วัยรุ่นมีพฤติกรรมสูบบุหรี่ ลดลงจากจำนวน 22 คน ลดลงเหลือ 4 คน ติดแอลกอฮอล์ จำนวน 4 คน ปัจจุบันไม่มี หนีเรียน จำนวน 7 คน ปัจจุบันไม่มี ใช้สารแอมเฟตามีน จำนวน 15 คน ลดลงเหลือ 2 คน และใช้กัญชา จำนวน 10 คน ลดลงเหลือ 2 คน และไม่มีกรรองเรียนลักขโมยและการก่อเสียงรบกวนจากกลุ่มวัยรุ่น



อสม. ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปี 2566

สาขา : การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ



ชื่อ-นามสกุล นายปิยะ คิดการ
 ปัจจุบันอายุ 34 ปี
 อาชีพ เกษตรกรรม
 การศึกษา ปริญญาตรี หลักสูตรรัฐศาสตรบัณฑิต
 เป็น อสม. 8 ปี
 ที่อยู่ปัจจุบัน บ้านหนองสะแก ตำบลโนนประดู่
 อำเภอสีดา จังหวัดนครราชสีมา 30430

นวัตกรรมเด่น

รูปสมุนไพรไล่ยุง มีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมให้เกิดภูมิปัญญาแบบชาวบ้านมาใช้ในการจัดการสุขภาพในชุมชน เพื่อลดค่าใช้จ่ายในการซื้อสารเคมีจุดไล่ยุงและลดอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ขั้นตอนการใช้นวัตกรรม นำรูปสมุนไพรไปจุดไฟให้มีกลิ่นเพื่อไล่ยุงและแมลง ประสิทธิภาพรูปสมุนไพรไล่ยุงเมื่อทดลองใช้ในนวัตกรรมรูปสมุนไพรไล่ยุง พบว่า รูป 1 ดอก สามารถจุดไล่ยุงใช้ระยะเวลาได้นาน 2 ชั่วโมง และ 2 วันแรกหลังจากจุดรูปสมุนไพร พบยุงลายจำนวนน้อยลง หลังจากจุดรูปสมุนไพรติดต่อกัน 5 วัน พบว่าจำนวนยุงลายลดน้อยลงอย่างเห็นได้ชัด

ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน ประชาชนใช้รูปสมุนไพรไล่ยุงอย่างแพร่หลาย ลดรายจ่ายในครัวเรือน ส่งเสริมการใช้สมุนไพร ครัวเรือนที่ใช้รูปสมุนไพรไล่ยุง มีความพึงพอใจ ร้อยละ 91.66 และ อสม.สามารถนำความรู้ที่ได้ไปประยุกต์ใช้ และขยายผล แนะนำ สอนวิธีทำรูปสมุนไพรไล่ยุงให้แก่ คนในครอบครัวและชุมชนใกล้เคียง



อสม. ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปี 2566

สาขา : การคุ้มครองผู้บริโภคสุขภาพ



ชื่อ-นามสกุล	นายมนตรี จตุเทน
ปัจจุบันอายุ	55 ปี
อาชีพ	เกษตรกรกรม
การศึกษา	มัธยมศึกษาตอนปลาย
เป็น อสม.	25 ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านนาซอม ตำบลท่าเรือ อำเภอนาหว้า จังหวัดนครพนม 48180

นวัตกรรมเด่น

แหล่ง อีสาน งาน คบส. มีวัตถุประสงค์ให้ประชาชนบ้านนาซอม หมู่ที่ 4 มีความตระหนักถึงการใช้ยาอันตรายและมีความหลากหลายในการรับความรู้ และ เพื่อลดปัญหาในการเลือกบริโภคผลิตภัณฑ์ ที่ไม่ถูกต้อง ขั้นตอนการดำเนินงาน (1) ก่อนเริ่มเข้าสู่พิธีการก็ได้เกริ่นนำว่าต่อไปจะให้ความรู้ด้านงานคุ้มครองผู้บริโภค ก่อนเข้าสู่พิธีการต่าง ๆ ประมาณ 1 นาที โดยการ แหล่ง (หรือการท่องบทกลอน) (2) หลังจากให้ความรู้ผ่านการแหล่งเสร็จก็เป็นการเสริมความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาอันตราย เพื่อให้พี่น้องประชาชนได้ตระหนักถึงผลที่จะตามมาในภายหลัง

เพลง เสียงครวญ จาก อสม. วัตถุประสงค์เพื่อเป็นช่องทางการให้ความรู้เรื่องการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพแก่ประชาชนให้หลากหลายมากยิ่งขึ้น ขั้นตอนการดำเนินงาน (1) แต่งเพลงเนื้อหาเกี่ยวกับการให้ความรู้ด้านการคุ้มครองผู้บริโภคโดยอ้างอิงทำนองจากเพลงเสียงจากผู้ใหญ่บ้าน (2)อัดเสียงลงใส่แผ่นซีดีและนำไปเปิดในหอกระจายข่าวของหมู่บ้านโดยเปิดทุกครั้งที่กำลังนั้ หรือผู้ใหญ่บ้านจะแจ้งข่าวหรือประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนชนทราบ

ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน การทำแบบทดสอบเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับยาอันตราย ผู้ประกอบการ จำนวน 8 คน ทำแบบทดสอบผ่าน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 100 ประชาชน จำนวน 233 คน ทำแบบทดสอบผ่าน 215 คน คิดเป็นร้อยละ 92.27 ทำแบบทดสอบไม่ผ่าน 18 คน คิดเป็นร้อยละ 7.72



อสม. ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปี 2566

สาขา : การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์ในชุมชน



ชื่อ-นามสกุล	นางสาวสายพิน นาคะพล
ปัจจุบันอายุ	38 ปี
อาชีพ	เกษตรกรกรรม
การศึกษา	มัธยมศึกษาตอนปลาย
เป็น อสม.	11 ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านท่าแร่ ตำบลเตือศรีคันไชย อำเภอวานรนิวาส จังหวัดสกลนคร 47120

นวัตกรรมเด่น

คอนดอม เอ็กเพรส มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ประชาชนในชุมชนมีองค์ความรู้ ความเข้าใจ ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบริการแจกจ่ายถุงยางอนามัย ส่งด่วน ส่งไว ส่งถึงจุดรับ และยังมีช่องทางรับคำปรึกษากับกลุ่มวัยรุ่นเพื่อป้องกันการท้องก่อนวัยอันควรและทางออนไลน์ด้วยกลุ่ม อสม. ไว้ใจ ขั้นตอนการดำเนินงาน (1) แจกถุงยางอนามัยให้สมาชิกในกลุ่ม อสม. ไว้ใจในแต่ละหมู่บ้าน โดยใส่ซองสีน้ำตาลกันแสง UV ระบุขนาด ทำให้สะดวกในการแจกจ่าย (2) มีกลุ่ม Line อสม.ไว้ใจ แจ้งข่าว กิจกรรมต่าง ๆ และช่องทางการให้คำปรึกษา และ (3) จัดทำธนาคารถุงยางอนามัย โดยทีม อสม. เห็นสมควรในการร่วมจ่ายตามจิตศรัทธา นำเงินที่ได้ไปซื้อถุงยางอนามัยหมุนเวียนในหมู่บ้าน

ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน (1) ประชาชนใช้บริการรับถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นทุกปี (2) กลุ่มวัยรุ่น เข้ารับคำปรึกษาการป้องกันการท้องก่อนวัยอันควร และการป้องกันตัวเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 47 คน (3) ประชาชนรับการตรวจเลือดแบบสมัครใจ เพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2565 จำนวน 60 คน



อสม. ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปี 2566

สาขา : การจัดการสุขภาพชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม



ชื่อ-นามสกุล	นางวิภารัตน์ พะนิรัมย์
ปัจจุบันอายุ	50 ปี
อาชีพ	เกษตรกรกรม
การศึกษา	มัธยมศึกษาตอนปลาย
เป็น อสม.	13 ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านลำดวน ตำบลลำดวน อำเภอกระสัง จังหวัดบุรีรัมย์ 31160

นวัตกรรมเด่น

กระเจารักษ์โลก ลดควัน ลดขยะ สร้างปุ๋ยอินทรีย์ มีวัตถุประสงค์เพื่อลดปริมาณขยะประเภทเศษอาหารหรือขยะอินทรีย์ สร้างสิ่งแวดล้อมที่สะอาดป้องกันสัตว์และแมลงที่เป็นพาหะนำโรค และลดการใช้ปุ๋ยจากสารเคมีในพืชผักสวนครัว ประชาชนสามารถใช้ปุ๋ยจากเศษอาหารหรือขยะอินทรีย์ที่จัดทำได้ด้วยตนเอง วิธีการใช้นวัตกรรม คือ นำเศษอาหารหรือขยะอินทรีย์วางลงในถังขยะที่สร้างขึ้นเอง เมื่อครบ 60 วัน ขยะที่อยู่ล่างสุดจะย่อยสลายกลายเป็นปุ๋ย สามารถนำไปใส่ต้นไม้ได้ทันที จุดเรียนรู้นวัตกรรม (1) ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลลำดวน (2) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กวัดบ้านยาง (3) ศูนย์พัฒนาเด็กเล็กบ้านกระเจาะ (4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลลำดวน และ (5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านหนองพลวง

ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน (1) ทุกครัวเรือนของบ้านกระเจาะ มีถังขยะอินทรีย์ไม่มีวันเต็ม (2) ประชาชนไม่ใช้สารเคมีกับพืชผักสวนครัว (3) ชุมชนเลิกกำจัดขยะ โดยการเผาที่ก่อให้เกิดมลพิษจากควันไฟ (4) ประชาชนมีปุ๋ยอินทรีย์ใช้ในทุกหลังครัวเรือน และ (5) สัตว์หรือแมลงที่เป็นพาหะนำโรคลดลง



อสม. ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปี 2566

สาขา : นมแม่ และอนามัยแม่และเด็ก



ชื่อ-นามสกุล	นางสาวกาญจนา สาริพันธ์
ปัจจุบันอายุ	44 ปี
อาชีพ	เกษตรกรกรรม
การศึกษา	มัธยมศึกษาตอนปลาย
เป็น อสม.	10 ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านตุม ตำบลกุดน้ำใส อำเภอค้อวัง จังหวัดยโสธร 32000

นวัตกรรมเด่น

ชุดนมแม่เคลื่อนที่ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้กลุ่มหญิงหลังคลอดให้นมลูกที่ถูกต้องวิธี และหญิงหลังคลอดและญาติตระหนักถึงปริมาณการให้นมเด็กที่เหมาะสมและไม่ควรป้อนอาหารก่อน 6 เดือน เนื่องจากขนาดกระเพาะและน้ำย่อยในกระเพาะเด็กยังไม่สามารถที่จะย่อยอาหารอื่นได้ การสาธิตการเอาลูกเข้าเต้าที่ถูกต้อง โดยใช้ผ้ากันเปื้อนเต้านมจะทำให้หญิงหลังคลอดฝึกการอุ้มลูกเข้าเต้าได้ง่ายขึ้น อุปกรณ์ประกอบด้วย (1) ผ้ากันเปื้อนเต้านม (2) ป้ายสอนการอุ้มลูก (3) ป้ายความจุกระเพาะเด็ก และ (4) ชุดประคบสมุนไพรสายใยนมแม่

ชุดประคบสมุนไพร สายใยแม่ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ลดการคัดตึงเต้านม และส่งเสริมให้หญิงหลังคลอดใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการประคบลดการปวดตึง ทำให้การไหลเวียนเลือดและน้ำนมดีขึ้น วัตถุดิบประกอบด้วย ขมิ้นชัน ไพล ผิวมะกรูด ส้มป่อย ใบหนาด พลับพลึง การบูร และพิมเสน วิธีการใช้ จะนำแผ่นสมุนไพรไปนึ่งให้อุ่นและนำไปใส่ช่องใส่สมุนไพรในผ้ากันเปื้อน ใช้ประคบเต้านม ประมาณ 15 นาที

ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน (1) หญิงหลังคลอดสามารถให้นมลูกที่ถูกต้องวิธี และเด็กได้รับปริมาณนมที่เหมาะสม กินนมแม่อย่างเดียว ร้อยละ 100.0 (2) เด็กมีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 95.0 (3) สูงดีสมส่วน ร้อยละ 95.0 และ (4) ผู้ใช้นวัตกรรมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.60



อสม. ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปี 2566

สาขา : กันทสุขภาพ



ชื่อ-นามสกุล	นางสาวอมรรัตน์ เสน่พุด
ปัจจุบันอายุ	38 ปี
อาชีพ	ธุรกิจส่วนตัว
การศึกษา	มัธยมศึกษาตอนปลาย
เป็น อสม.	15 ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านเทพเจริญ ตำบลโคกม่วง อำเภอปะคำ จังหวัดบุรีรัมย์ 31220

นวัตกรรมเด่น

แปรงสีฟันด้ามใหญ่ ใส่ใจผู้สูงอายุ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้สูงอายุหยิบจับด้ามแปรงฟันที่สะดวกและปลอดภัยขณะแปรงฟัน และส่งเสริมให้ผู้สูงอายุแปรงฟันอย่างถูกวิธี อุปกรณ์ ประกอบด้วย แปรงสีฟันผู้ใหญ่นุ่ม ท่อน้ำประปาขนาด 4 หุน ปูนปลาสเตอร์ และขุยมะพร้าว วิธีการใช้งาน ใช้มือที่ถนัดจับแปรงสีฟันด้ามใหญ่ แปรงที่ฟันและลิ้นอย่างถูกวิธีให้สะอาดทั่วทั้งปาก หลังจากใช้งานเสร็จล้างด้วยน้ำให้สะอาด ตั้งไว้ในที่สะดวกกับการใช้งาน

กะลาฟันดี มีวัตถุประสงค์เพื่อสาธิตการแปรงฟันอย่างถูกวิธี และให้ประชาชนตระหนักในการดูแลฟันของตนเอง อุปกรณ์ ใช้กะลามะพร้าวประกบกันเป็นลูกและทำขาตั้ง จากนั้นใช้ฟูกันจุ่มสีวาดรูปช่องปากและฟันเป็นโมเดลสาธิตการแปรงฟัน วิธีการใช้งาน ใช้เป็นโมเดลสื่อการสอนและสาธิตการแปรงฟันอย่างถูกวิธีให้กับประชาชนกลุ่มเป้าหมาย

ผลลัพธ์จากการดำเนินงาน (1) ผู้สูงอายุแปรงฟันได้ถูกวิธีและแปรงฟันนานขึ้นเนื่องจากหยิบจับถนัดมือ (2) ผู้ใช้นวัตกรรมมีความพึงพอใจ ร้อยละ 100



อสม. ดีเด่น ระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประจำปี 2566

สาขา : การเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ



ชื่อ-นามสกุล	นางอุไร อัจจักร
ปัจจุบันอายุ	46 ปี
อาชีพ	เกษตรกรกรรม
การศึกษา	มัธยมศึกษาตอนปลาย
เป็น อสม.	21 ปี
ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านหนองม่วง ตำบลหนองชัยศรี อำเภอหนองหงส์ จังหวัดบุรีรัมย์ 31240

นวัตกรรมเด่น

วงล้อเสริมแรงฟื้นฟูแขนขา มีวัตถุประสงค์เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อในผู้ป่วยที่มีปัญหาแขนขาอ่อนแรง สิ่งประดิษฐ์ทำจากล้อรถเข็นผู้พิการที่ชำรุดแล้วโดยมีฐานจากกะทะรถยนต์ โดยนำแกนเหล็กมาเชื่อมต่อกับฐานกะทะรถยนต์ โดยมีแกนเหล็กอีกตัวมาสวมเข้ากับแกนหลักที่ยึดติดกับกะทะรถยนต์ โดยเจาะรูแกนเหล็กเพื่อยึดติดแบบสามารถเลื่อนปรับวงล้อตามขนาดผู้ป่วยได้ มีสายคล้องรอกและทำเชือกเป็นลักษณะห่วงเพื่อเวลาดึงรอกจะดึงเท้าที่อ่อนแรงขึ้น ส่วนวงล้อหมุนจะใช้ท่อพีวีซีสวมเข้าไปหรือใช้ยางพันบริเวณที่จับได้ ผ่านการตรวจสอบประสิทธิภาพและคุณภาพการใช้งาน โดยนักกายภาพบำบัดและผู้มีความรู้ความเชี่ยวชาญ วิธีการนำไปใช้ในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง มีภาวะแขนขาอ่อนแรงเพื่อฟื้นฟูแขนขา บริหารกล้ามเนื้อแขนและหัวไหล่ ซึ่งวงล้อจะมีลักษณะเป็นวงกลมหมุนได้ 360 องศา ซึ่งเหมาะกับข้อต่อกระดูกหัวไหล่ เป็นข้อต่อที่เคลื่อนไหวได้อย่างอิสระ ข้อต่อชนิดนี้ทำให้อวัยวะส่วนนั้น ๆ มีการเคลื่อนไหวได้มาก โดยใช้มือข้างที่แข็งแรงช่วยพยุงและหมุนวงล้อหมุนด้านซ้าย 10 รอบ ด้านขวา 10 รอบ เท่ากับ 1 เซ็ต ทำ 3 เซ็ต เข้า-เย็น ส่วนซีกโลกที่ใช้สำหรับบริหารข้อต่อสะโพก กล้ามเนื้อสะโพกและกล้ามเนื้อขา โดยใช้ขาข้างที่อ่อนแรงสอดเข้าในห่วงสายยางอีกด้าน และใช้มือสอดเข้ากับห่วงสายยางอีกด้าน แล้วดักซีกโลกขึ้นลง 20 ครั้ง ต่อ 1 เซ็ต ทำ 3 เซ็ต เข้า-เย็น

ผลลัพธ์จากการใช้นวัตกรรมวงล้อเสริมแรงฟื้นฟูแขนขา ระยะเวลา 2 ปี จำนวน 4 รายไม่มีภาวะไหล่ติด เริ่มฝึกเดินได้ทั้ง 4 ราย ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยและญาติ มีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 75.0



หน้า ๑๓
เล่ม ๑๔๐ ตอนพิเศษ ๓๓ ง ราชกิจจานุเบกษา ๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

ประกาศกระทรวงสาธารณสุข

เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
พ.ศ. ๒๕๖๖

โดยที่คณะรัฐมนตรีมีมติเมื่อวันที่ ๒๓ มีนาคม ๒๕๖๔ ให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยเสนอตั้งงบประมาณเงินอุดหนุนเพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสนับสนุนการดำเนินงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตั้งแต่ปีงบประมาณ ๒๕๖๕ เป็นต้นไป และเพื่อให้การดำเนินการเกี่ยวกับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน สอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติในปัจจุบันและเป็นไปโดยเรียบร้อยและมีประสิทธิภาพ

อาศัยอำนาจตามความในข้อ ๖ และข้อ ๓๐ แห่งระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๕๔ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข ออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขไว้ ดังต่อไปนี้

ข้อ ๑ ประกาศนี้เรียกว่า “ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๖๖”

ข้อ ๒ ประกาศนี้ให้ใช้บังคับตั้งแต่วันถัดจากวันที่ประกาศในราชกิจจานุเบกษาเป็นต้นไป

ข้อ ๓ บรรดาหลักเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับการเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประกาศ กฎ ข้อบังคับ หรือบทบัญญัติของกฎหมายอื่นใดขัดหรือแย้งกับประกาศนี้ ให้ใช้ประกาศนี้แทน

ข้อ ๔ ให้ยกเลิกประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง สิทธิได้รับเงินค่าป่วยการในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. ๒๕๖๔”

ข้อ ๕ ในประกาศนี้

“ค่าป่วยการ” หมายความว่า เงินที่ทางราชการจ่ายให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อสนับสนุนการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามที่กำหนดไว้ในข้อ ๘

“เจ้าหน้าที่สาธารณสุข” หมายความว่า ข้าราชการ พนักงานราชการ พนักงานกระทรวงสาธารณสุข หรือลูกจ้าง สังกัดกระทรวงสาธารณสุข องค์การบริหารส่วนจังหวัด เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล กรุงเทพมหานคร เมืองพัทยา หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นซึ่งได้รับมอบหมายจากหัวหน้าหน่วยราชการสาธารณสุขในพื้นที่ให้ทำหน้าที่ส่งเสริม พัฒนา ดูแลกำกับการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่รับผิดชอบ

ข้อ ๖ หลักเกณฑ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และการรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม.๑) ให้เป็นไปตามที่คณะกรรมการส่งเสริมและสนับสนุนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกลางกำหนด



หน้า ๑๔

เล่ม ๑๔๐ ตอนพิเศษ ๓๓ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

ข้อ ๗ ให้กระทรวงสาธารณสุข กำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านทั้งประเทศ ในแต่ละปีงบประมาณ เพื่อปฏิบัติหน้าที่และมีสิทธิได้รับเงินค่าป่วยการตามประกาศนี้

ให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขพัฒนาเพิ่มพูนความรู้ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเรื่องที่เป็นความจำเป็นตามสภาพปัญหาของชุมชน

ข้อ ๘ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านซึ่งจะมีสิทธิได้รับค่าป่วยการตามประกาศนี้ จะต้องเป็นผู้ปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์ ดังต่อไปนี้

(๑) มีรายชื่ออยู่ในฐานข้อมูลทะเบียนประวัติ อสม. ของกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (www.thaiphc.net)

(๒) ต้องมีระยะเวลาในการปฏิบัติงานแน่นอนในกิจกรรมที่ได้รับมอบหมายให้เป็นผู้รับผิดชอบ ตามหลักเกณฑ์ข้อ ๖

(๓) ให้มีการรายงานผลการปฏิบัติงานตามหลักเกณฑ์ข้อ ๖ โดยมีประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านระดับหมู่บ้านหรือชุมชน และประธานชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ระดับตำบล เป็นผู้ตรวจสอบและรับรองรายงานผลการปฏิบัติงาน

กรณีมีปัญหาในการปฏิบัติตามข้อ ๘ (๓) ให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่งรายงาน ผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม. ๑) ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นผู้ตรวจสอบและรับรอง รายงานผลการปฏิบัติงานภายในระยะเวลาที่กำหนด

ข้อ ๙ เมื่อได้ดำเนินการตามข้อ ๘ (๓) แล้ว ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ตรวจสอบ และยืนยันการส่งรายงานผลการปฏิบัติงานในระบบฐานข้อมูลค่าป่วยการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างสม่ำเสมอทุกเดือน

ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ยืนยันข้อมูลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ส่งรายงาน ผลการปฏิบัติงานเข้าในระบบ และให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพดำเนินการยืนยันสิทธิรับค่าป่วยการ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อส่งข้อมูลให้กรมบัญชีกลางดำเนินการโอนเงินเข้าบัญชีเงินฝาก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นรายบุคคลต่อไป

ถ้าการยืนยันสิทธิรับเงินค่าป่วยการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ไม่สามารถ ดำเนินการได้ทันตามกำหนดระยะเวลาที่กรมบัญชีกลางกำหนดในแต่ละเดือน ให้ดำเนินการเบิกจ่ายเงิน ค่าป่วยการให้ในรอบถัดไป

ข้อ ๑๐ การจ่ายเงินค่าป่วยการของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ให้กรมบัญชีกลาง โอนเข้าบัญชีเงินฝากธนาคารของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อ ๑๑ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านรายใด มีเหตุจำเป็นไม่อาจเปิดบัญชีธนาคาร เพื่อรับเงินค่าป่วยการได้ ให้ทำคำชี้แจงต่อนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นรายบุคคล และให้รวบรวมข้อมูล รวมทั้งเหตุผลความจำเป็น ส่งให้กรมสนับสนุนบริการสุขภาพพิจารณา เพื่อให้ความเห็นชอบ ในการเบิกจ่ายเงินสดเป็นรายบุคคลต่อไป



หน้า ๑๕

เล่ม ๑๔๐ ตอนพิเศษ ๓๓ ง

ราชกิจจานุเบกษา

๑๓ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๖

ให้สำนักงานสาธารณสุขอำเภอดำเนินการเปิดบัญชีธนาคาร ชื่อบัญชี “โครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชียงรุ๊ก”

การเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการเป็นเงินสด ให้สาธารณสุขอำเภอยื่นยันการส่งรายงานผลการปฏิบัติงานตามแบบ (อสม. ๑) ในฐานข้อมูลค่าป่วยการอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และรวบรวมแบบ (อสม. ๑) พร้อมทั้งใบสำคัญรับเงินเพื่อดำเนินการเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการให้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านโดยไม่ชักช้า เมื่อได้รับการโอนเงินจากกรมบัญชีกลางเข้าบัญชีของโครงการส่งเสริมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เชียงรุ๊กแล้ว

ข้อ ๑๒ อัตราค่าป่วยการสำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เบิกจ่ายเป็นรายเดือนตามมติคณะรัฐมนตรีหรือตามกฎหมายที่เกี่ยวข้องกำหนด

ข้อ ๑๓ ในกรณีที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งมีสิทธิได้รับเงินค่าป่วยการเสียชีวิตระหว่างการรับเงินค่าป่วยการ ให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการจ่ายเงินดังกล่าวให้กับทายาทผู้มีสิทธิ และให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการปรับปรุงฐานข้อมูลทันที

ข้อ ๑๔ การเบิกจ่ายเงินค่าป่วยการที่ไม่ได้กำหนดไว้ในประกาศนี้ ให้ถือปฏิบัติตามระเบียบหรือหลักเกณฑ์การเบิกจ่ายเงินเดือน หรือค่าจ้างของทางราชการโดยอนุโลม

ข้อ ๑๕ ให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รักษาการตามประกาศนี้ และให้มีอำนาจวินิจฉัยปัญหาเกี่ยวกับการดำเนินการตามประกาศนี้

คำวินิจฉัยชี้ขาดของปลัดกระทรวงสาธารณสุขตามวรรคหนึ่ง ให้เป็นที่สุด

ประกาศ ณ วันที่ ๗ กุมภาพันธ์ พ.ศ. ๒๕๖๖

อนุทิน ชาญวีรกูล

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข



ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรค
COVID19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี
ASSOCIATION BETWEEN HEALTH LITERACY WITH COVID-19
PREVENTION BEHAVIORS OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS
IN UBON RATCHATHANI PROVINCE

วงศ์ธร อ่อนศรีบุตร^{1,*} และนิยม จันทร์นวล^{2,**}
Wongsathorn Onsribut^{1,*} and Niyom Junnuat^{2,**}

Received : 26 September 2022, Received in revised form : 13 December 2022, Accepted : 06 January 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 195 คน โดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่มีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของคอนบราครระหว่าง 0.73 - 0.74 วิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดอุบลราชธานี จากการสุ่มตัวอย่างจำนวน 195 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 87.5 มีอายุระหว่าง 50-59 ปี ร้อยละ 39.9 คน ในครอบครัวไม่เคยป่วยด้วยโรค COVID-19 ร้อยละ 64.1 ส่วนใหญ่ฉีดวัคซีนโควิด 19 จำนวน 3 เข็ม ร้อยละ 66.7 มีความรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.2 พฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 อยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 61.5 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ได้แก่ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการจัดการตนเอง ทักษะการตัดสินใจ ทักษะความรู้เท่าทันสื่อ ทักษะความรู้ความเข้าใจ และทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการทางสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .524, .421, .398, .344, .307, .223$ และ .218 ตามลำดับ) ดังนั้น ควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 หรือโรคอุบัติใหม่ในอนาคต

คำสำคัญ: ความรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

¹ โรงพยาบาล ๕๐ พรรษา มหาวชิราลงกรณ, อุบลราชธานี 34000

¹ THE 50th Anniversary Mahavajiralongkorn Hospital, Ubon Ratchathani 34000

² วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี, อุบลราชธานี 34190

² College of Medicine and Public Health Ubon Ratchathani University, Ubon Ratchathani 34190

Corresponding author; E-mail: oeishi.fc@gmail.com *, niyom.j@ubu.ac.th **



ABSTRACT

This research is a cross-sectional descriptive study. to study the level of health literacy The level of COVID-19 prevention behavior and the relationship between health literacy and COVID-19 prevention behavior of village health volunteers in Ubon Ratchathani Province, Data were collected from 195 village health volunteers in Ubon Ratchathani province by a simple random sampling method. Questionnaires were used with a Cronbach's alpha coefficient between 0.73 - 0.74. Data were analyzed using descriptive statistics and correlation analysis with Pearson product-moment correlation coefficient statistics.

The results showed that village health volunteers in Ubon Ratchathani Province were randomly selected from 195 people. Most were female at 87.5%, aged between 50 - 59 years; 39.9%, and 64.1% of family members had never been diagnosed with COVID-19; most had received 3 doses of COVID-19 vaccination, 66.7% Their overall health literacy was at a moderate level, at 68.2%. COVID-19 prevention behaviors were at a level that should be adjusted to 61.5%. and when testing the relationship, they were overall health literacy, communication skills, self-management skills, decision-making skills, media literacy skills, cognitive skills, and access to health information and health services skills. There was a statistically significant positive correlation with COVID-19 prevention behavior. ($r = .524, .421, .398, .344, .307, .223$ and $.218$) p -value $< .05$ respectively). Therefore, there should be a promotion of health literacy among health volunteers in solving health problems in the community to monitor, prevent, and control the spread of emerging diseases in the future.

Keywords: Health literacy, Coronavirus disease 2019 prevention behavior, Village health Volunteer

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (Coronavirus Disease 2019: COVID-19) เป็นโรคติดต่ออุบัติใหม่เกิดจากเชื้อไวรัส Severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) รายงานการป่วยทั่วโลกในปัจจุบัน พบจำนวนผู้ป่วยล่าสุดจำนวน 601,391,652 ราย เสียชีวิตจำนวน 6,473,601 สำหรับประเทศไทย ณ วันที่ 24 สิงหาคม 2565 มีผู้ป่วยจำนวน 2,415,826 ราย เสียชีวิตจำนวน 10,441 ราย (กรมควบคุมโรค, 2565) ส่วนจังหวัดอุบลราชธานี จากข้อมูลการรายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อในจังหวัดอุบลราชธานี ณ วันที่ 24 สิงหาคม 2565

พบผู้ป่วยสะสมจำนวน 286,667 ราย ผู้เสียชีวิตจำนวน 496 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี, 2565) จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 แนวทางการค้นหาควบคุม และป้องกันการติดเชื้อของประชาชนในพื้นที่ ก่อนเป็นลำดับแรก คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่มีบทบาทสำคัญในการลงพื้นที่ตามบ้านเรือนที่รับผิดชอบ เพื่อให้ความรู้ การสำรวจการได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด 19 การดูแลผู้ป่วย ทั้งในผู้ป่วยที่แยกกักรักษาตัวในชุมชน และแยกกักรักษาตัวที่บ้าน และการเฝ้าระวัง การคัดกรองกลุ่มเสี่ยง



(กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2564) ดังนั้น อสม. จำเป็นต้องมีพฤติกรรมกำป้องกันโรคโควิด 19 ที่ถูกต้องและเหมาะสม โดยพฤติกรรมสุขภาพมีความสัมพันธ์ต่อความสามารถในการหาข้อมูล คิทธิวิเคราะห์ ตัดสินใจเลือกวิธีการ และจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม รวมทั้งสามารถบอกต่อในสิ่งที่ถูกต้องให้ผู้อื่นนำไปใช้ได้ (กองสุศึกษา, 2562) ซึ่งจากการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า ประชาชนร้อยละ 64.86 ได้รับข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ จาก อสม. (กฤษกันทรสุวรรณพันธ์ และคณะ, 2562) สอดคล้องกับแนวคิดความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยปัจจัยเหล่านี้ยังส่งผลทางตรงต่อวิถีการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพที่ดีหรือเปลี่ยนแปลงไปในทางที่เหมาะสม และความรู้ด้านสุขภาพยังส่งผลต่อพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดต่อของ อสม. (วีระ กองสนับ และคณะ, 2563; พรพญา เตปิน และคณะ, 2561)

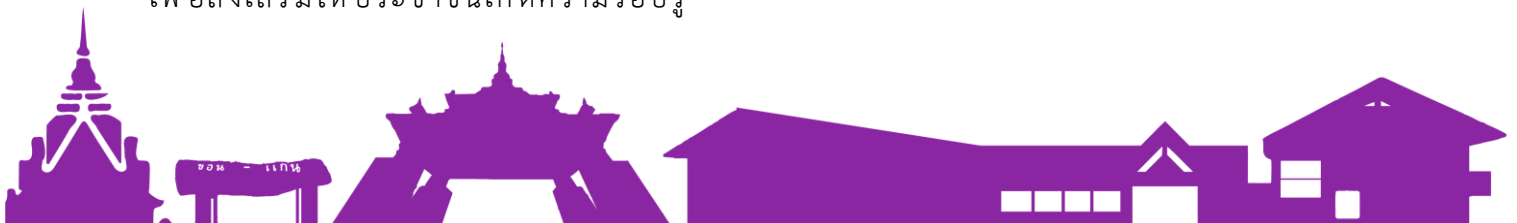
ความรู้ด้านสุขภาพ เป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างมากในการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ (Xinying Sun et al., 2013; Khumthong T., 2016) ที่ผ่านมามีการศึกษาถึงปัจจัยภายนอกที่มีความเกี่ยวข้องกับความรู้ด้านสุขภาพ เช่น การรับรู้การบริการสาธารณสุข การเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้ด้านสุขภาพ แร่งเสริมจากบุคคลอื่น การเรียนรู้จากการสังเกตตัวแบบ การใช้สื่อสังคมออนไลน์ เป็นต้น (Khumthong T., 2016 Office for health research translation, 2015) แต่ยังมีพบว่าการศึกษาถึงความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในประเด็นโรคติดต่อยังมีค่อนข้างน้อยในกลุ่ม อสม. เมื่อเทียบกับการศึกษาในประเด็นของกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยเฉพาะในประเด็นของโรคติดต่ออันตรายหรือโรคติดต่ออุบัติใหม่อย่าง เช่น โรคโควิด 19 ที่กำลังระบาดอยู่ในปัจจุบัน ซึ่งในทั่วโลกต่างก็ตระหนักในการออกนโยบายและมาตรการในการป้องกันควบคุมโรคดังกล่าว เพื่อส่งเสริมให้ประชาชนเกิดความรอบรู้

ด้านสุขภาพและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบรูปแบบใหม่เพื่อป้องกันตนเองจากโรคโควิด 19 ได้ถูกต้อง

จากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่ยังมีแนวโน้มการระบาดอย่างต่อเนื่อง บทบาทโดดเด่นในการช่วยดำเนินการเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด 19 ของทีม อสม. ที่ได้ดำเนินการตามมาตรการกำป้องกันกำแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 ในพื้นที่อย่างเข้มข้น เป็นกำลังหลักร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและบุคลากรอื่นที่เกี่ยวข้องดำเนินการเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด 19 ในชุมชน จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งในการพัฒนาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมสุขภาพในเรื่องความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมกำป้องกันตนเองในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังการระบาดของโรคโควิด 19 ของ อสม. ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างศึกษาความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกำป้องกันโรคโควิด 19 ของ อสม. ข้อมูลจากการวิจัยจะเป็นข้อมูลพื้นฐานที่สำคัญในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. และในเตรียมความพร้อมรับมือกับโรคติดต่ออุบัติใหม่โรคติดต่ออุบัติซ้ำ และภัยสุขภาพอื่น ๆ ที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตต่อไปได้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมกำป้องกันโรคติดต่อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยใช้แบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูลกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างเดือนมิถุนายน – กันยายน 2565 มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในจังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 29,589 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G*Power (Buchner, 2010) สำหรับ Correlation: Bivariate normal model ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05, Effect size = 0.23 (วิจัย เทียนถาวร และณรงค์ ใจเที่ยง, 2564) Power=0.90 (Cohen J., 1977) ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 159 คน เพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลผู้วิจัยเพิ่มขนาดตัวอย่างในการรวบรวมข้อมูล ร้อยละ 20 ได้ตัวอย่างจำนวน 195 คน รวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับสลากรายชื่อ อสม.

2. เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ถูกพัฒนาโดยนักวิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทางประชากร ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) จำนวน 13 ข้อ ได้แก่ เพศ สถานภาพ สมรส ระดับการศึกษาอาชีพหลัก รายได้ ระยะเวลาการเป็น อสม. จำนวนหลังคาเรือนที่รับผิดชอบในครอบครัวเคยมีผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ตำแหน่งในกลุ่ม อสม. การได้รับวัคซีน การผ่านอบรมหลักสูตร อสม. หมอประจำบ้าน โรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ประกอบด้วย 6 ตอน ได้แก่ 1) ความรู้ความเข้าใจ 2) การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการทางสุขภาพ

3) ทักษะการสื่อสาร 4) ทักษะการตัดสินใจ 5) ทักษะการจัดการตนเอง 6) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ จำนวน 25 ข้อ แต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือกตามแบบวัดของลิเคอร์ต (Likert' scale) แปลผลเป็น 3 ระดับ (Best, 1981) คือ มาก ปานกลาง และน้อย โดยทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาตั้งแต่ 0.50 ความเชื่อมั่นโดยมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.74

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 จำนวน 9 ข้อ คำถามเป็นข้อความให้ตัวอย่างพิจารณาการปฏิบัติตนตามข้อความนั้น แต่ละคำถามมี 5 ตัวเลือกตามแบบวัดของลิเคอร์ต (Likert' scale) ตามระดับความถี่ในการปฏิบัติ 5 ระดับ แปลผลเป็น 3 ระดับ (Best, 1981) คือ ดี ปานกลาง และควรปรับปรุง ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องของเนื้อหาตั้งแต่ 0.50 และความเชื่อมั่นโดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.73

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยลงพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป้าหมาย ชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัย และดำเนินการแจกแบบสอบถามการวิจัย เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลกับกลุ่มตัวอย่าง โดยให้กลุ่มตัวอย่างทำการตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ใช้เวลาทำประมาณ 10-15 นาทีต่อคน

4. การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี หมายเลขใบรับรอง UBU-REC-68/2565 ลงวันที่ 23 พฤษภาคม 2565 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ เพื่อนำไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลคุณลักษณะทางประชากร ความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 และ



พฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่าง ความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation Coefficients) ที่ ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สรุปผลการวิจัย

1. คุณลักษณะทางประชากร กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.7 มีช่วงอายุระหว่าง 50-59 ปี มากที่สุด ร้อยละ 37.9 สถานภาพสมรสส่วนใหญ่เป็นคู่และอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 76.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษามากที่สุด ร้อยละ 37.4 ส่วนมากประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 45.1 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,000-5,000 บาท ร้อยละ 65.5 ระยะเวลาในการเป็นอาสาสมัคร

สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 6-10 ปี ร้อยละ 35.9 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 76.9 คนในครอบครัวไม่เคยป่วยด้วยโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ร้อยละ 64.1 ไม่ได้ดำรงตำแหน่งในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 87.2 ส่วนใหญ่ได้รับการฉีดวัคซีนโควิด 19 จำนวน 3 เข็ม ร้อยละ 66.7 และส่วนใหญ่ผ่านการอบรมหลักสูตรหมอประจำบ้าน ร้อยละ 71.8

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 68.2 ($\bar{X} = 93.44$, $SD = 9.9$, $95\%CI = 92.03-94.84$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ทักษะการตัดสินใจ และทักษะความรู้ ความเข้าใจอยู่ในระดับมาก (ร้อยละ 82.1 และ 69.2 ตามลำดับ) ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการทางสุขภาพ ทักษะการจัดการตนเอง และทักษะการตัดสินใจ อยู่ในระดับระดับปานกลาง (ร้อยละ 69.7, 58.5, 54.4 และ 17.9 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับความรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n = 195)

ความรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน (ร้อยละ)		
	มาก	ปานกลาง	น้อย
ทักษะความรู้ ความเข้าใจ	101 (51.8)	46 (23.6)	48 (24.6)
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการทางสุขภาพ	48 (24.6)	114 (58.5)	33 (16.9)
ทักษะการสื่อสาร	90 (46.2)	92 (47.2)	13 (6.7)
ทักษะการตัดสินใจ	160 (82.1)	35 (17.9)	0 (0.0)
การจัดการตนเอง	28 (14.4)	106 (54.4)	61 (31.3)
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ	50 (25.6)	136 (69.7)	9 (4.6)
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	62 (31.8)	133 (68.2)	0 (0.0)

($\bar{X} = 93.44$, $SD = 9.9$, $95\%CI = 92.03-94.84$)



3. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 กลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติทุกครั้งมากที่สุดโดยสวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ ร้อยละ 39.5 รองลงมาคือ ล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์หลังหยิบจับสิ่งของ ร้อยละ 39.5 และหลีกเลี่ยงการใช้ของร่วมกับผู้อื่น เช่น แก้วน้ำ หลอดดูด เป็นต้น ร้อยละ 39.5 ส่วนพฤติกรรมที่ต้องปรับปรุงโดยกลุ่มตัวอย่างมีการปฏิบัติเกือบทุกครั้งและปฏิบัติทุก เช่น ทำน้ใช้ช้อนกลางทุกครั้งในการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น ร้อยละ 28.7 และเมื่อพิจารณาการ

ปฏิบัติที่ต้องปรับปรุง คือปิดปาก ปิดจมูก ด้วยกระดาษเช็ดหน้าเมื่อไอ จาม และ หลีกเลียงกิจกรรมรวมกลุ่มที่มีคนจำนวนมาก ร้อยละ 36.9 (ตารางที่ 2) และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมโดยรวมพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อยู่ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 61.5 และระดับดีร้อยละ 38.5 ($\bar{X} = 31.0$, $SD = 8.7$, $95\%CI = 0.31-0.45$) ดังแสดง ตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 รายข้อ (n = 195)

ข้อความ	การปฏิบัติ				
	ทุกครั้ง	เกือบทุกครั้ง	บางครั้ง	นานๆ ครั้ง	ไม่เคยเลย
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
1. ใช้ช้อนกลางทุกครั้งในการรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	76 (39.0)	55 (28.7)	54 (27.7)	9 (4.6)	0 (0.0)
2. ล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์หลังหยิบจับสิ่งของ	77 (39.5)	36 (18.5)	55 (28.2)	9 (4.6)	18 (9.2)
3. สวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ	77 (39.5)	18 (9.2)	42 (21.5)	40 (20.5)	18 (9.2)
4. รับประทานอาหารที่ปรุงสุกใหม่	57 (29.2)	24 (12.3)	44 (22.6)	52 (26.7)	18 (9.2)
5. หลีกเลียงการใช้ของร่วมกับผู้อื่น เช่น แก้วน้ำ หลอดดูด เป็นต้น	77 (39.5)	18 (9.2)	28 (14.4)	53 (27.2)	19 (9.7)
6. ปิดปาก ปิดจมูก ด้วยกระดาษเช็ดหน้าเมื่อไอ จาม	63 (32.3)	13 (6.7)	46 (23.6)	72 (36.9)	1 (0.5)
7. หลีกเลียงกิจกรรมรวมกลุ่มที่มีคนจำนวนมาก	51 (26.2)	28 (14.4)	44 (22.6)	77 (36.9)	0 (0.0)
8. สวมใส่หน้ากากอนามัย และปกเจลแอลกอฮอล์ติดตัวเมื่อออกไปธุระ	51 (26.2)	18 (9.2)	85 (43.6)	41 (21.0)	0 (0.0)
9. ยืน นั่ง เว้นระยะห่างผู้อื่น อย่างน้อย 1 เมตร หรือ 1 ช่วงแขน	43 (22.1)	23 (11.8)	95 (43.6)	34 (17.4)	0 (0.0)



ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (n=195)

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ระดับดี	75	38.5
ระดับควรปรับปรุง	120	61.5

(\bar{X} = 31.0, SD = 8.7, 95%CI = 29.77-32.23)

4. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ภาพรวมความรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .524$) ส่วนความรู้ด้านสุขภาพรายด้านพบว่า ทักษะการสื่อสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ที่ระดับ .05 ($r = .421$) ทักษะการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย ทักษะความรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการตัดสินใจ ทักษะความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการทางสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($r = .398, .344, .307, .223$ และ .218 ตามลำดับ) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (n = 195)

ความรู้ด้านสุขภาพเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019			ระดับความสัมพันธ์
	r_{xy}	95% CI for r_{xy}	p-value	
ทักษะความรู้ ความเข้าใจ	.223	0.085-0.352	.001	ต่ำ
ทักษะการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการทางสุขภาพ	.218	0.080-0.348	.001	ต่ำ
ทักษะการสื่อสาร	.421	0.298-0.530	.001	ปานกลาง
ทักษะการตัดสินใจ	.344	0.214-0.462	.001	ต่ำ
ทักษะการจัดการตนเองให้มีความปลอดภัย	.398	0.273-0.510	.001	ต่ำ
ทักษะความรู้เท่าทันสื่อ	.307	0.174-0.429	.001	ต่ำ
ความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม	.524	0.414-0.619	.001	ปานกลาง

อภิปรายผล

1. ความรู้ด้านสุขภาพโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในจังหวัดอุบลราชธานีอยู่ในระดับ

ปานกลาง ร้อยละ 68.2 สอดคล้องกับการศึกษาของจิราพร เกศพิชญวัฒนา และคณะ (2562) และกรรณิกา อุุ่นอ้าย และคณะ (2565) ที่พบว่า ความรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/



ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 69.3 ทั้งนี้ อาจเนื่องจากความรอบรู้ด้านสุขภาพขึ้นอยู่กับคุณลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งการวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างไม่ได้เรียนหนังสือ ร้อยละ 53.7 และสำเร็จการศึกษาในระดับประถมศึกษา ร้อยละ 46.3 โดยบุคคลที่มีการศึกษาน้อยจะส่งผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยเฉพาะชุมชนชนบท ในประเทศที่กำลังพัฒนายังคงมีผู้สูงอายุที่ไม่ได้เรียนหนังสือจำนวนค่อนข้างมาก (Hoa, Giang et al, 2020) เนื่องจากแนวคิดของความรอบรู้ด้านสุขภาพมีรากฐานมาจากการรู้หนังสือของผู้ใหญ่และการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งการศึกษาเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะทำให้บุคคลเลือกปฏิบัติ พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรค การศึกษาจะช่วยส่งเสริมให้บุคคลสามารถเข้าถึง และทำความเข้าใจข้อมูลสุขภาพเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง (Nutbeam, 2000) และเมื่อพิจารณาความรอบรู้ด้านสุขภาพในแต่ละด้าน พบว่า อสม. มีความรอบรู้ด้านทักษะการเข้าถึง ข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ทักษะการจัดการเงินไขทางสุขภาพของตนเอง ทักษะความรู้ ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ และทักษะการตัดสินใจเลือกปฏิบัติ ที่ถูกต้องอยู่ในระดับมาก และปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของดาวรุ่ง เยาวกุล และคณะ (2564) ทั้งนี้ อสม.ได้ติดตามและรับข้อมูล สารจากสื่อต่าง ๆ และจากการทำงานในพื้นที่ ร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการควบคุม ป้องกันโรคโควิด 19 ทำให้มีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันโรคโควิด 19 รวมทั้งผลจาก ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (พ.ศ. 2561-2580) และ แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ได้มุ่งเน้นการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน โดยความร่วมมือของ หน่วยงานภาครัฐร่วมและประชาชน ดังนั้นเมื่อ อสม. มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรค

โรคโควิด 19 ที่ดีจะนำมาซึ่งการมีศักยภาพในการดูแลตนเองที่ดีตามไปด้วย

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับควรปรับปรุง ทั้งนี้เนื่องจาก อสม. ระบุว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคอุบัติใหม่ และเป็นโรคติดต่ออันตราย (กระทรวงสาธารณสุข, 2563) สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ ถนอมชยธวัช และคณะ (2565) แตกต่างจากจิตรา มุลทิ (2564) ที่พบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครประจำหมู่บ้านอยู่ในระดับดี ร้อยละ 60.61 โดยเมื่อพิจารณาพฤติกรรมที่ อสม. ปฏิบัติเป็นประจำ พบว่า ล้างมือด้วยสบู่ หรือแอลกอฮอล์หลังหยิบจับสิ่งของ สวมหน้ากากอนามัยเมื่ออยู่ในที่สาธารณะ และหลีกเลี่ยงการใช้ของร่วมกับผู้อื่น เช่น แก้วน้ำ หลอดดูด เป็นต้น สอดคล้องกับการศึกษาของศุภักชญา ภาวังคะรัต และคณะ (2563) พบว่า ส่วนใหญ่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและประชาชนในชุมชนมีพฤติกรรมการป้องกันตนเอง คือ การสวมหน้ากากอนามัย กินร้อน ช้อนส่วนตัว ล้างมือ รักษาระยะห่างทางสังคม และหลีกเลี่ยงการไปในที่ชุมชน ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เมื่อออกนอกบ้านหรืออยู่ในที่สาธารณะ

3. ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สอดคล้องกับการศึกษาของเบญจมาพร อาตัมเจริญ และคณะ (2564) และ วีระ กองสนั่น และคณะ (2563) อธิบายได้ว่า เมื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าเพิ่มขึ้นพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 จะเพิ่มขึ้นไปด้วย สอดคล้องตามแนวคิดของ Nutbeam (2008) ที่กล่าวว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพเกิดขึ้นได้ต้องมีทักษะและความสามารถในการทำความเข้าใจ ข้อมูลสุขภาพ โดยอธิบายได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพจะมีผลทางตรงทำให้บุคคล



มีพฤติกรรมสุขภาพเปลี่ยนแปลง กล่าวคือ หากบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี พฤติกรรมสุขภาพจะดีตามไปด้วย เนื่องจากจะมีความรู้ ความเข้าใจ สามารถเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ มีทักษะการสื่อสาร การตัดสินใจ จัดการตนเอง และสามารถรู้เท่าทันสื่อได้ ทั้งนี้ผู้ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพนั้น จะต้องมีความรู้ด้านการฟัง การพูด การอ่าน และการเขียน เป็นพื้นฐาน เนื่องจากทักษะด้านการสื่อสารดังกล่าวเป็น ปัจจัยพื้นฐานที่จำเป็นของความรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งสามารถพัฒนาได้ด้วยวิธีการต่าง ๆ เพราะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพจะนำมาปรับเปลี่ยน ข้อมูลสื่อสาร และพัฒนาตนเอง เมื่อได้มีการนำสู่ การปฏิบัติก็จะทำให้บุคคลเกิดทักษะการปฏิบัติ ทำให้เกิดผลต่อการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์
1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริม ความรอบรู้ ด้านสุขภาพของอาสาสมัคร สาธารณสุขในการแก้ไขปัญหาในชุมชน เพื่อเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรค อุบัติใหม่ในอนาคต

1.2 ควรจัดกิจกรรมส่งเสริมความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันโรคโควิด 19 กับประชาชน ในพื้นที่ โดยเน้น การเข้าถึงข้อมูลและบริการ สุขภาพ การสร้างความรู้ ความเข้าใจ การสื่อสาร และโต้ตอบด้านสุขภาพ การเข้าถึงสื่อสุขภาพ และการตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เพื่อส่งเสริม พฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 เพื่อปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการป้องกันตนเองต่อโรคและภัย สุขภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการพัฒนา รูปแบบ หรือโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพ ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย และ ชุมชน

เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2565). *สถานการณ์ ผู้ติดเชื้อ COVID-19 ภายในประเทศ*; [เข้าถึงเมื่อ 24 ต.ค. 2565]. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/covid19-dashboard/>
- กรรณิกา อุ่นอ้าย, พนิดา ชัยวัง, พรพิมล กรกกฎ กัจจร และดวงใจ ปันเจริญ. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของผู้สูงอายุ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดภาวะสมองเสื่อม ในชุมชนชนบท จังหวัดเชียงราย. *พยาบาลสาธารณสุขวิทยาลัยเชียงใหม่*, 49(1) : 200-215.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง ชื่อและอาการสำคัญของโรคติดต่ออันตราย (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2563*. ราชกิจจานุเบกษา 2563; 137(48ง): 1.
- กฤษกันทร สุวรรณพันธ์ และเสาวลักษณ์ ศรีดา เกษ. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของเกษตรกรผู้ปลูกสับปะรด ในเขตสุขภาพที่ 8. *วารสารวิจัยและพัฒนา ระบบสุขภาพ*, 12(1) : 150-157.
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2564). *หนังสือเรียนนายแพทย์สาธารณสุข จังหวัด เรื่อง ขอปรับปรุงรายงานผลการปฏิบัติงาน อสม.เฝ้าระวังโรคโควิด 19 ในชุมชนฯ*. [อินเทอร์เน็ต]. (สืบค้น เมื่อวันที่ 4 กันยายน 2565)
- กองสุขภาพ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ . (2562). *โปรแกรมสุขภาพศึกษาเพื่อการเสริมสร้างความรู้ด้านสุขภาพ เรื่อง การป้องกันวันโรคในชุมชน*. นนทบุรี: กองสุขภาพ กรมสนับสนุน บริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.



- จิตรา มุลทิ. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอองไทรลราช จังหวัดสุโขทัย. *วารสารวิชาการสคร.* 9, 27(2) : 5-14.
- จิราพร เกศพิชญวัฒนา, สุวิณี วิวัฒน์วานิช และชาตินัย หวานวาจา. (2562). ความรอบรู้ทางสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรม/ศูนย์เรียนรู้ผู้สูงอายุในเขตกรุงเทพมหานคร. *วารสารประชากรศาสตร์*, 36(2) : 40-57.
- ดาวรุ่ง เยาวกุล ปาจารย์ อับดุลลาฮาซิม และนิภา มหารัชพงศ์. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตสุขภาพที่ 6. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(1) : 257-271.
- เบญจมาพร อาตัมเจริญ และวาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด 19 ในยุคชีวิตวิถีใหม่ของกลุ่มวัยทำงานในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารพยาบาล*, 71(3) : 27-35.
- เบญจวรรณ ถนอมชยธวัช รัชยานภิกษ รัชตะวรรณ และบุญประจักษ์ จันทรวิน. (2564). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันตัวเอง และสังคมจากโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในการปฏิบัติหน้าที่ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารสังคมศาสตร์และมานุษยวิทยาเชิงพุทธ*, 6(12) : 361-375.
- พรพญา เตปิน, วราภรณ์ บุญเชียง และศิริตรี สุทธจิตต์. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันโรคมือ เท้า ปาก ของผู้ปกครองในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก ตำบลเจริญเมือง อำเภอพาน จังหวัดเชียงราย. *ลำปางเวชสาร*, 39(2) : 72-80.
- วิชัย เทียนถาวร และณรงค์ ใจเที่ยง. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด 19 ในกลุ่มวัยเรียนมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(2) : 126-137.
- วีระ กองสนั่น และอมรศักดิ์ โพธิ์อ่ำ. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรค ไข้เลือดออก ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตตำบลหนองใหญ่ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพและการสาธารณสุขชุมชน*, 3(1) : 35-44.
- ศุภักชญา ภาวังคะรัต สมภพ อาจชนะศึก และปิยะณัฐ นามชู. (2563). *การศึกษาศถานการณ์การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในชุมชนโดยอาสาสมัครประจำหมู่บ้าน. คู่มือแนะนำสำหรับ อสม. เรียกใช้เมื่อ 22 กรกฎาคม 2565 จาก <https://resourcecenter.thaihealth.or.th/interesting-issues/article>*
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี. (2565). เอกสารการประชุมศูนย์ปฏิบัติการตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน (EOC) : โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Coronavirus disease 2019 : COVID-19) จังหวัดอุบลราชธานี ประจำวันที่ 24 สิงหาคม 2565.



- Best, J.W. (1981). Research in Education. (3rd ed). *Engelwood Cliffs*, New Jersey: Prentice Hall, Inc.
- Buchner, A. (2010). *G*Power: Users Guide-Analysis by design*. Web Page of Heinrich-Heine Universität - Institute für experimentelle Psychologien. Available from : <http://www.psych.uni-duesseldorf.de/abteilungen/aap/gpower3>.
- Cohen J. (1977). *Statistical power for the behavioral sciences*. (2nded). Academic Press.
- Hoa, V. H, Giang, T. H., Vu, T. P., Tuyen, V. D., & Khue, M. P. (2020). Factors associated with health literacy among the elderly people in Vietnam. *Hinda Wi BioMed Research International*, 2020(1), 1-7
- Khumthong T. (2016). *A causal model and effect of health literacy to health behavior and health outcome of risk Thai adults with diabetes and hypertension in Uthai Thani and Ang Thong province [Dissertation]*. Bangkok: Chulalongkorn University. 2016. (in Thai).
- Nutbeam D. (2008). The evolving concept of Health Literacy. *Social Science & Medicine*. 67: 2072-2078.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in to the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259-267. doi:10.1093/heapro/15.3.259.
- Office for health research translation. (2015). *Situation review and mechanisms for managing health literacy*. Department of preventive and social medicine, Faculty of Medicine, Chulalongkorn University; (in Thai).
- Wiersma, W., & G. Jurs, S. (2009). *Research Method in Education an Introduction*. (9thed). Massachusetts: Pearson.
- Xinying Sun et al. (2013). Determinants of health literacy and health behavior regarding infectious respiratory diseases: a pathway model. *BMC Public Health*, 13(261) : 1-8.



การพัฒนากิจกรรมเสริมความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
เพื่อการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ
THE DEVELOPMENT ACTIVITY FOR KNOWLEDGE OF THE UTILITIES
OF TRADITIONAL HERBAL WISDOM FOR HEALTH CARE
AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEER

สามารถ ใจเตี้ย^{1,*} สิวลี รัตน์ปัญญา² ณัฏฐร สุขสีทอง³ ศศิกัญญ์ นำบุญจิตต์⁴
รัฐพรรณ สันตือโนทัย⁵ จันจิราภรณ์ สทานไตรภพ⁶ และอัจฉรา คำพันธ์⁷
Smart Jaitae^{1,*} Siwalee Rattanapunya², Nuttron Sukseetong³, Sasikan Numboonjit⁴,
Ruthaphan Santianotai⁵, Janjiraporn Stantripob⁶ and Atchara Khamfun⁷

Received : 25 September 2022, Received in revised form : 03 January 2023, Accepted : 09 January 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมวิธีนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา ทดสอบประสิทธิภาพ และผลสัมฤทธิ์ของกิจกรรมการเสริมความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสียกับการใช้ประโยชน์สมุนไพรพื้นบ้านจำนวน 19 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 35 คน ในเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วยชุดกิจกรรมการเสริมความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการใช้ประโยชน์สมุนไพรพื้นบ้าน แบบทดสอบความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์แบบอุปนัย วิเคราะห์ประสิทธิภาพของกิจกรรมการเรียนรู้ตามเกณฑ์ร้อยละ 80/80 (E1/E2) เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ของกิจกรรมการเสริมความรู้ด้วยสถิติทดสอบ Paired t-test และประเมินระดับความพึงพอใจด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่า กิจกรรมการเสริมความรู้ ประกอบด้วย 1) เทคนิคการสำรวจ 2) การพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรพื้นบ้าน และ 3) การสังเคราะห์แนวทางการส่งเสริมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพ มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ ร้อยละ 80/80 (80.66/86.94) ส่วนการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์กิจกรรมการเสริมความรู้ พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยทดสอบความรู้หลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองใช้กิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเสนอแนะการดำเนินกิจกรรมโดยเพิ่มกิจกรรมการลงสำรวจ ระยะเวลาการดำเนินกิจกรรม และควรมีสื่อการสอนที่หลากหลาย

คำสำคัญ: กิจกรรมเสริมความรู้, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน, ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้าน

¹⁻⁷ ภาควิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่

¹⁻⁷ Department of Public Health, Faculty of Science and Technology, Chiang Mai Rajabhat University, Thailand

Corresponding author; E-mail: smart_jai@cmru.ac.th *



ABSTRACT

This mixed methods aimed to develop, efficiency assessment, and achievement of knowledge-enhancing activities of the utilities of traditional herbal wisdom in village health volunteers. 19 stakeholders and 35 village health volunteers who lived in the area of the Suthep Municipality, Muangchiangmai District, Chiangmai Province, participated. Data collected by the learning knowledge activities package on the utilities of traditional herbal wisdom for health care, the learning achievement form, and the satisfaction assessment form. The data were analyzed by inductive analysis. The E1/E2 efficiency was determined using the set criteria of 80/80, comparing the achievements of the knowledge enhancing activities with the Paired t-test, and satisfaction evaluation with descriptive statistics.

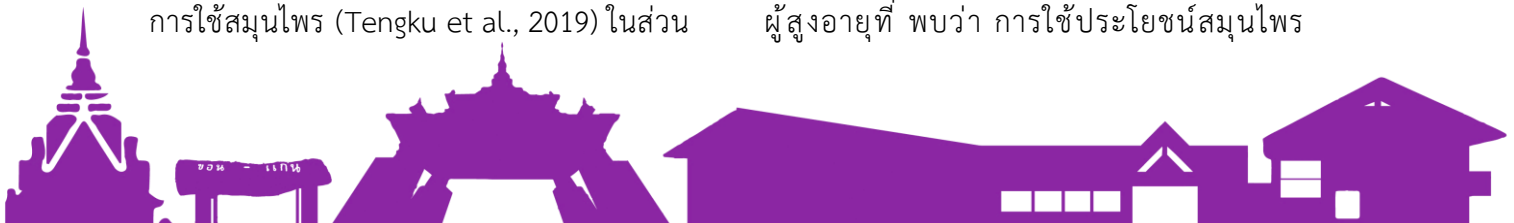
The results indicated that knowledge enhancing activities consisted of 1) survey techniques, 2) development of local herbal products, and 3) the synthesis of guidelines for promoting the use of local herbs for health care. The efficiency value was specified at 80/80 percent (80.66/86.94). As for the comparison of the achievements of knowledge enhancing activities, it showed the average post-learning achievement score was higher than the average pre-learning achievement statistically significant at the .05 level. In this regard, the stakeholders suggested the activities by adding activities to survey the time of the activities and should have a variety of instructional media.

Keywords: Knowledge enhancing activities, Village health volunteer, Traditional herbal wisdom

บทนำ

ความหลากหลายของพืชสมุนไพรพื้นบ้านนำไปสู่การประยุกต์ใช้ทั้งการนำมาเป็นอาหาร การนำมาใช้เพื่อการเกษตร และการรักษาความเจ็บป่วยโดยประชาชน ร้อยละ 80 ทั่วโลกใช้สมุนไพรและผลิตภัณฑ์ที่เกี่ยวข้องกับสมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพเบื้องต้นถึงแม้สมุนไพรบางชนิดจะยังไม่ได้รับการตรวจสอบอาการที่ไม่พึงประสงค์ที่อาจจะเกิดขึ้น (Ekor, 2013) เช่นเดียวกับประชาชนในกลุ่มประเทศอาเซียนและจีนมีประวัติการใช้ยาแผนโบราณจากสมุนไพรพื้นบ้านมายาวนาน (Liu, 2021) สอดคล้องกับรายงานการศึกษาที่พบว่า ผู้หญิงในประเทศมาเลเซียมีการใช้สมุนไพร ร้อยละ 55.5 โดยส่วนใหญ่ใช้สมุนไพรสดเพื่อการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้ผู้หญิงถึง ร้อยละ 67.9 ไม่กังวลต่อผลกระทบของการใช้สมุนไพร (Tengku et al., 2019) ในส่วน

บุคลากรทางด้านสาธารณสุขในภูมิภาคตะวันตกเฉียงใต้ของประเทศเอธิโอเปีย ร้อยละ 51.8 มีความตระหนักต่อความปลอดภัยของสมุนไพร โดยมีประสบการณ์การทำงาน การฝึกอบรม และการฝึกปฏิบัติงานด้านความปลอดภัยมีความสัมพันธ์กับความตระหนักในความปลอดภัยของสมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญ (Hasen and Hashim, 2021) ในประเทศไทยมีรายงานการศึกษา พบว่าประชาชนบางส่วนพยายามแสวงหารูปแบบการใช้ประโยชน์สมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพเพิ่มขึ้น และได้นำสมุนไพรพื้นบ้านมาใช้ควบคู่กับการรักษาโรคแผนปัจจุบัน โดยบางครั้งวีรอนมีการใช้ผลิตภัณฑ์สมุนไพรที่จำหน่ายทั่วไป (สามารถ ใจเตี้ย ศศิกัญญ์ ผ่องชมพู และชัชญาสมมติ, 2565) เช่นเดียวกับรายงานการศึกษาในผู้สูงอายุที่ พบว่า การใช้ประโยชน์สมุนไพร



พื้นบ้านของผู้สูงอายุยังต้องมีการเสริมสร้างองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง ทั้งการนำสมุนไพรพื้นบ้านจากป่าธรรมชาติมาปลูกในพื้นที่พักอาศัยที่อาจจะเป็นการคุกคามการแพร่กระจายของสมุนไพรในป่าธรรมชาติ รวมถึงองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับประเภท สรรพคุณ ความเป็นพิษ และวิธีการใช้ตำรับยาตั้งแต่ละตำรับ (สามารถ ใจเตี้ย และคณะ, 2562) อย่างไรก็ตามการใช้สมุนไพรพื้นบ้านอาจเป็นแนวทางที่นำมาบูรณาการสู่ทางเลือกการสร้างเสริมสุขภาพประชาชนที่สามารถปฏิบัติได้โดยง่าย ซึ่งกลไกการสร้างกิจกรรมที่ก่อเกิดการประยุกต์ใช้สมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพที่สะท้อนสถานการณ์ที่แท้จริงจะส่งผลต่อการแก้ไขปัญหาสุขภาพที่เหมาะสมกับสถานการณ์ ภาวะสุขภาพที่เปลี่ยนแปลง โดยแนวทางดังกล่าวข้างต้นสอดคล้องกับบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอันเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญและเป็นรูปธรรมที่โดดเด่นของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพ มีรายงานการศึกษาพบว่า บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัวมีบทบาทสำคัญทั้งการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชนเชิงระบบการวิเคราะห์ชุมชน การจัดทำแผนสุขภาพชุมชน และการเขียนโครงการเพื่อป้องกันโรคและปัญหาสุขภาพ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง และคณะ, 2559) ในส่วนของการใช้สมุนไพรพื้นบ้านมีรายงานการศึกษาในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเขตตำบลแม่ไร่ พบว่าร้อยละ 55.2 มีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรอยู่ในระดับปานกลาง โดยปัจจัยนำเรื่องประสบการณ์การทำงานที่แตกต่างกัน ปัจจัยเอื้อการได้มาซึ่งสมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพตนเอง และปัจจัยเสริมข้อมูลการได้รับข่าวสารด้านการใช้พืชสมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพตนเองมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ปาติกา เวชกุล วิริญญา เมืองช้าง และ

จุฑารัตน์ ภูบรรทัด, 2564) ทั้งนี้การใช้ประโยชน์สมุนไพรพื้นบ้านตามบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังขาดความรู้ที่เหมาะสมทั้งการปลูก การเลือกใช้ส่วนของสมุนไพรที่มีสรรพคุณทางยา และการพัฒนาผลิตภัณฑ์สมุนไพรเพื่อการดูแลสุขภาพ ดังนั้นผลจากการศึกษานี้ อาจเป็นกิจกรรมที่เสริมศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้สอดคล้องกับแนวโน้มการใช้ประโยชน์สมุนไพรพื้นบ้าน และตอบสนองต่อความต้องการของประชาชนที่ต้องการระบบการดูแลที่เหมาะสมและปลอดภัยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

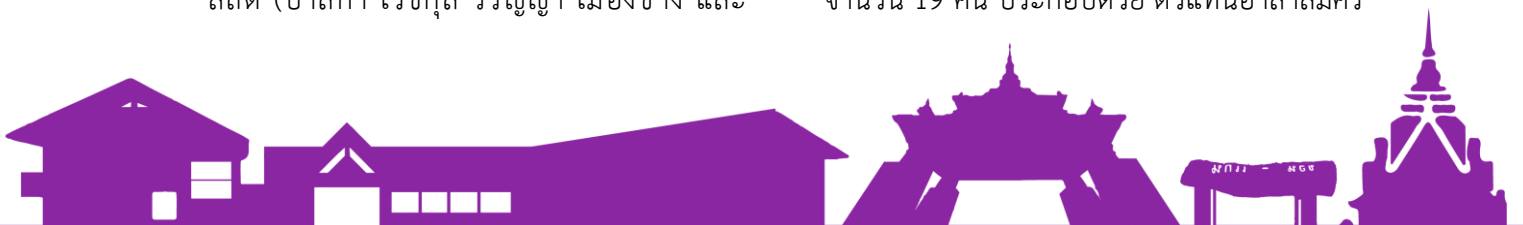
1. เพื่อพัฒนากิจกรรมการเสริมความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้าน
2. เพื่อทดสอบประสิทธิภาพ และผลสัมฤทธิ์ ของกิจกรรมการเสริมความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้าน

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยฉบับนี้ เป็นการวิจัยแบบผสมผสานวิธี มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนา ทดสอบประสิทธิภาพ และผลสัมฤทธิ์ของกิจกรรมการเสริมความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพ แบ่งการศึกษา ได้ดังนี้

1. การพัฒนากิจกรรมการเสริมความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้าน ใช้กระบวนการการสัมมนาเชิงปฏิบัติการกลุ่มผู้มีส่วนได้เสีย (Stakeholder Group Operational Seminar) อันนำไปสู่การกำหนดรูปแบบกิจกรรมประกอบด้วย

- 1.1 กลุ่มผู้เข้าร่วมพัฒนากิจกรรมจำนวน 19 คน ประกอบด้วย ตัวแทนอาสาสมัคร



สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน 14 คน ตัวแทนหมอพื้นบ้าน 2 คน ตัวแทนหน่วยงานด้านสาธารณสุข 2 คน และตัวแทนนักวิชาการ 1 คน

1.2 ขั้นตอนการพัฒนากิจกรรม วิธีการศึกษา ประกอบด้วย

1.2.1 การศึกษา และวิเคราะห์ข้อมูลความต้องการการเสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และพิจารณาความสอดคล้องเหมาะสมของข้อมูลที่ได้กับศักยภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และทรัพยากรสนับสนุน

1.2.2 นำข้อมูลทั้งหมดมาจัดลำดับความสำคัญของปัญหาและความต้องการเร่งด่วน ร่วมกับการทบทวนแนวคิด และทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเพื่อนำไปสู่สร้างกิจกรรม

1.2.3 นำข้อสรุปมากำหนดเรื่องที่จะจัดทำเป็นกิจกรรม กำหนดสาระการเรียนรู้ของเนื้อหาที่จะนำมาพัฒนากิจกรรม และวิเคราะห์ลักษณะองค์ประกอบสำคัญของกิจกรรม ได้แก่ เนื้อหา รวมถึงทักษะกระบวนการที่ส่งเสริมการเรียนรู้ด้วยตนเอง การวัดประเมินผลและแหล่งการเรียนรู้

1.3 ดำเนินการพัฒนากิจกรรม ประกอบด้วย การหาข้อสรุปเนื้อหาของจากกิจกรรมจากข้อสรุปของผู้มีส่วนได้เสีย จัดช่วงระยะเวลาการสอน (กิจกรรม) จำนวนผู้เรียน และสร้างแบบทดสอบประสิทธิภาพกิจกรรม และแบบประเมินผลสัมฤทธิ์ รวมถึงแผนการจัดการเรียนการสอน คู่มือการจัดการเรียนรู้ และเอกสารเพิ่มเติม

1.4 เครื่องมือการวิจัยในขั้นตอนการพัฒนา เป็นแบบบันทึกการพัฒนากิจกรรม ประกอบด้วย ข้อสรุปเนื้อหาของจากกิจกรรม ช่วงระยะเวลาการสอน (กิจกรรม) และผลลัพธ์ที่คาดหวัง

1.5 การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสร้างข้อสรุปโดยการวิเคราะห์แบบ

อุปนัย (Analytic Induction) โดยการเปรียบเทียบข้อมูลและการตีความข้อมูล

2. การทดสอบประสิทธิภาพของกิจกรรม และการวัดผลสัมฤทธิ์กิจกรรมการเรียนรู้ ใช้แบบแผนการวิจัยแบบกึ่งทดลองกลุ่มเดียวทดสอบก่อน-หลัง (One-Group Pretest - Posttest Design)

2.1 กลุ่มผู้เข้าร่วมกิจกรรม คัดเลือกโดยการสุ่มอย่างง่ายจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่เทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ ที่เข้าร่วมการดำเนินโครงการบริการวิชาการ ปีงบประมาณ 2565 จำนวน 35 คน ทั้งนี้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมต้องสอบผ่านเกณฑ์การฝึกปฏิบัติการการใช้ประโยชน์พืชสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพ

2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการทดสอบประสิทธิภาพและการวัดผลสัมฤทธิ์

2.2.1 ชุดกิจกรรมการเสริมความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้าน ประกอบด้วย เรื่องที่ 1 เทคนิคการสำรวจภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้าน เรื่องที่ 2 การพัฒนาผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพจากภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้าน เรื่องที่ 3 การสังเคราะห์แนวทางการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพ

2.2.2 การทดสอบประสิทธิภาพ เป็นแบบทดสอบย่อยระหว่างการเรียนรู้ ประกอบด้วยแบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการสำรวจ การพัฒนาผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ และการสังเคราะห์แนวทางการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพ จำนวนกิจกรรมละ 10 ข้อ รวม 30 ข้อ ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบถูก ผิด มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน ทั้งนี้แบบทดสอบมีค่าความเที่ยงด้วยวิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson, KR - 21) (Ebel and Frisbie, 1986) เท่ากับ 0.86



2.2.3 การวัดผลสัมฤทธิ์กิจกรรม เป็นแบบทดสอบก่อน-หลังการทดลองใช้กิจกรรม ครอบคลุมความรู้เกี่ยวกับเทคนิคการสำรวจ การพัฒนาผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ และการสังเคราะห์ แนวทางการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาสมุนไพร พื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพ ลักษณะ แบบสอบถามเป็นแบบถูก ผิด มีเกณฑ์การให้ คะแนนคือ ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน จำนวน 20 ข้อ ทั้งนี้แบบทดสอบมีความเที่ยงด้วยวิธีคูเดอร์ ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson, KR-21) (Ebel and Frisbie, 1986) เท่ากับ 0.82

2.2.4 การประเมินความพึงพอใจ ใช้แบบสอบถามความคิดเห็นประเมินระดับความคิดเห็น โดยประเมิน 3 ระดับ มาก ปานกลาง น้อย เกณฑ์การให้คะแนน 1 – 3 คะแนน แปลผลค่าคะแนนตั้งแต่ 1.00 – 3.00 (ผู้เข้าร่วมทดสอบกิจกรรมการเรียนรู้มีความพึงพอใจระดับน้อย – ความพึงพอใจระดับมาก)

2.3 การวิเคราะห์ข้อมูล ดำเนินการ กิจกรรมการเสริมความรู้ จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง การวิเคราะห์ประสิทธิภาพกิจกรรมการเรียนรู้ชุมชนใช้การประเมินประสิทธิภาพของ กิจกรรม E1/E2 ตามเกณฑ์ 80/80 (ชัยยงค์ พรหมวงศ์, 2556) และเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์การเรียนรู้ด้วยสถิติ Paired t-test ส่วนระดับความพึงพอใจวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

ดำเนินการโดยการชี้แจงถึงวัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินการวิจัย และขอความร่วมมือกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจและมีสิทธิ์ถอนตัวออกจากการวิจัย ได้ถ้าต้องการ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้ เป็นความลับและใช้ข้อมูลเฉพาะการศึกษานี้ เท่านั้น การนำเสนอข้อมูลจะนำเสนอโดย ภาพรวม ซึ่งจะต้องได้รับความเห็นชอบจากกลุ่ม

ตัวอย่าง การเข้าร่วมโครงการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่าง ลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย นอกจากนี้โครงการวิจัยนี้ไม่ก่อให้เกิดอันตรายกับ กลุ่มตัวอย่างและไม่ได้มุ่งหวังผลประโยชน์ใดกับ กลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างจะได้ประโยชน์ใน ด้านการใช้ประโยชน์จากผลการวิจัย

สรุปผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนากิจกรรมการเสริมความรู้

การพัฒนากิจกรรมการเสริมความรู้ พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีการนำสมุนไพรพื้นบ้านมาใช้ในการดูแลสุขภาพหลากหลายชนิดทั้งที่ใช้เป็นยาสมุนไพร เพื่อการดูแลสุขภาพและรักษาความเจ็บป่วย และ การเป็นวัตถุดิบในการปรุงอาหารพื้นบ้าน ทั้งนี้ กลุ่มคนเหล่านี้ยังมีความต้องการกิจกรรม การเสริมสร้างความรู้และทักษะเหมาะสมในการ ใช้ประโยชน์ ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้าน การสังเคราะห์ข้อมูลเพื่อคัดเลือกหัวข้อที่นำมาสู่ การพัฒนากิจกรรมในเวทีการสัมมนาเชิง ปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม พบว่า หัวข้อที่ต้องการ ได้แก่ เทคนิคการสำรวจ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ เสริมสุขภาพ และการสังเคราะห์แนวทางการ ประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการ การดูแลสุขภาพ นอกจากนี้ในการดำเนินกิจกรรม แต่ละครั้งได้ บูรณาการกระบวนการทาง วิทยาศาสตร์พื้นฐานทั้งการสังเกต การรวบรวม ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูล การนำเสนอข้อมูล การสรุปผลและการสื่อสาร รวมถึงได้ นำร่าง กิจกรรมไปให้ผู้เชี่ยวชาญด้านภูมิปัญญาด้าน สุขภาพ ผู้เชี่ยวชาญด้านหลักสูตรและการสอน และตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้านตรวจสอบ และเสนอแนะเพื่อปรับปรุง แก้ไข ทั้งนี้กิจกรรมมีองค์ประกอบของเนื้อหา วิธีการสอนและกิจกรรม และผลลัพธ์การเรียนรู้ ที่คาดหวัง ดังตารางที่ 1



ตารางที่ 1 การจัดกิจกรรมการเสริมความรู้ด้านสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้าน (ดำเนินกิจกรรม จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 3 ชั่วโมง)

ครั้งที่	เนื้อหา	วิธีการสอนและกิจกรรม	ผลลัพธ์
ครั้งที่ 1	เทคนิคการสำรวจภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้าน	บรรยายเชิงวิชาการ และลงพื้นที่สำรวจความหลากหลายของสมุนไพรในพื้นที่ และฝึกจำแนกประเภทสมุนไพรตามการใช้ประโยชน์เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ	ความรู้เกี่ยวกับวิธีการบันทึกข้อมูลลักษณะของสมุนไพรพื้นบ้าน และการจำแนกประเภทสมุนไพรพื้นบ้านจำนวน 5 กลุ่ม ดังนี้ กลุ่มบรรเทาอาการปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ กลุ่มบรรเทาอาการใช้กลุ่มรักษาโรคผิวหนัง กลุ่มบำรุงร่างกาย และกลุ่มที่ใช้รักษาโรคระบบทางเดินอาหาร
ครั้งที่ 2	การพัฒนาผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพจากภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้าน	บรรยายเชิงวิชาการ และฝึกปฏิบัติการพัฒนาผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพจำนวน 2 ผลิตภัณฑ์	ความรู้เกี่ยวกับการคัดเลือกสมุนไพรพื้นบ้าน การเตรียมวัตถุดิบ การเตรียมสารผสม การสร้างบรรจุภัณฑ์ และการใช้ที่ถูกต้อง
ครั้งที่ 3	การสังเคราะห์แนวทางการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพ	บรรยายเชิงวิชาการ และแบ่งกลุ่มสังเคราะห์การประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้าน	ความรู้เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้าน ทั้งแนวทางการแสวงหาวัตถุดิบ การพัฒนาผลิตภัณฑ์ และการตลาด รวมถึงปัญหา อุปสรรคการใช้ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้าน และแนวทางการแก้ไข

2. ผลการหาประสิทธิภาพกิจกรรมเสริมความรู้ พบว่า ผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนคิดเป็นร้อยละการดำเนินกิจกรรมระหว่างเรียน (E1) และผลการวิเคราะห์ค่าเฉลี่ยคะแนนคิดเป็น

ร้อยละหลังการดำเนินกิจกรรม (E2) เท่ากับ 80.66/86.94 ทั้งนี้กิจกรรมมีประสิทธิภาพ ตามเกณฑ์ 80/80 ที่กำหนดไว้ ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 ประสิทธิภาพของกิจกรรมการเรียนรู้ตามเกณฑ์ E1 / E2

กิจกรรม	กลุ่มทดลอง	จำนวน	E1	E2	E1 / E2
การเสริมความรู้อาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในการใช้ประโยชน์ ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้าน	อาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน	35	80.66	86.94	80.66 / 86.94

3. ผลการเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์กิจกรรม พบว่า ค่าคะแนนทดสอบความรู้เฉลี่ยก่อน - หลังทดลองใช้กิจกรรมเท่ากับ ค่าเฉลี่ย 11.64 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.68 และค่าเฉลี่ย 18.42 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.82 ตามลำดับ ทั้งนี้ค่าคะแนนทดสอบความรู้เฉลี่ยหลังทดลองใช้กิจกรรมมีค่าสูงกว่าก่อนทดลองใช้

กิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับนัยสำคัญ .05 (p-value = .021) ผู้เข้าร่วมกิจกรรมยังได้เสนอแนะในส่วนของ การดำเนินกิจกรรม โดยเพิ่มกิจกรรมการลงสำรวจในพื้นที่ เวลาการดำเนินกิจกรรมในแต่ละช่วงให้มากขึ้น รวมถึงควรมีสื่อประกอบที่หลากหลาย ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์กิจกรรมการเรียนรู้

กิจกรรมการเสริมความรู้	ค่าเฉลี่ย (\bar{x})	ค่าส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน (SD)	t -test	p-value*
ก่อนการทดลองใช้	11.64	0.68	1.124	0.021
หลังการทดลองใช้	18.42	0.82		

* ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

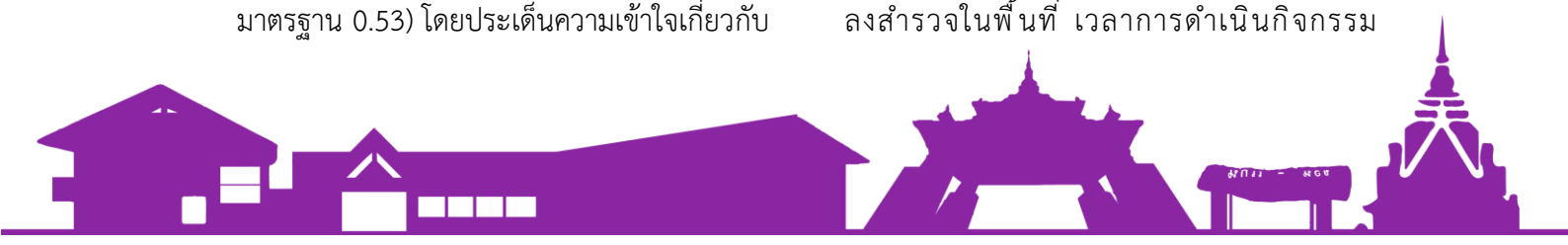
4. ผลการวิเคราะห์ความพึงพอใจการเข้าร่วมกิจกรรม

4.1 ข้อมูลทั่วไป ผู้เข้าอบรมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 85.0 เพศชาย คิดเป็นร้อยละ 15.0 อายุเฉลี่ย 43.48 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.88 ปี นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 100.0 เคยเข้าอบรมการดูแลสุขภาพ ร้อยละ 100.0 ทั้งนี้ผู้เข้ารับการอบรมใช้สมุนไพรพื้นบ้านเมื่อมีอาการเจ็บป่วยเบื้องต้น ร้อยละ 58.6

4.2 ผลการประเมินความพึงพอใจ ผู้เข้าอบรมมีความพึงพอใจโดยรวมเฉลี่ยระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.53) โดยประเด็นความเข้าใจเกี่ยวกับ

การสำรวจและการใช้ประโยชน์สมุนไพรพื้นบ้านระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากับ 4.88 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.44) รองลงมา ประเด็นการถ่ายทอดความรู้และการอธิบายเนื้อหาของวิทยากรมีความชัดเจน (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.83 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.56) และประเด็นความเข้าใจเกี่ยวกับการการสังเคราะห์ศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อการใช้ประโยชน์สมุนไพรพื้นบ้านระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดเท่ากับ 4.30 ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.58)

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมยังได้เสนอแนะในส่วนของ การดำเนินกิจกรรม โดยเพิ่มกิจกรรมการลงสำรวจในพื้นที่ เวลาการดำเนินกิจกรรม



ในแต่ละช่วงให้มากขึ้น รวมถึงควรมีสื่อประกอบที่หลากหลาย

อภิปรายผล

กิจกรรมการเสริมความรู้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการใช้ประโยชน์ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านพัฒนาจากความต้องการของผู้ร่วมกิจกรรม ทั้งนี้กิจกรรมเทคนิคการสำรวจ การพัฒนาผลิตภัณฑ์เสริมสุขภาพ และการสังเคราะห์แนวทางการประยุกต์ใช้ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพ มีประสิทธิภาพตามเกณฑ์ 80 / 80 ที่กำหนดไว้ ในส่วนของผลสัมฤทธิ์กิจกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเป็นไปได้ว่ากิจกรรมที่พัฒนาได้สะท้อนความต้องการการเรียนรู้ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ยังคงแสวงหากิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะการใช้ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านในการสร้างเสริมสุขภาพที่กำลังเผชิญปัจจัยกำหนดที่ซับซ้อนทั้งด้านกายภาพและสังคม นอกจากนี้กิจกรรมเหล่านี้ยังเป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและนักวิชาการ สอดคล้องกับ Hedges and Dunn (2018) ที่กล่าวว่า การเรียนรู้เป็นกระบวนการในการก่อให้เกิดรูปแบบและพัฒนาความรู้ ทักษะ ทศนคติ และพฤติกรรม อันเป็นผลมาจากการศึกษา ฝึกอบรม การขัดเกลาทางสังคม และประสบการณ์

ในส่วนของการดำเนินกิจกรรม เนื่องจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมถึงแม้จะเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่มีประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนอย่างต่อเนื่อง แต่ยังมีบางคนที่ยังไม่สามารถเชื่อมโยงกิจกรรมทั้งสามกิจกรรมได้ โดยเฉพาะกิจกรรมที่ต้องฝึกปฏิบัติทั้งการลงพื้นที่สำรวจในชุมชนและการฝึกปฏิบัติการพัฒนาผลิตภัณฑ์ที่ต้องใช้ความรู้ ความเข้าใจส่วนบุคคลมาเชื่อมโยงกับทักษะการถ่ายทอดของวิทยากร เช่นเดียวกับการเรียนรู้จากชุดกิจกรรม

การตรวจวิเคราะห์คุณภาพน้ำที่ การดำเนินกิจกรรมของชุดการเรียนรู้ด้วยตนเองส่วนการอ่านผลการวิเคราะห์อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านยังไม่สามารถเรียนรู้กระบวนการดังกล่าวได้มากนัก ซึ่งอาจจะเนื่องมาจากความไม่เข้าใจและความไม่คุ้นเคยในการเข้าร่วมกิจกรรม (ณัฏฐ์ สุขสีทอง, 2559) แต่อย่างไรก็ตามผลสัมฤทธิ์ของกิจกรรมก็ยังสะท้อนความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนก่อน – หลังการทดลองใช้กิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รวมถึงค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจโดยรวมเฉลี่ยระดับมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

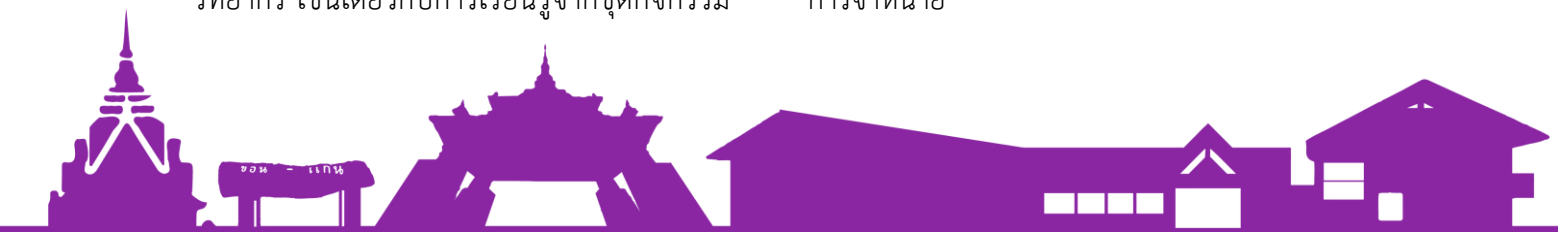
1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปประยุกต์ใช้

1.1 การพัฒนากิจกรรมจากความต้องการของผู้เรียนนำไปสู่การออกแบบกิจกรรมการเรียนรู้ที่อาจนำไปสู่การแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพที่กำลังเผชิญอยู่ในพื้นที่ กิจกรรมการเสริมความรู้เหล่านี้ยังสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินกิจกรรมของชุมชนที่เกี่ยวข้อง

1.2 ข้อมูลจากการศึกษานี้อาจเป็นแนวทางการผสมผสานกระบวนการการสร้างเสริมสุขภาพผ่านภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านอันเป็นทุนชุมชนที่บางส่วนยังต้องการการพิสูจน์ทางวิทยาศาสตร์เพื่อให้เกิดการยอมรับและเชื่อมั่นต่อประสิทธิภาพในการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้ผู้มีส่วนได้เสียและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรสนับสนุนทรัพยากรที่เกี่ยวข้องอย่างเพียงพอและเหมาะสม รวมถึงก่อเกิดการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนอย่างแท้จริง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 พัฒนาระบบของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยเน้นรูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพชุมชนด้วยภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้านทั้งการปลูก การพัฒนาผลิตภัณฑ์ และการจำหน่าย



2.2 พัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการอนุรักษ์ พื้นฟู ภูมิปัญญาสมุนไพรพื้นบ้าน รวมถึงแนวทางการถ่ายทอดภูมิปัญญาสู่การใช้ ประโยชน์ในกลุ่มคนรุ่นใหม่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านเขตเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ หมอพื้นบ้าน นักศึกษา หลักสูตรสาธารณสุขชุมชน มหาวิทยาลัยราชภัฏ เชียงใหม่ที่เข้าร่วมกิจกรรมและให้ข้อมูลการวิจัยนี้ และศูนย์ประสานงานโครงการอนุรักษ์พันธุกรรมพืช ฯ มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่ที่สนับสนุนงบประมาณให้เป็นแหล่งทุนในการดำเนินการวิจัยนี้

เอกสารอ้างอิง

ขวัญเมือง แก้วดำเกิง อลงกรณ์ เปลกาตี จำเนียร ชุณหโสภาค และชาติชาย สุวรรณ นิตย์. (2559). บทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีมหมอครอบครัว. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 9(2) : 6 – 16.

ณัฏฐ์ สุขสีทอง. (2559). การพัฒนาชุดการเรียนรู้ด้วยตนเอง เรื่อง การตรวจวัดคุณภาพน้ำเบื้องต้น สำหรับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารมหาวิทยาลัยฟาอีสเทอร์น*, 10(1) : 44 – 55.

ชัยยงค์ พรมวงศ์. (2556). การทดสอบประสิทธิภาพสื่อหรือชุดการสอน. *วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย*, 5(1) : 7 – 19.

ปาลิกา เวชกุล วิริยญา เมืองช้าง และจุฑารัตน์ ภูบรรทัด. (2564). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้พืชสมุนไพรพื้นบ้านในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลแม่ไร่ อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย. *วิจัยราชภัฏเชียงใหม่*, 22(3) : 159 – 173.

สามารถ ใจเตี้ย ศศิภัฏญ์ ผ่องชมพู และชัชญา สมมณี. (2565). ภูมิปัญญาและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ประโยชน์สมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการดูแลสุขภาพ: กรณีศึกษาชุมชนสะลวง-ชีเหล็ก อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 30(2) : 23 – 32.

สามารถ ใจเตี้ย สิวลี รัตนปัญญา วรณลักษณ์ แสงโสดา และดารารัตน์ จำเกิด. (2562). การใช้ประโยชน์สมุนไพรพื้นบ้านเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุเทศบาลตำบลสุเทพ อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. *วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยมหาสารคาม*, 38(6) : 613 – 618.

Ebel, R.L. and D.A. Frisbie. (1986). *Essentials of educational measurement*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall.

Ekor, M. (2013). The growing use of herbal medicines: issues relating to adverse reactions and challenges in monitoring safety. *Front Pharmacol*, 4 : 177.



- Hedges, M. and S. Dunn. (2018). *Academic crowdsourcing in the humanities*. [Online] Retrieved from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780081009413000012>: 2018 (June 10, 2022)
- Hasen, G. and R. Hashim. (2021). Current awareness of health professionals on the safety of herbal medicine and associated factors in the south west of Ethiopia. *Journal Multidiscip Healthc*, 14 : 2001 – 2008.
- Liu, C. (2021). Overview on development of ASEAN traditional and herbal medicines. *Chinese Herbal Medicines*, 13(4) : 441 - 450.
- Tengku, Mohamad TAS., Islahudin, F., Jasamai, M., JA, Jamal. (2019). Preference, perception and predictors of herbal medicine use among malay women In Malaysia. *Patient Prefer Adherence*, 25(13) : 1829 -1837.



ผลการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม.จังหวัดนครพนม THE RESULTS OF THE DEVELOPMENT OF PREVENTIVE BEHAVIORS AGAINST COVID-19 OF THE PUBLIC HEALTH VOLUNTEER IN NAKHON PHANOM PROVINCE

สุทธิชัย วงศ์ชาญศรี

Suttichai Wongchansri

Received : 02 December 2022, Received in revised form : 03 March 2023, Accepted : 09 March 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ย ความรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างเป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จังหวัดนครพนม จำนวน 369 คน ทำการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง โดยได้รับกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ได้แก่ การสาธิตและการฝึกปฏิบัติตน ระยะเวลา 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบสมมติฐาน Paired samples t-test

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.20 มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ช่วงเชื่อมั่น 95%CI ของค่าเฉลี่ยผลต่างอยู่ระหว่าง 1.39 ถึง 1.57 คะแนน และมีระดับพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.89 มีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ช่วงเชื่อมั่น 95%CI ของค่าเฉลี่ยผลต่างอยู่ระหว่าง 1.85 ถึง 1.91 คะแนน

คำสำคัญ : พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19, อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)



ABSTRACT

This research is quasi-experimental. The objective was to compare the mean scores on knowledge and behavior in preventing COVID-19 disease. Before and after organizing activities to develop behaviors for the prevention of COVID-19 The sample consisted of 369 village health volunteers in Nakhon Phanom province who were randomized by purposive sampling. They received activities to develop behaviors for preventing COVID-19, including demonstrations and self-training, for a period of 6 weeks. The tools used for data collection were questionnaires. The data were analyzed using the statistical distributions of frequency, percentage, mean, and standard deviation. and hypothesis testing statistics, paired samples t-test.

The results showed that after organizing activities to develop behaviors for the prevention of COVID-19, the sample had a level of knowledge about COVID-19. Increased to a high level of 83.20 percent, with an average score of knowledge about COVID-19. Before and after activities to develop preventive behaviors against COVID-19, there were significantly different at .05 level, the 95% CI confidence interval of the mean difference was between 1.39 - 1.57 points, and there were behavior levels in practice in preventing COVID-19. Increased to a high level, 61.89 percent, with an average score of preventive behavior for COVID-19. Before and after the activities to develop preventive behaviors for COVID-19, they were significantly different at .05 level, with a 95% CI for the mean difference between 1.85 - 1.91 points.

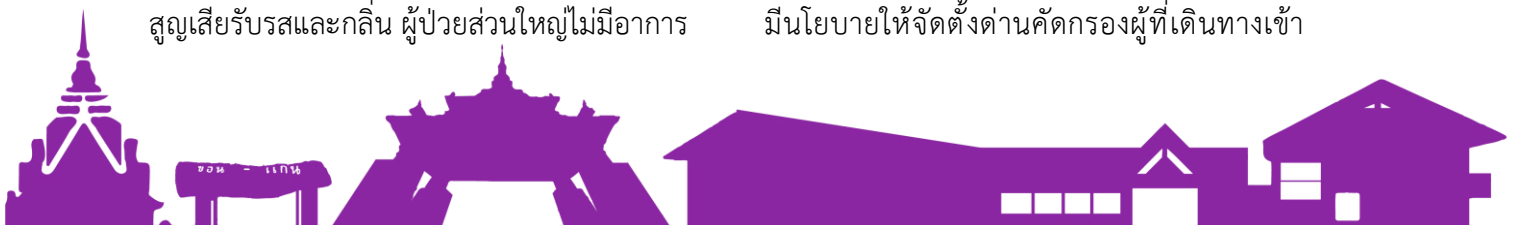
Keywords : Disease prevention behavior, COVID-19, Public health volunteers

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้เกิดการแพร่ระบาดไปทั่วโลก องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ได้ประกาศยกระดับโรคโควิด-19 ให้เป็นการระบาดใหญ่ทั่วโลกในวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ.2563 สำหรับประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรคโควิด-19 เป็นโรคติดต่ออันตราย ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 ตั้งแต่วันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2563 เป็นโรคอุบัติใหม่ที่แพร่จากคนสู่คนผ่านการได้รับฝอยละอองที่ออกมาจากปากและจมูกของผู้ติดเชื้อไปสู่คนใกล้ชิด มีการแพร่เชื้อระหว่างคนสู่คนในลักษณะเดียวกับไข้หวัดใหญ่ อาการแสดงของโรค เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ ปวดเนื้อเยื่อกล้ามเนื้อ หายใจลำบาก สูญเสียรับรสและกลิ่น ผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่มีอาการ

หรือมีอาการเพียงเล็กน้อย ในขณะที่บางรายอาจมีอาการหายใจลำบากเฉียบพลัน (ARDS) ซึ่งเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตได้ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีการรักษาหายได้เร็วและมีระยะเวลาฟื้นตัวโดยเฉลี่ย 2-3 สัปดาห์ ขึ้นอยู่กับขนาดความรุนแรงและอาการของโรค แต่บางรายก็ไม่หยุดแสดงอาการ เกิดภาวะแทรกซ้อนทางสุขภาพในระยะยาวหลังจากป่วยด้วยโรคโควิด 19 อาจแสดงอาการอย่างน้อย 5 สัปดาห์หรือมากกว่า 12 สัปดาห์ ผู้ป่วยบางรายจะมีอาการของโรคปอดอักเสบ และในรายที่มีอาการรุนแรง จะมีอาการระบบทางเดินหายใจล้มเหลว และอาจถึงขั้นเสียชีวิต (กรมควบคุมโรค, 2564)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม มีนโยบายให้จัดตั้งด่านคัดกรองผู้เดินทางเข้า



จังหวัดเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 และจัดสถานที่กักกันตัวสำหรับผู้ที่เดินทางมาจากเขตโรคติดต่ออันตราย และมียอดสะสมทั้งหมด 256 คน และมีผู้แยกกักตัวเอง (Self Isolation) เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อฯ จำนวนสะสม 399 คน การกักกันเพื่อสังเกตอาการเริ่มป่วย (Quarantine) เป็นการจำกัดกิจกรรมของบุคคลที่มีสุขภาพดี เนื่องจากสัมผัส (Expose) กับผู้ป่วยโรคติดต่อ โดยมีโอกาสสัมผัสสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เป็นกำลังสำคัญในการปฏิบัติงาน โดยมีส่วนรวมในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในระดับหมู่บ้านและชุมชน โดยการรณรงค์ “อสม.เคาะประตูบ้านต้านโควิด-19” ตรวจคัดกรองประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยง ตามแนวทางกระทรวงสาธารณสุข กำหนด และทำหน้าที่ร่วมกับกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ตั้งด้านตรวจคัดกรองคนที่เดินทางเข้า-ออก ในชุมชน วัตถุประสงค์ให้ผู้กักตัวที่เดินทางมาจากพื้นที่ระบาด และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว จึงจำเป็นอย่างยิ่งต้องมีความรู้และทักษะในการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ

ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะเป็นผู้ประกอบวิชาชีพทางด้านสาธารณสุข จึงเห็นความสำคัญของปัญหาดังกล่าว และสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19 อสม. จังหวัดนครพนม เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนในการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในการปฏิบัติหน้าที่ให้มีความปลอดภัย ลดการแพร่กระจายเชื้อในชุมชน และเป็นต้นแบบในการป้องกันโรคโควิด-19 เพื่อนำผลการวิจัยที่ได้ ไปใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ให้กับชุมชนกลุ่มอื่น ๆ ได้อย่างเหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และระดับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

จังหวัดนครพนม ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโควิด-19 และคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จังหวัดนครพนม ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการโรคโควิด-19

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ให้กับ อสม. จังหวัดนครพนม โดยใช้แบบแผนการวิจัยกลุ่มเดียว (The One Group Pretest Posttest Design) มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานและอาศัยอยู่ในจังหวัดนครพนม จำนวน 13,364 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่าง คือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ปฏิบัติงานและอาศัยอยู่ในจังหวัดนครพนม จำนวน 369 คน โดยการสุ่มแบบเฉพาะเจาะจง

เกณฑ์การคัดเข้าร่วมโครงการวิจัย

1) เป็นตัวแทนหรือแกนนำ อสม. ที่ปฏิบัติงานด้านโควิด 19

2) เป็นประธานชมรมระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล และระดับอำเภอ

3) สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ

4) สามารถอ่านและเขียนหนังสือในระดับพื้นฐานได้

เกณฑ์การคัดออก

1) ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการวิจัยได้ตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการ

2) เกิดอุบัติเหตุหรือเจ็บป่วยอย่างกะทันหันหรือต้องได้รับการพักรักษาตัว



3) ขอลอนตัวออกจากการเป็น
อาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง

2. เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย ประกอบด้วย 2
ส่วน ดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม
ข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจาก
แนวคิด ทฤษฎี วรรณกรรมและงานวิจัยที่
เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ
แบบสอบถาม ประกอบด้วย อายุ เพศ สถานภาพ
สมรส ระดับการศึกษา อาชีพหลัก รายได้เฉลี่ย
ต่อเดือน และระยะเวลาที่ปฏิบัติหน้าที่ อสม.
ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด โดยให้เติมคำ
และเลือกตอบเพียงคำตอบเดียวที่กำหนดให้
จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรค
โควิด-19 ลักษณะเป็นแบบปลายปิดมีทั้งเชิงบวก
และเชิงลบ คำถามเป็นแบบ 2 ตัวเลือก ได้แก่
“ใช่” และ “ไม่ใช่” โดยให้เลือกตอบเพียงคำตอบ
เดียว จำนวน 15 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบ
ถูก ให้คะแนน 1 คะแนน และตอบผิด ให้ 0
คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายการประเมิน
อิงเกณฑ์ของบлум (Bloom, 1971) ดังนี้

ระดับสูง หมายถึง ได้คะแนน
มากกว่าร้อยละ 80 (13 คะแนนขึ้นไป)

ระดับปานกลาง หมายถึง ได้
คะแนนระหว่างร้อยละ 60 – 80 (9 - 12
คะแนน)

ระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนน
น้อยกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 9 คะแนน)

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการปฏิบัติ
ตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ลักษณะเป็นแบบ
ปลายปิด ข้อคำถามเชิงบวก วัดตามแบบของ
ลิเคอร์ต์ (Likert' scale) 3 ระดับ ได้แก่ “ปฏิบัติ
ประจำ” “ปฏิบัติบางครั้ง” และ “ไม่ปฏิบัติ” โดย
ให้เลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 15 ข้อ
เกณฑ์การให้คะแนนคือ ปฏิบัติประจำ 2 คะแนน
ปฏิบัติบางครั้ง 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติ 0

คะแนน เกณฑ์การแปลความหมายการประเมิน
อิงเกณฑ์ของบloom (Bloom, 1971) ดังนี้

ระดับสูง หมายถึง ได้คะแนน
ร้อยละ 80 ขึ้นไป (24 คะแนนขึ้นไป)

ระดับปานกลาง หมายถึง ได้
คะแนนระหว่างร้อยละ 60 – 80 (18 – 23 คะแนน)

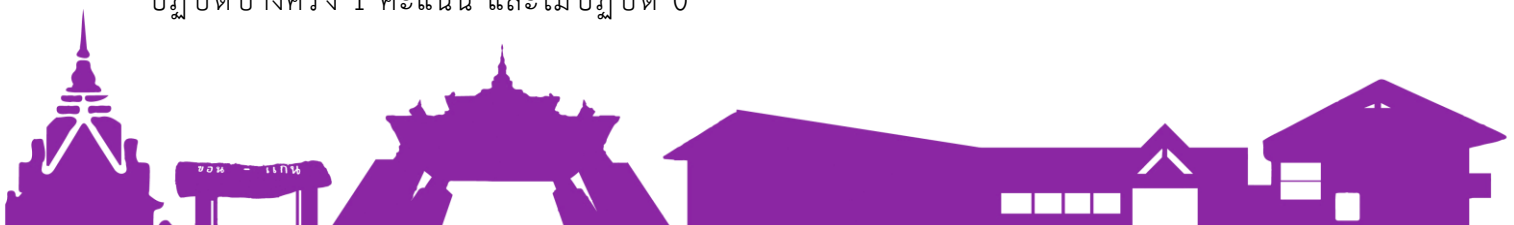
ระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนน
น้อยกว่าร้อยละ 60 (ต่ำกว่า 18 คะแนน)

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1) ความตรงของเนื้อหา (Content
validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้
ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้าน
เนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้อง
ของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นได้
นำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะก่อนนำไป
ทดสอบหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามต่อไป
ได้ค่าความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับ
เนื้อหา โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง
(Index of Item Objective Congruence: IOC)
ค่า IOC รายข้อ ได้ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

2) ความเชื่อมั่น (Reliability)
ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out)
กับประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ อสม.ใน
พื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 30 คน
เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น โดยสูตรการหาค่า
สัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's
Alpha Coefficient) ของตัวแปรความรู้เกี่ยวกับ
โรคโควิด-19 และพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการ
ป้องกันโรคโควิด-19 ได้เท่ากับ 0.82 และ 0.87
ตามลำดับ

2.2 กิจกรรมการพัฒนาพฤติกรรมใน
การป้องกันโรคโควิด-19 ประกอบด้วย วิธีการ
บรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต และการฝึก
ปฏิบัติ ด้วยกระบวนการสุศึกษาและกลยุทธ์
แก้ไขปัญหาสุขภาพ (สมจิตต์ สุพรรณที่สน,
2559) มีระยะทั้งสิ้น 6 สัปดาห์



3. วิธีดำเนินการและเก็บรวบรวมข้อมูล

สัปดาห์ที่ 1 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย ประชาสัมพันธ์และเชิญชวนกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมโครงการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยให้แบบสอบถามแก่ผู้สมัครใจเข้าร่วมตอบแบบสอบถามอย่างอิสระ

สัปดาห์ที่ 2 จัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ให้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้วิธีการบรรยาย การอภิปรายกลุ่ม การสาธิต และการฝึกปฏิบัติ ด้วยกระบวนการสุศึกษาและกลยุทธ์แก้ไขปัญหาสุขภาพ ได้แก่ การเสริมแรง การให้รางวัลในรูปแบบการยอมรับทางสังคม หลักการวิเคราะห์สาเหตุและผลกระทบ และวิธีการป้องกันและแก้ปัญหา สถานที่ในการจัดกิจกรรม ห้องประชุมสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ใช้ระยะเวลา 7 ชั่วโมง

สัปดาห์ที่ 3 ผู้วิจัยได้ให้ อสม.ออกปฏิบัติงานในการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด 19 ในชุมชนของตนเองและให้ อสม.เคาะประตูบ้านเผยแพร่ความรู้แก่ประชาชน

สัปดาห์ที่ 4 ติดตามการเยี่ยมบ้านของ อสม. เพื่อสังเกตพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 และให้กำลังใจ เมื่อพบพฤติกรรมที่ปฏิบัติไม่ถูกต้อง ผู้วิจัยจะอธิบายหรือให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว

สัปดาห์ที่ 5 หลังจากผู้วิจัยให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะแก่ อสม. ในพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด 19 และให้ อสม. ได้ปฏิบัติงานและให้คำแนะนำแก่ประชาชน

สัปดาห์ที่ 6 ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัย เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยให้แบบสอบถาม

4. การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ จังหวัดนครพนม หมายเลขใบรับรอง 032/65 ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2565 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับและจะใช้รหัสแทนการแสดงระบุตัวบุคคล จะนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเพื่อนำไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง หลังเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย และข้อมูลจะทำลายทิ้งทันที

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

5.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยสถิติเชิงอนุมาน การอนุมานค่าเฉลี่ยในประชากรสองกลุ่มแบบไม่อิสระต่อกัน ด้วยสถิติการทดสอบสมมติฐาน Paired samples t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 369 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.13 อายุ 45 ปี ขึ้นไป ร้อยละ 93.50 ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 92.41 ระดับมัธยมศึกษาปลาย ร้อยละ 66.40 มีอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 92.14 มีรายได้ 2,000 บาท



ขึ้นไป ร้อยละ 90.24 ระยะเวลาการเป็น อสม. พบว่า อยู่ในระยะ 10 - 20 ปี ร้อยละ 85.36

2. ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และระดับพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19

ผลการศึกษาพบว่า ก่อนการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.59

(\bar{X} = 12.15, SD = 1.93) และมีระดับพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 47.70 (\bar{X} = 22.74, SD = 6.16) ภายหลังจากจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.20 (\bar{X} = 13.63, SD = 1.09) และมีระดับพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงมากที่สุด ร้อยละ 61.89 (\bar{X} = 24.62, SD = 5.82) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 2 แสดงผลระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และระดับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19

ตัวแปร	ก่อนการจัดกิจกรรม		หลังการจัดกิจกรรม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19				
ระดับสูง	169	45.80	307	83.20
ระดับปานกลาง	183	49.59	62	16.80
ระดับต่ำ	17	4.61	0	0.00
รวม	369	100.0	369	100.0
ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	12.15 ± 1.93		13.63 ± 1.09	
ระดับพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19				
ระดับสูง	176	47.70	228	61.89
ระดับปานกลาง	102	27.64	85	23.16
ระดับต่ำ	91	24.66	56	1.35
รวม	369	100.00	369	100.00
ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	22.74 ± 6.16		24.62 ± 5.82	

3. ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 369 คน มีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรค

โควิด-19 ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ช่วงเชื่อมั่น 95%CI ของค่าเฉลี่ยผลต่างอยู่ระหว่าง 1.39 ถึง 1.57 คะแนน และมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคโควิด-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ช่วงเชื่อมั่น 95%CI



ของค่าเฉลี่ยผลต่างอยู่ระหว่าง 1.85 ถึง 1.91
คะแนน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการจัดกิจกรรม (n = 369)

ชื่อตัวแปร	ค่าเฉลี่ย ของผลต่าง (μ_{diff})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ของผลต่าง (SD_{diff})	เกณฑ์ตัวเลข = 0	
			ช่วงเชื่อมั่น 95%CI ของค่าเฉลี่ยผลต่าง (95%CI for μ_{diff})	p-value
ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19	1.48	0.84	1.39 – 1.57	.001
พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19	1.88	0.34	1.85 – 1.91	.001

อภิปรายผล

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ของ อสม.
จังหวัดนครพนม

จากการศึกษาพบว่า ก่อนการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 49.59 (\bar{X} = 12.15, SD = 1.93) ภายหลังจากการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 83.20 (\bar{X} = 13.63, SD = 1.09) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ช่วงเชื่อมั่น 95%CI ของค่าเฉลี่ยผลต่างอยู่ระหว่าง 1.39 ถึง 1.57 คะแนน ทั้งนี้อาจเนื่องจากการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มีกิจกรรมที่หลากหลาย ประกอบด้วย สไลด์ประกอบการบรรยายและใบงาน สำหรับผู้วิจัยในการอภิปรายกลุ่มในประเด็นความรู้ และพฤติกรรมการปฏิบัติในการป้องกันโรคโควิด-19 การสาธิตและการฝึกปฏิบัติ ในเรื่องการล้างมือ การทำเจลแอลกอฮอล์ การใส่หน้ากากอนามัย การวัดอุณหภูมิ ทำให้ อสม.เกิดความสนใจพร้อมทั้งการพัฒนาพฤติกรรม

ในช่วงเกิดการระบาด และ อสม.จะต้องใช้ความรู้ความสามารถในการควบคุมโรคในพื้นที่ ส่งผลให้ระดับความรู้ของ อสม. อยู่ในระดับสูง สอดคล้องกับการศึกษาของธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ และทักษิภา ชัชวรัตน์ (2563) ได้ศึกษาเรื่องความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเอง จากการติดเชื้อไวรัสโคโรนา สายพันธุ์ใหม่ 2019 ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับมาก (\bar{X} = 1.61, SD = 0.28) สอดคล้องกับการศึกษาของรจนารถ ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ และกมลพร แพทย์ชีพ (2564) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผลการศึกษาพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองหลังได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโควิด-19 (\bar{X} = 104.69, SD = 5.34) สูงกว่าก่อนได้รับ (\bar{X} = 100.89, SD = 6.73) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01



2. พฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. จังหวัดนครพนม

จากการศึกษาพบว่า ก่อนการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 อยู่ในระดับสูงมาก ร้อยละ 47.70 ($\bar{X} = 22.74$, $SD = 6.16$) ภายหลังจากจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 มีระดับพฤติกรรมในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้นอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 61.89 ($\bar{X} = 24.62$, $SD = 5.82$) และมีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ก่อนและหลังการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ช่วงเชื่อมั่น 95%CI ของค่าเฉลี่ยผลต่างอยู่ระหว่าง 1.85 ถึง 1.91 คะแนน ทั้งนี้เนื่องจากหลังพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 กลุ่มตัวอย่างมีองค์ความรู้เพิ่มขึ้น จึงส่งผลให้ อสม. เกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตัวในการป้องกันโรค เพื่อเป็นตัวอย่างให้กับประชาชนในพื้นที่ และมีบทบาทสำคัญในการควบคุมโรคที่กำลังระบาดในปัจจุบัน สอดคล้องกับการศึกษาของวิชัย ศิริวรวิจรรย์ชัย (2564) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด-19 อำเภอภูเพียง จังหวัดน่าน ซึ่งศึกษาถึงปัจจัยด้านความรู้ และแรงจูงใจสามารถร่วมกันพยากรณ์ การปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 ได้ร้อยละ 21.6 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 มีค่าความคลาดเคลื่อนมาตรฐานในการพยากรณ์เท่ากับ +.17119 โดยที่ความรู้เพิ่มขึ้น 1 คะแนน มีผลทำให้การปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. เพิ่มขึ้น ร้อยละ 2.7 และแรงจูงใจเพิ่มขึ้น 1 หน่วย มีผลทำให้การปฏิบัติงานตามบทบาท อสม. เพิ่มขึ้น ร้อยละ 41.1

สรุปผลจากการศึกษาครั้งนี้ ภายหลังจากการจัดกิจกรรมพัฒนาพฤติกรรมการป้องกัน

และควบคุมโรคโควิด-19 ให้กับกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคโควิด-19 และพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 เพิ่มขึ้น กลุ่มเป้าหมายควรได้รับการกิจกรรมที่หลากหลาย การอภิปรายกลุ่มในประเด็นความรู้เฉพาะ การสาธิตและการฝึกปฏิบัติกับสถานการณ์จริง

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1.1 ด้านการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ผลจากการวิจัยในครั้งนี้พบว่า หลังการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของ อสม. ทำให้ อสม. สามารถควบคุมป้องกันโรคที่กำลังระบาดได้ ดังนั้น จึงควรส่งเสริมให้มีการใช้แนวทางดังกล่าวในการพัฒนา อสม. อย่างต่อเนื่อง

1.2 ด้านการพัฒนาบทบาท อสม.

ผลการวิจัยที่พบสามารถนำไปวางแผนและจัดระบบในการควบคุมโรคได้ สามารถนำไปปรับใช้กับการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ของตนเองได้ตามความเหมาะสมและมีประสิทธิภาพ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคโควิด-19 ของประชาชนในชุมชน ในการจัดการกลุ่มประชาชนที่เดินทางมาจากพื้นที่ระบาด

2.2 ควรศึกษาการติดตามผลจากการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อสม. จังหวัดนครพนม ระยะ 3 เดือน และระยะ 6 เดือน

2.3 ควรศึกษาบทบาท อสม. ที่ผ่านการการพัฒนาพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ในการนำไปปฏิบัติงานและถ่ายทอดองค์ความรู้แก่ประชาชน



เอกสารอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค. (2564). *รวมแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (เล่มที่ 3)*. กลุ่มพัฒนาวิชาการโรคติดต่อ กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค.
- กรมควบคุมโรค. (2564). *รวมแนวทางการเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข*. กองโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค.
- กฤษกันทร สุวรรณพันธ์ และคณะ. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเครียดต่อการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของนักศึกษา คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 14(2) : 138-148.
- ฉวีวรรณ ศรีดาวเรือง และคณะ. (2564). *คู่มือการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคโควิด-19 ในชุมชนของอสม.* พิมพ์ครั้งที่ 1. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข : นนทบุรี.
- ดลพร รุจิรวงศ์. (2564). *COVID-19: พลิกมุมคิดวิกฤต หรือ โอกาส*. สืบค้นเมื่อ 1 เมษายน 2564, จาก <https://web.tcdc.or.th/th/Articles/Detail/Covid-19-cover-story>.
- ธานี กล่อมใจ, จรรยา แก้วใจบุญ และ ทักษิชา ชัชวรัตน์. (2563). ความรู้และพฤติกรรมของประชาชนเรื่องการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019. *วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา*, 21(2), 29-38
- นภชา สิงห์วีรธรรม, วัชรพล วีรธรรมณ์ เถาว์พันธ์, กิตติพร เนาวีสุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์. (2563). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทันตภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(2) : 104-15.
- รจนารถ ชูใจ, ชลธิชา บุญศิริ และกมลพร แพทย์ชีพ. (2564). ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่อความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลดอนตะโก อำเภอมะนัง จังหวัดราชบุรี. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 8(1) : 250-262.
- ระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน พ.ศ. 2554. (2554, 20 มีนาคม). *ราชกิจจานุเบกษา*. เล่ม 128 ตอนพิเศษ 33 ง.
- วิชัย ศิริวรวิจันชัย. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทของ อสม. ในการเฝ้าระวังและป้องกันโรคโควิด 19 อำเภอกุเพียง จังหวัดน่าน. *วารสารมหาวิทยาลัยศรีธรรมราชเวชสาร*, 4(2) : 63-75.
- สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. (2559). กระบวนการสุศึกษา กลยุทธ์แก้ไขปัญหาสุขภาพ. *วารสารสุศึกษา*, 39(132) : 1-6.
- Bloom, Benjamin S. (1971). *Hand Book on Formative and Summative Evaluation of Student Learning*. New York, Graw-Hill Book Company.



ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรณีส่งต่อไปรับการรักษาต่อเนื่อง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมิตรภาพ

CLINICAL OUTCOMES OF NON-COMMUNICABLE DISEASE PATIENTS IN CASE OF CONTINUING CARE AT MITTRAPHAP HEALTH PROMOTING HOSPITAL

ศุภีพร แม้นนทรรัตน์
Suleeporn Mannontarat

Received : 16 January 2023, Received in revised form : 01 March 2023, Accepted : 09 March 2023

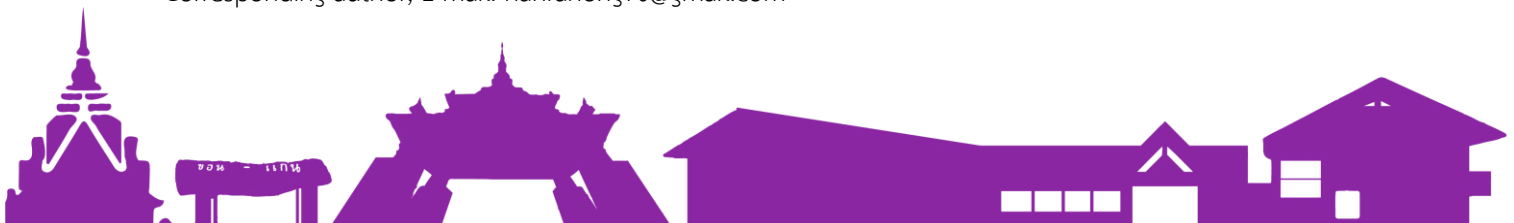
บทคัดย่อ

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงเป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นนำไปสู่การเกิดความแออัดในโรงพยาบาล จึงมีการกระจายให้ผู้ป่วยเข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน ปัจจุบันจังหวัดระนอง ยังขาดการรวบรวมข้อมูลและติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ถูกส่งต่อไปยังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับบริการระหว่าง กลุ่มรับบริการสถานบริการระดับทุติยภูมิและกลุ่มรับบริการสถานบริการระดับปฐมภูมิ โดยศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบเก็บข้อมูลย้อนหลัง จากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลระนอง และฐานข้อมูลคลังสุขภาพจังหวัดระนอง ทำการสืบค้นจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานและหรือความดันโลหิตสูงในช่วงระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2565

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 479 ราย กลุ่มผู้รับบริการสถานบริการระดับทุติยภูมิ จำนวน 256 ราย และกลุ่มผู้รับบริการสถานบริการระดับปฐมภูมิ จำนวน 223 ราย ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุเฉลี่ย และโรคประจำตัวของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน จากการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกพบว่า กลุ่มผู้รับบริการสถานบริการระดับทุติยภูมิ มีผลลัพธ์ด้านคลินิกในด้านค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (HbA_{1c}) และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต (SBP) ต่ำกว่ากลุ่มผู้เข้ารับบริการสถานบริการระดับปฐมภูมิ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 สรุปการได้รับบริการจากสถานบริการระดับทุติยภูมิ ส่งผลให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ทางคลินิกดีกว่าการได้รับบริการจากสถานบริการระดับปฐมภูมิ แต่อย่างไรก็ตามสถานบริการระดับปฐมภูมิ เป็นหน่วยบริการที่มีบทบาทสำคัญและใกล้ชิดผู้ป่วย ดังนั้น จึงควรมีการติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกอย่างใกล้ชิด รวมถึงให้คำแนะนำการใช้ยาและการปฏิบัติตัวแก่ผู้ป่วยมากยิ่งขึ้น

คำสำคัญ : โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, ผลลัพธ์ทางคลินิก, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กลุ่มงานเภสัชกรรม โรงพยาบาลระนอง, ระนอง 85000
Department of pharmacy, Ranong hospital, Ranong 85000
Corresponding author; E-mail: nanranong70@gmail.com



ABSTRACT

Diabetes and hypertension are among the non-communicable chronic diseases, which are health problems. This is important and tends to increase, leading to overcrowding in hospitals. Therefore, it is distributed to patients receiving services at hospitals near their homes. Ranong Province There is a lack of data collection and follow-up on the clinical outcomes of chronic non-communicable disease patients referred to sub-district health promotion hospitals. The objective was to compare clinical outcomes among non-communicable disease patients who received services between groups receiving services at secondary care facilities and groups receiving services at primary health care facilities through an analytical study using retrospective data collection from the electronic database of Ranong Hospital and the Ranong Provincial Health Center database. We searched among patients diagnosed with diabetes and/or hypertension. During the period from 1 October 2020 to 31 July 2022.

The study found that the samples consisted of 479 cases, 256 secondary health care recipients, and 223 primary health care recipients. General information included gender, average age, and comorbidities of both groups that were not different. From the comparison of clinical outcomes, it was found that the secondary care service recipients Clinical outcomes in mean blood glucose (HbA1C) and mean blood pressure (SBP) were lower than those in the primary care group. significantly different at .05 level. As a result, patients have better clinical outcomes than with primary care services. However, primary care facilities as a service unit that plays an important role and is close to patients, clinical outcomes should be monitored closely. Including giving more advice on medication use and behavior to patients.

Keywords : Chronic non-communicable diseases, Clinical outcomes, Health promoting hospital

บทนำ

โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เป็นหนึ่งในกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-communicable disease; NCD) ซึ่งเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ ส่งผลให้ในช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2557-2561) โรคทั้งสองดังกล่าวเป็นหนึ่งในสาเหตุของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากโรคไม่ติดต่อที่สำคัญในประชากรไทย (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข, 2562) ข้อมูลจากการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกาย พบความชุกของผู้ป่วยเบาหวาน

ในกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 8.3 ในปี พ.ศ. 2558 เป็นร้อยละ 9.8 ในปี พ.ศ. 2561 เช่นเดียวกับโรคความดันโลหิตสูงที่พบความชุกร้อยละ 16.5 ในปี พ.ศ. 2561 จากเดิมร้อยละ 15.3 ในปี พ.ศ. 2558 (อรรถเกียรติ กาญจนพิบูลวงศ์ ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และสุธิดา แก้วทา, 2562) จากข้อมูลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงจำนวนผู้ป่วยรายใหม่ที่มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลต่อจำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาลทั้งในภาครัฐและเอกชนที่มากขึ้น



นำไปสู่การเกิดความแออัดในโรงพยาบาล ปัจจุบันจึงได้มีการกระจายผู้ป่วยเข้ารับบริการ ณ สถานพยาบาลใกล้บ้าน ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ได้รับการพัฒนาขึ้นมาจากสถานีอนามัยเพื่อให้เป็นหน่วยบริการด้านหน้าของระบบบริการสุขภาพที่มีความสำคัญ ซึ่งมีความใกล้ชิดและเข้าใจบริบทของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน โดยถูกกำหนดให้มีภาระหน้าที่ที่สำคัญ 5 ด้าน คือ การส่งเสริมสุขภาพ การรักษาพยาบาล การควบคุมป้องกันโรค การฟื้นฟูสภาพ และการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสาธารณสุข ปัจจุบันประเทศไทยมี รพ.สต. รวมทั้งหมด 9,863 แห่ง (สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ, 2563) จังหวัดระนองมี รพ.สต. รวมทั้งหมด 57 แห่ง ในเขตอำเภอเมืองมี รพ.สต. ทั้งสิ้น 17 แห่ง (ชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดระนอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง, 2564) มีเพียง 3 แห่งที่มีแพทย์และเภสัชกรออกให้บริการแก่ผู้ป่วย ได้แก่ รพ.สต. มิตรภาพ บางริ้น และบางนอน ทั้ง 3 แห่งนี้จะมีแพทย์ออกตรวจอาทิตย์ละ 1 ครั้ง สำหรับ รพ.สต. มิตรภาพ เดิมชื่อ อนามัยมิตรภาพ เป็น รพ.สต. ขนาดใหญ่ ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลระนอง มีทีมสหวิชาชีพประกอบด้วยแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล ร่วมให้บริการในทุกวันพุธเวลา 13:00 – 16:30 น. เภสัชกรมีหน้าที่ให้การบริบาลทางเภสัชกรรม โดยแนะนำการใช้ยา ค้นหาปัญหาจากการใช้ยา รวมถึงความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ผู้ป่วยที่มารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังซึ่งถูกส่งต่อมาจากโรงพยาบาลระนอง เพื่อให้ผู้ป่วยมีความสะดวกในการเข้าถึงบริการที่สะดวกมากยิ่งขึ้น

จากข้อมูลการศึกษาในประเทศไทยก่อนหน้านี้ ส่วนใหญ่ให้ผลสอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการจาก รพ.สต.

และโรงพยาบาล มีผลลัพธ์ทางด้านคลินิกไม่แตกต่างกัน (วินัย ปะสิงขอบ, 2558 และอารีย์ นิสมันต์, 2561) แต่อย่างไรก็ตามมีบางการศึกษาชี้ให้เห็นว่า ผู้ป่วยที่ได้รับการบริการจาก รพ.สต. มีผลลัพธ์ทางด้านคลินิกดีกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่รับบริการจากโรงพยาบาล กอบกุลยศณรงค์ (2555) พบว่า กลุ่มผู้ป่วยเบาหวานที่รับบริการจาก รพ.สต. สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่รับการรักษาที่คลินิกเบาหวานของโรงพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < .01$) และในปัจจุบันทางจังหวัดระนองยังขาดการรวบรวมข้อมูลและติดตามผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ถูกส่งต่อไปยัง รพ.สต. ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง กรณีส่งต่อไปรับการรักษาต่อเนื่องที่ รพ.สต. มิตรภาพ เพื่อเป็นประโยชน์ในการพัฒนาระบบงานและวางแผนในการดูแลกลุ่มผู้ป่วยดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาผลลัพธ์ทางคลินิกในกลุ่มผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่รับบริการระหว่างสถานบริการระดับทุติยภูมิและสถานบริการระดับปฐมภูมิ ดังนี้

1. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิต
2. เปรียบเทียบสัดส่วนการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและระดับความดันโลหิตที่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นรูปแบบการศึกษาเชิงวิเคราะห์ย้อนหลัง (Retrospective analytical study) เก็บข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของโรงพยาบาลระนอง และฐานข้อมูลคลังสุขภาพจังหวัดระนอง ทำการสืบค้นจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็น



โรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูง ในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ได้รับการบริการจากโรงพยาบาลและผู้ป่วยที่ถูกส่งต่อไปสถานบริการระดับปฐมภูมิในจังหวัดระนอง ผู้วิจัยคำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรสำหรับงานวิจัยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน การคำนวณใช้โปรแกรม G*Power (Kang, 2021) โดยกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 ($\alpha=0.05$) อำนาจการทดสอบเท่ากับร้อยละ 80 ($\beta=0.20$) และขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.5 จะได้ค่าขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 51 ราย ดังนั้นควรใช้ขนาดตัวอย่างทั้งหมดอย่างน้อย 102 ราย มีเกณฑ์การคัดเข้าและเกณฑ์การคัดออกของแต่ละกลุ่ม ดังนี้

เกณฑ์การคัดเข้า แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ดังนี้

1.1 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริการจากสถานบริการระดับทุติยภูมิ (โรงพยาบาล)

1.1.1 ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป

1.1.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวาน

1.1.3 ผู้ป่วยที่เริ่มการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวานครั้งแรกที่โรงพยาบาลระนองและยังคงได้รับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

1.2 สำหรับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการบริการจากสถานบริการระดับปฐมภูมิ (รพ.สต.)

1.2.1 ผู้ป่วยที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปี ขึ้นไป

1.2.2 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวาน

1.2.3 ผู้ป่วยที่เริ่มการรักษาโรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวานครั้งแรกที่โรงพยาบาลระนอง และถูกส่งตัวไปรับการรักษาต่อเนื่องที่ รพ.สต.มิตรภาพ และยังคงได้รับการรักษาต่อเนื่องอย่างน้อย 6 เดือนขึ้นไป

เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ป่วยย้ายการรักษาไปสถานพยาบาลอื่นในระหว่างการศึกษา

2. ผู้ป่วยเสียชีวิตในระหว่างการศึกษา

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบบันทึกการเก็บข้อมูลผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ และโรคประจำตัวจำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางคลินิก ประกอบด้วย ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (HbA1C) และค่าความดันโลหิต (SBP/DBP) จำนวน 2 ข้อ

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตใช้ข้อมูลผู้ป่วยเพื่อทำการศึกษาจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลระนองและผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมิตรภาพ

3.2 ผู้วิจัยสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์และเวชระเบียนผู้ป่วยของโรงพยาบาลระนอง และฐานข้อมูลคลังสุขภาพจังหวัดระนอง (Health data center: HDC) โดยทำการสืบค้นจากผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคเบาหวานหรือความดันโลหิตสูงในช่วงระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2565

3.3 ผู้วิจัยแบ่งกลุ่มตัวอย่าง ออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจาก



โรงพยาบาลและกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาจากรพ.สต. มีรูปภาพ โดยทำการจัดการข้อมูลตามแบบบันทึกข้อมูลเท่านั้นและใช้รหัสแทนระบุชื่อบุคคล

3.4 ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยระบบคอมพิวเตอร์ โดยผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลโดยยึดหลักความเคารพในบุคคล หลักการก่อให้เกิดประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย และหลักความยุติธรรม

4. การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง เลขที่โครงการวิจัย PHRN 036/2565 ลงวันที่ 9 มกราคม 2566 ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับ และใช้รหัสแทนตัวบุคคลในแบบบันทึกโดยไม่ระบุชื่อ จะนำข้อมูลไปใช้ในงานทางวิชาการเท่านั้น และจะสรุปผลเป็นภาพรวมไม่มีผลกระทบต่อ ๑ ต่อกลุ่มตัวอย่าง เมื่อเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยจะทำลายข้อมูลทั้งหมดที่

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 สถิติเชิงพรรณนา

5.1.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ และโรคประจำตัว ด้วยสถิติการแจกความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

5.1.2 วิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด และค่าระดับความดันโลหิต ด้วยสถิติการแจกความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด

5.2 สถิติเชิงอนุมาน

5.2.1 วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ และโรคประจำตัว ด้วยสถิติ Chi-square test และ Independent t-test

5.2.2 วิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลเกี่ยวกับผลลัพธ์ทางคลินิก ได้แก่ ค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต Independent t-test

สรุปผลการวิจัย

1. การวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยเป็นโรคความดันโลหิตสูงและหรือโรคเบาหวานที่เข้ารับบริการระหว่างสถานบริการระดับทุติยภูมิ (โรงพยาบาล) และสถานบริการระดับปฐมภูมิ (รพ.สต.) ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2563 ถึง 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2565 มีผู้ผ่านเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกทั้งสิ้น 479 ราย โดยสุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย แบ่งเป็นกลุ่มที่รับบริการระดับทุติยภูมิ จำนวน 256 ราย และกลุ่มรับบริการระดับปฐมภูมิ จำนวน 223 ราย ทั้งสองกลุ่มมีสัดส่วนของเพศ อายุเฉลี่ย และโรคประจำตัว ไม่แตกต่างกัน รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงผลการเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไประหว่างกลุ่มรับบริการสถานบริการระดับทุติยภูมิและสถานบริการระดับปฐมภูมิ

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง	จำนวน (ร้อยละ)		p-value
	กลุ่มรับบริการสถานบริการระดับทุติยภูมิ (n = 256)	กลุ่มรับบริการสถานบริการระดับปฐมภูมิ (n = 223)	
เพศ			
หญิง	167 (65.2)	141 (63.2)	.648 ^a
ชาย	89 (34.8)	82 (36.8)	
อายุ (ปี)			
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	64.16 ± 11.60	63.09 ± 11.75	.138 ^b
> 18 – 30 ปี	0 (0.0)	3 (1.3)	
> 30 – 40 ปี	8 (3.1)	6 (2.7)	
> 40 – 50 ปี	19 (7.4)	19 (8.5)	
> 50 – 60 ปี	60 (23.4)	59 (26.5)	
> 60 – 70 ปี	93 (36.3)	69 (30.9)	
> 70 ปี ขึ้นไป	76 (29.7)	67 (30.0)	
โรคประจำตัว			
เบาหวาน	218 (85.2)	218 (97.75)	.001 ^{*a}
ความดันโลหิตสูง	38 (14.8)	14 (0.06)	

หมายเหตุ: ผู้ป่วย 1 ราย อาจมีโรคร่วมมากกว่า 1 โรค
^aวิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test
^bวิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test
*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

2. การวิเคราะห์เปรียบเทียบผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการระหว่างสถานบริการระดับทุติยภูมิ และสถานบริการระดับปฐมภูมิ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้เข้ารับบริการสถานบริการระดับทุติยภูมิ มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (HbA_{1c}) ต่ำกว่ากลุ่มผู้เข้ารับบริการสถานบริการระดับปฐมภูมิ แตกต่างกันอย่าง

อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ในส่วนผลลัพธ์ทางคลินิกของระดับความดันโลหิต (SBP) พบว่า กลุ่มผู้เข้ารับบริการสถานบริการระดับทุติยภูมิ มีค่าเฉลี่ยความดันโลหิต (SBP/DBP) แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยผลลัพธ์ทางคลินิกของกลุ่มตัวอย่างระหว่างผู้เข้ารับบริการสถานบริการระดับทุติยภูมิ และผู้เข้ารับบริการสถานบริการระดับปฐมภูมิ

ผลลัพธ์ทางคลินิก ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง	ขนาด ตัวอย่าง	ค่าเฉลี่ย	ส่วน เบี่ยงเบน มาตรฐาน	ช่วงเชื่อมั่น 95%CI ของผลต่าง	p-value
HbA _{1c} (หน่วย: mg%)					
กลุ่มรับบริการสถานบริการระดับทุติยภูมิ	218	7.48	1.74	0.17 ถึง	p= .004*
กลุ่มรับบริการสถานบริการระดับปฐมภูมิ	218	8.02	2.14	0.91	
Systolic blood pressure; SBP (หน่วย: mmHg)					
กลุ่มรับบริการสถานบริการระดับทุติยภูมิ	256	145.86	19.81	3.31 ถึง	p< .001*
กลุ่มรับบริการสถานบริการระดับปฐมภูมิ	223	138.92	20.54	10.57	
Diastolic blood pressure; DBP (หน่วย: mmHg)					
กลุ่มรับบริการสถานบริการระดับทุติยภูมิ	256	74.89	11.76	-2.95 ถึง	p= .487
กลุ่มรับบริการสถานบริการระดับปฐมภูมิ	223	75.66	12.45	1.41	

วิเคราะห์ด้วยสถิติ Independent t-test

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

3. การวิเคราะห์เปรียบเทียบสัดส่วนผลลัพธ์ทางคลินิกที่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการระหว่างสถานบริการระดับทุติยภูมิ และสถานบริการระดับปฐมภูมิ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้เข้ารับบริการสถานบริการระดับทุติยภูมิ มีสัดส่วนผลลัพธ์ทางคลินิกที่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายระดับน้ำตาลในเลือด (HbA_{1c}) สูงกว่ากลุ่มผู้เข้า

รับบริการสถานบริการระดับปฐมภูมิ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 และสัดส่วนผลลัพธ์ทางคลินิกที่อยู่ในเกณฑ์เป้าหมายของระดับความดันโลหิต (SBP) พบว่า กลุ่มผู้เข้ารับบริการสถานบริการระดับทุติยภูมิ มีสูงกว่ากลุ่มผู้เข้ารับบริการสถานบริการระดับปฐมภูมิ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05



ตารางที่ 3 แสดงผลการเปรียบเทียบสัดส่วนผลลัพธ์ทางคลินิกที่อยู่ในเกณฑ์ที่กำหนดของกลุ่มตัวอย่างระหว่างกลุ่มตัวอย่างที่เข้ารับบริการระหว่างสถานบริการระดับทุติยภูมิ และสถานบริการระดับปฐมภูมิ

ผลลัพธ์ทางคลินิก	ขนาดตัวอย่าง	ค่าสัดส่วน	p-value
HbA_{1c}			
กลุ่มรับบริการสถานบริการระดับทุติยภูมิ	218	0.60	.001*
กลุ่มรับบริการสถานบริการระดับปฐมภูมิ	218	0.39	
Systolic blood pressure (SBP)			
กลุ่มรับบริการสถานบริการระดับทุติยภูมิ	256	0.28	.001*
กลุ่มรับบริการสถานบริการระดับปฐมภูมิ	223	0.46	
Diastolic blood pressure (DBP)			
กลุ่มรับบริการสถานบริการระดับทุติยภูมิ	256	0.62	.246
กลุ่มรับบริการสถานบริการระดับปฐมภูมิ	223	0.67	

หมายเหตุ: เป้าหมาย HbA_{1c} คือ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 mg%, ค่าความดันโลหิตเป้าหมาย (SBP/DBP); อายุ 18-64 ปี = 120-130/70-79mmHg; อายุ >=65 ปี = 130-139/70-79 mmHg
วิเคราะห์ด้วยสถิติ Chi-square test

*ระดับนัยสำคัญทางสถิติ < 0.05

อภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้รับบริการสถานบริการระดับทุติยภูมิ มีผลลัพธ์ด้านคลินิกในด้านค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด (HbA_{1c}) และค่าเฉลี่ยระดับความดันโลหิต (SBP) สูงกว่ากลุ่มผู้เข้ารับบริการสถานบริการระดับปฐมภูมิ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 อย่างไรก็ตามค่าเฉลี่ยของทั้งสองกลุ่มดังกล่าวจัดอยู่ในช่วงเกินเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนด ซึ่งหมายถึงควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่ดี และเมื่อพิจารณาสัดส่วนของผู้ป่วยที่มีผลลัพธ์ด้านคลินิกอยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย พบว่า กลุ่มผู้รับบริการสถานบริการระดับทุติยภูมิมีสัดส่วน 0.60 ซึ่งสูงกว่ากลุ่มผู้รับบริการสถานบริการระดับปฐมภูมิ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของวินัย ปะสิงขอบ (2558) และอารีย์ นิสมันต์ (2561) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่รับบริการจากโรงพยาบาลมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด

(HbA_{1c}) และสัดส่วนของผู้ป่วยที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดตามเกณฑ์ที่กำหนด ไม่แตกต่างจากกลุ่มที่รับบริการจากเครือข่ายปฐมภูมิ แต่ทั้งนี้ยังมีการศึกษาบางส่วนชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับบริการจากหน่วยบริการปฐมภูมิสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดีกว่าผู้ป่วยที่รับบริการจากโรงพยาบาล (กอบกุล ยศณรงค์, 2555)

สรุปได้ว่าผลการศึกษาชี้ สะท้อนให้เห็นว่าผู้ป่วยที่ได้รับการบริการจากสถานบริการระดับทุติยภูมิ จะมีผลลัพธ์ด้านคลินิกดีกว่าผู้ป่วยที่รับบริการจากสถานบริการระดับปฐมภูมิ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากที่สถานบริการระดับปฐมภูมิ มีบุคลากรทางการแพทย์และเภสัชกรออกให้บริการอาทิตย์ละ 1 ครั้ง และด้วยปริมาณคนไข้ต่อวัน มีปริมาณค่อนข้างมาก ส่งผลให้การบริการและให้ความรู้แก่ผู้ป่วยอาจจะไม่ครอบคลุม แต่อย่างไรก็ตามผลการศึกษาจะเป็นแนวทางเบื้องต้นสำหรับการวางแผนในการดูแลผู้ป่วยที่มาใช้บริการ ณ หน่วย



บริการปฐมภูมิให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น เนื่องจากเป็นหน่วยบริการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก เพื่อให้ผู้ป่วยมีผลลัพธ์ด้านคลินิกที่ดี รวมถึงสามารถใช้จ่ายได้อย่างปลอดภัย และมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์ ผลการศึกษาครั้งนี้เป็นแนวทางเบื้องต้นสำหรับการวางแผนการพัฒนาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้จ่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีผลลัพธ์ทางคลินิกที่ดีขึ้น โดยปรับระบบการให้บริการและมีแนวทางการบริหารทางเภสัชกรรมที่ชัดเจน รวมถึงวางแผนร่วมกับทีมสหวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วย

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป การวิจัยนี้เป็นการศึกษาย้อนหลังโดยเก็บข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ จึงมีข้อจำกัดเกี่ยวกับความไม่สมบูรณ์ของข้อมูลและการควบคุมอิทธิพลปัจจัยต่าง ๆ เช่น พฤติกรรมการรับประทานอาหาร การดูแลตนเอง การประเมินการใช้จ่าย เป็นต้น ที่อาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ทางคลินิก ดังนั้นการศึกษาในอนาคตอาจจะพิจารณาทำการศึกษาแบบเก็บข้อมูลไปข้างหน้า โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังการให้บริการบริหารทางเภสัชกรรมในกลุ่มผู้ป่วยที่รับบริการจากรพ.สต. เพื่อให้การศึกษามีความครบถ้วนสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาล กลุ่มงานเภสัชกรรม งานเวชระเบียน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่รพ.สต.มิตรภาพและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านของโรงพยาบาลระนอง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการต่าง ๆ ทำให้การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. (2562). *สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2562*. สืบค้น 21 พฤศจิกายน 2566, จาก https://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic62.pdf.

กอบกุล ยศณรงค์. (2555). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานสู่ระบบบริการระดับปฐมภูมิในเครือข่ายบริการสุขภาพ อ.ปัว จ.น่าน. *วิจัยระบบสาธารณสุข*, 6, 290-297.

ชมรมผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดระนอง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. *รายชื่อ รพ.สต. จังหวัดระนอง*. สืบค้นจาก <http://www.rno.moph.go.th/rpst/listname.php>

วินัย ปะสังข์ชอบ. (2558). การรักษาผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายบริการสุขภาพโรงพยาบาลมาตาพุด จังหวัดระยอง. *วารสารการแพทย์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 22(1) : 21-33.

สำนักงานวิจัยและพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพ. (2021). *คนและงานใน รพ.สต.* Retrieved from https://hrdo.org/wp-content/uploads/2021/07/HRDO-fact-sheet_9-ok.pdf

อรรถเกียรติ์ กาญจนพิบูลวงศ์, ภาณุวัฒน์ คำวังสง่า และ สุธิตา แก้วทา. (2562). *รายงานสถานการณ์โรค NCDs เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2562*. กรุงเทพมหานคร: อักษรกราฟฟิกแอนดี้ดีไซน์.



อารีย์ นิสกนันต์. (2561). การศึกษาเปรียบเทียบ
ผลการรักษาผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2
ระหว่างคลินิกโรคเรื้อรังโรงพยาบาลสตึก
และเครือข่ายหน่วยบริการปฐมภูมิ
อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสาร
การแพทย์โรงพยาบาลศรีสะเกษ สุรินทร์
บุรีรัมย์*, 33(2), 179-194.

Kang, H. (2021). Sample size determination
and power analysis using the
G* Power software. *J Educ Eval
Health Prof*, 18, 17. doi:10.3352/
jeehp.2021.18.17



ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลระนอง HEALTH LITERACY AND HEALTH BEHAVIOR OF STAFF AT RANONG HOSPITAL

นาฏยา ค्लीเกษร
Nattaya Kleegeorn

Received : 16 January 2023, Received in revised form : 28 February 2023, Accepted : 08 March 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลระนอง และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างเป็นบุคลากรโรงพยาบาลระนอง จำนวน 262 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและสถิติการทดสอบไคสแควร์

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.06 มีอายุเฉลี่ย 35.61 ปี สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 95.65 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 23.66 สังกัดกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 47.71 บุคลากรส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 56.11 มีพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 62.21 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และความรอบรู้ด้านสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ดังนั้น จึงควรส่งเสริมและสนับสนุนให้บุคลากรมีความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลระนอง ลดเสี่ยง ลดโรค และเป็นแบบอย่างให้กับประชาชนต่อไป

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมสุขภาพ, บุคลากรโรงพยาบาล



ABSTRACT

This research is cross-sectional. The objective is to assess the health literacy and health behaviors of Ranong Hospital personnel, and factors related to health behaviors, collect information with online questionnaires. The sample group is 262 Ranong Hospital Personnel. The research tools are assessments of health behavior. Analyze the data with frequency distribution statistics, percentage, average, standard deviation, minimum and maximum values, Pearson product moment correlation and Chi-square Test.

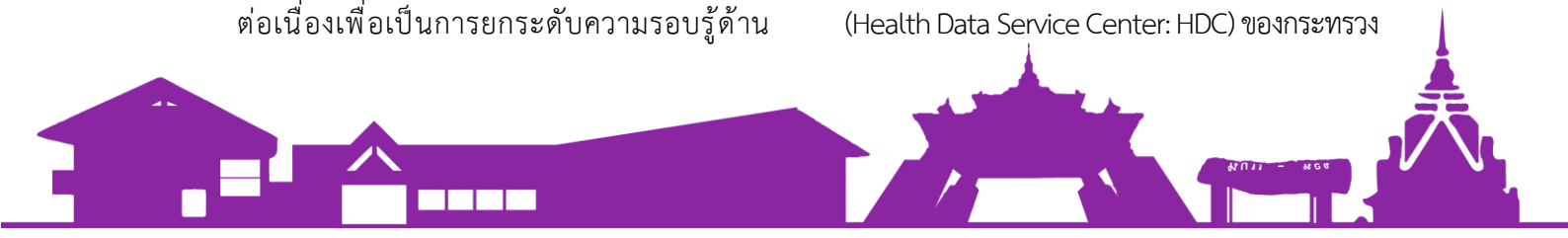
The study found that most of the female samples were 82.06 percent female, with an average age of 35.61 years, 95.65 percent having a bachelor's degree, a monthly income of less than 15,000 baht, and 23.66 percent of the most prevalent nursing mission group of 47.71 percent. Most personnel have health literacy is very good at 56.11 percent have overall healthy behaviors is very good level at 62.21 percent. The factors related to health behaviors include sex, education level, average monthly income and health literacy with statistical significance at the level .05, therefore, should promote and support personnel having health knowledge to affect the health behavior of Ranong Hospital personnel to reduce the risk of disease and be a role model for the people.

Keywords : Health Literacy, Health Behavior, Hospital personnel

บทนำ

ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy : HL) เป็นทักษะด้านการรู้คิดและทักษะทางสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของบุคคลในการที่จะเข้าถึงเข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและดูแลรักษาสุขภาพของตนเองให้ดีอยู่เสมอ (WHO, 1998) ความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงไม่ใช่แต่เพียงความรู้แต่เป็นทักษะทางปัญญาที่สามารถเพิ่มพูนผ่านการเรียนรู้ได้ตลอดชีวิต การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นการพัฒนาทักษะที่จำเป็นต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพเป้าหมาย ประกอบด้วย ทักษะการเข้าถึง ทักษะการสร้างความเข้าใจ ทักษะการไต่ถาม ทักษะการตัดสินใจ และทักษะการปรับใช้ (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2562) จึงมีพยายามใช้ช่องทางในการสื่อสารที่หลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นการสื่อสารมวลชน การใช้สื่อสิ่งพิมพ์ การใช้สื่อบุคคล ผ่านกระบวนการโดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับประเทศ และระดับเขตสุขภาพอย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการยกระดับความรู้ด้าน

สุขภาพให้แก่ประชาชน และนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพเพื่อการป้องกันโรคและภัยสุขภาพได้อย่างยั่งยืน (สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค, 2564) การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและการเปลี่ยนแปลงทางระบาดวิทยาทำให้รูปแบบของภาวะโรคเปลี่ยนจากโรคติดต่อเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และยังมีปัญหาสุขภาพจากอุบัติเหตุภัยพิบัติและภัยสุขภาพ รวมทั้งโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อมสูงชันอย่างต่อเนื่อง (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข, 2560) ซึ่งปัญหาดังกล่าวข้างต้น เป็นโรคและภัยสุขภาพที่ประชาชนสามารถควบคุมและป้องกันได้ กรมควบคุมโรคจึงมุ่งเน้นการสื่อสารประชาสัมพันธ์ตามช่องทางต่าง ๆ เพื่อให้ประชาชนเพิ่มพูนความรู้ด้านสุขภาพและสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้ ข้อมูลจากศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (Health Data Service Center: HDC) ของกระทรวง

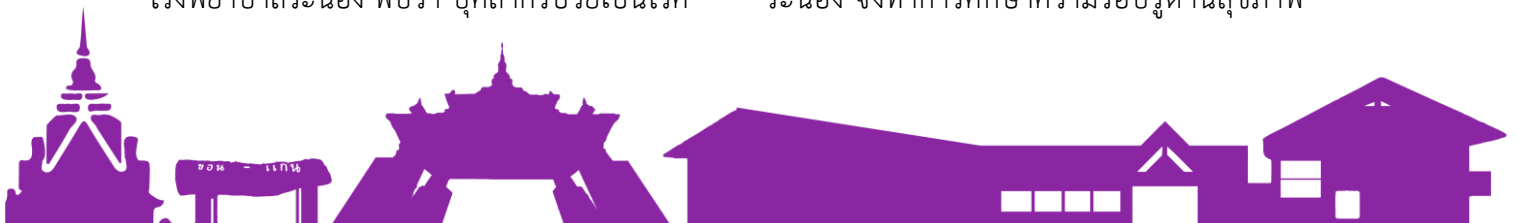


สาธารณสุข พบว่า อัตราการป่วยตายโรค NCDs มีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ได้แก่ อัตราป่วยโรคเบาหวาน อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูง และอัตราป่วยด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 ถึงปี พ.ศ. 2563 อัตราป่วยด้วยโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มอายุที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ กลุ่มผู้สูงอายุ รองลงมาคือ กลุ่มช่วงอายุวัยทำงาน ได้แก่ กลุ่มอายุ 15-39 ปี กลุ่มอายุ 40-49 ปี และกลุ่มอายุ 50-59 ปี มีอัตราที่เพิ่มขึ้นทุกกลุ่มอายุ (ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข, 2565) ซึ่งในปี พ.ศ. 2564 ประเทศไทยมีประชากรทั้งสิ้น 66 ล้านคน มีจำนวนของประชากรวัยทำงาน ร้อยละ 64.8 ในขณะที่จังหวัดระนอง มีประชากรทั้งสิ้น 194,364 คน มีจำนวนของประชากรวัยทำงาน ร้อยละ 63.2 (สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง, 2565) เมื่อคนกลุ่มนี้ป่วยด้วยโรค NCDs ก็ จะส่งผลให้ประสิทธิภาพการทำงานของประชากรวัยทำงานลดลง เนื่องจากต้องดูแลสุขภาพเพิ่มมากขึ้น และยังต้องใช้เวลาและทรัพยากรในการรักษาพยาบาลภาวะโรคประจำตัวที่เป็นอยู่

จากการวิเคราะห์ข้อมูลของจังหวัดระนอง พบว่า ปีงบประมาณ 2565 มีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 7,474 คน โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 19,755 คน และโรคมะเร็ง จำนวน 204 คน ในส่วนของอำเภอเมืองระนองมีผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 3,443 คน โรคความดันโลหิตสูง จำนวน 8,882 คน โรคมะเร็ง จำนวน 131 คน ซึ่งเป็นผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน โดยมีอัตราป่วยในโรคเบาหวาน ร้อยละ 3.64 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.39 โรคมะเร็ง ร้อยละ 0.14 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง, 2565) และโรงพยาบาลระนอง ซึ่งเป็นหน่วยงานของรัฐให้บริการทางการแพทย์กับประชาชน มีบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาล ทั้งหมด 983 คน เป็นกลุ่มคนวัยทำงานทั้งหมด สภาวะสุขภาพของบุคลากรจากผลการตรวจสุขภาพประจำปีของบุคลากรโรงพยาบาลระนอง พบว่า บุคลากรป่วยเป็นโรค

ไม่ติดต่อเรื้อรัง ดังนี้ โรคความเบาหวาน 27 คน โรคความดันโลหิตสูง 98 คน และภาวะไขมันในเลือดสูง 117 คน นอกจากนั้นยังพบว่าบุคลากรโรงพยาบาลระนองมีแนวโน้มสุขภาพกายปกติลดลง โดยปี พ.ศ. 2563 ร้อยละ 44.72 และปี พ.ศ. 2564 ร้อยละ 41.44 และในปี พ.ศ. 2565 บุคลากรโรงพยาบาลระนองมีภาวะดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ≥ 23 กก./ m^2 จำนวน 508 คน คิดเป็น ร้อยละ 51.68 (กลุ่มงานอาชีพเวชกรรม โรงพยาบาลระนอง, 2565) แสดงให้เห็นว่า บุคลากรกลุ่มปกติมีแนวโน้มเป็นกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มป่วยเพิ่มขึ้นซึ่งการที่จะสามารถป้องกัน หรือลดโรค NCDs เหล่านี้จำเป็นที่จะต้องจัดการแก้ไขที่สาเหตุหรือปัจจัยเสี่ยงหลัก คือ พฤติกรรมเสี่ยงของบุคคล ด้วยการมุ่งเน้นกลยุทธ์การสร้างเสริมให้คนไทยทุกคนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง พัฒนาการรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยผู้ที่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพที่ดี จะมีการปฏิบัติตนที่ดีตามหลัก 3อ. 2ส. ได้แก่ การบริโภคอาหาร พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย พฤติกรรมการนอนหลับ พฤติกรรมการดูแลช่องปาก พฤติกรรมการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการดื่มสุราได้ดีด้วย (สุนันท์ณี ศรีประจันต์, 2562) และยังพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านระดับการศึกษา และรายได้ มีผลต่อความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของผู้ป่วยเบาหวาน (เทพไทย โชติชัย, 2563) นอกจากนี้ในปัจจุบันมีการระบาดของโรค COVID-19 แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะประกาศยกเลิกโรค COVID-19 จากการเป็นโรคติดต่ออันตราย และกำหนดให้เป็นโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ซึ่งยังส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของประชาชน รวมถึงบุคลากรสาธารณสุขที่ยังต้องปฏิบัติงานในภาวะที่มีโรคระบาดในพื้นที่ ทำให้มีภาระงานเพิ่มขึ้น กระทบต่อวิถีชีวิตประจำวันของบุคลากรสาธารณสุข

จากข้างต้นที่กล่าวมา ผู้วิจัยได้เห็นความสำคัญในการส่งเสริมให้บุคลากรโรงพยาบาลระนอง จึงทำการศึกษาความรู้ด้านสุขภาพ



และพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาล
ระนอง เป็นการศึกษาถึงปัจจัยต่าง ๆ ที่ส่งผลต่อ
ความรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ของ
บุคลากรโรงพยาบาลระนอง และพฤติกรรม
สุขภาพที่พึงประสงค์ตาม 3อ.2ส. รวมถึงการใช้
ยาอย่างสมเหตุสมผล และการป้องกันการติดเชื้อ
โรค COVID-19 เพื่อประโยชน์สำหรับโรงพยาบาล
ระนอง ในการวางแผนการดำเนินงานพัฒนาต่อ
ยุดให้เป็นองค์กรต้นแบบในจังหวัดระนอง และ
เสริมสร้างศักยภาพบุคลากรให้มีความรู้ด้าน
สุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่ออธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล
ความรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ
ของบุคลากรโรงพยาบาลระนอง
2. เพื่อประเมินความรู้ด้านสุขภาพ
และพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาล
ระนอง
3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง
คุณลักษณะส่วนบุคคล และความรู้ด้าน
สุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร
โรงพยาบาลระนอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์
แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical
Research) โดยใช้แบบสอบถามในการรวบรวม
ข้อมูลกับบุคลากรโรงพยาบาลระนอง ที่ปฏิบัติงาน
ในโรงพยาบาลระนอง ณ เดือน กันยายน พ.ศ.
2565 ระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2565 มีวิธีการ
ดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง
ประชากร คือ บุคลากรโรงพยาบาล
ระนองในกลุ่มภารกิจต่าง ๆ ณ วันที่ 30 กันยายน
2565 ประกอบด้วย 1) ภารกิจด้านอำนวยการ 2)
กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล 3) ภารกิจด้าน
บริการทุติยภูมิและตติยภูมิ 4) กลุ่มภารกิจด้าน

บริการปฐมภูมิ และ 5) ภารกิจด้านพัฒนาระบบ
บริการและสนับสนุนบริการสุขภาพ จำนวน 982
คน จากนั้นคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตร
สำหรับการประมาณค่าเฉลี่ยของประชากร
Wayne W. D., (1995) ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน
262 คน สุ่มตัวอย่างแบบชั้นภูมิอย่างเป็นสัดส่วน
(Proportional Stratified Random Sampling)
เทียบสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างจากขนาดของ
ประชากรในแต่ละกลุ่มภารกิจ หลังจากนั้นสุ่ม
รายชื่อบุคลากรโรงพยาบาลระนองในแต่ละกลุ่ม
ภารกิจดังกล่าว โดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple
Random Sampling) แบบจับฉลากไม่ใส่กลับ
จนได้ครบตามจำนวนที่กำหนดไว้

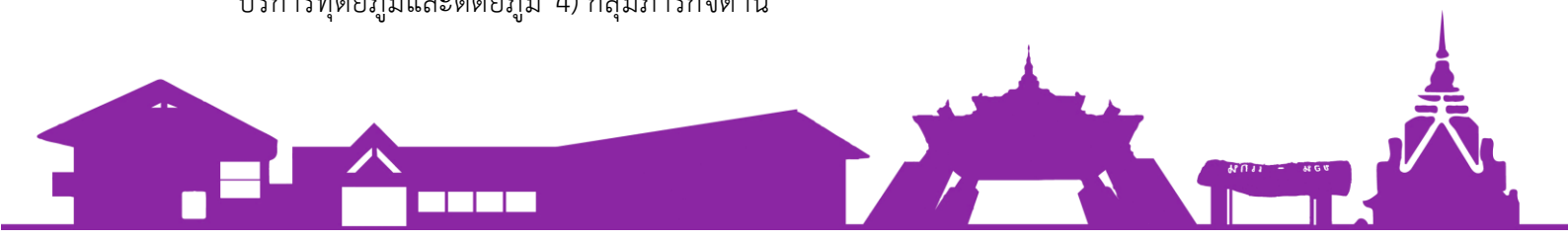
2. เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็น
แบบประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม
สุขภาพของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้าน
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกองสุศึกษา
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
(2564) โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ตอน
ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบ
แบบสอบถาม ประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา
รายได้ และกลุ่มภารกิจ ลักษณะข้อคำถามเป็น
แบบเติมข้อความและให้เลือกตอบตามตัวเลือกที่
กำหนด จำนวน 5 ข้อ

ตอนที่ 2 ความรู้ด้านสุขภาพ
ประกอบด้วย ความสามารถและทักษะในการ
เข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ ความรู้ความ
เข้าใจ การตัดสินใจเลือกปฏิบัติ และสามารถ
ชี้แนะเรื่องสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบ
ปลายปิดและให้เลือกตอบตามตัวเลือกที่กำหนด
เป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ
จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 3 พฤติกรรมสุขภาพ แบ่งเป็น
2 ตอน ดังนี้



ตอนที่ 3.1 พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การสูบบุหรี่ และการดื่มสุราและเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิด และให้เลือกตอบตามตัวเลือกที่กำหนด เป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ จำนวน 10 ข้อ

ตอนที่ 3.2 พฤติกรรมสุขภาพ ประกอบด้วย การจัดการความเครียด การใช้ยาอย่างสมเหตุสมผล และการป้องกันการติดเชื้อโควิด-19 ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบปลายปิดและให้เลือกตอบตามตัวเลือกที่กำหนด เป็นแบบประเมินประมาณค่า 4 ระดับ จำนวน 9 ข้อ

3. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกัน คือ บุคลากรโรงพยาบาลสระบุรี จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยสูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของตัวแปรความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ ได้เท่ากับ 0.93 และ 0.76 ตามลำดับ

4. การพิทักษ์สิทธิของอาสาสมัคร

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง หมายเลขใบรับรอง PHRN 035/2565 ลงวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2566 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ จะนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมและนำไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น จะไม่มีผลกระทบต่อ ใดๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 สถิติเชิงพรรณนา

5.1.1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ

ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

5.2 สถิติเชิงอนุมาน

5.2.1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ การศึกษา และกลุ่มภารกิจ กับพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ (Chi-Square Test : χ^2) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

5.2.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพ กับพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson Product-Moment Correlation Coefficients) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 262 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 82.06 มีอายุเฉลี่ย 35.61 ปี โดยอยู่ในช่วงอายุ 25-29 ปี และ 30-34 ปี ร้อยละ 31.68 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 95.65 รายได้ต่อเดือนต่ำกว่า 15,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 23.66 และช่วงรายได้ระหว่าง 30,001-40,000 บาท ร้อยละ 23.28 สังกัดกลุ่มภารกิจด้านการพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 47.71

2. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 56.11 และพฤติกรรมสุขภาพ อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 62.21 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง (n = 262)

ระดับ	ช่วงคะแนน	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ		พฤติกรรมสุขภาพ	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เพียงพอ	น้อยกว่า ร้อยละ 60	2	0.76	6	2.29
พอใช้	ร้อยละ 60 - < 70	25	9.54	31	11.83
ดี	ร้อยละ 70 - < 80	88	33.59	62	23.67
ดีมาก	ร้อยละ 80 ขึ้นไป	147	56.11	163	62.21
โดยรวม					
ค่าเฉลี่ย (\bar{X}) \pm ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)		42.42 \pm 5.31		70.05 \pm 8.06	
ค่าสูงสุด (Max) \pm ค่าต่ำสุด (Min)		50.00 \pm 28.00		84.00 \pm 48.00	

3. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ และระดับการศึกษา กับ พฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ผลการศึกษา

พบว่า ปัจจัยด้านเพศ และระดับการศึกษา มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value < .05) รายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติการทดสอบไคสแควร์ (n = 262)

ข้อมูลทั่วไป	ระดับพฤติกรรมสุขภาพ				χ^2	df	p-value
	ดีมาก	ดี	ปานกลาง	ไม่เพียงพอ			
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
เพศ							
ชาย	3(1.1)	12(4.6)	17(6.5)	15(5.7)	25.512	3	< .001
หญิง	3(1.1)	19(7.3)	45(17.2)	148(56.5)			
รวม	6(2.3)	31(11.8)	62(23.7)	163(62.2)			
ระดับการศึกษา							
ต่ำกว่าปริญญาตรี	3(1.1)	27(10.3)	28(10.7)	25(9.5)	70.237	3	< .001
ปริญญาตรีขึ้นไป	3(1.1)	4(1.5)	34(13.0)	138(52.7)			
รวม	6(2.3)	31(11.8)	62(23.7)	163(62.2)			



4. การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ และรายได้เฉลี่ยต่อเดือน และความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพ ด้วยสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05 ผลการศึกษาพบว่า รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และความรอบรู้ด้านสุขภาพ

มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.464$ และ 0.359 , $p\text{-value} < .05$) ส่วนอายุ ไม่มีความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมสุขภาพ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปและความรอบรู้ด้านสุขภาพกับ พฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 262$)

ตัวแปร	พฤติกรรมสุขภาพ		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r_{xy})	ช่วงเชื่อมั่นที่ระดับ 95% (95%CI for r_{xy})	p-value
อายุ	0.115	-0.006 ถึง 0.233	.063
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	0.464	0.363 ถึง 0.554	< .001
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	0.359	0.249 ถึง 0.460	< .001

อภิปรายผล

1. ความรอบรู้ด้านสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลระนอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีระดับความรู้ด้านสุขภาพโดยรวม อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 56.11 และ 62.21 ตามลำดับ ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาในบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพ ทำให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้นได้อย่างถูกต้อง จึงส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูง สามารถเป็นต้นแบบให้กับประชาชนและเครือข่ายได้ สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันท์นิ ศรีประจันต์ (2562) ได้ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น พบว่า ผลการประเมินความรู้ด้านสุขภาพของบุคลากร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 38.0

2. พฤติกรรมสุขภาพโดยรวมของบุคลากรโรงพยาบาลระนอง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 62.21 ทั้งนี้อาจเนื่องจากเป็นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพ ทำให้เข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในวิธีการต่าง ๆ เพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพของตนเองให้ดียิ่งขึ้นได้อย่างถูกต้อง สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันท์นิ ศรีประจันต์ (2562) ได้ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น พบว่า การประเมินพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรในภาพรวมทั้ง 6 ด้าน อยู่ในระดับพอใช้มากที่สุด ร้อยละ 37.5 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของพิทยา ไพบูลย์ศิริ (2561) ได้ศึกษาเรื่องความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส. ของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพในระดับพอใช้ ร้อยละ 52.38 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการกำหนดนโยบาย ส่งเสริม สนับสนุน หรือสิ่งแวดล้อม



ที่เอื้อต่อพฤติกรรมของแต่ละหน่วยงานที่แตกต่างกัน จึงมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของแต่ละบุคคลในบริบทพื้นที่นั้น ๆ ด้วย

3. ความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลทั่วไปกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลระนอง พบว่า เพศ ระดับการศึกษา และรายได้ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากบุคลากรโรงพยาบาลระนอง เพศยังมีบทบาทและหน้าที่แตกต่างกัน และระดับการศึกษายังเป็นองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพ ส่วนรายได้ อาจมีผลต่อระยะเวลาในการทำงานเพื่อค่าตอบแทนที่สูงขึ้น จึงส่งผลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากร ผลการศึกษาดังกล่าวไม่สอดคล้องกับการศึกษาของกิติพงษ์ เรือนเพชร และคณะ (2566) ได้ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของนิสิตพยาบาลมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ และระดับการศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีลักษณะที่แตกต่างกัน จึงทำให้ผลการศึกษาแตกต่างกัน

4. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลระนอง พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพในทิศทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.359$, $p\text{-value} < .05$) ทั้งนี้อาจความรู้ด้านสุขภาพเป็นทักษะทางปัญญาและสังคม ซึ่งเป็นตัวกำหนดแรงจูงใจและความสามารถของปัจเจกในการแสวงหา ทำความเข้าใจ และการใช้ข้อมูลเพื่อส่งเสริมและดำรงไว้ซึ่งการมีสุขภาพดี สอดคล้องกับการศึกษาของสุนันท์ ศรีประจันต์ (2562) ได้ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและ

พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.169$, $p\text{-value} < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของหยาดพิรุณ ศิริ, อธิวัต อัจหาญ และนิรชร ชูดีพัฒนา (2565) ได้ศึกษาเรื่อง ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 ของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคใต้ ผลการศึกษาพบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในภาพรวมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p\text{-value} < .05$

จากการศึกษาดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าความรู้รอบรู้ด้านสุขภาพมีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลระนอง จึงควรส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อส่งผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลระนอง ลดเสี่ยง ลดโรค และเป็นแบบอย่างให้กับประชาชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

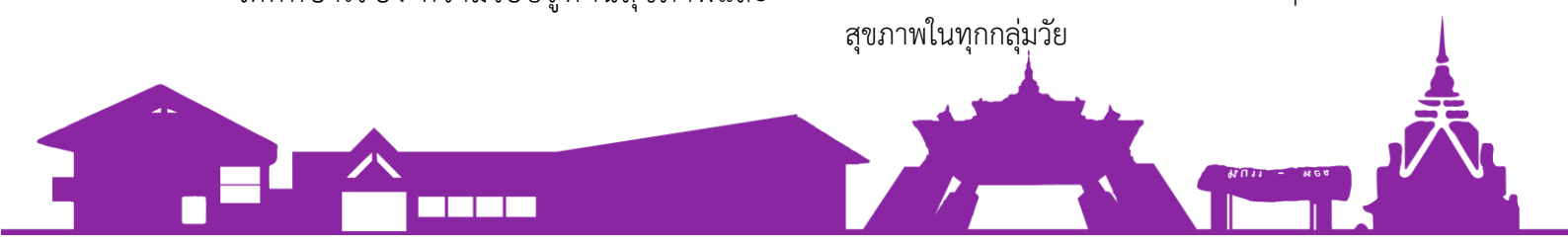
1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1.1 หน่วยงานควรจัดให้มีกิจกรรมออกกำลังกายเป็นช่วง ๆ ในเวลาทำงานเพิ่มขึ้น โดยไม่กระทบกับการทำงาน หรือให้บุคลากรเลือกกิจกรรมออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง แล้วเพิ่มแรงจูงใจในการออกกำลังกาย ในรูปแบบของรางวัล การเชิดชูเกียรติเพิ่มขึ้น

1.2 ควรส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ลดเสี่ยง ลดโรค บุคลากรโรงพยาบาลระนองอย่างต่อเนื่อง เพื่อเป็นแบบอย่างให้กับประชาชนต่อไป

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรทำวิจัยเกี่ยวประสิทธิภาพของโปรแกรมการให้ความรอบรู้ด้านสุขภาพผ่านนวัตกรรมเทคโนโลยี เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในทุกกลุ่มวัย



2.2 ควรทำวิจัยเกี่ยวกับนวัตกรรม การประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยตนเอง เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและรู้สถานะสุขภาพของตนเอง

เอกสารอ้างอิง

- กลุ่มงานอาชีวเวชกรรม โรงพยาบาลระนอง. (2565). รายงานผลการตรวจสุขภาพประจำปี เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลระนอง. เอกสารคัดสำเนา.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2563). แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนวัยทำงานในหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ปี 2564. เข้าถึงได้จากfile:///C:/Users/MC65042607/Downloads/051120200705286801_linkhed-2.pdf. (30 ต.ค. 2565)
- กิติพงษ์ เรือนเพชร และคณะ. (2566). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของนิสิตพยาบาลมหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในจังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*, 17(1) : 1-12.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2562). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ : ชั้นพื้นฐาน ปฏิสัมพันธ์ วิจัยญาณ. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน).
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข. (2560). แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 12 ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์.

จิตติยา ใจคำ, จักรกฤษณ์ วังราชภูร์ และอักษราทองประชุม. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอบ้านโสง จังหวัดลำพูน. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*, 8(2) : 1-24.

ฐปรัตน์ รักษ์ภาณุสิทธิ์, นฤมล จินเมือง และนันทยา ไชยนิ่ง. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตปัตตานี. *วารสารวิทยบริการ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์*, 29(3) : 170-178.

เทพไทย โชติชัย, เสาวลักษณ์ ศรีตาเกษ, กิรณา แต่อารักษ์,สายันท์ ปัญญาทรง, อ้อยทิพย์ บัวจันทร์. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของประชากรกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงตำบลสำราญ อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้*, 7(1) : 45-56.

พิทยา ไพบูลย์ศิริ. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ 3อ. 2ส. ของผู้บริหารภาครัฐ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา. *วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย*, 8(1) : 97-107.

ศูนย์ข้อมูลสุขภาพ (Health Data Service Center: HDC) กระทรวงสาธารณสุข. (2565). สถานะสุขภาพ. เข้าถึงได้จาก <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>. (25 ต.ค. 2565)



สกวเนตร ไทรแจ่มจันทร์, วัลลภา อังคารา, อุษณีย์ บุญบรรจบ และธรรณัฐ ถิ่นสอน. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3อ.2ส.ของประชาชน ในชุมชนบ้านเอื้ออาทรบางเขน (คลองถนน). *วารสารพยาบาลทหารบก*, 22(3) : 376-386.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระนอง. (2565). *เอกสารสรุปผลการดำเนินงานตามแบบตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดระนอง รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2565*. เอกสารคัดสำเนา.

สำนักบริหารการทะเบียน กรมการปกครอง. (2565). *ดาวน์โหลดสถิติ จำนวนประชากร*. เข้าถึงได้จาก https://stat.bora.dopa.go.th/new_stat/webPage/statByYear.php. (25 ต.ค. 2565)

สำนักสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ กรมควบคุมโรค. (2564). *คู่มือกระบวนการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ*. บริษัท อาร์ เอ็น พี วอเตอร์ จำกัด.

สุนันท์ณี ศรีประจันต์. (2562). *ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ของบุคลากรศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น*. เข้าถึงได้จาก <http://203.157.71.148/hpc7data/Res/ResFile/2562000901.pdf> (20 ธันวาคม 2565)

World Health Organization. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: Division of health promotion, education and communications. Health education and health promotion unit, World Health Organization.

Ydirin, C. S. B. (2021). Health literacy and health-promoting behaviors among adults at risk for diabetes in a remote Filipino community. *Belitung Nursing Journal*, 7(2) , 88–97. Cite in <https://doi.org/10.33546/bnj.1298>

Wayne W., D. (1995). *Biostatistics: A Foundation of Analysis in the Health Sciences* (6th ed.). John Wiley&Sons, Inc., 180.



ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรม การป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาในผู้สูงอายุ เขตพื้นที่อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร

RELATIONSHIP BETWEEN BENEFITS BARRIERS, AND HEALTH BEHAVIORS TOWARD
PREVENTING THE SPREAD OF CORONAVIRUS IN PEOPLE ELDERDY
LANKRABUE DISTRICT KAMPHAENGPHEH PROVINCE

บุญเลิศ บุตรจันทร์
Boonlert Budtrachan

Received : 03 January 2023, Received in revised form : 09 March 2023, Accepted : 13 March 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา และเพื่อสร้างแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมป้องกันโรคไวรัสโคโรนา ในผู้สูงอายุ ใช้วิธีเก็บข้อมูลแบบผสมผสานวิธี คือ 1) ข้อมูลเชิงปริมาณใช้แบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 362 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยใช้แบบบันทึกประเด็นการสนทนาและแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยการสนทนาดำเนินการโดยผู้ให้ข้อมูลหลักคือ ผู้สูงอายุที่มีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาอยู่ในระดับสูงและต่ำ จำนวน 14 คน เก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่ เดือนมิถุนายน ถึงกรกฎาคม 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผู้สูงอายุในเขตพื้นที่อำเภอลานกระบือ จังหวัดกำแพงเพชร มีการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.30$, $SD = 0.51$) การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.92$, $SD = 0.96$) และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.24$, $SD = 0.65$) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา ได้แก่ การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.762$ และ -0.604 , $p\text{-value} < .05$) แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเป็นพฤติกรรมในการควบคุมป้องกันโรคไวรัสโคโรนาของผู้สูงอายุ คือ การแนะนำวิธีการทำความสะอาด หน้ากากผ้า การเว้นระยะห่างทางสังคม และการใช้มาตรการ DMHT อย่างเคร่งครัด

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลานกระบือ, กำแพงเพชร 62170

Lan Krabue District Public Health Office, Kamphaeng Phet 62170

Corresponding author; E-mail: budtrachan@gmail.com



สรุป ผู้สูงอายุควรได้รับการพัฒนาการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเป็นแนวที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ในการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา-2019

คำสำคัญ: การรับรู้ประโยชน์, การรับรู้อุปสรรค, พฤติกรรมการป้องกันโรค, ไวรัสโคโรนา, ผู้สูงอายุ

ABSTRACT

This is Mixed Methods Research aimed to study the relationship between perceived benefits and perceived barriers with behavior to prevent the spread of the corona virus and to create guidelines for behavioral change in preventing corona virus prevention in the elderly, a mixed data collection method was used: 1) Quantitative data were collected through questionnaires among the elderly in Lan Krabue District, Kamphaeng Phet Province, totaling 362 people by simple random sampling. By group chat the main informants are There were 14 elderly people with high and low levels of coronavirus epidemic prevention behaviors. Data were collected from June to July 2022. The data were analyzed using statistics of frequency distribution, percentage, mean, and standard deviation. The relationship was analyzed by Pearson's correlation coefficient, and content analysis.

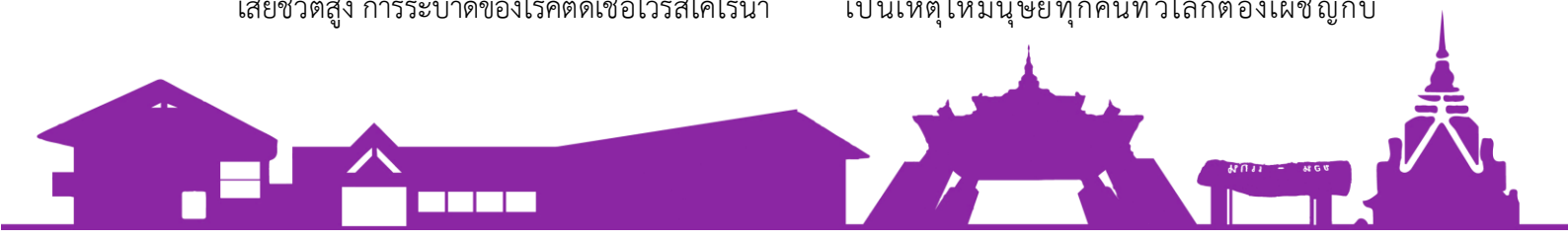
The results showed that elderly people in the area of Lan Krabue District, Kamphaeng Phet Province There is a perception of the benefits of the practice, the overall score was high (\bar{X} = 4.30, SD = 0.51). Overall was low (\bar{X} = 1.92, SD = 0.96) and behavior to prevent the spread of the Corona virus. overall was at a high level (\bar{X} = 4.24, SD = 0.65). and perceived barriers to practice with statistical significance (r = 0.762 and -0.604, p -value < .05). Behavioral change guidelines for the prevention of coronavirus disease prevention among the elderly are recommended methods for cleaning cloth masks. social distancing and strictly implementing DMHT measures. Conclusion: The elderly should be developed to perceive the benefits and perceive the obstacles of the practice. It is an important way to solve the problem of the epidemic area of the corona virus-2019.

Keywords: Perceived benefits, Perceived barriers, Preventive health behavior, Coronavirus, Elderly

บทนำ

สถานการณ์ปัจจุบันทั่วโลกกำลังให้ความสำคัญเป็นอย่างมาก ถือเป็นภาวะวิกฤตต่อการดำเนินชีวิตประจำวันและระบบเศรษฐกิจโลกจากการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ (Coronavirus 2019) ส่งผลต่อระบบการหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ยากต่อการรักษา ทำให้ผู้ติดเชื้อเสี่ยงต่อการเสียชีวิตสูง การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา

สายพันธุ์ใหม่นี้ เป็นปรากฏการณ์ที่ยิ่งใหญ่ที่ต้องให้ความสำคัญอย่างมากทั้งด้านการควบคุม การป้องกัน และการรักษา เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนที่ป้องกันการติดเชื้อหรือยาที่ใช้ในการรักษาที่ชัดเจนอยู่ในระหว่างการค้นคว้าวิจัย พัฒนาและทดลอง ทำให้ต้องมีการเปลี่ยนแปลง การพฤติกรรมวิถีการดำเนินชีวิตของผู้คนบนโลก เป็นเหตุให้มนุษย์ทุกคนทั่วโลกต้องเผชิญกับ



ปัญหาและให้ความสำคัญ เพื่อสถานการณ์การระบาดกลับคืนสู่ปกติโดยเร็ว (กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2563) ประเทศไทยตรวจพบผู้ติดเชื้อรายแรก ในวันที่ 13 มกราคม พ.ศ. 2563 หลังจากนั้นก็มีรายงานผู้ป่วยยืนยันจากประเทศญี่ปุ่น และอีกหลายประเทศทั่วโลก วันที่ 30 มกราคม พ.ศ. 2563 องค์การอนามัยโลก (WHO) ประกาศให้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เป็นภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ และต่อมาในวันที่ 11 มีนาคม พ.ศ.2563 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศ COVID-19 ระบาดใหญ่หรือระบาดทั่วโลก (Pandemic) มีจำนวนผู้ป่วยและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากอย่างรวดเร็ว อัตราการเสียชีวิตจากโรคประมาณ ร้อยละ 4.6 กลุ่มที่มีอาการรุนแรงส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ และผู้มีโรคประจำตัว เช่น โรคเบาหวาน โรคความดัน โรคหัวใจ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) โรค COVID-19 ก่อโรคได้รุนแรงในผู้สูงอายุ (อายุเกิน 60 ปีขึ้นไป) เพราะระบบภูมิคุ้มกันที่ติดตัวมาแต่กำเนิดตามธรรมชาติเสื่อมไปตามวัย ทำให้ไม่สามารถยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อไวรัสในเซลล์ที่หลอดเลือดและกล้ามเนื้อปอดได้ทันกาล ทำให้เซลล์ในหลอดเลือดที่ติดเชื้อจำนวนมากตายและทดแทนด้วยผังพืดในเวลา 2-3 สัปดาห์หลังการเจ็บป่วย ทำให้การหายใจล้มเหลวและผู้ป่วยถึงแก่กรรมในที่สุด อัตราการเสียชีวิตในผู้สูงอายุโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาจะมากขึ้นตามอายุที่มากขึ้น ดังนี้ คือ อายุ 50-60 ปี เสียชีวิตร้อยละ 1.3 อายุ 60-69 ปี เสียชีวิต ร้อยละ 3.6 อายุ 70-79 ปี เสียชีวิตร้อยละ 8.0 อายุมากกว่า 80 ปี เสียชีวิตร้อยละ 14.8 (World Health Organization : WHO, 2020)

พฤติกรรมป้องกันการโรค (Preventive health behavior) เป็นลักษณะหนึ่งของพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ดังนั้นการที่บุคคลจะปฏิบัติตนในการป้องกันการโรคเพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดโรคได้นั้น เพราะบุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพว่า การปฏิบัติ

พฤติกรรมป้องกันการโรค เป็นประโยชน์ในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค นอกจากนี้ในการปฏิบัติ นั้นต้องคำนึงถึงปัจจัยสำคัญทางด้านจิตวิทยา สังคม เช่น ค่าใช้จ่าย ความสะดวกสบายในการปฏิบัติ ความยากลำบากและอุปสรรคต่างๆ เป็นต้น โมเดลความเชื่อด้านสุขภาพ (Health believe Model) ได้พัฒนามาจากแนวความคิดของรูปแบบพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ (Pender, Murdaugh, and Parsons, 2002) โดยมุ่งอธิบายพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคของบุคคล ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อด้านสุขภาพที่สำคัญ ได้แก่ การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ การปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันโรคนั้น จะสามารถหลีกเลี่ยงความเสี่ยงจากเกิดโรคได้ และการที่บุคคลจะให้ความร่วมมือ ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ โดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่ปฏิบัตินั้นเป็นสิ่งที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง สำหรับการรับรู้ต่ออุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ (Perceived barriers) เป็นการรับรู้ถึงอุปสรรคเป็นไปตามการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของบุคคลในทางลบ ได้แก่ ความไม่สะดวก ค่าใช้จ่าย ไม่มีเวลา และความล้าชวย เป็นต้น ซึ่งอุปสรรคต่อการปฏิบัติเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจ ถ้าบุคคลมีความพร้อมในการปฏิบัติสูง ในขณะที่มีอุปสรรคต่อการปฏิบัติจะเกิดข้อขัดแย้งทางจิตใจยากแก่การแก้ไข จะทำให้มีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงการปฏิบัติได้ ดังนั้นการตัดสินใจที่จะปฏิบัติตามในสิ่งที่แพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพแนะนำหรือไม่นั้น จะขึ้นอยู่กับพิจารณาข้อดีและข้อเสียของพฤติกรรมดังกล่าว โดยบุคคลจะเลือกปฏิบัติในสิ่งที่เชื่อว่าเกิดผลดีมากกว่าผลเสีย (Rosenstock, 1974)



การปฏิบัติในการป้องกันโรคการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา และพฤติกรรมกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุจึงมีความสำคัญเพราะนอกจากตนเองแล้วยังส่งผลต่อสังคมโดยรวม ซึ่งทำให้การแพร่ระบาดของโรคดำเนินต่อไปอย่างไม่มีที่สิ้นสุดได้ อำเภอถนอมกระเปือ จังหวัดกำแพงเพชร พบผู้ป่วยโควิด-19 รายแรกเป็นพนักงานบริษัทในเครือข่ายของการปิโตรเลียมแห่งประเทศไทย ฝ่ายผลิต เป็นชายชาวต่างชาติ อายุ 34 ปี ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2564 และได้ส่งตัวไปรักษาที่โรงพยาบาลสนามจังหวัดกำแพงเพชร มีผู้สัมผัสเสี่ยงสูงจำนวน 12 ราย ซึ่งทั้งหมดได้รับการตรวจเพื่อหาสารพันธุกรรมปรากฏว่าไม่พบเชื้อทั้ง 12 ราย สถานการณ์การป่วยด้วยโควิด-19 ในปี พ.ศ. 2564 พบจำนวนผู้ป่วยทั้งสิ้น 492 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในพื้นที่ จำนวน 91 ราย ที่เหลือ 401 ราย เป็นผู้ป่วยที่ตรวจพบว่าป่วยจากนอกพื้นที่แต่เข้ามารับการรักษาที่อำเภอถนอมกระเปือ และเสียชีวิตถึง 9 ราย เมื่อดูการป่วยในกลุ่มผู้สูงอายุ พบว่าสูงอายุป่วยทั้งสิ้น 28 ราย และเสียชีวิตถึง 4 ราย และข้อมูลการป่วยในปี พ.ศ. 2565 ข้อมูลตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม ถึงวันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2565 พบผู้ป่วยทั้งสิ้นจำนวน 368 ราย เสียชีวิต 6 ราย ซึ่งผู้เสียชีวิตทั้ง 6 รายนี้เป็นผู้สูงอายุทั้งหมด (สำนักงานสาธารณสุขอำเภอถนอมกระเปือ, 2565)

จากข้อมูลจะเห็นว่าในช่วงระยะสั้นๆ เมื่อมีการติดเชื้อในพื้นที่แล้ว การแพร่กระจายเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และผู้สูงอายุก็เป็นกลุ่มเสี่ยงของการแพร่ระบาดของโรคนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาในผู้สูงอายุเขตพื้นที่อำเภอถนอมกระเปือ จังหวัดกำแพงเพชร เพื่อเป็นข้อมูลในการปฏิบัติงานของบุคลากรและต่อผู้สูงอายุที่เป็นกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนในการดูแลป้องกันการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้มีอัตรา

การแพร่ระบาดลดลง และลดภาระค่าใช้จ่ายของครอบครัว ชุมชน สังคม และประเทศชาติ ทำให้การดำรงชีวิตกลับมาสู่สถานการณ์ปกติโดยเร็ว

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. ศึกษาระดับการรับรู้ ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ
2. ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ
3. เพื่อศึกษาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ

วิธีดำเนินการวิจัย

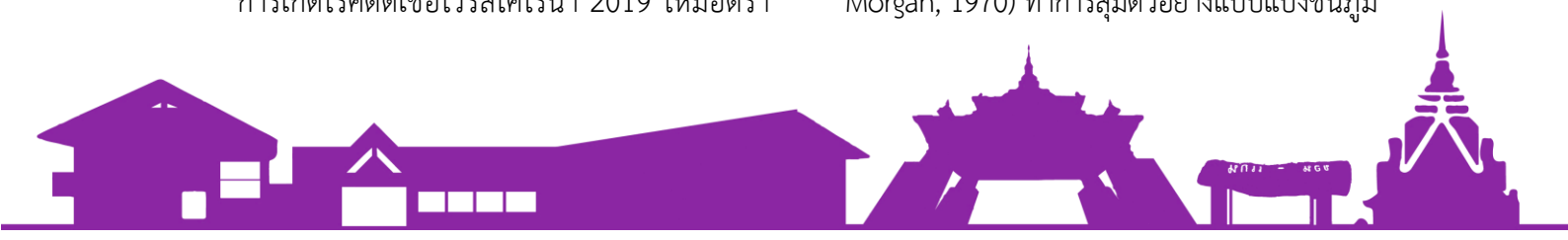
การวิจัยนี้เป็นแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา และศึกษาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมป้องกันโรคไวรัสโคโรนาในผู้สูงอายุเขตพื้นที่อำเภอถนอมกระเปือ จังหวัดกำแพงเพชร แบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลเชิงปริมาณ

1.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอถนอมกระเปือ จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 6,182 คน (สำนักบริหารทะเบียน กรมปศุกรรม, 2565)

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในเขตพื้นที่อำเภอถนอมกระเปือ จังหวัดกำแพงเพชร จำนวน 362 คน จากการคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรของของเครซี และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) ทำการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ



(Stratified randomization) โดยการจับสลากเลือกครัวเรือนตามบัญชีรายชื่อประชากรตามทะเบียนบ้านจาก 7 ตำบลๆ ละ 50 ครัวเรือน และเก็บข้อมูลตัวอย่างโดยการสุ่มแบบง่าย (Simple random sampling)

1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากการศึกษาแนวความคิดการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา และเอกสารความรู้ทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วย 4 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 8 ข้อ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา โดยเป็นแบบให้เลือกตอบ (Check list) และเติมคำ

ตอนที่ 2 การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนาของผู้สูงอายุ จำนวน 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบทั้งเชิงบวกและเชิงลบ การวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ตอนที่ 3 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนาของผู้สูงอายุ จำนวน 16 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบทั้งเชิงบวกและเชิงลบ การวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ตอนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาของผู้สูงอายุ จำนวน 29 ข้อ ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบทั้งเชิงบวกและเชิงลบ การวัดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลเชิงคุณภาพ

2.1 ผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key informants) คือ กลุ่มผู้สูงอายุที่มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัสสูง และ

กลุ่มที่มีคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาไวรัสต่ำ กลุ่มละ 7 คน รวมเป็นทั้งหมด 14 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling)

2.2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ ใช้แบบบันทึกประเด็นการสนทนา และแบบสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง โดยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group discussion: FGD)

การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่างโครงการวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกำแพงเพชร เลขที่โครงการ 65 03 15 ลงวันที่ 24 มิถุนายน 2565 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ เพื่อนำไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งไม่มีผลกระทบต่อกลุ่มตัวอย่าง

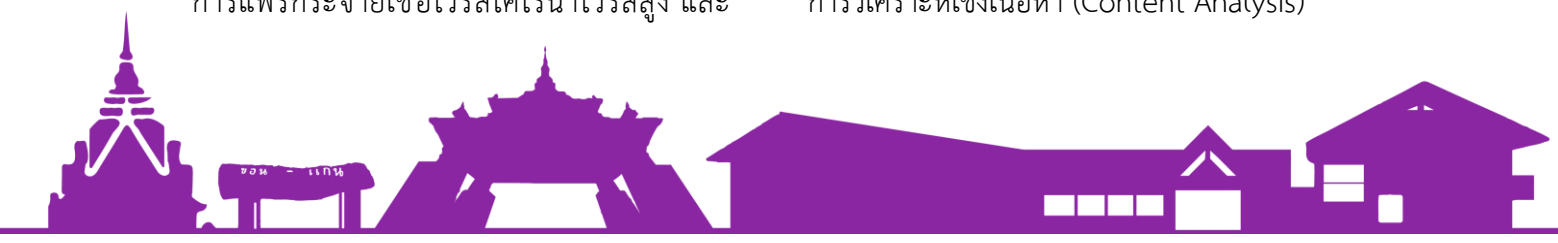
การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว ช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และการได้รับวัคซีนป้องกันโรคไวรัสโคโรนา ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์ระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา ด้วยสถิติค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา ด้วยสถิติใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson product moment correlation coefficient) ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

4. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยวิธีการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)



สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 66.3 เพศชาย ร้อยละ 33.7 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วงอายุ 60-65 ปี คิดเป็นร้อยละ 45.6 มีสถานภาพสมรสและอยู่ กับคู่สมรส ร้อยละ 63.5 จบการศึกษา ระดับชั้นประถมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 43.9 ส่วนใหญ่ประกอบทำนา/ทำไร่ ร้อยละ 47.0 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 63.8 เช่น โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 31.0 มีช่องทางการรับรู้ข่าวสารหลายช่องทาง โดยช่องทางที่ใช้และมีการรับรู้มากที่สุด ได้แก่ ทางโทรทัศน์ ร้อยละ 46.1 และ ร้อยละ 97.0 ได้รับวัคซีนป้องกันโรคโควิด-19 และส่วนใหญ่ได้รับ 3 เข็ม ร้อยละ 56.9

2. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.30$, $SD = 0.51$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ การใส่หน้ากากอนามัย/หน้ากากผ้า สามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาได้ ($\bar{X} = 4.59$, $SD = 0.50$) รองลงมาคือ การล้างมือด้วยแอลกอฮอล์เจลหรือการพ่นสเปรย์แอลกอฮอล์ สามารถป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนาได้ ($\bar{X} = 4.57$, $SD = 0.52$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ กลุ่มตัวอย่างคิดว่าการซักหรือทำความสะอาด หน้ากากผ้าที่ใช้แล้วสามารถนำมาใช้ได้อีก อยู่ใน ระดับสูง ($\bar{X} = 3.63$, $SD = 0.86$)

3. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 1.92$, $SD = 0.96$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ผลกระทบของการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา ทำให้ท่านไม่สามารถทำกิจกรรมที่ชอบได้ ($\bar{X} = 2.11$, $SD = 1.26$) และการต้องถูกกักตัวอยู่ ภายในบ้านเป็นการยุ่งยากในการดำรงชีวิต ($\bar{X} = 2.11$, $SD = 1.14$) ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดคือ ไม่สะดวกที่จะใช้ช้อนกลาง ($\bar{X} = 1.75$, $SD = 0.83$)

4. พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อไวรัสโคโรนา โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.24$, $SD = 0.65$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่าพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ด้านการรับประทานอาหาร ($\bar{X} = 4.37$, $SD = 0.57$) รองลงมาคือ ด้านการใช้หน้ากาก ($\bar{X} = 4.27$, $SD = 0.63$) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือสุขลักษณะส่วนบุคคล ($\bar{X} = 4.14$, $SD = 0.84$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดอยู่ในระดับสูงมากคือ หลีกเลี่ยงการรับประทานอาหารเสี่ยง เช่น ค้างคาว ($\bar{X} = 4.80$, $SD = 0.80$) รองลงมา คือ การรับประทานอาหารสุกสะอาด ($\bar{X} = 4.73$, $SD = 0.50$) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดอยู่ในระดับสูง คือ การทำความสะอาดหน้ากากผ้าก่อนนำ กลับมาใช้ใหม่ ($\bar{X} = 3.69$, $SD = 1.50$)

ตารางที่ 1 แสดงระดับการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาของกลุ่มตัวอย่าง (n = 362)

ตัวแปรหลักที่ศึกษา	จำนวน (n)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ช่วงเชื่อมั่น 95%CI	แปลผล
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว	362	4.30	0.51	3.977 ถึง 4.083	ระดับสูง
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว	362	1.92	0.96	1.821 ถึง 2.019	ระดับต่ำ
พฤติกรรมการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนา	362	4.24	0.65	4.173 ถึง 4.307	ระดับสูง



5. ผลการทดสอบตามสมมติฐาน พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.762$, $p\text{-value} < .05$) และการรับรู้

อุปสรรคของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัส โคโรนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = -0.604$, $p\text{-value} < .05$)

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวและการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสของกลุ่มตัวอย่าง ($n = 362$)

ตัวแปรที่ศึกษา	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์	ช่วงเชื่อมั่น	p-value
	r_{xy}	95%CI for r_{xy}	
การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว	0.762	0.715 ถึง 0.802	< .001*
การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัว	-0.604	-0.666 ถึง -0.534	< .001*

* กำหนดให้นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากการศึกษาแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการควบคุมป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 2019 ในผู้สูงอายุ พบประเด็นปัญหาและแนวทางแก้ไข ดังนี้

1) จากตัวผู้สูงอายุ : มีพฤติกรรมการใช้หน้ากากในการป้องกันโรค โดยมีการไม่ทำความสะอาดหน้าผากผัดก่อนใช้ การไม่ใส่หน้ากากเมื่อออกจากบ้าน การใช้หน้ากากซ้ำ และการไม่เว้นระยะห่างในการรวมกลุ่มทำกิจกรรม

แนวทางแก้ไข

1.1) ให้ความรู้ในเรื่องการใช้หน้ากาก เช่น แนะนำวิธีการทำความสะอาดหน้าผากผัดและใช้ซ้ำได้

1.2) เน้นย้ำในการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องความปลอดภัยหากไม่สวมใส่หน้ากากเมื่ออยู่นอกบ้าน

1.3) การสนับสนุนหน้ากากอนามัยจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1.4) ให้เน้นย้ำในเรื่องความปลอดภัยและใช้มาตรการ DMHT อย่างเคร่งครัด

2) จากครอบครัว : ผู้สูงอายุหลายคนขาดกำลังใจในการต่อสู้กับโรคภัย และบางครอบครัวมีปัญหาการอยู่รวมกันมาก ๆ ภายในบ้าน

แนวทางแก้ไข

2.1) กระตุ้นให้ลูกหลานเห็นปัญหาในเรื่องนี้เพื่อให้กำลังใจผู้สูงอายุ

2.2) ปรับพื้นที่ในบ้านให้เป็นสัดส่วนเพื่อลดการใกล้ชิดให้มากที่สุด

3) จากด้านบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขรวมทั้ง อสม. : วิธีการให้บริการผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรังในสถานบริการมีคนใช้บริการมาก แออัด รอนาน สิ่งที่เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำมาพอลถึงบ้านก็ลืม

แนวทางแก้ไข

3.1) มีบริการส่งยาให้ผู้สูงอายุที่ป่วยเป็นโรคเรื้อรัง จากโรงพยาบาลส่งถึงบ้านผู้สูงอายุ

3.2) จัดกลุ่มแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้กับผู้สูงอายุเพื่อกระตุ้นเตือนความจำ

3.3) จัดทีมเยี่ยมบ้าน และ อสม.ออกเยี่ยมบ้านให้กับผู้สูงอายุ

4) จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น : การขาดแคลนวัสดุอุปกรณ์ในการป้องกันโรคและรวมถึงการขาดสถานที่แยกกักกันที่ปลอดภัยจากผู้ป่วย/ผู้สงสัย ออกจากครัวเรือน



แนวทางแก้ไข

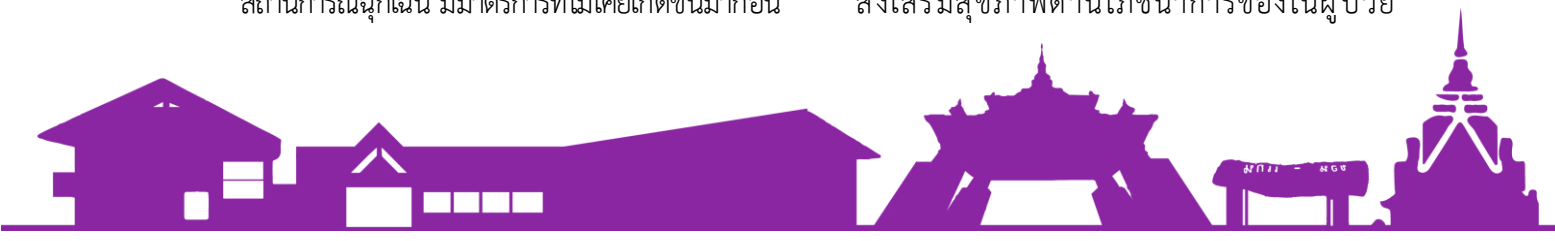
4.1) ส่งเสริม และสนับสนุนการจัดตั้งกลุ่มจัดทำหน้ากากผ้า เจลล้างมือใช้ในหมู่บ้าน/ชุมชน

4.2) อปท. สนับสนุนในการจัดพื้นที่แยกกักกันผู้ป่วย/ผู้ที่สงสัยป่วยออกจากครัวเรือน

อภิปรายผล

1. การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวโดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 4.30$, $SD = 0.51$) สอดคล้องกับที่ เพนเดอร์และคณะ (Pender et al., 2002) ได้กล่าวไว้ว่า การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัตินั้นเป็นแรงจูงใจให้เกิด พฤติกรรมทั้งโดยตรงและโดยอ้อม ประกอบกับกระแสสังคมและรัฐบาลให้ความสำคัญและมีนโยบาย ด้านการป้องกันการแพร่ระบาดของโคโรนาไวรัสในการปฏิบัติการป้องกันการแพร่ระบาดในสถานการณ์ปัจจุบัน ซึ่งตรงตามมาตรการการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรค ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีการประชาสัมพันธ์ถึงสถานการณ์ระบาดของโรคและการให้ความรู้เรื่องการปฏิบัติตัว และความรุนแรงของโรคทุกวัน วันละหลายรอบและทุกช่องทาง ช่องทางหลายแห่ง ส่งผลให้ได้รับการกระตุ้นเตือนเน้นย้ำตลอด โดยกลุ่มผู้สูงอายุรู้เรื่องโรคไวรัสโคโรนาว่าเป็นโรคใหม่ที่ร้ายแรงถึงชีวิตไม่มีวัคซีนในการป้องกัน และมีอัตราการระบาดที่รุนแรง รวดเร็วและอัตราการตายสูง มีการรับรู้เรื่องโรคไวรัสโคโรนาหลายช่องทางโดยทางโทรทัศน์มากที่สุดถึง ร้อยละ 46.1 โดยเฉพาะในกลุ่ม ผู้สูงอายุผู้ที่มีโรคประจำตัวเป็นส่วนใหญ่ ทำให้ผู้สูงอายุกnows ว่าต้องมีการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน เพราะใกล้ตัว (กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่มีโรคประจำตัวเป็นโรคเรื้อรัง ร้อยละ 63.8 และกลุ่มของผู้สูงอายุมีภาวะการเสี่ยงต่อการติดเชื้อและเสียชีวิตสูง) และรู้ว่าสุขภาพเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องมีการดูแล จึงให้ความใส่ใจและสนใจ รวมทั้งรัฐบาลก็ได้มีการประกาศสถานการณ์ฉุกเฉิน มีมาตรการที่ไม่เคยเกิดขึ้นมาก่อน

เช่น การปิดโรงเรียน การให้หยุดทำงาน การกักกัน และหลาย ๆ เหตุการณ์ทั่วโลก รวมทั้งมีการประกาศแนวทางปฏิบัติด้านสาธารณสุขเพื่อการจัดการภาวะการระบาดของโรคไวรัสโคโรนา ในสถานการณ์ฉุกเฉิน โดยให้ความรู้ตลอดจนแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจนและมีการให้ความรู้หลายช่องทางอย่างต่อเนื่อง ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือ กลุ่มตัวอย่างคิดว่า การซักหรือทำความสะอาดหน้ากากผ้าที่ใช้แล้วสามารถนำมาใช้ได้ อีกอธิบายได้ 2 ประการว่า ประการแรกจากการตัดสินใจของผู้สูงอายุโดยตรงที่คิดว่าไม่ควรนำกลับมาใช้อีก เพราะเสี่ยงต่อการไม่สะอาดเพียงพอ และประการที่สองอาจเกิดจากการขาดความรู้ความเข้าใจที่แท้จริงว่าสามารถนำกลับมาใช้ได้ อีก จึงไม่มั่นใจว่าสมควรกลับมาใช้ได้หรือไม่ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดรองลงมาคือ การปิดปาก จมูกขณะไอ จาม ด้วยการใช้กระดาษทิชชู/ยกมูม ข้อศอกบังสามารถช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาได้ ผู้สูงอายุส่วนใหญ่เข้าใจว่าเชื้อไวรัสโคโรนา มีการแพร่กระจายได้ง่าย การใช้เพียงกระดาษทิชชูหรือการยกมูมข้อศอกเพื่อปิดบังการไอจาม น่าจะไม่เพียงพอในการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อที่พอเพียงหรือดีพอ การป้องกันกรณีแบบนี้ น่าจะใช้ผ้าขนหนูหรือผ้าเช็ดหน้าที่มีขนาดใหญ่และมีความหนาของผ้าปิดปาก จมูก เวลาไอ จาม ถึงจะเพียงพอต่อการแพร่กระจายของเชื้อ ซึ่งผลการศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า สอดคล้องกับการศึกษาของนงษา สิงห์วีระธรรม และคณะ (2563) ที่ระบุว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการปฏิบัติงานและการรับรู้ความรุนแรงของโรค COVID-19 อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.52$, $SD = 0.39$) และสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานของสุภาภรณ์ อนุรักษ, อุดม ศากุล, ช่างไม้ สมพันธ์, หิญาธิระนันท์ และศศิมา กุสุมาณ ออยุธยา (2553) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่า การรับรู้พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการของในผู้ป่วย



เบาหวานชนิดที่ 2 โดยรวมอยู่ในเกณฑ์ดี เป็นผลให้ผู้ป่วยเบาหวานปฏิบัติตามกิจกรรมเพื่อส่งเสริมสุขภาพของตนเองอย่างถูกต้อง และมีแนวโน้มที่จะปฏิบัติตามพฤติกรรมนั้นอย่างต่อเนื่อง ($\bar{X} = 3.43$, $SD = 0.58$) สอดคล้องกับการศึกษาของพิณวีสิงโต (2550) ได้ศึกษาเรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวด้านการบริโภคอาหารในชุมชนตำบลนางแก้ว จังหวัดราชบุรี การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ ครอบครัวของการบริโภคอาหารมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวด้านการบริโภคอาหารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .265$, $p\text{-value} < .05$)

2. การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรค โดยรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยสามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดว่าอุปสรรคที่เกิดขึ้นเป็นเพียง เล็กน้อยเปรียบเทียบกับความรุนแรงของโรคและอัตราการระบอดรุนแรงรวดเร็ว และการไม่ปฏิบัติ ตามกฎระเบียบของสังคมและชุมชนและมาตรการของรัฐ จะเกิดผลเสียมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับ ทฤษฎีของเพนเดอร์ (Pender, 2002) ที่ระบุว่าอุปสรรคในการปฏิบัติพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพอาจ เป็นเรื่องที่เกิดขึ้นจริงหรือสิ่งที่คุณคาดคิดก็ได้จึงทำให้ไม่เป็นอุปสรรคในการปฏิบัติตัวที่ดีได้โดยข้อ ที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุดคือการไม่สะดวกที่จะใช้ช้อนกลาง ผู้สูงอายุส่วนใหญ่คิดว่า การใช้ช้อนกลางในการรับประทานอาหารร่วมกับคนอื่นเป็นสิ่งสำคัญต้องกระทำ ทั้งนี้เป็นเพราะผู้สูงอายุส่วนใหญ่ทราบว่าการติดเชื้อไวรัสโคโรนามีหลายช่องทาง การสัมผัสอย่างใกล้ชิดไม่ว่าจะเป็นการกอดรัด การรับประทานอาหารร่วมกันก็เป็นช่องทางที่สำคัญที่เชื้อจะแพร่สู่บุคคลอื่นได้ง่าย หากไม่มีการป้องกันที่ดีแล้วโอกาสในการรับเชื้อก็จะสูงมาก รองลงมาคือ การไม่สะดวกที่จะแยกแก้วน้ำจานชามช้อนส่วนตัว กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุคิดว่า การที่จะแยกภาชนะอุปกรณ์ของ

ใช้ส่วนตัวไม่เป็นความยุ่งยาก ทั้งนี้อาจเพราะกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุคิดว่าการป้องกันตนเองด้วยการแยกภาชนะอุปกรณ์ของใช้ส่วนตัวมีประโยชน์ และทำให้ปลอดภัยลดการเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาได้และเป็นสิ่งที่สำคัญของการดำเนินชีวิตในปัจจุบัน และอาจแปลกแยกและถูกตำหนิหากไม่ปฏิบัติตามกฎระเบียบของสังคม ปัจจุบัน ข้อที่มีคะแนนเฉลี่ยต่ำสุดมี 2 ข้อคือ ผลกระทบของการระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนาทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่ชอบได้ และการต้องถูกกักตัวอยู่ภายใน บ้านเป็นการยุ่งยากในการดำรงชีวิต ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่าการถูกจำกัดกิจกรรมทำให้ขาดอิสระ และมีผลต่อจิตใจและการดำเนินชีวิตไม่สามารถปฏิบัติงานได้ ไม่สามารถทำสิ่งต่าง ๆ ได้เหมือนเดิม รองลงมาคือ การติดตามข่าวสารโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาไม่ทำให้เสียเวลา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุที่ได้รับข้อมูลข่าวสารในเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาที่เหมาะสมกับสถานการณ์อย่างสม่ำเสมอและเป็นเรื่องที่ต้องให้ความสนใจและใส่ใจ และอยู่ในสถานการณ์ที่ต้องเฝ้าระวังและติดตามข่าวสารอย่างต่อเนื่องมีผลต่อการดำเนินชีวิตและเกิดผลกระทบต่อตนเองและสังคมอย่างรุนแรงและหลีกเลี่ยงกับการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตไม่ได้ ทุกสื่อ และสังคมเน้นหนักและให้ความสนใจในเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ทั้งความถี่ และจำนวนครั้งของการออกข่าว ประกอบกับการถูกจำกัดกิจกรรมอยู่แต่ภายในครัวเรือนทำให้ผู้สูงอายุและบุคคลในครอบครัวต้องมาเฝ้าติดตามข่าวสารทางหน้าจอโทรทัศน์กันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

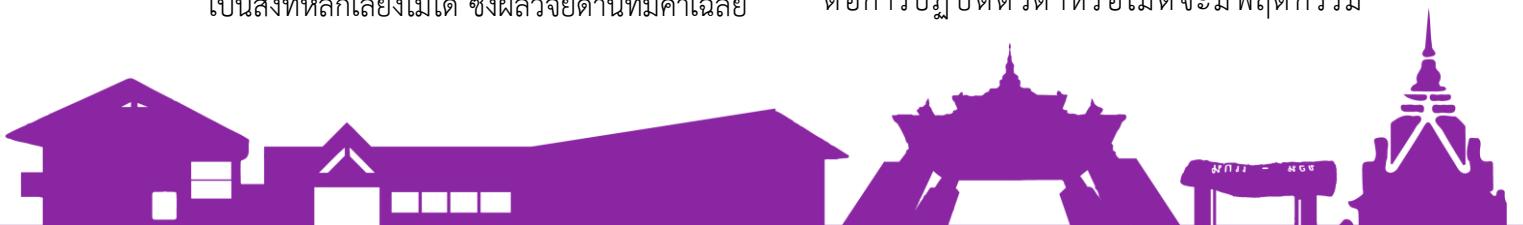
3. ผลการศึกษาพฤติกรรมการป้องกัน การแพร่กระจายเชื้อไวรัสโคโรนาของผู้สูงอายุ กลุ่มตัวอย่างโดยรวมอยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อธิบายได้ว่าเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้สูงอายุได้รับความรู้ และคำแนะนำถึงเรื่องความรุนแรงของโรคและวิธีการปฏิบัติตัวที่ควรปฏิบัติทั้งจากสื่อต่าง ๆ ซึ่งช่องการรับรู้ข่าวสารของกลุ่มตัวอย่าง



ทุกคนมีมากกว่า 1 ช่องทาง และช่องทางโทรทัศน์มากที่สุด ร้อยละ 46.1 และจากสังคมรอบข้าง รวมทั้งยังมีประสบการณ์การเจ็บป่วยจากโรคเรื้อรังที่ตนเองเป็นอยู่ โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีโรคประจำตัวกลุ่มโรคเรื้อรัง ร้อยละ 63.8 จึงเกิดการยอมรับและพยายามปรับตัวต่อแบบแผนการดำเนินชีวิตที่ดีและถูกต้อง รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างมีสถานภาพโสด/หย่า/ร้าง/แยกกันอยู่ และยังประกอบอาชีพ ต้องพึ่งพาตนเองและรับผิดชอบชีวิตของตนเอง จึงมีการปฏิบัติตัวที่ดีเพื่อความอยู่รอดของชีวิตไม่ให้เป็นภาระต่อตนเองและสังคม เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่าด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือด้านการรับประทานอาหาร รองลงมาคือ รองลงมาคือด้านการใช้หน้ากาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือสุขลักษณะส่วนบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนภาสิ่งห์วีรธรรม และคณะ (2563) ที่ระบุว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของทันตภิบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติมากที่สุดคือ การสวมหน้ากากอนามัย หรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้านร้อยละ 98.7 ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจาก วิธีการป้องกันที่ดีที่สุดของมาตรการการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนาก็คือการล้างมือการสวมหน้ากาก และการลดการออกไปทำกิจกรรมนอกบ้านหรือในที่หนาแน่นซึ่งวิธีที่กลุ่มตัวอย่างเลือกและทำได้ง่ายที่สุดคือ ด้านการล้างมือ ($\bar{X} = 4.37$, $SD = .652$) และการสวมหน้ากาก ($\bar{X} = 4.23$, $SD = .671$) เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยังประกอบอาชีพและทำงาน ซึ่งการที่จะหลีกเลี่ยงออกไปภายนอกหรือ การลดการติดต่อกับกลุ่มคน หรืองดการประกอบอาชีพยากกว่าและเกิดความเครียด ก่อให้เกิดผลเสียกับกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุและการดำเนินชีวิต แต่การล้างมือกับการสวม หน้ากากสามารถปฏิบัติได้ง่ายกว่าและไม่เป็นการรบกวนการดำเนินชีวิต ไม่เป็นภาระมากเกินไปแต่ การหาเงินหารายได้หาเลี้ยงชีพเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งผลวิจัยด้านที่มีค่าเฉลี่ย

ต่ำสุดคือสุขลักษณะส่วนบุคคล การกระทำบางอย่าง เช่น การหลีกเลี่ยงการจับหน้าตา จมูก เมื่อออกจากบ้าน เป็นเรื่องที่ค่อนข้างปฏิบัติได้ยากของผู้สูงอายุเพราะเป็นความเคยชินที่ทำได้โดยที่บางครั้งไม่รู้ตัว และเช่นเดียวกันหลังไอจามแล้วต้องล้างมือทันที หรือการทำความสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ หรือแอลกอฮอล์ก็เป็นเรื่องยากที่จะกระทำในทุก ๆ สถานที่เพราะอาจถูกจำกัดด้วยอุปกรณ์ในการกระทำ ทั้งนี้ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การทำความสะอาดหน้ากากผ้าก่อนนำกลับมาใช้ใหม่ ข้อนี้สามารถอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นว่าโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา เป็นโรคที่ติดต่อดีง่ายและแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็วและการทำลายเชื้อที่ติดอยู่กับภาชนะสิ่งของเครื่องใช้ต้องมีความมั่นใจว่าเมื่อใช้แล้วต้องสามารถทำลายเชื้อได้หมดจริง ๆ ดังนั้นหน้ากากผ้าที่เคยใช้แล้วเมื่อทำความสะอาดด้วยการซักล้างก็ดีหรือแช่ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อก่อนนำไปทำความสะอาดก็ดี ผู้สูงอายุส่วนใหญ่ไม่มั่นใจว่าจะสามารถทำลายเชื้อให้หมดไปได้จึงไม่นิยมใช้หน้ากากผ้าที่ใช้แล้วถึงแม้ว่าจะได้ทำความสะอาดเรียบร้อยแล้ว อีกประการหนึ่งหน้ากากผ้าเป็นสิ่งที่หาได้ไม่ยากในชุมชนและมีการณรงค์ทำกันใช้เองในบางชุมชน ทำให้หน้ากากผ้าที่ใช้แล้วไม่นิยมนำกลับมาใช้ใหม่ถึงแม้ว่าจะได้ทำความสะอาดเรียบร้อยแล้วก็ตาม

4. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา พบว่าการรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัว มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติตัวดีจะมีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาที่ดีด้วยในทางตรงกันข้ามหากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีการรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติตัวต่ำหรือไม่ดีจะมีพฤติกรรม

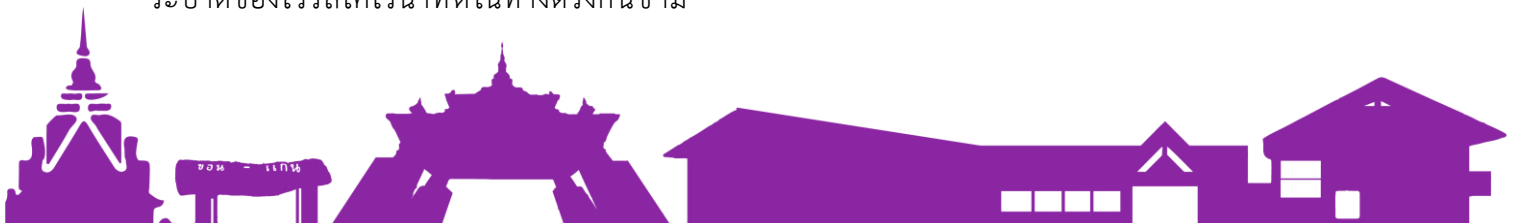


การป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาที่ไม่ดีด้วย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวีรนุช ไตรรัตน์โนภาส, พัชรภรณ์ อารีย์ และปณณนุช พิมใจใส (2562) ศึกษาเรื่องการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้ อุปสรรค และพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาในผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .312, p\text{-value} < .05$) และสอดคล้องกับการศึกษาของนภชา สิงห์วีรธรรม, วิชรพลวีรธรรมน์ เก้าวพันธ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ, สุทธิศักดิ์ สุริรักษ์ (2563) ได้ศึกษาเรื่องการรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทันตภิบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า การรับรู้ประโยชน์มี ความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคโควิด-19 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ดังนั้นสามารถสรุปได้ว่า การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวที่ดีจะมีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาของผู้สูงอายุที่ดีด้วย

5. การรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนาในผู้สูงอายุ จากผลการศึกษาพบว่าการรับรู้อุปสรรคมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดเชื้อไวรัสโคโรนาในผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐาน และสอดคล้องกับการศึกษาของ วีรนุช ไตรรัตน์โนภาส, พัชรภรณ์ อารีย์ และปณณนุช พิมใจใส (2562) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวมีความสัมพันธ์ทางลบในระดับต่ำ ($r = - 0.286$) กับพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงว่ากลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวต่ำจะมี พฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาที่ดีในทางตรงกันข้าม

หากกลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุที่มีการรับรู้อุปสรรคต่อการปฏิบัติตัวสูงหรือมากจะมีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาที่ไม่ดี ทั้งนี้ อธิบายได้ว่าอุปสรรคเปรียบเสมือนสิ่งขัดขวางไม่ให้คุณคนปฏิบัติหรือจูงใจให้คุณคนหลีกเลี่ยงที่จะปฏิบัติพฤติกรรมที่เป็นการส่งเสริมสุขภาพดังนั้นถ้าบุคคลมีความพร้อมในการกระทำดีและมีอุปสรรคมากย่อมมีผลกระทบต่อพฤติกรรม แต่ถ้าบุคคลมีการรับรู้ต่ออุปสรรคน้อยและมีความพร้อมที่จะกระทำสูง ซึ่งจะมีความเป็นไปได้ในการปฏิบัติตัวที่มากขึ้นสอดคล้องกับทฤษฎีของเพนเดอร์และคณะ (Pender et al., 2002) ซึ่งจากการศึกษาค้นคว้าพบว่าการรับรู้อุปสรรคตัวโดยรวมอยู่ในระดับปานกลางแสดงว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนามากหรือสูง ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวที่น้อยหรือต่ำจะมีพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาของผู้สูงอายุที่ดีหรือสูงได้ ซึ่งผลจากการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า เนื่องจากโรคโคโรนาไวรัสเป็นโรคที่มีความรุนแรงและคุกคามต่อชีวิตและอาจถูกรังเกียจ ถูกแยกห่างจากสังคมรอบข้าง กลุ่มตัวอย่างผู้สูงอายุจึงมีความรู้สึกลัวอุปสรรคจากการปฏิบัติตนไม่ถือว่าเป็นอุปสรรคหรือมีน้อยมาก ถึงมีอุปสรรคก็ต้องปฏิบัติพฤติกรรมให้ดี จึงยอมรับสถานการณ์ต่าง ๆ ที่เปลี่ยนแปลงได้ดีขึ้น ซึ่งธรรมชาติของมนุษย์ก็คือการอยากมีชีวิตอยู่รอด กลัวความเจ็บป่วยและสูญเสียชีวิต จึงประเมินระหว่างประโยชน์ที่ได้รับกับ อุปสรรคที่เกิดขึ้นก่อนการตัดสินใจตามระดับการรับรู้อุปสรรคที่เกิดขึ้น

จากการศึกษาดังกล่าวสรุปได้ว่าผู้สูงอายุควรได้รับการพัฒนาการรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตัวเป็นแนวทางที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาของพื้นที่ในการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา-2019



ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1.1 ควรมีการประชาสัมพันธ์ข้อมูล

ข่าวสารความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา และการปฏิบัติตัวในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคไวรัสโคโรนา ผ่านสื่อที่หลากหลายช่องทางลงสู่ชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มที่มีการศึกษาดำรงต่ำกว่า ประถมศึกษา และกลุ่มผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง

1.2 พัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้สูงอายุ และผู้เกี่ยวข้องในชุมชน มีระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และติดตาม

1.3 พัฒนาระบบบริการและศักยภาพของสถานบริการ ด้วยระบบเทคโนโลยีที่ทันสมัย และเข้าถึงได้ง่าย เช่น ด้านเครื่องมืออุปกรณ์ ช่องทางการตรวจรักษาและรับยา มีการจ่ายยาไปทางบ้านถึงตัวผู้รับบริการ ช่องทางการนัดหมาย การจัดแยกโซนสัมผัสเสี่ยงเพื่อลดการแออัด และลดการเดินทางเข้า-ออกนอกบ้านของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรัง

1.4 องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรภาครัฐและภาคเอกชน ควรมีการจัดสรรงบประมาณ เพื่อจัดซื้อวัคซีน อุปกรณ์เครื่องมือป้องกัน อุปกรณ์ในการคัดกรองความผิดปกติ อาการเบื้องต้น จัดตั้งบริการฆ่าเชื้ออย่างง่าย เครื่องพ่นฝอยละอองฆ่าเชื้อ เป็นต้น

1.5 ควรมีการกำกับ ติดตาม และการตรวจเยี่ยมบ้าน โดยกลุ่มสหวิชาชีพให้ความรู้เกี่ยวกับการช่วยเหลือเบื้องต้น เมื่อมีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนาในครอบครัว โดยเฉพาะกลุ่ม 607 และการส่งต่อเพื่อความรวดเร็วและทันเหตุการณ์

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการสร้างโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคไวรัสโคโรนาในกลุ่มประชากรผู้สูงอายุ โดยผ่านการให้ความรู้โดยเน้นให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติ ตัวในการลดอุปสรรคของการปฏิบัติตัว เพื่อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันโรคที่ดี

2.2 ควรมีการศึกษาพฤติกรรม การป้องกันตนเองของบุคลากรในโรงพยาบาลแพทย์/พยาบาล/เจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาล ขนาดเล็ก/หรือโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเพื่อศึกษาระดับพฤติกรรมการป้องกันตนเองและ ศึกษาถึงโอกาสเสี่ยงในการปฏิบัติงานของบุคลากรทางการสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2563).

แนวทางเวชปฏิบัติ การวินิจฉัย ดูแลรักษา และป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลกรณีผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) สำหรับแพทย์และบุคลากร สาธารณสุข. เข้าถึงได้จาก http://covid19.dms.go.th/backend///Content//Content_File/Covid_Health/Attach/25630330113911AM_CPG%20COVID-19_30032020_v1@11.pdf. 13 เมษายน 2563

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563).

โรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19. เข้าถึงได้จาก <https://ddc.moph.go.th/viralpneumonia/index.php>. (10 มิถุนายน 2563)

นภชา สิงห์วีรธรรม, วัชรพล วีรธรรมณเฑาะว์พันธ์, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, เฉลิมชัย เพาะบุญ และสุทธิศักดิ์ สุริรักษ์. (2563). การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของทันตภิบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. *วารสารสถาบันบำราศนราดูร*, 14(2) : 104-115.



- พิณรวี สิงห์โต. (2550). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของครอบครัวด้านการบริโภคอาหารในชุมชนตำบลนางแก้ว จังหวัดราชบุรี*. (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการส่งเสริมสุขภาพ). บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- วริศา จันทรังสีวรกุล. (2552). *พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุที่สถานสงเคราะห์คนชรา จังหวัดนครสวรรค์*. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(2) : 12-20.
- วีรณัฐ ไตรรัตน์โนภาส, พัชรภรณ์ อารีย์ และปยุณนุช พิมพ์ใจใส. (2562). *การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรค และพฤติกรรมป้องกันการแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาในผู้สูงอายุ จังหวัดราชบุรี*. (รายงานการวิจัย). นครปฐม: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.
- สุภาภรณ์ อนรรักษ์อุดม, ศากุล ช่างไม้, สมพันธ์ หิณชีระนันท์ และศศิมา กุสุมา ณ อยุธยา. (2553). *ปัจจัยทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพด้านโภชนาการในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2*. *รามาริบัติพยาบาลสาร*, 16(2) : 155-168.
- สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลานกระบือ. (2565). *ฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคติดเชื้อโคโรนาไวรัส-19*. กำแพงเพชร: สำนักงานสาธารณสุขอำเภอลานกระบือ.
- สำนักบริหารทะเบียน กรมปกครอง. (2565). *สถิติประชากรทางการทะเบียนราษฎร (รายเดือน)*. เข้าถึงได้จาก <https://stat.bora.dopa.go.th/stat/statnew/statMONTH/statmonth/#/mainpage> (30 มกราคม 2565)
- Krejcie, R.V., & Morgan, D.W. (1970). Determining sample size for research activities. *Educational and psychological measurement*, 30(3) : 607-610.
- Pender Murdaugh and Parsons. (2002) *Health Promotion in Nursing Practice*. 4th ed. Upper Saddle River. New Jersey : Prentice Hall Health, Inc.
- Rosenstock, Irwin. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2(a) : 328-335.
- World Health Organization. (2020). World Health Organization multicounty survey on COVID-19. Retrieved from <https://www.who.int/newsroom/detail/27-04-2020-who-timeline-covid-19>. (30 April 2020)



สังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี จังหวัดชลบุรี THE SYNTHESIS OF ORAL HEALTH PROMOTION MANAGEMENT IN CHILD 0-2 YEARS OLD IN CHONBURI PROVINCE

อังคณา มากมาย
Angkana Makmai

Received : 09 February 2023, Received in revised form : 12 March 2023, Accepted : 17 March 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี จังหวัดชลบุรี แบ่งเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมทันตสุขภาพ ระยะที่ 2 สังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพ และระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 140 คน และผู้ดูแลเด็กจำนวน 398 คน เลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสำรวจ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่มและตามรูปแบบของชิปปี้โมเดล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย ดังนี้ 1. สถานการณ์การส่งเสริมทันตสุขภาพ พบว่า มีการสื่อสารนโยบายที่ชัดเจนแต่ขาดการขับเคลื่อนด้วยนโยบายสาธารณะ การจัดการข้อมูลคลังความรู้ที่มีประสิทธิภาพ มีการปรับระบบบริการในสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด 19 อัตราเกิดโรคฟันผุในเด็กคงที่ 2. รูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพ ประกอบด้วย 2.1 กำหนดนโยบายและทิศทางที่ชัดเจน 2.2 สร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานระดับอำเภอเป็นพื้นที่ต้นแบบ 2.3 ใช้ข้อมูลสารสนเทศ คลังความรู้เพื่อการจัดการที่มีประสิทธิภาพ 2.4 พัฒนาระบบบริการสอดคล้องกับมาตรฐาน และสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19 2.5 ผลักดันสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในการจัดการตนเองผ่านมาตรการทางสังคม และนโยบายสาธารณะ และ 2.6 เสริมสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรและเครือข่าย 3. การประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพ พบว่า 3.1 บริบท รูปแบบเหมาะสมกับพื้นที่ 3.2 ปัจจัยนำเข้า ผู้บริหารกำหนดทิศทาง และนโยบายชัดเจน แต่ยังขาดการให้ความสำคัญการจัดการข้อมูลกำกับ ติดตาม 3.3 กระบวนการเหมาะสมกับการออกแบบโครงการ กิจกรรม และการพัฒนาทักษะการจัดการตนเองร่วมกับใช้สื่อดิจิทัล แต่ยังไม่สะท้อนกับกระบวนการที่เป็นรูปธรรม 3.4 ผลผลิต หน่วยบริการผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้น การดำเนินงานครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายระดับมาก บุคลากรพึงพอใจต่อรูปแบบระดับมาก อัตราโรคฟันผุในเด็กมีแนวโน้มลดลง

คำสำคัญ: สังเคราะห์รูปแบบ, การส่งเสริมทันตสุขภาพ, เด็ก 0-2 ปี, ชลบุรี



ABSTRACT

This research and development, the objectives were to synthesize a dental health promotion model for children 0-2 years old, Chonburi Province, divided into 3 phases: Phase I: to analyze the situation of dental health promotion; Phase II: to synthesize a dental health promotion model; and Phase III: to evaluate the dental health promotion model. The sample used in this study were 140 health workers and 398 child caregivers by purposive sampling. collect data through surveys, in-depth interview group discussions, and according to the CIPP Model. Data were analyzed statistics using percentage, mean, standard deviation, and content analysis.

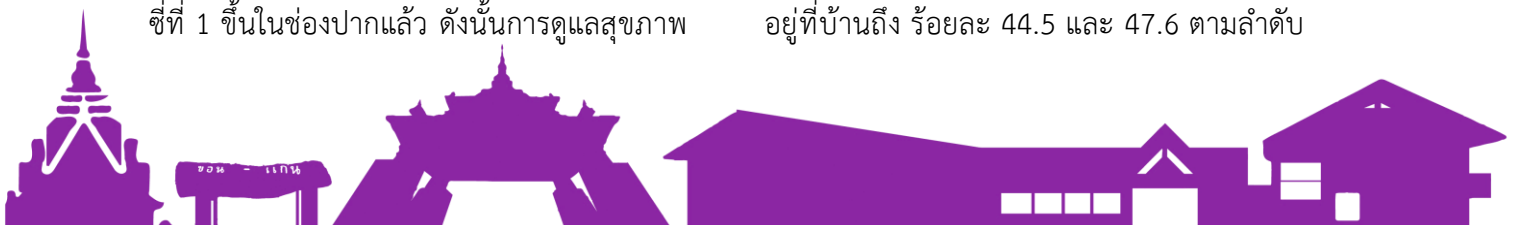
The research results were as follows: I. The situation of dental health promotion found that there was clear policy communication but a lack of public policy-drivenness, the efficient knowledge management. The service system has been adjusted to the situation of the COVID-19 outbreak, and the incidence of dental caries in children remains stable. II. The form of dental health promotion consists of the following: I) Establish a clear policy and direction. II) Strengthen operations at the district level as a model area. III) Use information and knowledge bases for efficient management. IV) Develop service processes in line with standards and the situation of the COVID-19. V) Promote self-management health literacy through social measures. and public policy, and VI) strengthen incentives for personnel and networks. III. Promotion of dental health found that: I) Context, a format suitable for the area, II) Input, the executives set the direction. and a clear policy, III) Process, suitable for project design, activities, and self-management skills development in conjunction with using digital media, but this still does not reflect the concrete process, and IV) Output, Service units that pass the criteria increase. The operation covers a wide range of target groups, the personnel are very satisfied with the layout. The rate of dental caries in children tends to decrease.

Keywords: Model synthesis, Oral health promotion management, 0-2 years old, Chonburi

บทนำ

โรคฟันผุเป็นปัญหาสุขภาพสำคัญที่พบในเด็กปฐมวัย จากการสำรวจสภาวะช่องปากแห่งชาติครั้งที่ 8 ประเทศไทย พบว่าเด็กอายุ 3 ปี มีปัญหาโรคฟันผุ ร้อยละ 52.9 และเมื่อเด็กอายุ 5 ปีเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 75.6 ร้อยละ 40 ของเด็กทั้ง 2 กลุ่มมีคราบจุลินทรีย์อยู่ในระดับเสี่ยงต่อการเกิดฟันผุ พบฟันผุระยะเริ่มต้นในเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ร้อยละ 31.1 และ 31.3 ตามลำดับ และ ร้อยละ 18.6 ของเด็กอายุ 5 ปี มีฟันกรามถาวรซี่ที่ 1 ขึ้นในช่องปากแล้ว ดังนั้นการดูแลสุขภาพ

ช่องปากตั้งแต่ช่วงปฐมวัยจึงมีความสำคัญในการลดโอกาสเกิดฟันผุได้ โดยเฉพาะพฤติกรรมกรรมการแปรงฟันอย่างมีคุณภาพ และการบริโภค แม้ว่าเด็กส่วนใหญ่จะแปรงฟันตอนเช้าก่อนมาโรงเรียน แต่ยังพบว่าผู้ปกครองของเด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี ปล่อยให้เด็กแปรงฟันด้วยตัวเอง ร้อยละ 44.1 และ 80.4 ตามลำดับ มีเพียงร้อยละ 14.4 ที่ผู้ปกครองยังคงแปรงฟันให้ เด็กอายุ 3 ปี และ 5 ปี มีพฤติกรรมดื่มนมหวานและนมเปรี้ยวเมื่ออยู่ที่บ้านถึง ร้อยละ 44.5 และ 47.6 ตามลำดับ



เด็กอายุ 3 ปี ร้อยละ 39.5 ใช้ขวดนมเมื่ออยู่ที่บ้าน และยังมีเด็กอายุ 5 ปี อีกร้อยละ 11.9 ที่ยังคงดูนม จากขวดซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการ เกิดฟันผุ (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2561) ผลการสำรวจสถานะทันตสุขภาพของเด็กอายุ 18 เดือน และเด็กอายุ 3 ปี จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ. 2564 พบว่าเด็กอายุ 18 เดือน มีคราบจุลินทรีย์ ร้อยละ 7.36 ฟันผุระยะเริ่มต้น ร้อยละ 4.46 มีฟันผุ ร้อยละ 7.90 และมีค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน อุด เท่ากับ 0.55 ซี่/คน เด็กอายุ 3 ปีมีแนวโน้มการเกิดโรคฟันผุ ค่อนข้างคงที่ ร้อยละ 42.02 ค่าเฉลี่ยฟันผุ ถอน และอุด เท่ากับ 1.97 ซี่/คน (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี, 2565) จากข้อมูลสามารถสรุปได้ว่า สถานการณ์โรคฟันผุในเด็กของจังหวัดชลบุรียังมี อัตราและความรุนแรงที่สูง เป็นปัญหาที่ต้อง ดำเนินการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง

การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคฟันผุ ในเด็ก 0-2 ปี จังหวัดชลบุรี ได้มีการดำเนินงาน ตามแนวทางดังนี้ 1) ตรวจสุขภาพช่องปากและ ประเมินความเสี่ยงจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ช่องปาก การบริโภคอาหารเพื่อวางแผน การดูแล รักษาพยาบาลบุคคล 2) ฝึกทักษะการแปรงฟันด้วย ยาสีฟันที่มีฟลูออไรด์โดยเน้นการลงมือปฏิบัติ ร่วมกับการย้อมสีฟันในหญิงตั้งครรภ์ ผู้ดูแลเด็ก อสม. และบุคลากรสาธารณสุข 3) สื่อสารความรู้ ให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ภาควิชาและกลุ่มเป้าหมาย ผ่านช่องทางที่เข้าถึงง่ายเหมาะสมกับบริบทของ กลุ่มเป้าหมาย 4) กำหนดมาตรการการบริโภคอาหาร ที่ดีต่อสุขภาพช่องปาก 5) ให้บริการทันตกรรม ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์โดยการขูดหินน้ำลาย ขัดและ ทำความสะอาดฟันเพื่อช่วยส่งเสริมการตั้งครรภ์ อย่างมีคุณภาพมากขึ้น ในกลุ่มเด็กปฐมวัยมีการ ทาฟลูออไรด์วานิช เพื่อยับยั้งการลุกลามโรคฟันผุ ในฟันน้ำนม รวมถึงการให้บริการทันตกรรมตาม ความจำเป็นเมื่อพบรอยโรค เพื่อลดการสูญเสีย ฟัน (สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย, 2563) ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่ามีการบูรณาการการดำเนินงาน ทุกส่วนเพื่อให้ครอบคลุมการจัดบริการทั้งด้าน

ส่งเสริม ป้องกัน และรักษา เพื่อแก้ไขปัญหาโรค ฟันผุในเด็ก

ผลการประเมินการดำเนินงานด้านทันต สาธารณสุขในเด็กด้านผลลัพธ์ของจังหวัดชลบุรี ในปีที่ผ่านมา พบว่ายังไม่สามารถดำเนินงานบรรลุ ตามเกณฑ์เป้าหมายได้ทุกตัวชี้วัด แม้ว่าสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ร่วมกับหน่วยงานภาคี เครือข่ายร่วมขับเคลื่อนพัฒนาการส่งเสริมทันต สุขภาพเด็ก 0-2 ปี ตามยุทธศาสตร์จังหวัดและ แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข สำนัก ทันตสาธารณสุข กรมอนามัย อย่างต่อเนื่องจนถึง ปัจจุบัน แต่สถานการณ์โรคฟันผุในเด็ก 3 ปี (ร้อยละ 42.02) ยังสูงกว่าเกณฑ์ตามที่สำนักทันต สาธารณสุขได้กำหนดไว้ที่ ร้อยละ 25.0 อีกทั้ง กระบวนการสำคัญยังพบประเด็นโอกาสในการ พัฒนาให้ดีขึ้นกว่าเดิมตามบริบทของพื้นที่ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจ สังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริม ทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี จังหวัดชลบุรี โดยผู้วิจัย มีความมุ่งหวังในการนำผลการสังเคราะห์รูปแบบ การดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี จังหวัดชลบุรี ไปปรับและประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม ตามบริบทของพื้นที่ และในบทบาทของสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ในการกำหนดทิศทาง กลยุทธ์ ผลักดัน สนับสนุนให้เกิดการขับเคลื่อน อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ตาม เป้าหมายให้เด็กและบุคคลในครอบครัวมีสุขภาพ ช่องปากและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

การศึกษานี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา มุ่งหมายเพื่อสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมทันต สุขภาพเด็ก 0-2 ปีจังหวัดชลบุรี โดยมีขั้นตอน การดำเนินการวิจัยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

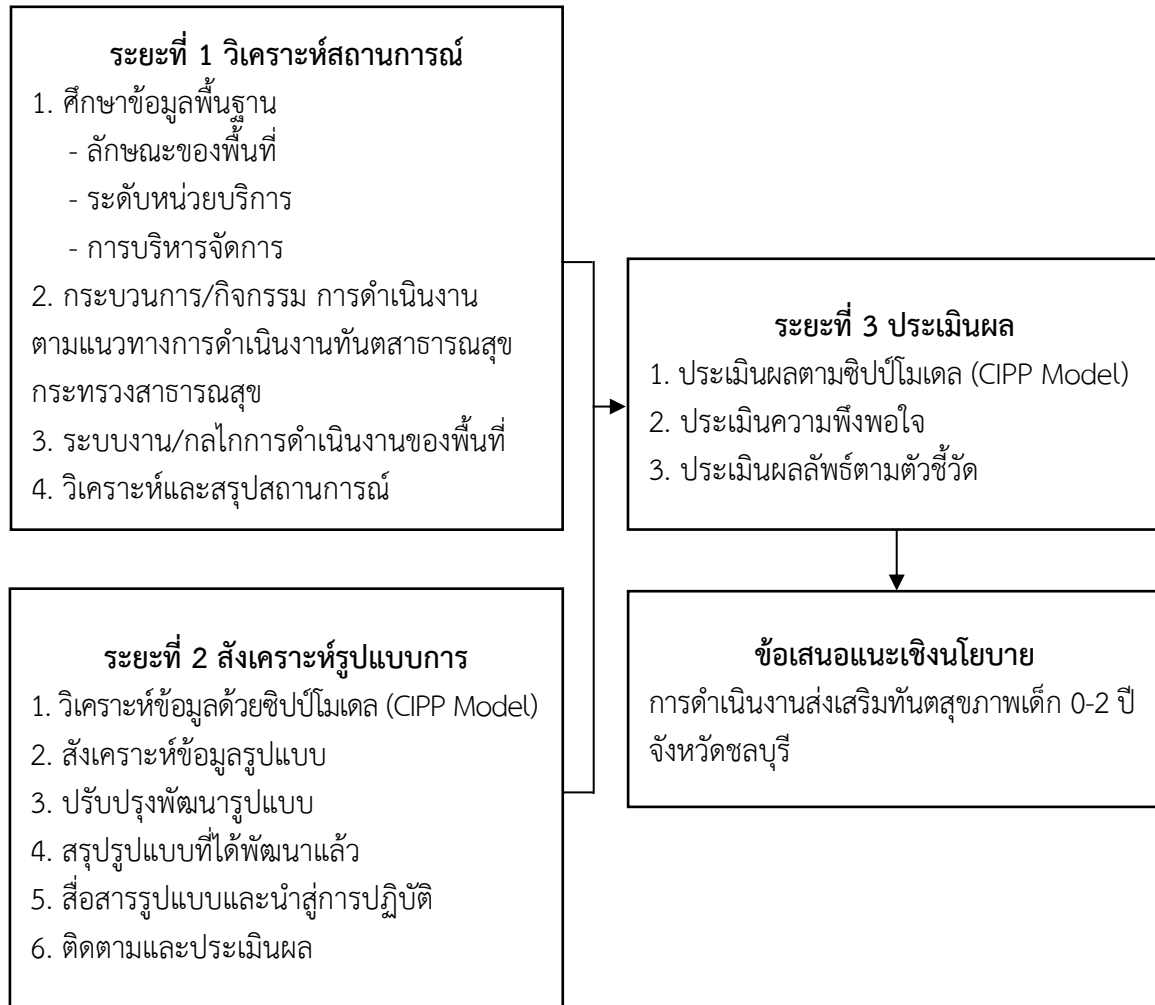
ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริม ทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี จังหวัดชลบุรี

ระยะที่ 2 สังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริม ทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี จังหวัดชลบุรี



ระยะที่ 3 ประเมินผลการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี จังหวัดชลบุรี ปี พ.ศ.2565

กรอบแนวคิดในการวิจัย



รูปภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) เพื่อสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี จังหวัดชลบุรี โดยมีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ ระยะที่ 2 สร้างสรรค์รูปแบบ และระยะที่ 3 ประเมินผล โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการสังเคราะห์ เชื่อมโยงกับแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของยุทธศาสตร์จังหวัดและสำนักทันตสาธารณสุข

กรมอนามัย ประกอบด้วย ทิศทางและนโยบายระบบสารสนเทศ การปรับระบบและกระบวนการบริการ ระบบสนับสนุนการจัดการตนเอง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ และการจัดบริการเชื่อมโยงชุมชน และประเมินผลโดยใช้รูปแบบซีบีพี (CIPP Model) ประกอบด้วย บริบท (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการ (Process) ผลผลิต (Product) ศึกษาระหว่างเดือนกรกฎาคม 2565 ถึงเดือนมกราคม 2566 มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้



1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร คือ บุคลากรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี และผู้ดูแลเด็กในจังหวัดชลบุรี

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย 2 กลุ่ม ดังนี้

1.2.1 กลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย มีบทบาทในขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ในระยะที่ 1 และสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพในระยะที่ 2 โดยเป็นผู้แทนจากอำเภอได้จากการสุ่มอย่างง่าย (Random sampling) ในพื้นที่ 2 เขต คือ 1) เขตเมือง 2) เขตกิ่งเมือง กิ่งชนบท เขตละ 3 อำเภอ รวม 6 อำเภอ ผู้แทนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีและผู้ดูแลเด็ก

1.2.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ที่นำรูปแบบฯ ไปใช้และประเมินผลการใช้รูปแบบฯ ในระยะที่ 3 เป็นผู้แทนจากทุกอำเภอทั้งหมด 11 อำเภอและผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี

ระยะที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี จังหวัดชลบุรี

เป็นศึกษาและรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลปฐมภูมิและทุติยภูมิ ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อวิเคราะห์เชื่อมโยงประเด็นตามแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของยุทธศาสตร์จังหวัดและสำนักทันตสาธารณสุข ทำให้ทราบสถานการณ์การส่งเสริมทันตสุขภาพของแต่ละอำเภอและสรุปภาพรวมสถานการณ์การจังหวัดชลบุรี ตามกรอบของซีพีโมเดล เพื่อนำข้อมูลเข้าสู่ระยะที่ 2 มีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ศึกษาประเด็นแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขของยุทธศาสตร์จังหวัดและสำนักทันตสาธารณสุขโดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ลักษณะข้อคำถามแบบปลายเปิด จำนวน 14 ข้อ

1.1 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้แทนจากรดับอำเภอและระดับจังหวัด ที่ได้รับมอบหมาย

ดำเนินงานทันตสาธารณสุข ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 34 คน ประกอบด้วย ดังนี้

1.1.1 ระดับอำเภอ ประกอบด้วยหัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุขโรงพยาบาลทันตแพทย์ผู้รับผิดชอบงาน ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขระดับอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จาก 6 อำเภอๆ ละ 5 คน จำนวน 30 คน

1.1.2 ระดับจังหวัด ประกอบด้วยผู้ดำเนินงานทันตกรรมระดับจังหวัด จำนวน 4 คน

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ ศึกษาใน 2 ประเด็น ได้แก่

2.1 ความคิดเห็นต่อการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กโดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก ดังนี้

2.1.1 กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย ผู้แทนจากรดับอำเภอและระดับจังหวัด ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 34 คน กลุ่มเดียวกับผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพ

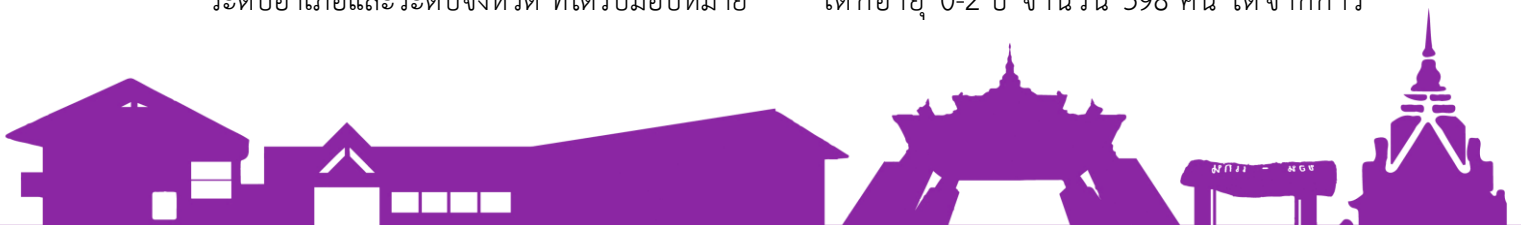
2.1.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์จากแนวคิดการประเมินของซีพีโมเดล (CIPP Model) แบ่งเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะข้อคำถามแบบปลายเปิดให้เติมคำ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นต่อการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ การวัดเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ (Rating Scales) จำนวน 20 ข้อ

2.2 ความคิดเห็นต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก โดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ดังนี้

2.2.1 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลเด็กอายุ 0-2 ปี จำนวน 398 คน ได้จากการ



คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรการประมาณขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Taro Yamane (1967) แล้วคำนวณจำนวนกลุ่มตัวอย่างใน 11 อำเภอ แบบเป็นสัดส่วน แบ่งจำนวนตัวอย่าง ร้อยละ 50 ของขนาดตัวอย่างในส่วนโรงพยาบาล และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายแบบจับสลากและสุ่มแบบยกกลุ่ม ในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

1) เกณฑ์คัดเข้า คือ เป็นผู้ดูแลเด็กอายุ 0-2 ปี และได้รับการทันตกรรมจากคลินิกเด็กดีของหน่วยบริการภาครัฐ 2 ครั้งขึ้นไป

2) เกณฑ์คัดออก คือ เป็นผู้ดูแลเด็กที่ไม่ใช่สัญชาติไทย และไม่สามารถสื่อสารได้

2.2.2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามความคิดเห็นต่อการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะข้อคำถามแบบปลายเปิดให้เติมคำ จำนวน 7 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ลักษณะคำถามแบบปลายปิดให้เลือกตอบ การวัดเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ (Rating Scales) จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 3 เจตคติเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ การวัดเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ (Rating Scales) จำนวน 20 ข้อ

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากเด็ก ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ การวัดเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ (Rating Scales) จำนวน 19 ข้อ

ส่วนที่ 5 ความพึงพอใจของผู้ดูแลเด็ก ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบ การวัดเป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า 3 ระดับ (Rating Scales) จำนวน 6 ข้อ

2.3 การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

2.3.1 ความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยนำเครื่องมือที่สร้างเสร็จแล้วให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา โดยพิจารณาให้ครอบคลุมถึงความถูกต้องของเนื้อหา ภาษาและสำนวนที่ใช้ หลังจากนั้นนำมาปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างวัตถุประสงค์กับเนื้อหา (Index of Item Objective Congruence: IOC) ค่า IOC รายข้อ อยู่ระหว่าง 0.67-1.00

2.3.2 ความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ (Try Out) กับบุคลากรสาธารณสุขที่มีลักษณะใกล้เคียงกันในโรงพยาบาลและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ได้ถูกเลือก จำนวน 30 คน และผู้ดูแลเด็ก 0-2 ปี ในคลินิกเด็กดีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ไม่ได้ถูกเลือก จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเชื่อมั่น โดยสูตรการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ของแต่ละตัวแปรมีค่าตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป

2.4 การเก็บรวบรวมข้อมูล

2.4.1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐาน ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดยุทธศาสตร์จังหวัด และสำนักทันตสาธารณสุข เอกสาร สรุปผลการดำเนินงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมทันตสุขภาพของแต่ละอำเภอและระดับจังหวัด

2.4.2 ศึกษากระบวนการ/กลไกการดำเนินงาน โดยการลงพื้นที่ตรวจเยี่ยม 6 อำเภอ เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล ทวนสอบ ยืนยันข้อมูลตามรายงานผลการดำเนินงาน สอบถามและสัมภาษณ์เชิงลึกบุคลากรสาธารณสุข และศึกษาข้อมูลการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ดูแลเด็ก จากนั้นผู้วิจัยร่วมกับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้เข้าร่วมการวิจัย นำเสนอข้อมูล วิเคราะห์ สรุปสถานการณ์ในภาพของอำเภอ ตามแนวทางการดำเนินงานของสำนักทันตสาธารณสุข



2.4.3 ทีมวิจัยนำข้อมูลทั้งหมดของแต่ละอำเภอ มาวิเคราะห์และสรุปเป็นสถานการณ์การส่งเสริมทันตสุขภาพ ปีงบประมาณ 2564 ตามแนวคิดของซีบีพี โมเดล (CIPP Model)

ระยะที่ 2 สังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี จังหวัดชลบุรี

การสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพ โดยใช้ข้อมูลนำเข้าจากการศึกษาระยะที่ 1 ร่วมกับข้อมูลทิศทาง นโยบาย และกรอบแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2565

1. ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ คือ บุคลากรสาธารณสุข ประกอบด้วย ผู้แทนจากระดับอำเภอและระดับจังหวัด ใช้วิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 34 คน กลุ่มเดียวกับผู้ให้ข้อมูลเชิงคุณภาพระยะที่ 1

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบบันทึก ดำเนินการโดยการสนทนากลุ่มประเด็นแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขสุขภาพเด็ก 0-2 ปี

3. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา สังเคราะห์ประเด็นกระบวนการสำคัญในการส่งเสริมทันตสุขภาพของพื้นที่ เชื่อมโยงกับแนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุขตามยุทธศาสตร์จังหวัดและสำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนการสังเคราะห์งานวิชาการตามแนวคิดของสัญญา เคนาภูมิ (2562) ประกอบด้วย 1) การกำหนดวัตถุประสงค์ของการสังเคราะห์ 2) การวางกรอบแนวคิดการนำเสนอ 3) การสังเขปข้อมูล 4) การวางลำดับประเด็นการสังเคราะห์ 5) การอธิบายความ 6) การตีความ และ 7) สรุปเป็นองค์รวมใหญ่

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

4.1.1 จัดประชุมระดมสมองผู้เข้าร่วมการวิจัย โดยประยุกต์ใช้ขั้นตอนตามแนวคิดการสังเคราะห์งานวิชาการ โดยกระบวนการสนทนากลุ่ม

4.1.2 ทีมวิจัยแจ้งวัตถุประสงค์ขั้นตอนของการสังเคราะห์ นำเสนอข้อมูลสถานการณ์การส่งเสริมทันตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2564 และสรุปภาพรวมสถานการณ์ภายใต้แนวคิดของซีบีพีโมเดล ซึ่งได้จากระยะที่ 1 และแนวทางการส่งเสริมทันตสุขภาพ ประจำปีงบประมาณ 2565 ของสำนักทันตสาธารณสุข

4.1.3 ทีมวิจัยและผู้เข้าร่วมการวิจัยร่วมกันสังเคราะห์ โดยจัดหมวดหมู่ของข้อมูลเนื้อหา กลไกการดำเนินงาน ที่เป็นกระบวนการสำคัญของการส่งเสริมทันตสุขภาพ เชื่อมโยงแนวทางการดำเนินงานของสำนักทันตสาธารณสุข และหาข้อสรุปร่วมกัน เพื่อยกร่างรูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก

4.1.4 นำเสนอข้อมูลรูปแบบฯ ฉบับร่างต่อผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ

4.1.5 นำไปทดลองใช้ 1 อำเภอเป็นระยะเวลา 1 เดือนเพื่อตรวจสอบการนำไปใช้ให้มีความสมบูรณ์ เหมาะสมยิ่งขึ้น

4.1.6 ปรับปรุง แก้ไขรูปแบบฯ นำเสนอต่อผู้บริหารและผู้เชี่ยวชาญอีกครั้ง

4.1.7 สื่อสารรูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก สู่การปฏิบัติใน 11 อำเภอ

4.1.8 ติดตาม รวบรวมผลการนำรูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพไปใช้

4.1.9 ประเมินผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน

ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี จังหวัดชลบุรี

หลังจากทีมวิจัย นำเสนอ สรุปรูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพและสื่อสารนำไปสู่การปฏิบัติในแต่ละอำเภอ ทีมผู้วิจัยดำเนินการประเมินผล หลังการดำเนินงานระยะเวลา 6 เดือน ในบุคลากรผู้นำรูปแบบไปใช้ ด้วยวิธีเลือกแบบเฉพาะเจาะจง จาก 11 อำเภอ ดังนี้



1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

1.1 ผู้ใช้ข้อมูลสำคัญ คือ ผู้บริหารที่เป็นทันตแพทย์หรือหัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุขโรงพยาบาล ทันตแพทย์ผู้รับผิดชอบงาน เลือกรูปแบบเฉพาะเจาะจง จำนวน 17 คน โดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก ลักษณะข้อคำถามแบบปลายเปิด จำนวน 14 ข้อ ชัดเดียวกับระยะที่ 1

2. ข้อมูลเชิงปริมาณ

2.1 กลุ่มตัวอย่าง คือ บุคลากรผู้นำรูปแบบไปใช้และร่วมประเมินผลการใช้รูปแบบด้วยวิธีเลือกรูปแบบเฉพาะเจาะจง จาก 11 อำเภอ ประกอบด้วย ทันตแพทย์ผู้รับผิดชอบงาน จำนวน 12 คน ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขระดับอำเภอ จำนวน 11 คน ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขระดับโรงพยาบาล จำนวน 22 คน ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขระดับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจำนวน 74 คน และผู้ดำเนินงานระดับจังหวัดจำนวน 4 คน รวมทั้งสิ้น 140 คน โดยใช้เครื่องมือเป็นแบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็กที่สร้างขึ้นตามการประเมินของซีบีพีโมเดล (CIPP Model) ชัดเดียวกับระยะที่ 1

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.1.1 สอบถามความคิดเห็นบุคลากรสาธารณสุข โดยแบบสอบถามความคิดเห็นต่อรูปแบบการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก

3.1.2 สัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารที่เป็นทันตแพทย์หรือหัวหน้ากลุ่มงานทันตสาธารณสุขโรงพยาบาล ทันตแพทย์ผู้รับผิดชอบงาน

3.1.3 รวบรวม วิเคราะห์ข้อมูล สรุปประเมินผล และนำเสนอผู้บริหารและทีมงานที่เกี่ยวข้อง

3.1.4 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัจจัยความสำเร็จ ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงาน

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลการวิจัย

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากข้อมูล

สถานการณ์ การเยี่ยมสำรวจ ข้อมูลตัวชี้วัดสำคัญ การสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

การพิทักษ์สิทธิ์ของอาสาสมัคร

ผู้วิจัยได้เสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้หนังสือรับรองเลขที่ 027 - 2565 ลงวันที่ 14 มิถุนายน 2565 ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับและจะใช้รหัสแทนการแสดงระบุตัวบุคคล จะนำเสนอข้อมูลเป็นภาพรวมเพื่อนำไปใช้ทางวิชาการเท่านั้น รวมทั้งไม่มีผลกระทบใด ๆ ต่อกลุ่มตัวอย่าง หลังเสร็จสิ้นกระบวนการวิจัย และข้อมูลจะทำลายทิ้งทันที

สรุปผลการวิจัย

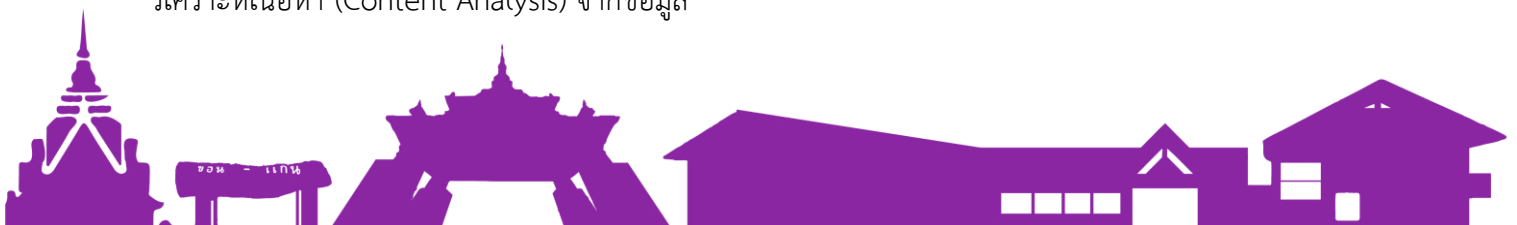
ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์การส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี จังหวัดชลบุรี

1.1 ข้อมูลพื้นฐาน ลักษณะพื้นที่แบ่งเป็น 2 เขตพื้นที่ และเลือกอำเภอตัวแทนเขตละ 3 อำเภอ รวม 6 อำเภอ ดังนี้

1) เขตเมือง ได้แก่ อำเภอเมือง บางละมุง และศรีราชา

2) เขตกึ่งเมืองกึ่งชนบท ได้แก่ อำเภอพนัสนิคม บ้านบึง และพานทอง

หน่วยสถานบริการทุกแห่งในอำเภอมีผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุข อายุเฉลี่ย 36.0 ปี (SD = 10.72) ประสบการณ์การทำงานเฉลี่ย 13.7 ปี (SD = 10.72) ประสบการณ์การทำงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี เฉลี่ย 11.5 ปี (SD = 9.8) 4 ใน 6 อำเภอ ผู้ประสานงานระดับอำเภอมีทักษะการบริหารจัดการ การกำกับติดตาม และกระบวนการทำงานบริหารจัดการเครือข่ายอย่างเป็นระบบ พบว่า เขตกึ่งเมืองกึ่งชนบทสามารถบริหารจัดการโครงการ ทรัพยากร เวลา



ความครอบคลุมเป้าหมาย และการจัดการข้อมูล และกระบวนการจัดบริการได้ดีกว่าเขตเมือง

1.2 ผลการประเมินตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์ จังหวัด ปีงบประมาณ 2564 พบว่า มี 4 อำเภอ จาก 11 อำเภอ ที่มีผลการประเมินผ่านเกณฑ์ ในการฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากเด็ก แก่ผู้ดูแลเด็ก (เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 85.0) และผู้ดูแลเด็ก 0-2 ปี มีการใช้ไหมขัดฟัน (เกณฑ์เป้าหมาย ร้อยละ 15.0) (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชลบุรี, 2565)

1.3 ผลการประเมินตัวชี้วัดของสำนักทันตสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2564 พบว่า มีเพียง 2 อำเภอจาก 11 อำเภอ ที่มีผลการดำเนินงานผ่านเกณฑ์การตรวจช่องปากเด็ก 0-2 ปี การฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากเด็ก และการทาฟลูออไรด์วานิช

1.4 สถานการณ์การส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี จังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2564 พบว่าทุกแห่งมีการกำหนดและสื่อสารทิศทางนโยบายและสนับสนุนทรัพยากรที่ชัดเจน แต่ยังคงขาดการขับเคลื่อนในเชิงนโยบายสาธารณะที่ชัดเจน ร้อยละ 44.1 ระบบข้อมูลและคลังความรู้ที่มีประสิทธิภาพมีเพียง ร้อยละ 55.9 โดยเฉพาะด้านการใช้ข้อมูลเพื่อออกแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพที่สอดคล้องกับสภาพเป็นจริง สอดคล้องกับข้อมูลจากการสอบถามผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 52.69 รองลงมาคือระดับสูง ร้อยละ 35.3 มีทัศนคติระดับปานกลาง ร้อยละ 48.6 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 43.9 มีพฤติกรรมการทำความสะอาดระดับปานกลาง ร้อยละ 48.3 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 38.9 มีความพึงพอใจระดับปานกลาง ร้อยละ 45.3 รองลงมาคือ ระดับสูง ร้อยละ 43.2

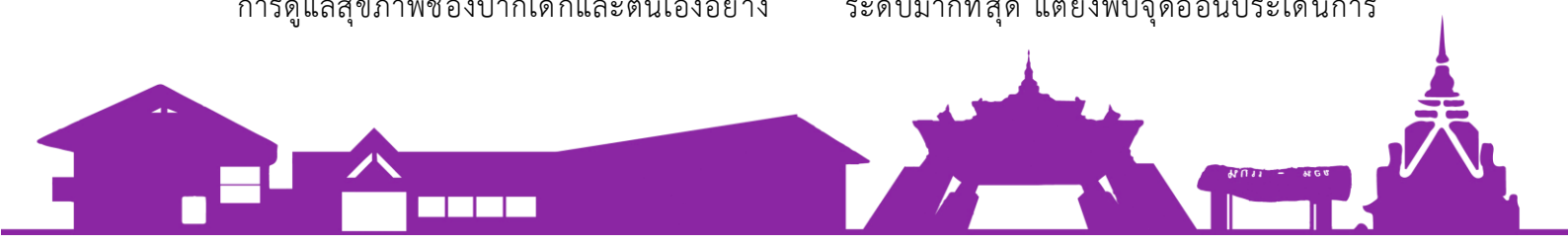
1.5 กระบวนการ พบข้อจำกัดในการออกแบบรูปแบบกิจกรรมที่มีประสิทธิภาพเพียงพอจะสนับสนุนให้เกิดการจัดการพฤติกรรม การดูแลสุขภาพช่องปากเด็กและตนเองอย่าง

สม่ำเสมอได้ ผู้ประสานงานรับผิดชอบอำเภอ มีบทบาทประสานงานเชื่อมโยงกับการดูแลร่วมกับทีมทันตบุคลากรต่อเนื่องถึงชุมชน แต่ยังคงพบปัญหาการจัดการระบบบริการในพื้นที่เขตเมือง หรือพื้นที่ที่อยู่ในการดูแลของโรงพยาบาล หน่วยงานสังกัดอื่น ทำให้ขาดการกำกับ ติดตามที่ต่อเนื่อง ระบบสนับสนุนการตัดสินใจ มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ยังขาดการพัฒนาสื่อ/เครื่องมือ การพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง ร้อยละ 58.8 มีเพียง 2 ใน 6 อำเภอ ที่มีการร่วมสรุปวิเคราะห์และถอดบทเรียนในพื้นที่ การจัดการเชื่อมโยงชุมชน มีแผนบูรณาการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายในบางแห่งและยังขาดการสร้างความรู้และผลักดันการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี เป็นมาตรการทางสังคมสู่นโยบายสาธารณะในทุกแห่ง

1.6 ผลลัพธ์ ในปี พ.ศ. 2560-2564 อัตราฟันผุเริ่มต้น โรคฟันผุในฟันน้ำนมในเด็กอายุ 18 เดือนและค่าดัชนีฟันผุ ถอน อุด ภาพรวมของจังหวัดมีแนวโน้มคงที่ ในเด็กอายุ 3 ปี มีแนวโน้มอัตราโรคฟันผุลดลงเล็กน้อย ในเด็กอายุ 18 เดือน อัตราฟันผุเริ่มต้น ร้อยละ 7.2, 5.8, 6.7, 7.1 และ 4.5 ตามลำดับ และอัตราโรคฟันผุ ร้อยละ 7.3, 5.7, 5.5, 8.7 และ 7.9 ตามลำดับ ในเด็กอายุ 3 ปี อัตราโรคฟันผุ ร้อยละ 47.7, 48.0, 43.4, 42.3 และ 42.0 ตามลำดับ และค่าดัชนีฟันผุ ถอน อุด 2.4, 2.5, 2.3, 2.0, และ 1.9 ตามลำดับ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2565)

ระยะที่ 2 การสังเคราะห์รูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี จังหวัดชลบุรี

ผู้วิจัยนำเสนอข้อมูล รูปแบบฯ ฉบับร่าง ต่อผู้บริหาร ผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะ นำไปทดลองใช้ใน 1 อำเภอ พบว่ารูปแบบ มีความเหมาะสม สะท้อนถึงกระบวนการสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จของการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี และมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด แต่ยังคงพบจุดอ่อนประเด็นการ



พัฒนาศักยภาพบุคลากรโดยสนับสนุนการ coaching ในระดับพื้นที่ การผลักดันใช้ข้อมูล เป็นเครื่องมือในการกำกับติดตามให้สำเร็จตาม

เป้าหมาย จากนั้นนำมาปรับปรุงเสนอผู้บริหารอีกครั้ง และนำไปใช้ในจังหวัดชลบุรี ตามรูปแบบ ดังแสดง ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 รูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปีจังหวัดชลบุรี

ประเด็น	แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี
1. กำหนดนโยบายและทิศทางที่ชัดเจน	<ol style="list-style-type: none"> กำหนดนโยบายขับเคลื่อนงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี ที่ชัดเจน โดยกำหนดเป็นตัวชี้วัดตามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ในยุทธศาสตร์จังหวัดและประเมินผลเชิงคุณภาพ บูรณาการงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี กับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ผู้ปกครองเด็ก 3-5 ปี และกลุ่มวัยทำงานใน Service plan สาขา สุขภาพช่องปาก กำหนดแผนพัฒนาศักยภาพ/อบรมผู้รับผิดชอบงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี ที่ต่อเนื่องทั้งในหน่วยบริการที่มีและไม่มีทันตบุคลากรในระยะสั้นและระยะยาว
2. สร้างความเข้มแข็งของการดำเนินงานระดับอำเภอ	<ol style="list-style-type: none"> ค้นหาและยกระดับพื้นที่ต้นแบบการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพแบบบูรณาการในระดับอำเภอและรพ.สต. ยกระดับโครงสร้างสนับสนุนการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี แบบบูรณาการ เช่น ผู้ประสานงานภาพรวมระดับอำเภอ พัฒนาศักยภาพบุคลากรและการบูรณาการงานภาพรวม โดยการ Coaching ระดับอำเภอและรพ.สต. สร้างการมีส่วนร่วมของเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี เช่น คลินิกหญิงตั้งครรภ์ คลินิกเด็กดี อสม.
3. ใช้ข้อมูลสารสนเทศ/คลังความรู้เพื่อการจัดการฯ ที่มีประสิทธิภาพ	<ol style="list-style-type: none"> สร้างศักยภาพความพร้อมของผู้ปฏิบัติงานในเรียนรู้และทำงานร่วมกันในการจัดการข้อมูลที่มีประสิทธิภาพ สนับสนุนการสร้างความรู้ให้สามารถเข้าถึงและขยายกลุ่มเป้าหมายการดูแลทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี ในหญิงตั้งครรภ์ ผู้ปกครองเด็ก 3-5 ปี และกลุ่มวัยทำงานให้มีประสิทธิภาพเพิ่มขึ้น สร้างการสื่อสาร เพิ่มประสิทธิภาพในการรับรู้สถานการณ์ ความเสี่ยง องค์ความรู้ร่วมกับการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศ ผลักดันการใช้ข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพทุกระดับ
4. พัฒนาระบบการบริการ (สอดคล้องกับมาตรฐานงานทันตสาธารณสุข สำนักทันตสาธารณสุขและสถานการณ์ระบาดของโรคโควิด 19)	<ol style="list-style-type: none"> ยกระดับการเข้าถึงบริการทันตสาธารณสุขและทันตกรรมในยุคโควิด 19 <ul style="list-style-type: none"> การจัดบริการทันตสาธารณสุขและทันตกรรมภายใต้มาตรการ COVID Free Setting การสนับสนุนทรัพยากรในการจัดบริการทันตสาธารณสุขและทันตกรรม



ตารางที่ 1 (ต่อ)

ประเด็น	แนวทางการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี - ระบบนัดหมายบริการทันตกรรมและทันตสาธารณสุขของ โรงพยาบาล/หน่วยบริการ 2) ส่งเสริมการใช้สื่อดิจิทัลเป็นเครื่องมือ ในการสื่อสารระหว่าง ผู้รับบริการ ทีมผู้ปฏิบัติงานและเครือข่ายทางสังคม เพื่อให้เข้าถึง กลุ่มเป้าหมายได้อย่างสะดวก รวดเร็ว และครอบคลุม เช่น คิว ออนไลน์ 3) การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามโครงการและกิจกรรม สนับสนุน การส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปีของเป้าหมายและครอบครัว แบบฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อสร้างประสบการณ์ และความสำเร็จ ให้เป้าหมายรับรู้ความสามารถของตนเอง จนสามารถจัดการกับ พฤติกรรมในการดูแลสุขภาพช่องปากตนเองและเด็กได้ 4) พัฒนาสื่อหรือเครื่องมือที่ช่วยสนับสนุนการแลทันตสุขภาพ กลุ่มเป้าหมาย และครอบครัว รวมทั้งมีการประเมินผลที่เหมาะสม เช่น สื่อโซเชียลมีเดีย แอปพลิเคชันฟันดี
5. ผลักดันการสร้างความรู้ ด้านทันตสุขภาพ ผ่านมาตรการ ทางสังคม นโยบายสาธารณะ	1) สร้างความเข้มแข็งของการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย เช่น อสม., ท้องถิ่น ในการกำหนดนโยบายและมาตรการทางสังคม เพื่อส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี และกลุ่มวัยอื่นในชุมชน 2) สร้างความรู้ด้านสุขภาพ โดยบูรณาการโครงการร่วมกับ กองทุนต่าง ๆ ในชุมชน ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ผ่านมาตรการ ทางสังคม นโยบายสาธารณะ 3) สนับสนุนการขับเคลื่อนการสร้างความรู้ตามประเด็นสำคัญ เพื่อส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี
6. เสริมสร้างแรงจูงใจให้กับ บุคลากรและเครือข่าย	1) การยกย่องบุคลากร พื้นที่เครือข่ายการเรียนรู้ต้นแบบ 2) เสริมสร้างความสัมพันธ์ที่ดี การช่วยเหลือ เกื้อกูลกันในทุกระดับ 3) สร้างบรรยากาศการทำงานผ่อนคลาย กล้าคิด ทำสร้างสรรค์ สิ่งใหม่ 4) สนับสนุนการวิจัย ออกแบบ เพื่อมุ่งพัฒนาสู่มาตรฐานที่สูงขึ้น

**ระยะที่ 3 ประเมินผลรูปแบบการส่งเสริม
ทันตสุขภาพในจังหวัดชลบุรี ปีงบประมาณ 2565**
ประเมินผลรูปแบบการส่งเสริมทันต
สุขภาพในจังหวัดชลบุรี พบว่ารูปแบบฯ มีความ
เหมาะสมและเป็นไปได้ในระดับมาก-มากที่สุด
ร้อยละ 91.7

บริบท การพัฒนารูปแบบฯ เพื่อเป็น
แนวทางส่งเสริมทันตสุขภาพ มีความเหมาะสม
นำไปปรับประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับบริบทของ
พื้นที่ในระดับมาก-มากที่สุด ร้อยละ 92.2
โดยเฉพาะในด้านการปรับระบบและกระบวนการ
บริการเหมาะสมในระดับมาก-มากที่สุด ร้อยละ



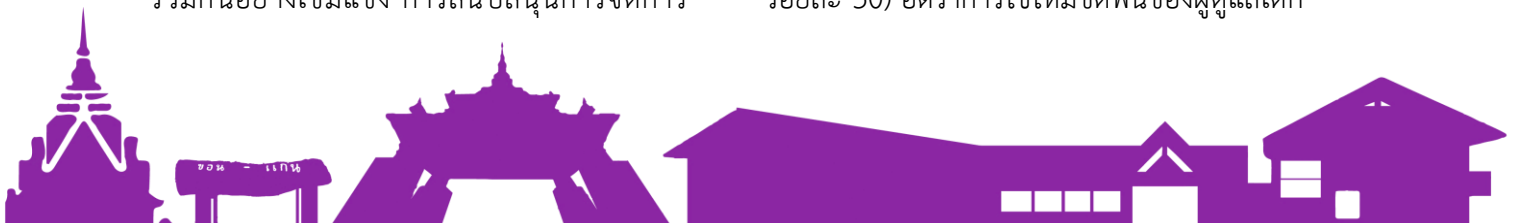
91.1 ขณะที่ยังมีการแพร่ระบาดของโรคโควิด 19 อย่างต่อเนื่อง

ปัจจัยนำเข้า ผู้บริหารกำหนดทิศทางและนโยบายและการขับเคลื่อนนโยบายชัดเจนในระดับมาก-มากที่สุด ร้อยละ 92.3 สามารถนำรูปแบบฯ ไปใช้เป็นแนวทางในการส่งเสริมทันตสุขภาพในระดับพื้นที่ได้อย่างเป็นรูปธรรม และพบว่า การให้ความสำคัญกับการยกระดับการใช้ข้อมูลสารสนเทศ องค์กรความรู้ คลังข้อมูลเพื่อการจัดการฯ ที่มีประสิทธิภาพในระดับมาก-มากที่สุด ร้อยละ 82.4 มีเพียง 4 ใน 11 อำเภอที่มีการจัดการระบบข้อมูลสารสนเทศเป็นระบบและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น พบว่า 2 ใน 11 อำเภอมีบุคลากรไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงานให้มีคุณภาพตามเป้าหมาย ซึ่งพบว่า บุคลากรมีความเห็นว่า มีแผนและการพัฒนาศักยภาพบุคลากรตามแผนได้เหมาะสมในระดับมาก-มากที่สุด ร้อยละ 90.7

กระบวนการ จากการนำรูปแบบฯ ไปใช้พบว่า การออกแบบโครงการและกิจกรรมมีความเหมาะสมระดับมาก ร้อยละ 86.4 มีการประเมินความสามารถของผู้รับบริการ วางแผนพัฒนาทักษะการจัดการตนเอง มีความเหมาะสมระดับมาก ร้อยละ 85.0 แต่พบว่า ในการออกแบบโปรแกรม กิจกรรม ยังไม่สามารถสะท้อนกระบวนการ กำกับ ติดตาม ประเมินผลที่ชัดเจนอย่างเป็นรูปธรรมได้ในทุกอำเภอ โดยเฉพาะพื้นที่เขตเมือง มีกระบวนการเพิ่มการเข้าถึงบริการกลุ่มเป้าหมายเพื่อให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างต่อเนื่องที่เหมาะสมระดับมาก-มากที่สุด ร้อยละ 89.6 ร่วมกับการใช้สื่อดิจิทัล ในการสื่อสารอย่างชัดเจนเหมาะสมระดับมาก ร้อยละ 77.8 รวมถึงการจัดการปัญหาการจัดบริการเหมาะสมระดับมาก-มากที่สุด ร้อยละ 83.0 มีจุดเด่นเรื่อง การจัดทีมระดับอำเภอร่วมกับจังหวัด กำกับติดตามการดำเนินงานอย่างเป็นระบบ พัฒนาการสื่อสารโดยการใช้โซเชียลมีเดียร่วมกันอย่างเข้มแข็ง การสนับสนุนการจัดการ

พฤติกรรมเด็กและผู้ดูแลเด็ก จัดระบบบริการสอดคล้องกับสถานการณ์โรคโควิด 19 ความร่วมมือของทีมผู้บริหาร ทันตแพทย์ ผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขทั้งสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลและเครือข่ายโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทำให้การดำเนินงานเชื่อมต่อเป็นเนื้อเดียวกัน มีระบบกำกับ ติดตาม การจัดการข้อมูลสารสนเทศอย่างเป็นระบบ การจัดระบบบริการเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากเด็กของผู้ปกครองทั้งในหน่วยบริการที่มีและไม่มีทันตบุคลากรประจำ มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุขในหน่วยบริการที่ไม่มีทันตบุคลากรประจำ ได้รับการอบรมจนสามารถจัดบริการส่งเสริมป้องกันได้ รวมทั้งมีทีมงานที่สามารถเรียนรู้สมรรถนะที่หลากหลายสามารถหมุนเวียนทำงานแทนกันให้มีการดำเนินงานที่ต่อเนื่องได้

ผลลัพธ์ รูปแบบฯ ประกอบด้วยกระบวนการคุณภาพที่สำคัญ 6 ประเด็น พบว่าบุคลากรมีความพึงพอใจต่อรูปแบบฯ ในระดับมาก ร้อยละ 96.3 ผลการดำเนินงานมีความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เป็นไปตามแผนและแนวทางที่วางไว้ในระดับมาก ร้อยละ 95.0 กลุ่มเป้าหมายมีความรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพช่องปากที่ดีในระดับมาก-มากที่สุด ร้อยละ 51.6 แต่ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยการ Coaching มีประสิทธิภาพในระดับมากเพียง ร้อยละ 62.1 ผลลัพธ์ตัวชี้วัดสำคัญตามยุทธศาสตร์จังหวัด แนวโน้มดีขึ้นชัดเจนในช่วงปีแรกใน ปีงบประมาณ 2560 หลังจากนั้นค่อนข้างคงที่ โดยเฉพาะในช่วงสถานการณ์ระบาดของโควิด 19 ในปี พ.ศ. 2565 เด็กอายุ 18 เดือน อัตราฟันผุเริ่มต้น ร้อยละ 5.16 และอัตราโรคฟันผุ ร้อยละ 7.74 ในเด็กอายุ 3 ปี อัตราโรคฟันผุ ร้อยละ 42.13 (เกณฑ์ร้อยละ 25) (สำนักทันตสาธารณสุข, 2565) ค่าดัชนีฟันผุ ถอนอุด 1.89 ซี/คน การฝึกทักษะการทำความสะอาดช่องปากเด็กแก่ผู้ปกครอง ร้อยละ 60.89 (เกณฑ์ร้อยละ 50) อัตราการใช้ไหมขัดฟันของผู้ดูแลเด็ก



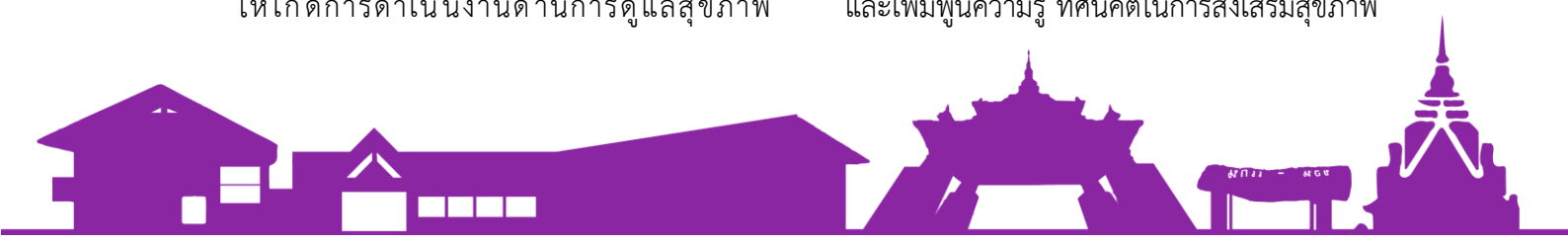
ร้อยละ 42.93 (เกณฑ์ร้อยละ 15) (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี, 2565) หน่วยบริการผ่านเกณฑ์เพิ่มขึ้นร้อยละ 72.73

อภิปรายผล

1. สถานการณ์การส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี จังหวัดชลบุรี สอดคล้องกับสภาพเป็นจริง สอดคล้องกับข้อมูลจากการสอบถามผู้ดูแลเด็กเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่องปาก พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 52.69 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปาริฉัตร ถาวรวงษ์ (2564) และสามารถนำไปใช้เป็นแนวทางวางแผนพัฒนารูปแบบ บูรณาการข้อค้นพบของการจัดการสังเคราะห์เป็นประเด็นกระบวนการที่สำคัญเป็น 3 ระยะ เริ่มจากการเยี่ยมสำรวจสัมภาษณ์เชิงลึกตัวแทนอำเภอของจังหวัด การพัฒนารูปแบบ และการสังเคราะห์งานวิจัย และนำผลทุกระยะมาพัฒนารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี พบว่ารูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี สามารถเพิ่มความรอบรู้ด้านสุขภาพ และเพิ่มผลลัพธ์ทางสุขภาพให้ดีขึ้น (สัญญา เคนาภูมิ, 2562)

2. รูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี จังหวัดชลบุรี ขับเคลื่อนการดำเนินงานแบบบูรณาการในประเด็นสำคัญด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทำให้เกิดกระบวนการทำงานและผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับฉันทภูงา ผลอ้อและคณะ (2561) ที่พบว่า การพัฒนารูปแบบแบบบูรณาการด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทำให้ภาคีที่เกี่ยวข้องเรียนรู้และพัฒนางานได้หลากหลาย มีการขับเคลื่อนนโยบายสาธารณะอย่างเป็นรูปธรรม สอดคล้องกับกชปิญา ผดุงพันธ์ (2562) ที่พบว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กจะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน โดยใช้ภาคีเครือข่ายในชุมชนเป็นกลไกเชื่อมโยงการปฏิบัติงานกับคนในชุมชนให้เกิดการดำเนินงานด้านการดูแลสุขภาพ

ช่องปากในชุมชนอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งมีการดำเนินงานที่สอดคล้องสถานการณ์ มาตรฐานบริการและการเข้าถึง การใช้สารสนเทศยุคดิจิทัล เพื่อให้เกิดกระบวนการทำงานและผลลัพธ์ที่ดีขึ้น ร่วมกับข้อมูลทิศทาง นโยบายและกรอบแนวทางการดำเนินงานส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี ปีงบประมาณ 2565 นำมาออกแบบเป็นรูปแบบการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี ของจังหวัดชลบุรี โดยกระบวนการสำคัญ 6 ประเด็น จุดเน้นยกระดับการใช้ข้อมูลสารสนเทศ องค์ความรู้คลังข้อมูลเพื่อการส่งเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี ที่มีประสิทธิภาพ และการยกระดับเข้าถึงบริการบริการยุคดิจิทัล และการระบอบของโรคโควิด 19 ที่สามารถสะท้อนหรือคืนข้อมูล สถานการณ์ความเสี่ยงได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา จะส่งผลต่อการปรับระบบการทำงาน สู่ความสำเร็จตามเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ การสื่อสารและการสร้างกระบวนการการรับรู้สถานการณ์ ความเสี่ยงเพื่อสร้างแรงจูงใจให้เกิดพฤติกรรมดูแลสุขภาพทันตสุขภาพของเด็กให้แก่ผู้ดูแลเด็ก ส่งผลต่อการป้องกันที่มีประสิทธิภาพและทำให้อัตราการเพิ่มในเด็กลดลงได้ (วชิรี คิมหสวัสดิ์, 2554) ทั้งนี้กระบวนการที่เน้นการค้นหาข้อมูลที่ถูกต้อง ทักษะการเข้าถึงข้อมูล การใช้สื่อสังคมการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร และการใช้เทคโนโลยีใหม่ๆเช่น แอปพลิเคชันสามารถเพิ่มพฤติกรรมดูแลสุขภาพลูกตนเองและครอบครัวได้ (มารศรี ศิริสวัสดิ์ และคณะ, 2564) การพัฒนาศักยภาพบุคลากรตาม ส่วนขาด เป็นสิ่งสำคัญที่ต้องเร่งรัดพัฒนา ทั้งในบทบาทที่เลี้ยง ผู้ให้คำปรึกษา ทักษะการจัดการเชิงระบบ ทักษะที่มีความชำนาญเฉพาะด้าน หรือการบริหารจัดการภาพรวมในบทบาทของผู้ประสานงานระดับอำเภอและผู้รับผิดชอบงานทันตสาธารณสุข และพัฒนาศักยภาพความรู้ ศักยภาพในการให้คำปรึกษาในชุมชนแก่เครือข่ายการดำเนินงานในชุมชนเช่น อสม แกนนำชุมชน ให้สามารถพัฒนาและเพิ่มพูนความรู้ ทักษะดีในการส่งเสริมสุขภาพ



ช่องปากให้ดีขึ้น และเกิดกิจกรรมในชุมชนอย่างชัดเจน รวมถึงสามารถ คัดกรองเบื้องต้น แนะนำส่งต่อได้ทันเวลาส่งผลให้ควบคุมการลุกลามของโรคฟันผุได้ (สุทธิสา ไทยงาม, 2552; George et al., 2019) การขับเคลื่อนผ่านมาตรการทางสังคม นโยบายสาธารณะ ให้เกิดวิสัยทัศน์เครือข่ายแผนพัฒนาสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัยอย่างบูรณาการ เกิดคณะทำงาน และรูปแบบการสร้างเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยที่บูรณาการร่วมกัน (ณัฐกฤตา ผลอ้อ และคณะ, 2561) โดยพัฒนาและสร้างการรับรู้ ความตระหนักต่อการดูแลทันตสุขภาพ ผ่านมาตรการทางสังคมเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่งเสริมการปฏิบัติที่เข้มแข็งและยั่งยืน และกำหนดเป็นเครื่องมือในการขยายผลการป้องกันโดยการให้ข้อมูลอย่างต่อเนื่อง มีผลต่อการพฤติกรรมดูแลและควบคุมโรคในช่องปากที่ยั่งยืน (Kulkarni, 2013)

3. ประเมินรูปแบบการสร้างเสริมทันตสุขภาพ ความคิดเห็นต่อรูปแบบการสร้างเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี พบว่า มีความเหมาะสมสามารถนำสู่การปฏิบัติได้จริงในระดับมาก-มากที่สุด ร้อยละ 91.7 ผลการสำรวจพึงพอใจต่อรูปแบบการสร้างเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี ในระดับมาก ร้อยละ 96.3 กระบวนการจัดการบริการให้แก่ผู้ดูแลเด็กที่มีประสิทธิภาพและสนับสนุนการจัดการให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเด็ก ตนเอง และครอบครัว ควรดำเนินการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี แบบไม่มียึดรูปแบบหรือแนวทางใดแนวทางหนึ่งว่าดีที่สุด (Macy, 2007) ดังนั้นควรนำหลายรูปแบบมาร่วมดำเนินการซึ่งจะส่งผลต่อความสำเร็จสูงกว่าการใช้รูปแบบเดียว (Ungchusak, 2017) พัฒนาการมีส่วนร่วมระหว่างมารดา ผู้ดูแลเด็ก และทันตบุคลากรซึ่งจะมีผลต่อพฤติกรรมของมารดาในการดูแลอนามัยช่องปากของเด็กและมีผลในการป้องกันและลดโรคฟันผุ (พรวิภา งามสุพรรณ, 2557) และเน้นการพัฒนาศักยภาพสำหรับบุคลากรและเครือข่ายด้านการส่งเสริม

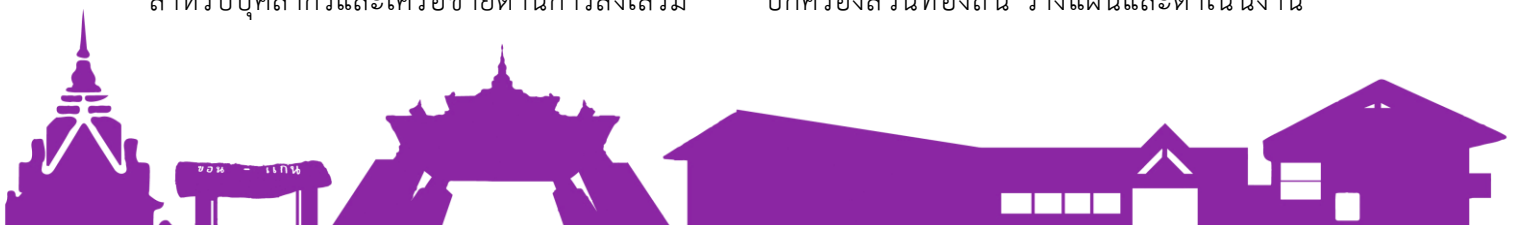
ป้องกันและรักษาโรคในช่องปาก ทั้งนี้การนำรูปแบบการสร้างเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี ไปใช้ในแต่ละพื้นที่ควรพิจารณาปรับให้เหมาะสมกับบริบทโดยคำนึงถึงทั้งสุขภาพช่องปากและสุขภาพองค์รวมของเด็กเป็นสำคัญ และนำไปประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ในปัจจุบัน โดยมีการวางแผนติดตาม กำกับ และประเมินผลการใช้รูปแบบการสร้างเสริมทันตสุขภาพเด็ก 0-2 ปี เป็นระยะและพัฒนาต่อเนื่องในระยะยาว (Sithisettapong et al., 2021) ประเด็นการพัฒนาที่สำคัญระดับจังหวัด ต้องสร้างกลยุทธ์ในการขับเคลื่อน ซึ่งอาจแตกต่างกันตามลักษณะของพื้นที่ รวมถึงการยกระดับโครงสร้างการสนับสนุนการจัดการแบบบูรณาการมีการดำเนินการส่งเสริมทันตสุขภาพทุกระดับตั้งแต่หน่วยบริการ ครอบครัวจนถึงชุมชน (Phantumvanit et al., 2017) และสร้างความเข้มแข็งพื้นที่ต้นแบบและความร่วมมืออย่างเป็นภาคีเครือข่าย ยกระดับตามมาตรฐานที่ดีกว่าเดิม อย่างไรก็ตามการขับเคลื่อนในปีงบประมาณ 2566 ต้องมีวางแผนติดตาม ประเมินผลและพัฒนาต่อเนื่องเป็นระยะต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 ระดับจังหวัด ผลักดันนโยบาย แปร่งฟันให้เด็ก เป็นนโยบายสาธารณะของชุมชน ยกระดับการจัดการข้อมูลสารสนเทศ องค์ความรู้คลังข้อมูล เพิ่มศักยภาพการสร้างเสริมทันตสุขภาพและยกระดับโครงสร้างสนับสนุนการสร้างเสริมทันตสุขภาพแบบบูรณาการในการสร้างความเข้มแข็งในการบริหารจัดการทุกระดับ สนับสนุนเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพช่องปากและขยายพื้นที่ต้นแบบ

1.2 ระดับเขตพื้นที่ เร่งรัดการพัฒนาบุคลากรแบบการโค้ช ด้านส่งเสริมป้องกันและรักษาโรคในช่องปากทั้งระยะสั้น ระยะยาว จัดทำแผนความร่วมมือแบบบูรณาการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น วางแผนและดำเนินงาน



ส่งเสริมทันตสุขภาพที่ต่อเนื่องเพื่อให้เกิดเป็นวิถีที่เป็นวัฒนธรรมของครอบครัวและชุมชน และควรขยายผลไปใช้ในกลุ่มเป้าหมายอายุอื่นและพื้นที่อื่นต่อไป

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 พัฒนารูปแบบการสร้างความรู้และจัดการพฤติกรรมทันตสุขภาพ ในสถานการณ์อยู่ร่วมกับการระบาดโควิด 19

2.2 พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กที่บ้านและรูปแบบการติดตาม สนับสนุนให้มีการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กอย่างยั่งยืน

2.3 พัฒนารูปแบบการสื่อสารการดูแลสุขภาพช่องปาก ข้อมูลทันตสุขภาพ และการส่งต่อข้อมูลที่มีประสิทธิภาพระหว่างหน่วยบริการครอบครัว และชุมชน

2.4 พัฒนารูปแบบการสร้างนโยบายสาธารณะการดูแลสุขภาพช่องปากเด็กในชุมชน

2.5 พัฒนารูปแบบการโค้ชเพื่อพัฒนาความสามารถของบุคลากรในการปฏิบัติงานด้านทันตสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

กชปิญา ผดุงพันธ์. (2562). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กองค์การบริหารส่วนตำบลโพนแพง อำเภอรัตนวาปี จังหวัดหนองคาย. *วารสารทันตภิบาล*, 30(1) : 40-54.

ณัฐกฤตา ผลอ้อและคณะ. (2561). การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมทันตสุขภาพเด็กปฐมวัยแบบบูรณาการด้วยกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ตำบลบัวใหญ่ อำเภอน้ำพอง ปี 2556-2559. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 11(2) : 40-49.

ปาริฉัตร ถาวรวงษ์. (2564). พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากของผู้ปกครองเด็กก่อนวัยเรียนในศูนย์พัฒนาเด็กเล็ก อำเภอพระพรหม จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารศาสตร์สุขภาพและการศึกษา*, 1(2) : 69-82.

พรวิภา งามสุพรม. (2557). *การศึกษามลภาวะพัฒนาการมีส่วนร่วมระหว่างมารดากับครูที่เลี้ยงเด็กและทันตบุคลากรในการส่งเสริมสุขภาพช่องปากเด็กปฐมวัย อำเภอวิเชียรบุรี จังหวัดเพชรบูรณ์*. (ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ). คณะสาธารณสุขศาสตร์: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

มารศรี ศิริสวัสดิ์และคณะ. (2564). ผลของการใช้สื่อสมุดเล่มเล็กทันตสุขภาพ For ฟัน และการใช้แอปพลิเคชัน For ฟัน ต่อความรู้และพฤติกรรมของผู้ปกครองในการดูแลสุขภาพช่องปากและฟันเด็กปฐมวัย. *วารสารโรงพยาบาลสกลนคร*, 24(3) : 12-21.

วชิรี คิมหสวัสดิ์. (2554). *ประสิทธิผลของการประยุกต์ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค โดยผู้ดูแลเด็กในการป้องกันฟันผุให้แก่เด็กวัย 9-18 เดือน*. (ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก) ภาควิชาทันตกรรมสำหรับเด็ก คณะทันตแพทยศาสตร์: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สัญญา เคนาภูมิ. (2562). หลักการและแนวทางการสังเคราะห์งานวิชาการ. *วารสารการบริหารการปกครองและนวัตกรรมท้องถิ่น*, 3(2) : 89-106.



- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2565). *รายละเอียดตัวชี้วัดการรับรองการปฏิบัติราชการและบันทึกข้อตกลงความร่วมมือการดำเนินงาน ด้านสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2566*. ชลบุรี: ไม่ได้ตีพิมพ์.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี. (2565). *ผลการสำรวจสภาวะทันตสุขภาพ จังหวัดชลบุรีปี 2560-2565*. ชลบุรี: ไม่ได้ตีพิมพ์.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2561). *ผลการสำรวจภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศครั้งที่ 8 พ.ศ. 2560*. (ม.ป.ป.). กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์จำกัด.
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2563). *คู่มือการบริหารจัดการการบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในช่องปากที่มุ่งเน้นการเข้าถึงบริการบางกลุ่มวัยเป็นการจำเพาะปีงบประมาณ 2563*. เข้าถึงได้จาก <https://dental.anamai.moph.go.th/th/cms-of-372>. (วันที่ 5 สิงหาคม 2565)
- สำนักทันตสาธารณสุข กรมอนามัย. (2565). *แนวทางการดำเนินงานทันตสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2566*. นนทบุรี: ไม่ได้ตีพิมพ์.
- สุทิสรา ไทงาม. (2552). การพัฒนาส่งเสริมสุขภาพช่องปากในศูนย์พัฒนาเด็กเล็กอำเภอแก้งคร้อ จังหวัดชัยภูมิ. *ว.ทันต*, 59(3) : 153-161.
- George et al. (2019). Effectiveness of preventive dental programs offered to mothers by non-dental professionals to control early childhood dental caries: a review. *BMC Oral Health*, 19(1) : 1-9.
- Kulkarni. (2013). Long-Term Effectiveness of Parent Education Using the “Baby Oral Health” Model on the Improvement of Oral Health of Young Children. *International Journal of Dentistry*. 1-6.
- Macy. (2007). Theory and theory-driven practices of Activity Based Intervention. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention*, 4(3) : 561-585.
- Phantumvanit et al. (2017). *WHO Global Consultation on Public Health Intervention against Early Childhood Caries*. *Community Dent Oral Epidemiol*. 1-8.
- Sitthisettapong et al. (2021). Strategic management of early childhood caries in Thailand: a critical overview. *Frontiers in Public Health*, 9: 1-7.
- Ungchusak. (2017). Oral health promotion and prevention of Early Childhood Caries. *Thai Dental Public Health Journal*. 22 (Supplement), 44-61.
- Yamane Taro. (1967). *Statistics, An Introductory Analysis*, 2nd Ed., New York : Harper and Row.



การศึกษาวิเคราะห์นโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทย ปี 2557-2564 แปลงสู่การปฏิบัติ

PUBLIC POLICY ANALYSIS: THE REDUCING OF THE MORTALITY OF CHILDREN
UNDER 5 YEARS OF AGE, OCCURRING IN 2014-2021, THAILAND
BY CONVERTING ANALYTICS INTO ACTION

ลำพูน อิงคภากร^{1,*} และนิลุบล คุณวัฒน์²
Lumphun Inkapakorn^{1,*} and Nilubon Kunnavattana²

Received : 17 January 2023, Received in revised form : 15 March 2023, Accepted : 20 March 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ผ่านมา การวิเคราะห์การแปลงนโยบายการลดการตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทยสู่การปฏิบัติ รวมทั้ง การพัฒนาระดับการดำเนินงานเสริมลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายต่อไป โดยแหล่งข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ได้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาจัดหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์ ส่วนเครื่องมือที่ใช้จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาจัดทำเป็นแนวทางประเด็นที่เกี่ยวข้องให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในแต่ละข้อในการนำเสนอผลการศึกษาในแต่ละส่วนต่อไป โดยใช้ตัวแบบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติแบบบูรณาการ (Integrate Model)

ผลการศึกษาพบว่า 1) สถานการณ์การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ผ่านมา ก่อนปี พ.ศ. 2557 พบว่า ส่วนใหญ่การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ไม่มีความแตกต่างกัน และสาเหตุการตายทารกขาดออกซิเจนขณะคลอดมากที่สุด รองลงมาคือ การคลอดก่อนกำหนด 2) กระบวนการนำนโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทย ช่วงปี พ.ศ. 2557-2564 สู่การปฏิบัติ พบว่า กรมอนามัย เป็นหน่วยงานหลักและหน่วยงานอื่นๆ ร่วมในการผลักดันนโยบายลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีการปฏิบัติโดยการชี้แจงนโยบายดังกล่าวให้หน่วยงานที่รับผิดชอบและผู้ปฏิบัติงานทุกระดับ ได้รับรู้และเกิดการยอมรับนโยบาย และแปลงนโยบายสู่การจัดทำแผนลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จะต้องมีสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติงานและบุคลากรต้องมีความพร้อมทุกด้าน รวมทั้งจะต้องมีหน่วยงานภายนอกและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างต่อเนื่อง จากผลการดำเนินงาน ช่วงปี พ.ศ. 2557-2564 พบว่า สถานการณ์การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลดลง จาก 8.8 ในปี 2557 ลดลงเหลือ 7.0 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ทารกแรกเกิดตายลดลง จาก 3.7 ในปี 2557 เหลือ 3.0 ต่อการเกิดมีชีพพันคน และ 3) การพัฒนาระดับและสถานการณ์การดำเนินงานเสริมในการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า มีการยกระดับเดียวกับแนวทางการพัฒนา

¹⁻² กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี 11000

¹⁻² Strategy and Planning, Office of The Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000

Corresponding author; E-mail: oeishi.fc@gmail.com *



การจัดระบบบริการสำหรับลดการตายของเด็กอายุ ต่ำกว่า 5 ปี และการยกระดับการปรับปรุงคู่มือการสำรวจและการวินิจฉัยการตายมารดาที่มีผลกระทบต่อ การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย รัฐบาลโดยกระทรวงสาธารณสุข ควรมีนโยบายลดการตายของเด็กอายุ 5 ปี ทำให้มีความชัดเจนมอบหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามารับผิดชอบผลักดันให้สู่เป้าหมายเทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้ว และข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ กระทรวงสาธารณสุข ควรแต่งตั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามารับผิดชอบในการจัดทำฐานข้อมูลการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และการวินิจฉัยการตายของแม่ที่มีผลกระทบต่อ การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีงบประมาณมาสนับสนุนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

คำสำคัญ: นโยบาย, การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี, การแปลงสู่การปฏิบัติ

ABSTRACT

This qualitative research. The purpose of this study was to study the situation of child mortality under 5 years ago, to analyze the conversion of Thailand's policy to reduce child mortality under 5 years into practice. Including the development of additional operations to reduce the death of children under 5 years of age in order to make further policy recommendations. The source of information in this study was based on a review of relevant literature and research. and then categorized by purpose. As for the tools used from the review of relevant documents and research, they were used to create guidelines for relevant issues in line with each objective in presenting the study results in each section. using the Integrated Model

The results of the study showed that I) The situation of death of children under 5 years ago, before 2014, it was found that most of the deaths of children under 5 years old were not different. and the most common cause of infant mortality is lack of oxygen during childbirth, followed by premature birth. II) The process of implementing the policy to reduce the mortality of children under 5 years in Thailand during the years 2014-2021, it was found that the Department of Health is the main agency and other agencies. Participate in pushing for the policy to reduce the death of children under 5 years of age. The policy has been communicated to responsible agencies and staff at all levels to acknowledge and accept the policy. and transform the policy into a plan to reduce the mortality of children under 5 years old. There must be an environment conducive to operations and personnel must be ready in all aspects. In addition, there must be external agencies and communities to continuously participate in solving the problem of deaths of children under 5 years of age. From the performance during 2014-2021, it was found that the mortality rate of children under 5 years old decreased from 8.8 in 2014 to 7.0 per thousand live births. Neonatal deaths decreased from 3.7 in 2014 to 3.0 per thousand live births, and III) the development and the situation of supplementary operations to reduce the deaths of children under 5 years old were found to be raised. The same level as the guidelines for developing a service system for reducing the mortality of children under 5 years



of age and enhancing the improvement of the survey and diagnosis of maternal mortality that affects the mortality of children under 5 years of age. Policy recommendations government by the Ministry of Health There should be a policy to reduce the deaths of children aged 5 years, making it clear. Assign relevant agencies to take responsibility for pushing forward to achieve goals comparable to developed countries. and practical suggestions Ministry of Public Health Relevant agencies should be appointed to be responsible for creating a database of child mortality under 5 years of age and diagnosing maternal mortality that affects mortality of children under 5 years of age with financial support. earnestly and continuously.

Keywords: Policy, The mortality of children under 5 years, Converting analytics into action

บทนำ

สืบเนื่องจากรัฐบาลมีนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพดีขึ้น อย่างต่อเนื่องและเหมาะสมกับสถานการณ์ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของประเทศไทยที่เปลี่ยนไป (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) เป็นการยกระดับคุณภาพชีวิตของสตรีให้พร้อมการเป็นแม่และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เต็มที่เป็นผู้ใหญ่ที่มีคุณภาพที่ดี

จากนโยบายดังกล่าวข้างต้น ที่ผ่านมามีกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้เป็นแกนหลักในการดำเนินงานตามนโยบายและยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการต่าง ๆ โดยเฉพาะกลุ่มเด็กอายุ 0-5 ปี เช่น การส่งเสริมให้ลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย ได้รับการดูแลหลังคลอดที่ดี เด็กได้รับการเลี้ยงดูในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโตและพัฒนาสมวัย เป็นต้น (พรสิณี อรมริเชษฐ์ และคณะ, 2542) แต่อย่างไรก็ตาม ก็ยังพบว่าสถานการณ์การรอดชีวิตเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ทารก) ในประเทศไทย ช่วงปี 2557-2563 พบว่า อัตราการตายเด็กต่ำกว่า 5 ปี ที่ 3.7, 3.5, 3.5, 3.2, 3.3, 3.1 และ 2.9 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลง และเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับองค์การสหประชาชาติได้กำหนดเป้าหมายให้ทุกประเทศลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ลงให้ต่ำกว่า 25 ต่อการเกิดมีชีพพันคน ภายในปี 2573 ซึ่งถือได้ว่าประเทศไทยได้ดำเนินการบรรลุเป้าหมายตามที่องค์การสหประชาชาติกำหนดไว้ เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วพบว่าอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ประเทศไทยก็ยังสูงกว่า 6-7 คนต่อการเกิดมีชีพพันคน ซึ่งคิดว่าประเทศไทยสามารถดำเนินการได้ในอนาคต แต่ต้องแก้ไขปัญหามากหลาย ๆ ด้าน ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรผู้ให้บริการ แม่ผู้ให้กำเนิดลูก และการมีส่วนร่วมของชุมชนหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องให้ดำเนินการในทิศทางเดียวกัน ซึ่งปัญหาส่วนใหญ่ พบว่า ที่ผ่านมานโยบายและยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติจะเน้นการส่งเสริมอนามัยแม่และเด็กมากกว่าการแก้ไขปัญหาการตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยตรง ทำให้การแก้ไขปัญหาไม่ตรงประเด็น นอกจากนี้ยังพบว่า ปัญหาที่ยังคงอยู่มาจากการดำเนินงานที่ผ่านมาที่ยังไม่มีแนวทางหรือยกระดับการดำเนินงานที่ชัดเจนที่จะแก้ไขปัญหาการลดการตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปี

จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงเห็นว่าจำเป็นที่ควรทบทวนสถานการณ์ ที่ผ่านมามีการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีปัญหาและสาเหตุมาจากอะไร ถ้าจะยึดนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2567) ควรจะดำเนินการอะไรเสริมเพื่อลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้จริง



รวมทั้งถ้าจะพัฒนาระดับการดำเนินงานอะไรได้บ้าง เพื่อลดปัญหาดังกล่าวได้จริง ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษา วิเคราะห์นโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทย ปี 2557-2564 แปรสู่การปฏิบัติขึ้น โดยคาดหวังว่าผลการศึกษาคั้งนี้จะเป็นแนวทางในการพัฒนานโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ในปี 2566 และในปีถัดไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีที่ผ่านมา การวิเคราะห์การเปลี่ยนแปลงนโยบายการลดการตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทยสู่การปฏิบัติ รวมทั้งการพัฒนากระบวนกรดำเนินงานเสริมลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ดังนี้

ระยะที่ 1 เพื่อศึกษาสถานการณ์การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทยที่ผ่านมา ก่อนปี พ.ศ. 2557 เกี่ยวกับการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีและสาเหตุการตาย

ระยะที่ 2 เพื่อวิเคราะห์นโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทย ช่วงปี พ.ศ. 2557-2564 แปรสู่การปฏิบัติเกี่ยวกับแนวทางพัฒนาระบบบริการสุขภาพทารกแรกเกิด คู่มือการสำรวจ

ระยะที่ 3 เพื่อพัฒนาระดับการดำเนินงานในการลดการตายของเด็กต่ำกว่า 5 ปี เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพ คู่มือการสำรวจ และการวินิจฉัยการตายของแม่และเด็ก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงคุณภาพนี้ เป็นรูปแบบวิธีการวิจัยเชิงเอกสาร (Documentary Research) จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จากแหล่งข้อมูล กองยุทธศาสตร์และแผนงาน

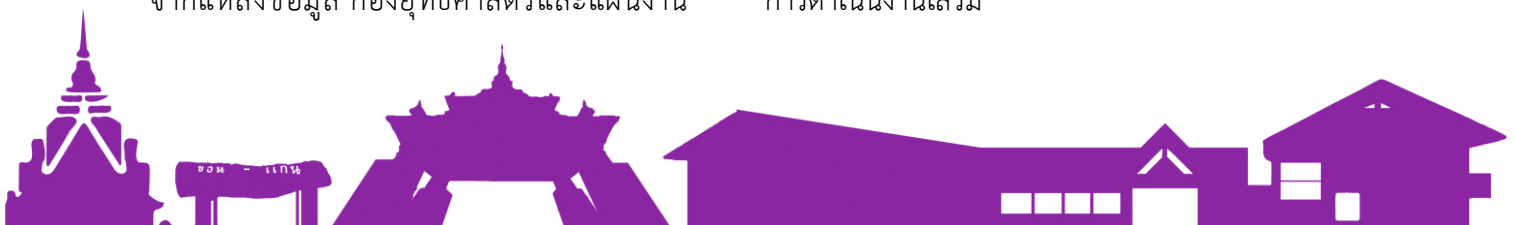
สำนักงานปลัดกระทรวง จากสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย และกรมการแพทย์ ของกระทรวงสาธารณสุข เป็นหลัก หน่วยงานกระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์

1. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับนโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ผู้วิจัยจึงใช้ตัวแบบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติแบบบูรณาการ (Integrate Model) เป็นแนวทางในการกำหนดประเด็นให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาแทนการสร้างเครื่องมือในการเก็บข้อมูล แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 สถานการณ์การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ก่อนปี พ.ศ. 2557 เกี่ยวกับการตายและอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สาเหตุการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ส่วนที่ 2 กระบวนการนำนโยบายลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เกี่ยวกับนโยบายการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ช่วงปี พ.ศ. 2557-2564 และการนำนโยบายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สู่การปฏิบัติ โดยใช้ตัวแบบการนำนโยบายไปสู่การปฏิบัติแบบบูรณาการ (Integrate Model) ประกอบด้วย ประสิทธิภาพของแผนการยอมรับ การนำสู่การปฏิบัติ (สภาพแวดล้อมสมรรถนะองค์กร การนำและการมีส่วนร่วม และการเมืองและการบริหารสภาพแวดล้อม)

ส่วนที่ 3 การพัฒนาระดับและสถานการณ์การดำเนินงานเสริมในการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เกี่ยวกับ แนวทางพัฒนาการจัดระบบบริการสำหรับการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พัฒนาปรับปรุงคู่มือการสำรวจและการวินิจฉัยการตายที่มีผลกระทบต่อ การตายของเด็ก และแนวทางการวินิจฉัยมารดาตายและสาเหตุการตาย และสถานการณ์การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี หลังสิ้นสุดการยกระดับการดำเนินงานเสริม



2. หลักเกณฑ์ในการคัดเลือกเอกสาร ดังนี้

2.1 ความถูกต้อง (Authenticity) คือ เป็นเอกสารที่มาจากแหล่งเชื่อถือได้ มีความถูกต้อง สมบูรณ์ สอดคล้องกับบริบทของ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

2.2 ความน่าเชื่อถือ (Credibility) คือ เป็นเอกสารที่ปราศจากข้อผิดพลาดและการ บิดเบือนข้อมูล

2.3 ความเป็นตัวแทน (Representativeness) คือ เป็นเอกสารที่สามารถแสดงรายละเอียดแทน เอกสารประเภทเดียวกันได้ รายละเอียดสามารถ เป็นตัวแทนกลุ่มประชากรตัวอย่างได้

2.4 ความหมายชัดเจน (Meaning) คือ เป็นเอกสารที่สามารถเข้าใจได้ง่าย ชัดเจน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และนัยสำคัญของการ วิจัย

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล เนื่องจากเรื่องนี้เป็นเรื่องใหม่ ไม่เคยมีการศึกษามาก่อน การเก็บ รวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการขั้นตอน ดังนี้

3.1 การรวบรวมข้อมูลเบื้องต้น โดย ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับนโยบายลดการ ตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี จากอินเทอร์เน็ต จากหน่วยงานกรมการแพทย์ กรมอนามัย และ สำนักงานปลัดกระทรวง เป็นต้น

3.2 ขอสนับสนุนข้อมูลเอกสารและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เมื่อได้แนวคิดจากผู้เชี่ยวชาญ แล้ว ผู้วิจัยจึงได้ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อขอสนับสนุนข้อมูลเอกสารที่เกี่ยวข้องกับ

นโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังเข้าในระบบอินเทอร์เน็ต เพื่อ ดูว่ามีข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาเพิ่มเติมทั้งในไทยและ ต่างประเทศ

3.3 การทบทวนเอกสารและงานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง ภายหลังจากได้ข้อมูลทั้งหมดแล้ว ผู้วิจัย ได้นำมาทบทวนทำความเข้าใจเนื้อหาแล้วแยก เป็นหมวดหมู่ตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการศึกษา

4. การวิเคราะห์ข้อมูล การศึกษาครั้งนี้ ได้จากแหล่งข้อมูลการทบทวนเอกสารและ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงได้จัดหมวดหมู่ตาม วัตถุประสงค์แล้ววิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ในลักษณะเชิงพรรณนาด้วยเหตุและผล

สรุปผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ผลการศึกษาสถานการณ์การ ตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ผ่านมาก่อนปี พ.ศ. 2557

1.1 อัตราตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ทารก) พบว่า ในปี พ.ศ. 2538 อัตราตายของ เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ทารก) เท่ากับ 20.4 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ จากจำนวนการเกิดมีชีพ ทั้งหมด 103,764 ราย และเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี (ทารก) ตาย 2,116 ราย และอัตราตายของเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี (ทารก) ในปี พ.ศ. 2539 เท่ากับ 20.7 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ จากจำนวนการเกิด มีชีพ 106,962 ราย และทารกตาย 2,216 ราย อัตราตายของทารกในปี พ.ศ. 2538 และ พ.ศ. 2539 ไม่มีความแตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 แสดงอัตราตายทารก จำแนกตามปี พ.ศ. 2538-2539

ปี พ.ศ.	จำนวนการเกิดมีชีพ	จำนวนทารกตาย	อัตราตายทารก (ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ)
2538	103,764	2,116	20.4
2539	106,962	2,216	20.7
รวม	210,726	4,332	



1.2 สาเหตุการตายทารก พบว่า สาเหตุการตายส่วนใหญ่ของทารกในปี พ.ศ. 2538 คือ ตายจากภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด (Birth asphyxia) ร้อยละ 23.3 หรืออัตราตายเท่ากับ 4.75 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ สาเหตุที่รองมาคือ การคลอดก่อนกำหนด (Prematurity) ร้อยละ 16.2 หรือมีอัตราตายเท่ากับ 3.30 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ, ปอดบวม (Pneumonia) ร้อยละ 9.3 หรือมีอัตราตายเท่ากับ 1.89 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ, โรคหัวใจ ร้อยละ 7.9 หรือมีอัตราตายเท่ากับ 1.60 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ รูปร่างผิดปกติมาแต่กำเนิด (Congenital malformation) ร้อยละ 4.3 หรือมีอัตราตายเท่ากับ 0.87 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ในปี พ.ศ. 2539 รูปแบบของสาเหตุการตายของทารก ไม่แตกต่างไปจากปี พ.ศ. 2538 มากเท่าใดนัก โดยเฉพาะสาเหตุการตาย 3 ลำดับแรก ภาวะขาดออกซิเจนขณะคลอด มีการตายร้อยละ 22.3 หรือมีอัตราตายเท่ากับ 4.63 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ คลอดก่อนกำหนด เท่ากับ ร้อยละ 15.6 หรือมีอัตราตายเท่ากับ 3.23 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ โรคหัวใจเท่ากับ ร้อยละ 8.8 หรืออัตราตายเท่ากับ 1.7 รูปร่างผิดปกติมาแต่กำเนิดเท่ากับ

ร้อยละ 3.8 หรือมีอัตราตายเท่ากับ 0.79 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ และสาเหตุจากการติดเชื้อเท่ากับร้อยละ 2.7 หรือมีอัตราตายเท่ากับ 0.55 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ เมื่อเปรียบเทียบอัตราตายต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ ของแต่ละสาเหตุการตายทารกระหว่างปี พ.ศ. 2538 และ 2539 พบว่า อัตราตายทารกเกิดทุกสาเหตุมีอัตราที่ลดลง โดยเฉพาะตายจากมาลาเรีย ยกเว้นการตายจากสาเหตุต่อไปนี้ที่มีอัตราเพิ่มขึ้น ได้แก่ การติดเชื้ออื่น ๆ (จาก 0.93 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ เป็น 1.21 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ) สาเหตุจากโรคหัวใจ (จาก 1.6 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ เป็นเท่ากับ 1.8 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ) สาเหตุจากเยื่อหุ้มสมองและไขสันหลังอักเสบ ลมชัก (จาก 0.17 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ เป็นเท่ากับ 0.28 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ) และสาเหตุจากการติดเชื้อ (จาก 0.42 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ เป็นเท่ากับ 0.55 ต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ) มีอัตราที่เพิ่มขึ้น ยังมีสาเหตุการตายทารกที่ยังคงมีอัตราเท่าเดิม คือ สาเหตุจากอาการเฉพาะอุบัติเหตุ การเป็นพิษและความรุนแรง โรคเลือดและอวัยวะสร้างเลือด (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 แสดงสาเหตุการตายของทารก จำแนกตามปี พ.ศ. 2538-2539

สาเหตุการตาย	พ.ศ. 2538			พ.ศ. 2539		
	จำนวน	ร้อยละ	อัตราต่อพันการเกิดมีชีพ	จำนวน	ร้อยละ	อัตราต่อพันการเกิดมีชีพ
รูปร่างผิดปกติมาแต่กำเนิด (Congenital malformation)	90	4.3	0.87	84	3.8	0.79
คลอดก่อนกำหนด (Prematurity)	343	16.2	3.31	346	15.6	3.23



ตารางที่ 2 (ต่อ)

สาเหตุการตาย	พ.ศ. 2538			พ.ศ. 2539		
	จำนวน	ร้อยละ	อัตราต่อพันการเกิดมีชีพ	จำนวน	ร้อยละ	อัตราต่อพันการเกิดมีชีพ
ภาวะการขาดออกซิเจนขณะคลอด (Birth asphyxia)	493	23.3	4.75	495	22.3	4.63
อาการเฉพาะ (Specific conditions)	24	1.1	0.23	23	1.0	0.22
การติดเชื้อ (Sepsis)	44	2.1	0.42	59	2.7	0.55
ปอดบวม (Pneumonia)	196	9.3	1.89	184	8.3	1.7
อุบัติเหตุ, การเป็นพิษ และความรุนแรง	52	2.5	0.50	57	2.6	0.53
มาลาเรีย (Malaria)	7	0.3	0.07	17	0.8	0.16
โรคของระบบทางเดินอาหารและลำไส้	14	0.7	0.13	12	0.5	0.11
โรคหัวใจ	167	7.9	1.6	194	8.8	1.8
โรคเลือด และชนิดอวัยวะสร้างเลือด	20	0.9	0.19	19	0.9	0.18
เยื่อหุ้มสมอง และไขสันหลัง โรคลมชัก	18	0.9	0.17	30	1.4	0.28
การติดเชื้ออื่น ๆ	97	4.6	0.93	129	5.8	1.21
สาเหตุอื่น ๆ	505	23.9	4.87	524	23.6	4.9
ไม่ทราบสาเหตุ	46	2.2	0.44	43	1.9	0.40
รวม	2,116	100	21.11	2,216	100	21.22

ระยะที่ 2 กระบวนการนำนโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สู่การปฏิบัติ

2.1 นโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของกระทรวงสาธารณสุข ช่วงปี 2557-2564 (ตารางที่ 3)



ตารางที่ 3 นโยบายที่เกี่ยวข้องส่งผลต่อการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

ปี	นโยบาย
2557-2558	- ยกระดับคุณภาพสตรีและเด็ก เพื่อให้แม่และเด็กมีสุขภาพกายและจิตที่ดี ไม่ก่อให้เกิดปัญหาสังคม - อัตราการตายทารก - การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
2559	- นโยบายลดการเสียชีวิตจากการจมน้ำของเด็ก - อัตราการตายทารก - พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559
2560-2561	- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย มาตรา 48 สิทธิของมารดาในช่วงระหว่างก่อนและหลังการคลอดบุตร ย่อมได้รับความคุ้มครองและช่วยเหลือตามที่กฎหมายบัญญัติ - อัตราการตายทารก - การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
2562	- พระราชบัญญัติการพัฒนาเด็กปฐมวัย พ.ศ. 2562 มาตรา 5(1) ให้มารดาได้รับการดูแลในระหว่างตั้งครรภ์ เพื่อให้บุตรที่อยู่ในครรภ์มีสุขภาพและพัฒนาการที่ดี - อัตราการตายทารก - การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น
2563	- นโยบาย One province One MCH team (Provincial Network) : เน้นพัฒนาบุคลากร “พี่ช่วยน้อง” /มีเครือข่ายดูแลหญิงตั้งครรภ์เสี่ยงที่ได้มาตรฐาน /ประเมินโรงพยาบาลมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก - อัตราการตายทารก - การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น - นโยบาย “ทุกท้องต้องได้รับการดูแลโดยเครือข่ายที่มีมาตรฐาน” หญิงตั้งครรภ์ทุกรายลงทะเบียนประเมินความเสี่ยง Safe MOM
2564	- อัตราการตายทารก - การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น - ลดการตายมารดาคลอด

จากการศึกษานโยบายข้างต้น ในช่วงปี พ.ศ. 2557-2564 พบว่า ไม่มีนโยบายในการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยตรง แม้องค์การสหประชาชาติจะกำหนดตัวชี้วัดในเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals (SDGs) ในเป้าหมายย่อยที่ 3.2 “ยุติการตายที่ป้องกันได้ของทารกแรกเกิดและเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยทุกประเทศมุ่งลดอัตราการตายในทารกลงให้ต่ำต่อการเกิดมีชีวิต

1,000 คน และลดอัตราการตายในเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงให้ต่ำถึง 25 คน ต่อการเกิดมีชีวิต 1,000 คน ภายในปี พ.ศ. 2573” ก็ตาม ทั้งนี้ เนื่องจาก ประเทศไทยได้บรรลุเป้าหมายแล้ว แต่หากเปรียบเทียบกับประเทศที่ร่ำรวยหรือประเทศสิงคโปร์ข้างต้น ประเทศไทยยังมีอัตราการตายที่สูง

2.2 การน่านโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สู่การปฏิบัติ ดังนี้



1) ประสิทธิภาพของแผนพบว่า ความชัดเจนในการแปลงนโยบายเป็นแผนงานและยุทธศาสตร์ แผนปฏิบัติการรองรับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ เป็นหลัก

จากนโยบาย “รัฐบาลสนับสนุนและส่งเสริมการเกิดเพิ่มขึ้นด้วยความสมัครใจ เพื่อเพียงพอสำหรับทดแทนประชากรและการเกิดทุกรายมีการวางแผน มีความตั้งใจและมีความพร้อมในทุกด้าน นำไปสู่การคลอดที่ปลอดภัย ทารกแรกเกิดมีสุขภาพแข็งแรง พร้อมทั้งจะเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ” มีกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ และกลุ่มเด็กอายุ 0 - 5 ปี มีเป้าประสงค์ (1) เพื่อให้การเกิดทุกรายมีการวางแผน มีการเตรียมความพร้อมตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ และได้รับการช่วยเหลือในการมีบุตร (2) เพื่อส่งเสริมให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย ได้รับการดูแลหลังคลอดที่ดี เด็กได้รับการเลี้ยงดูในสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการเจริญเติบโต และมีการพัฒนาสมวัย

มีการวางกลไกการผลักดันติดตามประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์ เช่น (1) ผลักดันเป็นนโยบายแห่งชาติ โดยผ่านคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ (2) ประสานนโยบายและยุทธศาสตร์ไปยังกลไกในทุกระดับ โดยเฉพาะคณะกรรมการพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์ ระดับจังหวัด คณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กแห่งชาติ และคณะกรรมการอื่นที่มีอำนาจหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง (3) จัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อรองรับนโยบายและยุทธศาสตร์ (4) สร้างความรู้ ความเข้าใจในทุกภาคส่วน (5) วางระบบการติดตามประเมินผล เป็นต้น

2) การยอมรับ พบว่า กรมอนามัย โดยสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้ทำการประเมินผลนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ครึ่งแผน เมื่อปี 2564 พบว่าการรับรู้ของหน่วยงานและบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในเรื่องที่เกี่ยวข้องตามบทบาทหน้าที่ยังมีการรับรู้ไม่ทั่วถึง แม้หน่วยงานที่รับผิดชอบจะมีการสื่อสาร ถ่ายทอดนโยบายและยุทธศาสตร์ข้างต้น โดยมีแผนปฏิบัติการฯ เพื่อให้การนำไปปฏิบัติชัดเจนแล้วก็ตาม

3) การนำไปปฏิบัติ พบว่าสภาพแวดล้อม การนำและการมีส่วนร่วม ยังไม่สามารถเอื้อต่อการนำไปปฏิบัติให้เกิดผลอย่างจริงจัง ในช่วงปี พ.ศ. 2557-2564 รวมถึงมีสถานการณ์การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ในส่วนสมรรถนะองค์กรและการเมืองและการบริหารสภาพแวดล้อม พบว่า มีการดำเนินการในลักษณะเป็นงานประจำที่ยังมิได้เร่งรัดแก้ไขปัญหายังจริงจัง

2.3 สถานการณ์การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ของประเทศไทยหลังนำนโยบายมาใช้

1) อัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

จากสถิติ สาธารณสุขกองยุทธศาสตร์และแผนงาน (2565) พบว่า การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในช่วงปี 2557 - 2564 มีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับ สถานการณ์การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีข้างต้น พบว่า กลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี จะมีจำนวนการตายมากกว่ากลุ่มอื่นๆ จากจำนวนการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทั้งหมด ส่วนการตายทารกแรกเกิด (ต่ำกว่า 28 วัน) มีจำนวนเกือบครึ่งหนึ่งของกลุ่มเด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี (ดังตารางที่ 4)



ตารางที่ 4 จำนวนและอัตราการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ต่อการเกิดมีชีพพันคน ปี พ.ศ. 2557-2564

ปี	กลุ่มอายุ					
	ต่ำกว่า 5 ปี		ต่ำกว่า 1 ปี		ทารกแรกเกิด ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 28 วัน)	
	จำนวน (คน)	อัตรา/ร้อยละ	จำนวน (คน)	อัตรา/ร้อยละ	จำนวน (คน)	อัตรา/ร้อยละ
2557	6,277	8.8/ 1.5	4,615	6.5/ -	2,667	3.7/ -
2558	5,841	8.6/ 1.4	4,221	6.2/ 0.9	2,374	3.5/-
2559	5,860	8.8/1.2	4,233	6.4/0.9	2,364	3.5/-
2560	5,352	8.8/1.2	3,861	5.9/1.2	2,124	3.2/-
2561	5,302	8.4/1.1	3,800	6.0/0.8	2,044	3.3/-
2562	4,690	7.9/0.9	3,393	5.7/0.7	1,842	3.1/-
2563	3,960	6.6/0.8	2,876	5.1/0.6	1,648	2.9/-
2564	3,706	7.0/0.7	2,718	5.2/0.5	1,601	3.0/-

ที่มา: กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

2) สาเหตุการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า กลุ่มโรคที่ทำให้เด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เสียชีวิต ได้แก่ ภาวะบางอย่างที่ผิดปกติในระยะปริกำเนิด ความผิดปกติ ความพิการแต่กำเนิดและโครโมโซมผิดปกติ กลุ่มโรคระบบทางเดินหายใจ: โรคปอดบวม กลุ่มโรคติดเชื้อและปรสิต : อาการท้องร่วง ภาวะขาดน้ำ อักเสบ: ติดเชื้อ/ โลหิตเป็นพิษ กลุ่มสาเหตุภายนอกของการป่วยและตาย: อุบัติเหตุจากการขนส่ง/ อุบัติเหตุทางน้ำ: การจมน้ำ กลุ่มโรคมะเร็ง: ลิวคีเมีย (Leukemia)

สาเหตุการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ช่วงปี พ.ศ. 2557-2564 พบว่า ในภาพรวม ช่วงปี พ.ศ. 2557-2564 เด็กอายุต่ำกว่า 1 ปี ส่วนใหญ่ตายมาจากสาเหตุระยะปริกำเนิดมากที่สุด รองลงมา จากสาเหตุความผิดปกติ ความพิการแต่กำเนิด เมื่อพิจารณาในแต่ละปีก็พบว่า ตายจากสาเหตุเหมือนกับภาพรวม

ส่วนการตายของเด็กอายุ 1-4 ปี ในภาพรวมพบว่า เด็ก 1-4 ปี ตายมาจากสาเหตุภายนอก เช่น อุบัติเหตุทางบกและทางน้ำ

มากที่สุด รองลงมา ตายของเด็ก 1-4 ปี มาจากโรคทางเดินหายใจ ปอดบวม เช่นเดียวกัน เมื่อพิจารณาในแต่ละปีก็พบการตายของเด็ก 1-4 ปี ทำนองเดียวกับภาพรวม

ระยะที่ 3 การยกระดับการดำเนินงานเสริมเพื่อลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

จากสถานการณ์ดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงภาพรวมของปัญหาการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยเฉพาะทารกแรกเกิดในประเทศไทยที่สำคัญคือ ทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นทารกเกิดก่อนกำหนด ทารกมีภาวะพร่องออกซิเจนแต่กำเนิด ทารกความพิการแต่กำเนิดโดยเฉพาะโรคหัวใจพิการ รวมถึงปัญหาอื่น ๆ ในทารกแรกเกิด ทารกเหล่านี้มีความจำเป็นต้องได้รับการดูแลเป็นพิเศษ อาจเลี้ยงเสียชีวิตได้ ซึ่งเห็นว่าควรได้พัฒนาระดับการดำเนินงานเสริมเพื่อลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี มีโครงการเสริม ดังนี้

3.1 แนวทางการพัฒนาการจัดระบบบริการสำหรับลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี



ประเด็นปัญหา

1) ทารกเกิดก่อนกำหนด อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ หรือน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 2,500 กรัม

2) ระบบการรับและส่งต่อทารกแรกเกิดระหว่างสถานบริการยังไม่ได้มาตรฐานสากล

3) ภาวะพร่องออกซิเจนในทารกแรกเกิด (Birth asphyxia)

3.2 แนวทางการจัดระบบบริการ พบว่า ควรดำเนินการดังนี้

1) ส่งเสริมให้ความรู้ให้เด็กผู้หญิงยุคใหม่มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ ตั้งครรภ์ในวัยที่เหมาะสม

2) ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ (Antenatal care) ได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมตามเกณฑ์

3) สามารถคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูง (High risk pregnancy) และส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

4) ให้การดูแลเบื้องต้นหญิงตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงและส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

5) สามารถตรวจครรภ์โดยใช้เครื่องอัลตราซาวด์โดยแพทย์หรือเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมระยะสั้นจากสูติแพทย์ (หรือมีระบบการส่งต่อที่ชัดเจน) เพื่อประเมินอายุครรภ์ ส่วนน้ำ ต่ำแหน่ง รวมทั้งลักษณะของรก และปริมาณน้ำคร่ำ

6) สามารถให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ในระยะคลอด ทำคลอด และให้การดูแลหลังคลอดได้ตามมาตรฐาน

7) สามารถประเมินให้การช่วยเหลือเบื้องต้น และส่งต่อหญิงตั้งครรภ์ที่มีภาวะเสี่ยงขณะคลอดได้ เช่น Prolonged labor, Premature ruptured of membrane, Preterm labor เป็นต้น

8) สามารถให้การช่วยเหลือ (Neonatal resuscitation) ทารกแรกเกิดทุกรายได้อย่างเหมาะสม

9) สามารถตรวจติดตามทารกแรกเกิดอายุครรภ์ครบกำหนดเมื่ออายุครบ 7 วัน (Seven day) คัดกรองความผิดปกติ ให้คำแนะนำ รวมทั้งส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

10) ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นทารกที่ป่วยหนักหรือทารกเกิดก่อนกำหนดอายุครรภ์ <35 สัปดาห์ และส่งต่อได้อย่างเหมาะสม

11) สามารถตรวจหาความผิดปกติในทารกกลุ่มเสี่ยงได้ เช่น ROP, Hearing screening, Head ultrasound เพื่อประเมินภาวะ Intraventricular hemorrhage (IVH), periventricular leukomalacia (PBL)

12) ให้การดูแลเบื้องต้นทารกที่สงสัยว่ามีปัญหาโรคหัวใจและอยู่ในภาวะวิกฤต

3.3 พัฒนาปรับปรุงคู่มือการสำรวจและการวินิจฉัยการตายมารดาที่มีผลกระทบต่อทารกอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า อัตราการตายมารดา เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดทางด้านสุขภาพที่สำคัญ ซึ่งส่งผลกระทบต่อทารก 0.5 ปี เช่นกัน อีกทั้งยังสามารถแสดงถึงสถานการณ์ด้านการให้บริการสาธารณสุขอีกด้วย แต่เป็นที่ทราบกันดีว่ารายงานการตายมารดามักจะต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากในการวินิจฉัยสาเหตุการตายของหญิงในวัยเจริญพันธุ์ ยังมีความคลาดเคลื่อนอยู่มาก ทำให้อัตราส่วนการตายมารดาต่ำกว่าความเป็นจริง นอกจากนี้ยังพบว่าการตายที่สำรวจได้ทั้งหมดเป็นการตายที่มีใบมรณบัตร แต่การวินิจฉัยโรคยังไม่ถูกต้อง ดังนั้นการตายของมารดาสำหรับประเทศไทยจึงมีความเป็นไปได้ที่แต่ละจังหวัดสามารถทำได้โดยไม่ต้องใช้งบประมาณหรือเวลายาวนาน แต่ในการที่แต่ละจังหวัดทำ อาจมีการดำเนินการที่แตกต่างกัน รวมทั้งอาจมีการตีความที่แตกต่าง กรมอนามัยจึงพิจารณาที่จะได้ทำ โดยนำวิธีการสำรวจข้อมูล



การตายตามแบบของ RAMOS (The Reproductive Age Mortality Survey) ซึ่งนับว่าเป็นวิธีการวัดการตายมารดาที่ดีที่สุดในการสำรวจอัตราส่วนมารดาตาย โดยการพิสูจน์และสืบสวนสาเหตุการตายของหญิงวัยเจริญพันธุ์ทั้งหมด ซึ่งจัดทำคู่มือสำหรับการศึกษากการตายเพื่อให้จังหวัดต่าง ๆ สามารถดำเนินการเองได้ อีกทั้งยังสามารถนำผลของทุกจังหวัดมารวมเป็นผลงานรวมของประเทศ และเป็นสากลที่สามารถนำไปเปรียบเทียบกับในระดับสากลได้ มีขั้นตอนการเก็บข้อมูล ดังนี้

3.3.1 ขั้นตอนในการสำรวจ

พบว่า ณ ที่ว่าการอำเภอ/เขต หรือ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือเทศบาล ควรมีผู้เกี่ยวข้อง ดังนี้

- 1) ผู้แจ้งนับข้อมูล/ผู้รวบรวมข้อมูล เป็นผู้ตรวจสอบใบมรณบัตรทุกใบที่เป็นการตายระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2540 ถึง 31 ธันวาคม 2541 ไม่ว่าจะเป็นคนที่มีภูมิลำเนาอยู่ที่จังหวัดใดก็ตาม คัดมาเฉพาะเป็นการตายของหญิงอายุ 15-49 ปี ทุกคน ไม่ว่าจะแต่งงานแล้วหรือเป็นโสดก็ตาม แล้วคัดลอกข้อมูลชื่อนามสกุล อายุ วัน เดือน ปีที่ตาย ที่อยู่ สถานที่ตาย สาเหตุการตาย ลงในแบบสำรวจการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15-49 ปี หลังจากนั้นจึงนับจำนวนการตายทั้งหมดเป็นจำนวนหญิงวัยเจริญพันธุ์ตายของจังหวัดนั้นๆ ส่วนแบบสำรวจการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15-19 ปี (MMR 1) แต่ละใบตรวจสอบสาเหตุการตาย ถ้าเป็นการตายจากอุบัติเหตุฆ่าตัวตาย หรือ ถูกฆ่าตาย มีอายุ 45-49 ปี และเป็นมะเร็งตาย ให้คัดออกเนื่องจากไม่ใช่แม่ตาย

- 1.1) ส่วนแบบสำรวจการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15-49 ปี (MMR 1) ที่คัดการตายจากสาเหตุออกแล้วแยกสถานที่ตายเป็น 2 กลุ่มคือ ตายในสถานพยาบาลกับตายนอกสถานพยาบาล โดยถ้าเป็นการตายในสถานพยาบาลให้แยกตามสถานพยาบาลแต่ละแห่ง และส่งไปคืนข้อมูล

เพิ่มเติมจากสถานบริการ/โรงพยาบาลที่มีการตายเกิดขึ้น ถ้าเป็นการตายนอกสถานบริการให้ส่งแบบสำรวจการตายของสตรีวัยเจริญพันธุ์อายุระหว่าง 15-49 ปี (MMR 1) ให้ทีมผู้สืบค้นข้อมูลดำเนินการสำรวจข้อมูลเพิ่มเติม

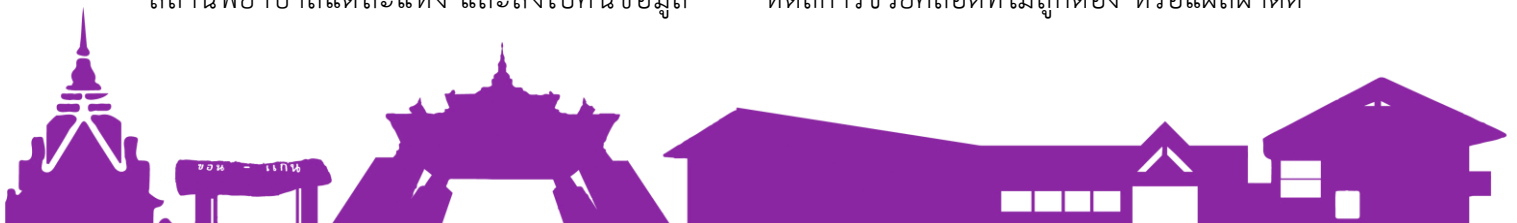
- 1.2) เมื่อได้รายชื่อชื่อนามสกุล ที่อยู่ อายุ ของหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่สงสัยว่าเป็นมารดาตาย จากผู้แจ้งนับข้อมูล/ผู้รวบรวมข้อมูล ให้ติดตามไปที่บ้านผู้ตาย และสอบถามผู้ใกล้ชิดกับผู้ตายและทราบรายละเอียดอาการก่อนตาย โดยใช้แบบสัมภาษณ์ MMR 2/1.6

- 2) ทีมผู้บริหาร ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลทั้งจำนวนและรายละเอียดของข้อมูลที่ได้จากผู้เก็บข้อมูล และผู้สืบค้นข้อมูล เพื่อนำส่งให้สูติแพทย์วินิจฉัยต่อไป

3.4 แนวทางการวินิจฉัยมารดาตายและสาเหตุการตาย

องค์การอนามัยโลกได้แบ่งสาเหตุการตายมารดาเป็นหลายสาเหตุ แต่ยังคงขาดรายละเอียดวิธีการจำแนกและบางสาเหตุยังซ้ำซ้อนกันอยู่ เพื่อให้การจำแนกสาเหตุการตายได้ถูกต้องและเป็นมาตรฐานเดียวกัน จึงจัดทำรายละเอียดเพิ่มเติม การจำแนกสาเหตุการตาย ดังนี้

- 3.4.1 สาเหตุการตายโดยตรงทางสูติกรรม (Direct obstetric death) คือ การตายที่มีสาเหตุจากการตั้งครรภ์โดยตรง ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ได้แก่ ตกเลือดทางสูติกรรม (Obstetric hemorrhage) คือ การตกเลือดทั้งก่อนคลอดหรือหลังคลอดก็ได้ จนทำให้มารดาตาย ได้แก่ การตกเลือดจากการแท้งเอง การตกเลือดจากท้องนอกมดลูก (Ectopic pregnancy) การตกเลือดจากมดลูกไม่แข็งตัวหลังคลอดโดยไม่มีสาเหตุ (Uterine atony) รวมทั้งมดลูกแตก (Uterine rupture) ซึ่งไม่ใช่เป็นผลจากการคลอดติดขัด (Obstructed labour) เช่น จากการกระตุ้นคลอดอย่างรุนแรง การใช้หัตถการช่วยคลอดที่ไม่ถูกต้อง หรือแผลผ่าตัด



คลอดทางหน้าท้องจากครรภ์ก่อนแตก หรือแยก โดยมารดายังไม่รู้สึกเจ็บครรภ์ (Previous cesarean section wound rupture of dehiscence without labour)

3.4.2 การติดเชื้อ (Sepsis) ได้แก่ การติดเชื้อภายหลังการแท้งเอง หรือหลังคลอดก็ได้ ยกเว้นการติดเชื้อเป็นผลจากการทำแท้ง หรือเป็นผลจากการฉีกขาดของช่องทางคลอดอย่างมาก หรือรุนแรง ซึ่งเป็นผลจากการคลอดติดขัด (Obstructed labour)

3.4.3 ความดันโลหิตสูง สาเหตุนี้ทำให้มารดาตายได้หลายรูปแบบ เช่น ชักจนหมดสติ ตกเลือดในสมองบวมมาก ตกเลือดจาก Coagulation defect หมดสติ การวินิจฉัยความดันโลหิตสูงจากการตั้งครรภ์ บางครั้งอาจจะไม่ชัดเจนเหมือนการชักจากการตั้งครรภ์ (Eclampsia) แต่ก็คงต้องยึดหลักค่านิยามของโรค ก็คือ ตรวจพบความดันโลหิตสูงมากกว่าหรือเท่ากับ 140/90 มิลลิเมตรปรอท มากกว่า 1 ครั้ง ขณะตั้งครรภ์หรือเมื่อมาฝากครรภ์ รวมทั้งระยะหลังคลอด

3.4.4 การคลอดติดขัด (Obstructed labour) สาเหตุนี้มักจะทำให้มารดาเสียชีวิตจากการตกเลือด โดยเฉพาะมดลูกไม่หดรัดตัว (Secondary uterine inertia) หรือการฉีกขาดของช่องทางคลอดอย่างมากจนกระทั่งมดลูกแตก ซึ่งเป็นผลจากการดูแลการคลอดอย่างละเลย (Neglected) หรือไม่ถูกต้อง รวมทั้งการใช้หัตถการช่วยคลอดอย่างยากลำบาก (Difficult operative delivery)

3.4.5 แท้งที่ไม่ปลอดภัย (Unsafe abortion) สาเหตุนี้ทำให้มารดาตายได้จากการตกเลือดมากหรือการติดเชื้อได้ โดยมีประวัติมารดาไปทำแท้งมาก่อน

3.4.6 สาเหตุโดยตรงทางสูติศาสตร์อื่น ๆ ได้แก่ สาเหตุการตายที่เกี่ยวข้องกับการตั้งครรภ์และการคลอดโดยตรง ที่ไม่สามารถ

จัดไว้ในสาเหตุโดยตรงอื่น ๆ ได้แก่ สาเหตุจากผลแทรกซ้อนจากการให้ยาสลบ เป็นต้น

3.4.7 สาเหตุการตายโดยอ้อม (Indirect obstetric death) ได้แก่ การตายมารดาที่มีสาเหตุจากโรคที่มารดาเป็นมาก่อน หรือเป็นขึ้นขณะตั้งครรภ์ หรือขณะคลอด หรือหลังคลอด และมีอาการรุนแรงขึ้นจากสรีรวิทยาของการตั้งครรภ์ ที่พบบ่อยได้แก่ มารดาเป็นโรคหัวใจ

อภิปรายผล

จากการศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบว่า การนำนโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงได้เรื่อย ๆ ซึ่งเมื่อนำมาเปรียบเทียบกับประเทศพัฒนาแล้วก็ยังถือว่ายังไม่ได้ตามเป้าหมายที่ควรจะเป็น ซึ่งอาจพบบ้างจายและต้นเหตุหลายๆ ประเด็น ผู้วิจัยเห็นว่าประเด็นที่สำคัญในการอภิปรายผล มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่ผ่านมา (ก่อนปี พ.ศ. 2557)

สำหรับการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี พบว่า อัตราการตายของทารก ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ในช่วง พ.ศ. 2538-2539 มีอัตราการตายของทารกต่อ 1,000 การเกิดมีชีพ เท่ากับ 20.4 และ 20.7 ตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างกัน หรือปี 2539 มีการตายมากกว่าเล็กน้อย ซึ่งในภาพรวมบ่งชี้ให้เห็นว่าการดำเนินงานที่ผ่านมายังไม่สามารถลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้ ทั้งนี้ ผู้วิจัยเห็นว่าที่ผ่านมากกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญการตายของมารดามากกว่าการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะว่า การตายของมารดาจะส่งผลกระทบต่อตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เช่นกัน จึงให้ความสำคัญการตายของมารดามากกว่าเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยเฉพาะให้ความสำคัญการฝากครรภ์ของมารดาหรือวัยเจริญพันธุ์เป็นอันดับแรก ๆ ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของพิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ (2565)



ได้ศึกษาสถานการณ์แนวทางการฝากครรภ์ในประเทศไทย พบว่า การฝากครรภ์จะช่วยให้อัตราการตายมารดาตกลงจาก 26.6 ลงมาเป็น 22.90 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน ในช่วงปี 2559-2563 และพบว่า จากการฝากครรภ์ 468 ราย ไม่พบทารกหรือเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี เกิดโริ่ชีพ ซึ่งตรงประเด็นนี้ผู้วิจัยเห็นว่า สิ่งที่ได้ดำเนินการที่ผ่านมา ให้บริการฝากครรภ์ 5 ครั้ง ยังไม่เป็นไปตามแนวทางที่ได้กำหนดไว้ตามเกณฑ์การฝากครรภ์คุณภาพ และไม่สอดคล้องกับการแนะนำขององค์การอนามัยโลกได้กำหนดให้ฝากครรภ์อย่างน้อย 8 ครั้ง เพื่อลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ดังนั้น ผู้วิจัยเห็นว่า ควรให้มีการพัฒนาระดับการให้บริการที่มีคุณภาพ มีความชัดเจนที่จะมอบหมายให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการอย่างจริงจังต่อไป

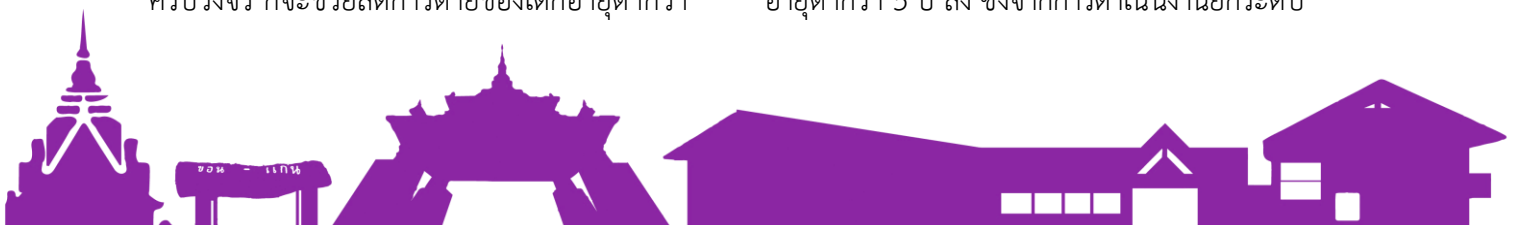
2. การนำนโยบายการลดการตายเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี สู่การปฏิบัติ

สำหรับนโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ช่วงปี พ.ศ. 2557-2564 พบว่า นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ช่วงปี พ.ศ. 2557-2564 จะเน้นให้ความสำคัญการตายของทารกเป็นส่วนใหญ่ แต่ไม่ได้เน้นที่ชั้นลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยตรง เช่นเดียวกับนโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนานาอนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (พ.ศ. 2560-2569) ว่าด้วยการส่งเสริมการเกิดและการเจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ (กระทรวงสาธารณสุข, 2559) นโยบายเหล่านี้ในภาพรวมบ่งชี้ให้เห็นว่าเป็นนโยบายส่งเสริมระบบบริการให้มีคุณภาพ และผู้มาใช้บริการสามารถเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียมกัน จะส่งผลให้การคลอดทุกรายเกิดรอดปลอดภัยทั้งแม่และลูก สิ่งเหล่านี้ผู้วิจัยเห็นว่า ถ้าสามารถให้บริการแบบครบวงจรตั้งแต่ระยะก่อนสมรสและก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด ระยะหลังคลอด และที่สำคัญบุคลากรที่เกี่ยวข้องควรได้รับการอบรมการให้บริการแบบครบวงจร ก็จะช่วยลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า

5 ปี ลงได้แน่นอน แต่อย่างไรก็ตาม พบว่า ยังมีบุคลากรบางส่วนยังไม่เข้าใจทิศทางการบริการแบบคุณภาพ ยังให้บริการแบบเดิม ๆ อาจทำให้แม่มีความเสี่ยงเกิดภาวะตกเลือดหลังคลอดได้ ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาของ น้ำผึ้ง กลิ่นด่าง (2557) ที่ได้ศึกษาข้อมูลมารดาและทารกกำเนิดในเขตสุขภาพที่ 4 และ 5 ปี 2554 พบว่า สาเหตุการตายของมารดาส่วนใหญ่มาจากภาวะตกเลือดหลังคลอด และจะส่งผลให้ทารกตายแบบปริกำเนิด ส่วนใหญ่มาจากการตายเป็อยยู่ เช่นเดียวกับการศึกษาของสุรศักดิ์ ฐานิพานิชสกุล และคณะ (2552) ได้สำรวจข้อมูลเกี่ยวกับทารกคลอดตายจากโรงพยาบาลทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2548-2550 พบว่า การตายของทารกปริกำเนิดเกิดจากการตายเป็อยยู่เป็นอันแรกถึงร้อยละ 35.47, 35.53 และ 41.56 ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษาของดาร์ส ลิ้มทองนพคุณ (2546) ที่พบว่า การตายของทารกเป็อยยู่ คิดเป็นร้อยละ 37.44 หรือประมาณ 1 ใน 3 ของทารกเกิดมีชีพ มีสาเหตุมาจากผู้ให้บริการทำคลอดขาดความรู้ความเข้าใจในการนับลูกด้น และแม่ไม่สามารถประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ได้ เป็นผลให้ทารกตายในครรภ์จนกระทั่งเป็อยยู่ ดังนั้น ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยเห็นว่า ผู้บริหารควรให้ความสำคัญคือ เน้นนโยบายอย่างเคร่งครัด โดยการให้บุคลากรทุกคนที่ให้บริการในห้องคลอดได้มีความรู้ ให้ความสำคัญของการด้นและการปฏิบัติตัวของมารดาเมื่อจำนวนการด้นลดลง การสังเกตการด้นแล้วบันทึกข้อมูลลงบนแผ่นบันทึกในสมุดสีชมพู ซึ่งจะช่วยลดการตายของทารกหรือเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงได้

3. การพัฒนาระดับการดำเนินงานในการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี

สืบเนื่องมาจากการดำเนินงานตามนโยบายสู่การปฏิบัติ ยังพบปัญหาอุปสรรคหลาย ๆ ด้าน ทำให้ต้องดำเนินการเสริมในประเด็นที่ยังมีปัญหอยู่ เพื่อลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลง ซึ่งจากการดำเนินงานยกระดับ



การให้บริการทำคลอด เช่น คู่มือการฝากครรภ์ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข แนวทางเฝ้าระวัง มารดาเสียชีวิต หรือปรับระบบบริการคุณภาพ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้บ่งชี้ให้เห็นว่า นโยบายต่าง ๆ ที่นำมาสู่การปฏิบัตินั้นอาจเป็นแก่นามธรรม ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจในทางปฏิบัติได้ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยมองว่าควรยกระดับการให้บริการโดยการ พัฒนาระบบบริการห้องคลอดให้มีการบริการที่ จับต้องได้ เช่น จัดทำโครงสร้างห้องคลอดเสริม ทักษะให้กับบุคลากรห้องคลอด จัดหาวัสดุอุปกรณ์ ให้เพียงพอและเหมาะสมกับการให้บริการ เป็นต้น ดังนั้น เพื่อให้ทีมบุคลากรเหล่านี้มีแนวทางการ ให้บริการทำคลอดแบบมีอาชีพ ลดความเสี่ยง การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ลงได้ ก็สอดคล้อง กับการศึกษาของประพนธ์ เครือเจริญ (2551) และ อนุวัฒน์ ศุภชุตikul พบว่า การปรับโครงสร้าง ห้องคลอด ประกอบด้วย ทรัพยากร เครื่องมือ และอุปกรณ์ทางการแพทย์ บุคลากรที่มีคุณภาพ งบประมาณ รวมทั้งรูปแบบการจัดการ เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นปัจจัยช่วยให้การทำคลอดดีขึ้น เป็นการปรับนโยบายให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้คลอดให้เหมาะสมและมีคุณภาพ ซึ่งก็สอดคล้องกับการศึกษาหลาย ๆ ท่าน เช่น การศึกษาของสถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ โรงพยาบาล (2541) การศึกษาของบุญเอื้อ ชมบุญ (2546), พรณี อีระบุญชัยกุล (2545) วิไลพรรณ สวัสดิ์พาณิชย์ (2545) พรเพ็ญ วิระ รังสียากรณ์ (2544) และพิริยา ศุภศรี (2546) เป็นต้น พบว่า ผู้ทำคลอดดูแลผู้คลอดที่เหมาะสม ตามระยะการคลอด รวมทั้งการพัฒนาแนว ทางการดูแลผู้คลอดที่มีความเสี่ยงสูง ให้ได้ มาตรฐาน มีคุณภาพ ตามนโยบายดังกล่าว ผู้วิจัย จึงเห็นว่า รัฐบาลควรประกาศเป็นนโยบาย สาธารณะที่ชัดเจนและปฏิบัติได้ เพื่อให้ ประชาชนเป้าหมายได้รับสิทธิและเข้าถึงบริการ อย่างเท่าเทียมกัน รวมทั้งเพิ่มมาตรการลดการ ตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี อย่างต่อเนื่องและ

จริงจัง ซึ่งเรื่องดังกล่าวเป็นการวัดดัชนีการพัฒนา ประเทศและการลงทุน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

1.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) รัฐบาลควรแสดงเจตนารมณ์ และมุ่งมั่นในการประกาศนโยบายการลดการตาย ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้จริง และมอบหมายให้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ดำเนินการต่อไป

2) รัฐบาลควรมอบหมายให้ กระทรวงสาธารณสุข เป็นแกนหลัก ผลักดัน นโยบายการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ให้ชัดเจน และให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็น เครือข่ายเข้ามารับผิดชอบร่วมผลักดันไปสู่ เป้าหมายเทียบเท่ากับประเทศที่พัฒนาแล้ว

3) กระทรวงสาธารณสุข โดย กรมอนามัย ควรทำกรอบแนวทางการดำเนินงาน ในลักษณะแผนแม่บทแบบบูรณาการผสมผสานให้ ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการขับเคลื่อนให้เป็น รูปธรรมชัดเจนตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละ หน่วยงานในการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้จริง อย่างต่อเนื่อง

1.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1) กระทรวงสาธารณสุข ควร แต่งตั้งหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งในและนอก กระทรวงสาธารณสุข รับผิดชอบในการจัดทำ ฐานข้อมูลการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และ การวินิจฉัยการตายของแม่ที่มีผลกระทบต่อ การตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี โดยมีการสนับสนุน งบประมาณ สนับสนุนอย่างจริงจังและต่อเนื่อง

2) กระทรวงสาธารณสุขและ หน่วยงานภายนอก เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการพัฒนาสังคม และความมั่นคงของ มนุษย์ เป็นต้น ควรจัดทำคู่มือหรือแนวทางการ ดำเนินตามนโยบาย โดยการประชาสัมพันธ์และ ร่วมชี้แจงให้กับบุคลากรทุกระดับได้รับรู้ นำไปสู่ การปฏิบัติได้จริง



3) ควรให้กระทรวงสาธารณสุข และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งรายงานความก้าวหน้า สถานการณ์และ ปัญหาอุปสรรค เสนอให้ทุกหน่วยงานได้รับรู้เพื่อ เป็นบทเรียนในการแก้ไขปัญหาการตายของเด็ก อายุต่ำกว่า 5 ปี ได้จริง

2. ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยในครั้งต่อไป

1) ควรมีการประเมินผลการดำเนินงาน ในการลดการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี และ ปัญหาอุปสรรค เพื่อเป็นแนวทางการแก้ไขการ ตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ได้จริง

2) ควรให้ทุกหน่วยงานทั้งในและ นอกกระทรวงสาธารณสุข ได้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับ การจัดการฐานข้อมูลการตายของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปี ที่น่าเชื่อถือ เป็นที่ยอมรับของทุกหน่วยงาน

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *นโยบายและ ยุทธศาสตร์ การพัฒนาอนามัยการเจริญ พันธุ์แห่งชาติ ฉบับที่ 2 (2560-2569) ว่า ด้วย การส่งเสริมการเกิดและการ เจริญเติบโตอย่างมีคุณภาพ*. นนทบุรี: ไม่ได้ตีพิมพ์.
- คำรัส ลิ่มทองนพคุณ. (2546). การตายของ ทารกปริกำเนิดในโรงพยาบาลนครปฐม ปีงบประมาณ 2542-2546. *วารสาร การแพทย์เขต 6-7*, 23 (12) : 99-105.
- น้ำผึ้ง กลิ่นดวง. (2557). การศึกษาข้อมูลการตาย ของมารดาและทารกปริกำเนิดในเขต สาธารณสุขที่ 4 และ 5 ปี 2554. ศูนย์ อนามัยที่ 4 ราชบุรี กรมอนามัย กระทรวง สาธารณสุข.

บุญเอื้อ ชมบุญ. (2546). *การสร้างมาตรฐานการ พยาบาลผู้คลอดปกติ*. (ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การพยาบาลแม่และเด็ก) บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ประพนธ์ เครือเจริญ. (2551). การประเมินผล การพัฒนาระบบบริการห้องคลอด โรงพยาบาลศรีธาตุ จังหวัดอุดรธานี. *วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข*, 2(2) : 1253-1264

พรเพ็ญ วิระรังษิยาภรณ์. (2544). *การสร้าง มาตรฐานการพยาบาลผู้คลอดปกติใน ระยะที่ 2, 3 และ 4 ของการคลอด*. (ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล) บัณฑิต วิทยาลัย: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พรรณิ อธิระบุญชัยกุล. (2545). *การสร้าง มาตรฐานการวางแผนจำหน่ายทารก คลอดก่อนกำหนดในโรงพยาบาล มหาราชนครราชสีมา*. (ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชา การบริหารการพยาบาล) บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

พิมลพรรณ ต่างวิวัฒน์ และคณะ. (2565). การ วิเคราะห์สถานการณ์แนวทางการฝาก ครรภ์ในประเทศไทย. *วารสารวิชาการ สาธารณสุข*, 31(5) : 809-825

พิริยา ศุภศรี. (2540). *การพยาบาลในระยะคลอด*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: ภาควิชาการ พยาบาลแม่และเด็ก คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

วิไลพรรณ สวัสดิทาณิชย์. (2545). *การพยาบาล มารดาหลังคลอด*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). ชลบุรี : โรงพิมพ์ศรีศิลป์การพิมพ์.



สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

(2541). *Simplicity in a Complex System*

แนวคิดและประสบการณ์สำหรับโรงพยาบาล.

(ม.ป.ป.). นนทบุรี : สถาบันพัฒนาและ

รับรองคุณภาพโรงพยาบาล.

สุรศักดิ์ ฐานีพานิชสกุล และคณะ. (2552).

การสำรวจข้อมูลเกี่ยวกับมารดาและ

ทารกแรกคลอด. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

และกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.

นนทบุรี : ไม่ได้ตีพิมพ์

อนุวัฒน์ ศุภชติกุล และจิรุตม์ ศรีรัตนบัลล์.

(2543). *คุณภาพของระบบสุขภาพ.*

(ม.ป.ป.). นนทบุรี : สถาบันวิจัยระบบ

สาธารณสุข.



การวิเคราะห์สภาพคล่องทางการเงิน ความมั่นคงทางการเงิน และประสิทธิภาพ การดำเนินงานของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย

ANALYSIS OF FINANCIAL LIQUIDITY, FINANCIAL STABILITY AND OPERATIONAL
EFFICIENCY OF HOSPITALS UNDER THE OFFICE OF THE PERMANENT SECRETARY,
MINISTRY OF PUBLIC HEALTH, THAILAND

วัลลภ คชบก

Wallop Kochabog

Received : 16 January 2023, Received in revised form : 15 March 2023, Accepted : 21 March 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเอกสารนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อการวิเคราะห์สภาพคล่องทางการเงิน ความมั่นคงทางการเงิน และประสิทธิภาพการดำเนินงานของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิ จากงบการเงินของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในไตรมาสที่ 4 (เดือนกรกฎาคม - กันยายน 2565) และจากข้อมูลเอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้อง โดยแยกการศึกษาเป็น 2 ตอน ตอนที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินในภาพรวมของประเทศ โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ โรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด 900 แห่ง และตอนที่ 2 การศึกษาการวิเคราะห์สภาพคล่องทางการเงิน และประสิทธิภาพในการดำเนินงานของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ขนาดของตัวอย่าง จำนวน 227 โรงพยาบาล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

ผลการศึกษาพบว่า สถานะทางการเงินของโรงพยาบาล พิจารณาจากค่า Current Ratio Quick Ratio และ Cash Ratio พบว่า เขตสุขภาพที่มีสถานะการเงินโดยรวมดีที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 5 และ 10 ส่วนเขตสุขภาพที่มีสถานะการเงินโดยรวมน้อยที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 2 เมื่อพิจารณา ค่า Risk score พบว่า โรงพยาบาลส่วนใหญ่ ร้อยละ 96.0 มีระดับคะแนน 0-1 หรือระดับปกติ และไม่มีโรงพยาบาลใดอยู่ในระดับ 6 และ 7 ซึ่งคาดว่าจะประสบปัญหาภายใน 3 เดือน และระดับ 7 มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง ส่วนตัวชี้วัดปัจจัยทางการเงินของโรงพยาบาล พบว่า ทุนสำรองสุทธิ (NWC) มีค่า mean = 150,529,561.35 บาท ค่า max = 3,460,081,856.17 บาท ค่า min = -43,672,504.17 บาท เงินบำรุงหลังหักหนี้ ค่า mean = 65,120,215.72 บาท ค่า max = 2,439,301,219.33 บาท ค่า min = -223,663,884.44 บาท รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (NI) ค่า mean = 62,732,562.37 บาท ค่า max = 1,364,391,541.07 บาท ค่า min = -112,244,694.89 บาท ความมั่นคงทางการเงิน พบว่า เขตสุขภาพความมั่นคงมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 5 ส่วนเขตที่มีความมั่นคงน้อยที่สุดในภาพรวม คือ

กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, นนทบุรี 11000
Health Economic and Health Security The Ministry of Public Health, Nonthaburi 11000
Corresponding author; E-mail: oeishi.fc@gmail.com



เขตสุขภาพที่ 1 ประสิทธิภาพการดำเนินงานดีที่สุด คือ มีคะแนนประเมินระดับ A มากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 5 ได้ร้อยละ 47.62 ส่วนเขตที่มีประสิทธิภาพการดำเนินงานน้อยที่สุด คือ มีคะแนนประเมินระดับ F มากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 1 ได้ร้อยละ 16.00 สรุปได้ว่า สถานะทางการเงินในภาพรวมของประเทศค่อนข้างดี แต่เมื่อพิจารณารายเขตสุขภาพพบว่ายังมีบางเขตสุขภาพที่มีปัญหาในบางด้านที่ผู้บริหารทุกระดับโดยเฉพาะผู้บริหารของโรงพยาบาลแต่ละแห่ง ควรใช้ข้อมูลจากการศึกษาวิเคราะห์เป็นฐานในการตรวจสอบความถูกต้องและวางแผนแก้ไขปัญหตามบริบทของแต่ละโรงพยาบาลต่อไป

คำสำคัญ: สภาพคล่องทางการเงิน, ความมั่นคงทางการเงิน, ประสิทธิภาพการดำเนินงาน, โรงพยาบาล

ABSTRACT

This documentary research The objective is to analyze the financial liquidity, financial stability, and operational efficiency of hospitals under the office of the permanent secretary, ministry of public health ministry of public health. using secondary data from the financial statements of the division of health economics and health security office of the permanent secretary, ministry of public health, for fiscal year 2022 in the 4th quarter (July–September 2022) and from relevant documents and reports. The study was divided into two parts. Part 1 was an analysis of the overall financial situation of the country. The target group is all 900 hospitals under the Ministry of Public Health, and part 2 is a study of financial liquidity analysis and the operational efficiency of hospitals under the Office of the Permanent Secretary of the Ministry of Public Health. The sample size of 227 hospitals was analyzed using descriptive statistics, including frequency distribution, percentage, mean, maximum, and minimum.

Findings of the overall and region-base study regarding financial liquidity, financial stability and operational efficiency suggested that: Public health region with largest population size was the 9th region and smallest size was the 3rd region. In terms of number of hospital, the 1st public health region had largest number of hospital while the 2nd region had smallest number. With respect to hospital financial status based on Current Ratio Quick Ratio and Cash Ratio, it was found that the 5th and 10th had best overall financial status and the 2nd region was on the opposite side. When Risk score was taken into account, it revealed that the largest part of hospital (96.0%) gained 0-1 or normal level and no hospital was in level 6 and 7 which is expected to encounter financial problems within 3 months and facing financial crisis, respectively. In respect of hospital financial indicators. Net Working Capital (NWC) had mean = 150,529,561.35 bath, max = 3,460,081,856.17 baht and min = -43,672,504.17 baht. Subsidy after debt payment showed mean = 65,120,215.72 baht, max = 2,439,301,219.33 baht and min = -223,663,884.44 baht. Income higher (lower) than net expense (NI) showed mean = 62,732,562.37baht, max = 1,364,391,541.07 baht and min = -112,244,694.89 baht. In terms of financial stability, the 5th region demonstrated highest level of financial stability while the 1st region showed lowest level from the overall perspective. With respect to operational efficiency, the 5th



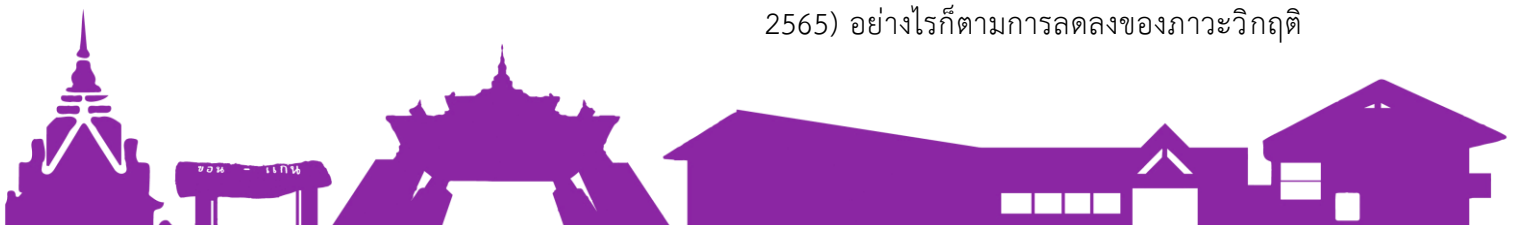
region could produce best operational efficiency by obtaining largest number of A result (47.62%) in their performance assessment while the 1st region obtained least performance with largest number of F result (16.00%). According to the analysis, we have learnt that although the overall financial status is fairly good but when respective public health region is taken into account, some regions still have certain problems and the executive of all levels including each hospital executive might apply the data from this analysis as a basis for verifying problems and planning for solutions according to the context of each hospital.

Keywords: Financial liquidity, Financial stability, Health services operational efficiency, Hospital

บทนำ

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินการด้านการเงิน การคลังสุขภาพ โดยมีโรงพยาบาลที่อยู่ในสังกัด จำนวน 900 แห่ง (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2565) มีรายได้หลักจาก 3 แหล่ง คือ เงินงบประมาณ กองทุนต่าง ๆ และรายได้ค่ารักษาพยาบาลจากผู้ป่วยชำระเอง มีค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น เช่น ค่ายา และเวชภัณฑ์ ค่าวัสดุครุภัณฑ์ เงินเดือนบุคลากร ค่าสาธารณูปโภค เป็นต้น รัฐบาลมีนโยบายปฏิรูประบบราชการ โดยกระทรวงการคลังได้ดำเนินการปรับเปลี่ยนหลักการบัญชีภาครัฐจากเกณฑ์เงินสด เป็นเกณฑ์คงค้าง มุ่งเน้นผลงานและผลลัพธ์ แทนการควบคุมปัจจัยนำเข้าและกระจายความรับผิดชอบในการบริหารการเงิน ให้หน่วยงานมีอิสระและคล่องตัวในการจัดสรรทรัพยากร เพื่อผลิตผลงานตามพันธกิจ เป้าหมาย ของแต่ละหน่วยงานอย่างมีประสิทธิภาพ หน่วยงานภาครัฐจึงจำเป็นต้องมีข้อมูลทางบัญชีที่สมบูรณ์เพียงพอต่อการวิเคราะห์ฐานะการเงินและประเมินผลการดำเนินงานทางการเงิน มีข้อมูลต้นทุนในการผลิต ผลผลิตและบริการ เพื่อเป็นเกณฑ์ในการขอจัดสรรงบประมาณ และมีข้อมูลสนับสนุนการวางแผนทางการเงิน การบริหารจัดการทรัพยากร และการตรวจสอบกำกับดูแลองค์กรของผู้บริหาร และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (สำนักมาตรฐานด้านการบัญชีภาครัฐ, 2546)

ปัญหาโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เกิดภาวะวิกฤติทางการเงินพบเห็นเรื่อยมา จึงถึงช่วงปีงบประมาณ 2557-2564 ปรากฏว่ามีจำนวนโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขประสบปัญหาลดลง โดยสามารถแยกวิเคราะห์ได้เป็น 2 ช่วงสำคัญ คือ ช่วงปีงบประมาณ 2557-2560 เป็นช่วงที่โรงพยาบาลมีการปรับตัวและสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดวิธีการจัดสรรเงินกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในลักษณะให้การช่วยเหลือโรงพยาบาลที่ประสบปัญหาและมีขนาดเล็กทำให้สถานการณ์วิกฤติทางการเงินของโรงพยาบาลลดลง จากที่เคยประสบปัญหาวิกฤติระดับ 7 จำนวน 156 แห่ง เหลือเพียง 29 แห่งในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 แต่พบว่ามียุทธศาสตร์ที่จะเกิดภาวะวิกฤติรุนแรง (ระดับ 6) เพิ่มขึ้นในปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 เนื่องจากมีการปรับปรุงและพัฒนาระบบบัญชีให้มีความถูกต้อง รวมทั้งปัญหาของโรงพยาบาลที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ประชากรเบาบาง ช่วงที่ 2 ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561-2564 (ปัจจุบัน) พบว่าวิกฤติทางการเงิน (ระดับ 7) ลดลงอย่างจากจำนวน 13 แห่ง เหลือ 5 แห่ง ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2564 กลุ่มที่เสี่ยงต่อภาวะวิกฤติทางการเงิน (ระดับ 6) ก็มีแนวโน้มลดลงจากจำนวน 49 แห่ง เหลือ 12 แห่ง (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ, 2565) อย่างไรก็ตามการลดลงของภาวะวิกฤติ



ในปีงบประมาณ พ.ศ.2562- 2564 ส่วนหนึ่งมาจาก การเพิ่มงบประมาณรักษาผู้ป่วย COVID-19 (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ, 2565)

ดังนั้น เพื่อเป็นการเฝ้าระวังมิให้โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เกิดระดับวิกฤตรุนแรงในอนาคต จึงจำเป็นที่จะต้องเพิ่มประสิทธิภาพการบริหารการเงินการคลัง ลดปัญหาการบริหารงาน และการใช้ข้อมูลทางการบัญชีเพื่อการวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงิน เพื่อวางแผนดำเนินการให้เหมาะสมเป็นแนวทางที่สำคัญ (กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ, 2565) ซึ่งผู้ศึกษามีความสนใจในเรื่องดังกล่าวจึงได้ทำการศึกษาวิเคราะห์สภาพคล่องทางการเงิน ความมั่นคงทางการเงินและประสิทธิภาพการดำเนินงาน ของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้ผู้บริหารนำข้อมูลจากการวิเคราะห์ ไปใช้ประกอบการวางแผนดำเนินงาน ทั้งในระดับโรงพยาบาล ระดับเขตสุขภาพและระดับประเทศ

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาวิเคราะห์สภาพความคล่องทางการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
2. เพื่อศึกษาวิเคราะห์ความมั่นคงทางการเงินของโรงพยาบาลรัฐบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565
3. เพื่อศึกษาวิเคราะห์ประสิทธิภาพการดำเนินงานของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้เป็นรูปแบบวิจัยเอกสาร (Documentary Research) โดยใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากระบบงบการเงินของกองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 ในไตรมาส

ที่ 4 (เดือนกรกฎาคม-กันยายน 2565) โดยเก็บข้อมูลจากระบบบัญชีบริหาร กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ จากข้อมูลเอกสารและรายงานที่เกี่ยวข้องด้านสภาพคล่องทางการเงิน ด้านความมั่นคงทางการเงิน และด้านประสิทธิภาพการดำเนินงานของโรงพยาบาล ประชากรที่ศึกษาเป็นโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จำนวน 900 แห่ง โดยมีวิธีการศึกษา ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยแบ่งการวิเคราะห์เป็น 2 ตอน ประกอบด้วย

ตอนที่ 1 การศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินในภาพรวมของประเทศ โดยมีกลุ่มเป้าหมายเป็นจำนวนโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด 900 แห่ง

ตอนที่ 2 การศึกษาวิเคราะห์สภาพคล่องทางการเงิน ความมั่นคงทางการเงิน และประสิทธิภาพการดำเนินงานของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แยกเป็นรายเขต โดยคำนวณขนาดตัวอย่าง (Sample size) โดยวิธีของ Taro Yamane (1967) ได้ขนาดตัวอย่างทั้งสิ้น 277 แห่ง สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้น (Stratified random sampling) ตามเขตการตรวจราชการของกระทรวงสาธารณสุข 12 เขต (ไม่รวมกรุงเทพฯ) ตามจำนวนตัวอย่างและประชากร หลังจากได้จำนวนโรงพยาบาลตามสัดส่วนของแต่ละเขตสุขภาพแล้วผู้วิเคราะห์เลือกตัวอย่างจากแต่ละเขตโดยวิธี Specific random ตามสัดส่วนขนาดของโรงพยาบาลในแต่ละเขต

2. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับสภาพคล่องทางการเงิน ความมั่นคงทางการเงิน และประสิทธิภาพการดำเนินงานของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข โดยมีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือกเอกสาร ดังนี้

2.1 ความถูกต้อง (Authenticity) คือ เป็นเอกสารที่มาจากแหล่งเชื่อถือได้ มีความถูกต้อง



สมบูรณ์ สอดคล้องกับบริบทของสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาที่ศึกษา

2.2 ความน่าเชื่อถือ (Credibility) คือ เป็นเอกสารที่ปราศจากข้อผิดพลาดและการบิดเบือนข้อมูล

2.3 ความเป็นตัวแทน (Representativeness) คือ เป็นเอกสารที่สามารถแสดงรายละเอียดแทนเอกสารประเภทเดียวกันได้ รายละเอียดสามารถเป็นตัวแทนกลุ่มประชากรตัวอย่างได้

2.4 ความหมายชัดเจน (Meaning) คือ เป็นเอกสารที่สามารถเข้าใจได้ง่าย ชัดเจน สอดคล้องกับวัตถุประสงค์และนัยสำคัญของการวิจัย

3. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

3.1 วิเคราะห์สถานการณ์ทางการเงินในภาพรวมของประเทศ เกี่ยวกับทุนสำรองสุทธิ (NWC) เงินบำรุงหลังหักหนี้ (EBITDA) เงินรายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (NI) และ Risk score โดยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าสูงสุด และค่าต่ำสุด

3.2 การศึกษาการวิเคราะห์สภาพคล่องทางการเงิน และประสิทธิภาพในการดำเนินงานของโรงพยาบาล แยกเป็นรายเขต โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ และร้อยละ โดยแปลผลตามแนวทางการตรวจราชการประจำปี พ.ศ. 2565 ดังนี้

ตัวชี้วัด	เกณฑ์การวัด	การแปลผล
สภาพคล่องทางการเงิน		
Current Ratio: CR	< 1.5	ผ่านเกณฑ์
Quick Ratio: QR	< 1.0	ผ่านเกณฑ์
Cash Ratio: Cash Ratio	< 0.8	ผ่านเกณฑ์
สถานะทางการเงิน		
ระดับ 6	ไม่เกิน 4 %	ผ่านเกณฑ์
ระดับ 7	ไม่เกิน 6 %	ผ่านเกณฑ์
ประสิทธิภาพการดำเนินงาน		
ระดับ A	ดีมาก	ผ่านเกณฑ์
ระดับ B	ดี	ผ่านเกณฑ์

สรุปผลการวิจัย

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางการเงินเปรียบเทียบในภาพของประเทศ

1. ด้านจำนวนประชากร เขตสุขภาพที่มีจำนวนประชากรมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 6,895,958 คน คิดเป็น ร้อยละ 11.15 ของประชากรทั้งประเทศ เขตที่มีจำนวนประชากรน้อยที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 3 จำนวน 3,046,848 คน คิดเป็นร้อยละ 4.93

2. ด้านจำนวนโรงพยาบาล เขตสุขภาพที่มีจำนวนโรงพยาบาลมากที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 1 มีจำนวน 102 แห่งหรือร้อยละ 11.15 ของโรงพยาบาลทั้งประเทศ เขตที่มีจำนวนโรงพยาบาลน้อยที่สุด คือ เขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 47 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 5.22 ของโรงพยาบาลทั้งประเทศ

3. ด้านสถานะทางการเงินของโรงพยาบาล มีผลสรุป ดังนี้

3.1 เงินสำรองสุทธิ หรือสินทรัพย์หมุนเวียนหักด้วยหนี้สินหมุนเวียนจากโรงพยาบาล จำนวนโรงพยาบาล 900 แห่ง พบว่ามีจำนวนทั้งสิ้น 136,022,448,818.62 บาท โรงพยาบาลที่มีจำนวนมากที่สุด คือ 3,460,081,856.17 บาท และมีโรงพยาบาลที่เงินสำรองสุทธิติดลบ 3 แห่ง

3.2 เงินบำรุงคงเหลือหลังหักหนี้แล้ว มีจำนวนรวม 58,608,194,148.57 บาท โรงพยาบาลที่มีเงินสำรองสุทธิเป็นบวก (+) มีจำนวน 806 แห่ง และโรงพยาบาลที่มีเงินบำรุงคงเหลือหลังหักหนี้เป็นลบ (-) มีจำนวน 150 แห่ง

3.3 เงินรายได้สูง(ต่ำ)กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (Net Income: NI) มีโรงพยาบาล 864 แห่ง มีค่าเป็นบวก (+) และจำนวน 36 แห่งมีรายได้ต่ำกว่าค่าใช้จ่าย

3.4 ระดับความเสี่ยงทางการเงิน (Risk score) พบว่า ไม่มีโรงพยาบาลใดที่มีค่า Risk score = 7 และ 6 คือ มีภาวะวิกฤตทางการเงินขั้นรุนแรง



1. ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลทางการเงินเปรียบเทียบในภาพของประเทศ

ตารางที่ 1 จำนวนจังหวัด จำนวนประชากรและจำนวนโรงพยาบาลแยกตามเขตสุขภาพ

เขตสุขภาพ	จำนวนจังหวัด	จำนวนประชากร (คน)	ร้อยละของประชากร	จำนวนโรงพยาบาล (แห่ง)	ร้อยละของโรงพยาบาลทั้งหมด	โรงพยาบาลขนาด A (รพ.ศูนย์ (แห่ง)	ร้อยละของโรงพยาบาลทั้งหมด	โรงพยาบาลขนาด S (รพ.ทั่วไป ขนาดใหญ่)	ร้อยละของโรงพยาบาลทั้งหมด	โรงพยาบาลขนาด M รพ.ทั่วไป (แห่ง)	ร้อยละของโรงพยาบาลทั้งหมด	โรงพยาบาลขนาดใหญ่	ร้อยละของโรงพยาบาลทั้งหมด	โรงพยาบาลระดับอำเภอ	ร้อยละของโรงพยาบาลทั้งหมด
1	8	6,028,479	9.75	102	11.33	3	2.94	5	4.90	12	11.76	82	80.39		
2	5	3,700,253	5.98	47	5.22	2	4.26	4	8.51	8	17.02	33	70.21		
3	5	3,046,848	4.93	54	6.00	1	1.85	4	7.41	5	9.26	44	81.48		
4	8	5,306,924	8.58	72	8.00	3	4.17	5	6.94	10	13.89	54	75.00		
5	8	5,429,077	8.78	67	7.44	4	5.97	6	8.96	12	17.91	45	67.16		
6	8	6,142,737	9.93	73	8.11	6	8.22	3	4.11	11	15.07	53	72.60		
7	4	5,137,798	8.31	77	8.56	2	2.60	2	2.60	17	22.08	56	72.73		
8	7	5,654,060	9.14	88	9.78	2	2.27	5	5.68	13	14.77	68	77.27		
9	4	6,895,958	11.15	89	9.89	3	3.37	3	3.37	18	20.22	65	73.03		
10	5	4,718,229	7.63	71	7.89	2	2.82	5	7.04	8	11.27	56	78.87		
11	7	4,614,107	7.46	82	9.11	3	3.66	5	6.10	13	15.85	61	74.39		
12	7	5,159,122	8.34	78	8.67	3	3.85	5	6.41	6	7.69	64	82.05		
รวม	76	61,833,592	100	900	100	34	3.78	52	5.78	133	11.76	681	75.67		



ตารางที่ 2 เงินสำรองสุทธิ เงินบำรุงคงเหลือหลังหักหนี้แล้ว และเงินรายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ

เขตสุขภาพ	เงินสำรองสุทธิ (บาท)	เงินบำรุงคงเหลือหลังหัก หนี้แล้ว (บาท)	เงินรายได้สูง(ต่ำ)กว่า ค่าใช้จ่ายสุทธิ (บาท)
เขตสุขภาพที่ 1	9,518,896,968.05	3,509,809,286.35	3,176,418,955.72
เขตสุขภาพที่ 2	6,272,138,003.23	2,232,117,338.55	3,096,303,344.90
เขตสุขภาพที่ 3	5,569,801,334.91	2,846,867,819.44	2,565,104,298.52
เขตสุขภาพที่ 4	11,105,533,844.18	3,155,610,520.07	4,342,191,378.96
เขตสุขภาพที่ 5	16,777,283,182.29	9,325,444,686.58	7,271,827,033.56
เขตสุขภาพที่ 6	21,075,997,337.58	11,041,779,210.89	8,203,035,790.25
เขตสุขภาพที่ 7	8,914,747,895.70	2,822,493,963.17	3,899,017,123.73
เขตสุขภาพที่ 8	7,773,580,858.06	1,433,167,256.99	3,192,083,827.80
เขตสุขภาพที่ 9	16,098,692,238.86	7,654,704,637.55	5,206,325,098.22
เขตสุขภาพที่ 10	9,340,526,318.67	3,694,843,934.00	3,390,949,463.01
เขตสุขภาพที่ 11	10,517,634,069.76	3,485,551,178.72	6,272,954,764.59
เขตสุขภาพที่ 12	12,511,773,165.20	7,405,804,316.26	5,843,095,055.53
รวม	135,476,605,216.49	58,608,194,148.57	56,459,306,134.79

2. วิเคราะห์สถานะทางการเงิน (Risk score) จากจำนวนโรงพยาบาลทั้ง 900 แห่ง โดยพิจารณาจาก 1) อัตราส่วนเงินทุนหมุนเวียน $\text{Current Ratio} < 1.5 = 1$ คะแนน 2) อัตราส่วนแสดงสภาพคล่อง $\text{Quick Ratio} < 1.0 = 1$ คะแนน 3) อัตราส่วนเงินสดและรายการเทียบเท่าเงินสดต่อหนี้สินหมุนเวียน $\text{Cash Ratio} < 0.8 = 1$ คะแนน 4) ทุนสำรองสุทธิติดลบ = 1 คะแนน 5) รายได้สูง (ต่ำ) กว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (Net Income: NI) = 1 คะแนน 6) ระยะเวลาทุนสำรองเพียงพอใช้จ่าย (NWC/ANI ระยะเวลาทุนหมุนเวียนหมด < 3 เดือน หรือ < 6 เดือน) โดย < 3 เดือน = 2 คะแนน หรือ < 6 เดือน = 1 คะแนน

ตารางที่ 3 ค่าการวิเคราะห์สถานะการเงิน (Risk score)

ค่า Risk score	จำนวน (แห่ง)
7	ไม่มี
6	ไม่มี
5	1
4	3
3	9
2	23
1	95
0	769
รวม	900

ตอนที่ 2 การวิเคราะห์สภาพคล่องทางการเงิน และประสิทธิภาพในการดำเนินงานของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข แยกเป็นรายเขต ดังแสดงในตารางที่ 4



ตารางที่ 4 การวิเคราะห์สภาพคล่องทางการเงิน และประสิทธิภาพในการดำเนินงานของโรงพยาบาล เทียบกับค่ามาตรฐานตามตัวชี้วัดในการตรวจราชการ ประจำปี 2565 แยกเป็นรายเขต

เขต สุขภาพ	กลุ่มโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ระดับ A, S และ M1	กลุ่มโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และเล็ก M2, F1, F2 และ F3
1	<p>1.1 สภาพคล่องทางการเงิน CR มากกว่า 1.5 QR มากกว่า 1 และ Cash Ratio มากกว่า 0.8 ทั้งหมด</p> <p>1.2 ความมั่นคงทางการเงิน Risk score อยู่ในระดับ 0 และ 1 ทั้งหมด NWC เงินบำรุงคงเหลือ(หลังหักหนี้สิน) EBITD) มีค่าบวกทุกแห่ง NI มีค่าเป็นบวก 3 แห่ง</p> <p>1.3 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน มีผลการประเมินระดับ A ทั้งหมด</p>	<p>1.1 สภาพคล่องทางการเงิน CR มากกว่า 1.5 จำนวน 13 แห่ง QR มากกว่า 1 ทั้งหมด Cash Ratio มากกว่า 0.8 จำนวน 18 แห่ง</p> <p>1.2 ความมั่นคงทางการเงิน Risk score ระดับ 0 และ 1 จำนวน 23 แห่ง NWC มีค่าเป็นบวกจำนวน 26 แห่ง เงินบำรุงคงเหลือ(หลังหักหนี้สิน) มีค่าเป็นบวก จำนวน 13 แห่ง EBITDA มีค่าเป็นบวก 26 แห่ง NI มีค่าเป็นบวก 25 แห่ง</p> <p>1.3 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน ผลการประเมินระดับ A จำนวน 5 แห่ง แต่มีผลระดับ F จำนวน 2 แห่ง</p>
2	<p>1.1 สภาพคล่องทางการเงิน CR มากกว่า 1.5 QR มากกว่า 1 และ Cash Ratio มากกว่า 0.8 ทั้งหมด</p> <p>1.2 ความมั่นคงทางการเงิน Risk score ระดับ 0 ทั้งหมด NWC เงินบำรุงคงเหลือ(หลังหักหนี้สิน) EBITD และ NI มากกว่า 0 ทั้งหมด</p> <p>1.3 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน ไม่มีโรงพยาบาลใดมีผลประเมินเป็น A</p>	<p>1.1 สภาพคล่องทางการเงิน CR มากกว่า 1.5 จำนวน 8 แห่ง QR มากกว่า 1 จำนวน 10 แห่ง Cash Ratio มากกว่า 0.8 จำนวน 7 แห่ง</p> <p>1.2 ความมั่นคงทางการเงิน Risk score ระดับ 0 จำนวน 6 แห่ง NWC EBITDA และ NI เป็นบวกทั้งหมด ส่วนเงินบำรุงคงเหลือ(หลังหักหนี้สิน) เป็นบวก 6 แห่ง</p> <p>1.3 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน มีผลประเมินระดับ A จำนวน 5 แห่ง</p>
3	<p>1.1 สภาพคล่องทางการเงิน CR มากกว่า 1.5 QR มากกว่า 1 และ Cash Ratio มากกว่า 0.8 ทุกแห่ง</p> <p>1.2 ความมั่นคงทางการเงิน Risk score ระดับ 0 ทุกแห่ง NWC เงินบำรุงคงเหลือ(หลังหักหนี้สิน) EBITD มีค่าเป็นบวกทั้งหมด</p> <p>1.3 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน ได้ผลการประเมินระดับ A จำนวน 2 แห่ง</p>	<p>2.1 สภาพคล่องทางการเงิน CR มากกว่า 1.5 QR มากกว่า 1 และ Cash Ratio มากกว่า 0.8 ทั้งหมด</p> <p>2.2 ความมั่นคงทางการเงิน Risk score ระดับ 0 จำนวน 14 แห่ง NWC EBITDA และ NI มีค่าเป็นบวก 15 แห่ง เงินบำรุงคงเหลือ(หลังหักหนี้สิน) มีค่าเป็นบวก 13 แห่ง</p> <p>2.3 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน ผลการประเมินระดับ A จำนวน 5 แห่ง</p>



ตารางที่ 4 (ต่อ)

เขตสุขภาพ	กลุ่มโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ระดับ A, S และ M1	กลุ่มโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และเล็ก M2, F1, F2 และ F3
4	1.1 สภาพคล่องทางการเงิน CR มีค่ามากกว่า 1.5 จำนวน 3 แห่ง QR มากกว่า 1 ทั้งหมด Cash Ratio มากกว่า 0.8 จำนวน 2 แห่ง 1.2 ความมั่นคงทางการเงิน Risk score ระดับ 0 และ 1 จำนวน 3 แห่ง NWC EBITDA และ NI มีค่าเป็นบวกทั้งหมด เงินบำรุงคงเหลือ(หลังหักหนี้สิน) มีค่าเป็นบวก 2 แห่ง 1.3 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน ไม่มีโรงพยาบาลใดที่มีผลการประเมินระดับ A	2.1 สภาพคล่องทางการเงิน CR มากกว่า 1.5 และ QR มากกว่า 1 ทั้งหมด ส่วน Cash Ratio มากกว่า 0.8 จำนวน 17 แห่ง 2.2 ความมั่นคงทางการเงิน Risk score ระดับ 0 จำนวน 15 แห่ง NWC เป็นบวกทั้งหมด เงินบำรุงคงเหลือ(หลังหักหนี้สิน) เป็นบวก 16 แห่ง EBITDA เป็นบวก 17 แห่ง NI เป็นบวก 16 แห่ง 2.3 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน ผลการประเมินระดับ A จำนวน 3 แห่ง
5	1.1 สภาพคล่องทางการเงิน CR มากกว่า 1.5 QR มากกว่า 1 และ Cash Ratio มากกว่า 0.8 ทุกแห่ง 1.2 ความมั่นคงทางการเงิน Risk score อยู่ในระดับ 0 ทั้งหมด NWC เงินบำรุงคงเหลือ(หลังหักหนี้สิน) EBITDA และ NI มีค่าเป็นบวกทั้งหมด 1.3 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน ผลการประเมินระดับ A จำนวน 4 แห่ง	2.1 สภาพคล่องทางการเงิน CR มากกว่า 1.5 QR มากกว่า 1 และ Cash Ratio มากกว่า 0.8 ทั้งหมด 2.2 ความมั่นคงทางการเงิน Risk score ระดับ 0 จำนวน 14 แห่ง NWC เป็นบวกทุกแห่ง เงินบำรุงคงเหลือ(หลังหักหนี้สิน) เป็นบวก 14 แห่ง EBITDA เป็นบวก 15 แห่ง NI เป็นบวก 15 แห่ง 1.3 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน พบว่า มีผลการประเมินระดับ A จำนวน 6 แห่ง
6	1.1 สภาพคล่องทางการเงิน CR มากกว่า 1.5 QR มากกว่า 1 และ Cash Ratio มากกว่า 0.8 ทุกแห่ง 1.2 ความมั่นคงทางการเงิน Risk score ระดับ 0 จำนวน 4 แห่ง NWC เงินบำรุงคงเหลือ(หลังหักหนี้สิน) เป็นบวก 5 แห่ง EBITDA และ NI เป็นบวก 4 แห่ง 1.3 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน ผลการประเมินระดับ A จำนวน 1 แห่ง	2.1 สภาพคล่องทางการเงิน CR มากกว่า 1.5 QR มากกว่า 1 ทุกแห่ง Cash Ratio มากกว่า 0.8 จำนวน 15 แห่ง 2.2 ความมั่นคงทางการเงิน Risk score ระดับ 0 จำนวน 15 แห่ง NWC เป็นบวกทุกแห่ง เงินบำรุงคงเหลือ(หลังหักหนี้สิน) เป็นบวก 15 แห่ง EBITDA และ NI เป็นบวกทั้งหมด 2.3 ประสิทธิภาพการดำเนิน ผลการประเมินระดับ A จำนวน 4 แห่ง
7	1.1 สภาพคล่องทางการเงิน CR มากกว่า 1.5 QR มากกว่า 1 ทั้ง 3 แห่ง ส่วน Cash Ratio มากกว่า 0.8 จำนวน 2 ทุกแห่ง	2.1 สภาพคล่องทางการเงิน CR มากกว่า 1.5 QR มากกว่า 1 จำนวน 18 แห่ง Cash Ratio มากกว่า 0.8 จำนวน 16 แห่ง



ตารางที่ 4 (ต่อ)

เขต สุขภาพ	กลุ่มโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ระดับ A, S และ M1	กลุ่มโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และเล็ก M2, F1, F2 และ F3
8	1.2 ความมั่นคงทางการเงิน Risk score ระดับ 0 จำนวน 2 แห่ง NWC เป็นบวกทั้งหมด เงินบำรุงคงเหลือ(หลังหักหนี้สิน) EBITDA เป็นบวกทั้ง 3 แห่ง NI เป็นบวก 2 แห่ง	2.2 ความมั่นคงทางการเงิน Risk score ระดับ 0 จำนวน 16 แห่ง NWC เป็นบวกทุกแห่ง เงินบำรุงคงเหลือ(หลังหักหนี้สิน)มีค่าเป็นบวก 18 แห่ง EBITDA และ NI เป็นบวกทุกแห่ง
	1.3 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน ไม่มีโรงพยาบาลใดได้ผลการประเมินระดับ A	1.3 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน ผลการประเมินระดับ A จำนวน 2 แห่ง
	1.1 สภาพคล่องทางการเงิน CR มากกว่า 1.5 QR มากกว่า 1 ทั้งหมด ส่วน Cash Ratio มากกว่า 0.8 จำนวน 3 แห่ง	1.1 สภาพคล่องทางการเงิน CR มากกว่า 1.5 จำนวน 19 แห่ง QR มากกว่า 1 จำนวน 20 แห่ง Cash Ratio มีค่ามากกว่า 0.8 จำนวน 13 แห่ง
9	1.2 ความมั่นคงทางการเงิน Risk score ระดับ 0 จำนวน 3 แห่ง แต่มี รพร.ทำป้ออยู่ระดับ 5 NWC และเงินบำรุงคงเหลือ (หลังหักหนี้สิน) เป็นบวก 3 แห่ง EBITDA และ NI เป็นบวกทั้งหมด	1.2 ความมั่นคงทางการเงิน Risk score ระดับ 0 จำนวน 14 แห่ง NWC เป็นบวกทั้งหมด เงินบำรุงคงเหลือ (หลังหักหนี้สิน) เป็นบวก 13 แห่ง EBITDA และ NI เป็นบวก 22 แห่ง
	1.3 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน ผลการประเมินระดับ A จำนวน 2 แห่ง	1.3 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน ผลการประเมินระดับ A จำนวน 3 แห่ง
	1.1 สภาพคล่องทางการเงิน CR มากกว่า 1.5 QR มากกว่า 1 และ Cash Ratio มากกว่า 0.8 ทั้งหมด	1.1 สภาพคล่องทางการเงิน CR มากกว่า 1.5 และ QR มากกว่า 1 ทั้งหมด ส่วนค่า Cash Ratio มากกว่า 0.8 จำนวน 22 แห่ง
10	1.2 ความมั่นคงทางการเงิน Risk score ระดับ 0 จำนวน 2 แห่ง NWC เป็นบวกทั้งหมด เงินบำรุงคงเหลือ(หลังหักหนี้สิน) เป็นบวก 3 แห่ง EBITDA และ NI เป็นบวก 2 แห่ง	1.2 ความมั่นคงทางการเงิน Risk score ระดับ 0 จำนวน 21 แห่ง NWC เป็นบวกทั้งหมด เงินบำรุงคงเหลือ(หลังหักหนี้สิน) เป็นบวก 18 แห่ง EBITDA เป็นบวกทุกแห่ง NI เป็นบวก 22 แห่ง
	1.3 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน ผลการประเมินระดับ A จำนวน 1 แห่ง	1.3 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน ผลการประเมินระดับ A จำนวน 1 แห่ง
	1.1 สภาพคล่องทางการเงิน CR มากกว่า 1.5 QR มากกว่า 1 Cash Ratio มากกว่า 0.8 ทุกแห่ง	1.1 สภาพคล่องทางการเงิน CR มากกว่า 1.5 QR มากกว่า 1 Cash Ratio มากกว่า 0.8 ทั้งหมด



ตารางที่ 4 (ต่อ)

เขตสุขภาพ	กลุ่มโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ระดับ A, S และ M1	กลุ่มโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ ขนาดกลาง และเล็ก M2, F1, F2 และ F3
11	1.2 ความมั่นคงทางการเงิน Risk score ระดับ 0 ทั้งหมด NWC เงินบำรุง คงเหลือ (หลังหักหนี้สิน) EBITDA และ NI มีค่าเป็นบวกทั้งหมด	1.2 ความมั่นคงทางการเงิน Risk score ระดับ 0 จำนวน 14 แห่ง NWC เป็นบวกทั้งหมด เงินบำรุงคงเหลือ (หลังหักหนี้สิน) เป็นบวก 15 แห่ง EBITDA เป็นบวก 17 แห่ง NI เป็นบวก 15 แห่ง
	1.3 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน ผลการประเมินระดับ A จำนวน 1 แห่ง	1.3 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน ผลการประเมินระดับ A จำนวน 3 แห่ง
	1.1 สภาพคล่องทางการเงิน CR มากกว่า 1.5 QR มากกว่า 1 Cash Ratio มากกว่า 0.8 ทุกแห่ง	1.1 สภาพคล่องทางการเงิน CR มากกว่า 1.5 จำนวน 19 แห่ง QR มากกว่า 1 จำนวน 20 แห่ง และ Cash Ratio มากกว่า 0.8 จำนวน 14 แห่ง
12	2.2 ความมั่นคงทางการเงิน Risk score ระดับ 0 ทั้งหมด NWC EBITDA และ NI เป็นบวกทั้งหมด ส่วนเงินบำรุงคงเหลือ(หลังหักหนี้สิน) เป็นบวก 3 แห่ง	1.2 ความมั่นคงทางการเงิน Risk score ระดับ 0 จำนวน 13 แห่ง NWC เป็นบวก 20 แห่ง เงินบำรุงคงเหลือ (หลังหักหนี้สิน) เป็นบวก 14 แห่ง EBITDA และ NI เป็นบวก 20 แห่ง
	1.3 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน ผลการประเมินระดับ A จำนวน 2 แห่ง	1.3 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน ผลการประเมินระดับ A จำนวน 2 แห่ง
	1.1 สภาพคล่องทางการเงิน CR มากกว่า 1.5 QR มากกว่า 1 Cash Ratio มากกว่า 0.8 ทั้งหมด	1.1 สภาพคล่องทางการเงิน CR มากกว่า 1.5 จำนวน 19 แห่ง QR มากกว่า 1 ทั้งหมด Cash Ratio CR มากกว่า 0.8 จำนวน 18 แห่ง
	1.2 ความมั่นคงทางการเงิน Risk score ระดับ 0 ทั้งหมด NWC เงินบำรุงคงเหลือ (หลังหักหนี้สิน) EBITDA และ NI เป็นบวกทั้งหมด	1.2 ความมั่นคงทางการเงิน Risk score ระดับ 0 และ 1 จำนวน 19 แห่ง NWC เป็นบวกทั้งหมด เงินบำรุงคงเหลือ(หลังหักหนี้สิน) เป็นบวก 17 แห่ง EBITD เป็นบวก 19 แห่ง NI เป็นบวก 19 แห่ง
	1.3 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน ผลการประเมินระดับ A จำนวน 1 แห่ง	1.3 ประสิทธิภาพการดำเนินงาน มีผลการประเมินระดับ A จำนวน 2 แห่ง

สรุปได้ว่า จากการวิเคราะห์ผลการผลการประเมินสถานะทางการเงินและประสิทธิภาพการดำเนินงานแยกรายเขตสุขภาพ ใน 3 ด้าน ประกอบด้วย 1) กลุ่มแสดงสภาพคล่องทางการเงิน 2) กลุ่มแสดงความมั่นคงทางการเงิน และ 3) กลุ่มแสดงประสิทธิภาพการดำเนินงาน โดยสรุปพบว่า 3.1) กลุ่มโรงพยาบาลขนาดใหญ่

ซึ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป (A, S และ M1) ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาสภาพคล่องทางการเงิน ความมั่นคงทางการเงิน ประสิทธิภาพการดำเนินงาน โดยเฉพาะเขตสุขภาพที่ 1, 3, 5 และ 12 ส่วนเขตสุขภาพอื่น ๆ พบปัญหาอยู่บ้าง โดยเฉพาะด้านประสิทธิภาพการดำเนินงาน และ 3.2) กลุ่มโรงพยาบาลขนาดกลางและเล็ก (M2,



F1, F2 และ F3) มีจำนวน 3 เขต คือ เขตสุขภาพที่ 3, 5 และ 10 ที่มีปัญหาทั้ง 3 ด้านค่อนข้างน้อย นอกนั้นจะพบปัญหาที่แตกต่างกันไป โดยเฉพาะด้านประสิทธิภาพการดำเนินงานมี 8 เขต จาก 12 เขต ที่มีประสิทธิภาพต่ำกว่าร้อยละ 50.0 เมื่อเทียบกับเกณฑ์มาตรฐานที่กำหนด ดังนี้

อภิปรายผล

ในการศึกษาวิเคราะห์สภาพคล่องทางการเงิน ความมั่นคงทางการเงิน และประสิทธิภาพการดำเนินงานพบว่า สภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาล ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2565 พบว่าสถานะทางการเงินในภาพรวมค่อนข้างดีในทุกเขตสุขภาพ ความมั่นคงทางการเงินก็ดีในทุกเขต โรงพยาบาลมีเงินสำรองสุทธิ (NWC) มากถึง 136,022,448,818.62 บาท มีเงินบำรุงมากถึง 58,608,194,148.57 บาท มีเงินรายได้สูงกว่าค่าใช้จ่ายสุทธิ (NI) และเมื่อประเมินค่าวิกฤติทางการเงินตั้งแต่ระดับ 0 ดีที่สุด - ระดับ 7 ซึ่งแย่ที่สุด พบว่าส่วนใหญ่อยู่ในระดับ 0-1 ถึงร้อยละ 96 และไม่มีโรงพยาบาลใดเลยที่มีค่าวิกฤติที่ระดับ 6-7 ซึ่งสถานการณ์ทางการเงินของโรงพยาบาลที่ยังคงเป็นปัญหาอยู่ส่วนใหญ่คือโรงพยาบาลขนาดเล็ก มีจำนวนประชากรน้อย อยู่ในพื้นที่ห่างไกลทุรกันดาร ส่วนการประเมินประสิทธิภาพการดำเนินงาน พบความแตกต่างในการดำเนินงานทั้งในระดับเขตและระดับประเทศ หลายโรงพยาบาลมีสถานะทางการเงินไม่ดีและประสิทธิภาพไม่ดีด้วยแสดงให้เห็นถึงการวางแผนทางการเงินและการบริหารจัดการที่ยังขาดประสิทธิภาพ แต่อย่างไรก็ตามหากมองโอกาสจะเห็นว่าหลายโรงพยาบาลยังมีโอกาสในการปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินงานได้มากซึ่งจะส่งผลต่อสถานะทางการเงินที่ดีของโรงพยาบาลในอนาคตได้ด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. เนื่องจากผลการวิเคราะห์พบความแตกต่างระหว่างเขตสุขภาพทั้งสภาพคล่องทางการเงิน ความมั่นคงทางการเงิน และประสิทธิภาพการดำเนินงาน จึงควรวิเคราะห์ปัจจัยเชิงลึกเพิ่มเติมว่าเนื่องจากสาเหตุใด และควรมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเพื่อพัฒนาระบบการเงินการคลังของหน่วยบริการให้มีมาตรฐานในการดำเนินการที่ใกล้เคียงกัน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบการประเมินการเงินโรงพยาบาลกับความพึงพอใจของผู้รับบริการ เพื่อพิจารณาว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่เพียงใด และศึกษารูปแบบในการจัดสรรเงินของโรงพยาบาลว่ามีรูปแบบอย่างไรมีผลต่อประสิทธิภาพการดำเนินงานของโรงพยาบาลหรือไม่

เอกสารอ้างอิง

- กรทอง ชูสร้อย. (2558). *การวิเคราะห์การเคลื่อนไหวของอัตราส่วนทางการเงินกับความเสี่ยงของโอกาสล้มละลายของบริษัทที่ประกอบกิจการที่วิดิจิตอลในตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย*. (ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาการจัดการ). บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- กรมบัญชีกลาง. (2546). *มาตรฐานรายงานการเงินสำหรับหน่วยงานภาครัฐ*. กรุงเทพฯ: กรมบัญชีกลาง.
- กองตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข. (2564). *แผนการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2564: นนทบุรี: สำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข*.



- กองบริหารการสาธารณสุข. (2561). *คู่มือหลักเกณฑ์การจัดตั้งและการปรับระดับศักยภาพของหน่วยบริการสุขภาพ*. (พิมพ์ครั้งที่ 1). สมุทรสาคร: บริษัท บรอนด์ทูปี้ พับลิชชิง จำกัด.
- กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *จำนวนสถานพยาบาล จำแนกตามประเภท สังกัดกระทรวงสาธารณสุข*. เข้าถึงได้จาก http://203.157.10.8/hcode_2020/query_02.php. (20 มกราคม 2565)
- กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ. (2565.) *ผลการประเมินประสิทธิภาพ TPS ไตรมาส 4/2565*. เข้าถึงได้จาก <https://hfo65.moph.go.th>. (20 มกราคม 2565)
- กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ, (2561.) *คู่มือบัญชี หน่วยบริการสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*. นนทบุรี: กองเศรษฐกิจสุขภาพและหลักประกันสุขภาพ.
- กวิน ก้านแก้ว. (2551). *การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสรรงบประมาณตามสิทธิการรักษา กับสภาพคล่องทางการเงินของโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข*. (ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.
- จันทร์เพ็ญ บุญฉาย. (2556). *การเงินธุรกิจ: งบการเงิน Financial Statements*. (ม.ป.ป.). กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ฟู จี ซี ร็อกซ์ มหาวิทยาลัย ธุรกิจบัณฑิต.
- ฐาปนา ฉิ่งไพศาล. (2556). *การเงินธุรกิจ*. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: หจก.ยงพลเทรดดิ้ง.
- ดวงสมร อรพินท์ และคนอื่นๆ. (2557). *การบัญชีการเงิน*. พิมพ์ครั้งที่ 10. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย. (2558). *การวิเคราะห์หลักทรัพย์โดยใช้ปัจจัยพื้นฐาน*. (ม.ป.ป.). กรุงเทพฯ: ส่วนสิ่งพิมพ์ฝ่ายสื่อสารองค์กร ตลาดหลักทรัพย์แห่งประเทศไทย.
- รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2560. (2560, 6 เมษายน). ราชกิจจานุเบกษา. เล่ม 124 ตอน 47 ก. หน้า 12,14.
- อลีณา เรืองบุญญา. (2554). *ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการจัดทำบัญชีระบบเกณฑ์คงค้างของผู้ทำบัญชี สถานบริการภาครัฐในกระทรวงสาธารณสุข จังหวัดปทุมธานี*. (ปริญญาบริหารธุรกิจบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี
- เอิญ สุริยะฉาย. (2558). *กฎแจอ่า่งงบการเงินสำหรับนักลงทุนหุ้น*. (ม.ป.ป.). กรุงเทพฯ: บริษัท ซีเอ็ดดูเคชั่น จำกัด (มหาชน)
- ไอลดา สุขนาค. (2558). *การปรับใช้ทฤษฎีบริหารธุรกิจเพื่อศึกษาและปรับปรุงความล้มเหลวทางการเงินด้านการบริหารการเงิน ด้านกระบวนการปฏิบัติงาน และด้านการตลาดของโรงพยาบาลของรัฐในประเทศไทย: กรณีศึกษาโรงพยาบาลในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขประเทศไทย*. (ปริญญาบริหารธุรกิจดุขฎีบัณฑิต). บัณฑิตวิทยาลัย: มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- Beaver, W. (1967). Financial ratios as predictor of failure. *Journal of accounting research*, 4(1966) : 71-111. <https://doi.org/10.2307/2490171>



- Laitinen E. K. (1991). Financial ratios and different failure process. *Journal of business finance and accounting*, 18(5) : 649-673. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5957.1991.tb00231>
- Yamane Taro. (1967). *Statistics, An Introductory Analysis*. 2nd Ed., New York : Harper and Row.



การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ ในอำเภอศีขรภูมิ
จังหวัดสุรินทร์ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน
THE MODEL DEVELOPMENT OF HOLISTIC CARE OF THE SANGHA
BY THE PARTICIPATION OF COMMUNITY NETWORK
IN SIKHORAPHUM DISTRICT, SURIN PROVINCE

นพรัตน์ ตรงศุณย์^{1,*} และสุดาทิพย์ นพพิบูลย์²
Nopparat Trongsoon^{1,*} and Sudathip Noppiboon²

Received : 16 January 2023, Received in revised form : 17 March 2023, Accepted : 22 March 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ 1) คณะสงฆ์ จำนวน 30 รูป 2) เครือข่าย ทั้งภายในพื้นที่และภายนอกพื้นที่วัด ในเขตอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 70 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเป็นแบบสอบถาม และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วม แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม แบบบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก และการประชุมเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ทดสอบสมมติฐานด้วยสถิติ Paired samples t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า สภาพปัญหาของพระสงฆ์ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหาร รองลงมา คือ ความดันโลหิตสูง ปวดหลัง ปวดเอว ไขมันในเลือด และข้อเสื่อม เมื่อเจ็บป่วยพระสงฆ์ส่วนใหญ่จะซื้อ ยาฉันทอง พระสงฆ์มีสิทธิรักษาพยาบาล คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ร้อยละ 31.88 ระดับพฤติกรรม สุขภาพองค์รวม โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ความต้องการด้านสุขภาพ ได้แก่ ห้องปฐมพยาบาล เวชภัณฑ์ยา และการได้รับตรวจสุขภาพประจำปี รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ประกอบด้วย 1) การส่งเสริมสุขภาพ 2) การป้องกันโรค 3) การรักษาพยาบาล และ 4) การฟื้นฟูสภาพ ตามหลักการเรียนรู้สุขภาพองค์รวมวิถีพุทธและวัฒนธรรมอีสาน ภายหลังจาก การพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ พบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพองค์รวม ของพระสงฆ์ เพิ่มขึ้น 5.67 คะแนน ช่วงเชื่อมั่น 95% CI อยู่ระหว่าง 4.88 ถึง 6.46 อย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ: การดูแลสุขภาพ, การมีส่วนร่วม, พระสงฆ์

¹ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์, สุรินทร์ 32000

¹ Surin Provincial Public Health Office, Surin 32000

² โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดหวาย, สุรินทร์ 32000

² Kudwai Tambon Health Promoting Hospital, Surin 32000

Corresponding author; E-mail: cancity@hotmail.co.th *



ABSTRACT

This action research The objective is to develop a holistic health care model for monks. with the participation of network partners in the community The samples were: 1) 30 monks and 2) networks both within and outside the temple area in Sikhorphum District, Surin Province, totaling 70 people. The tool used for quantitative data collection was a questionnaire. The qualitative data were collected using a participant observation form, a focus group discussion form, an in-depth interview form, and a workshop. The data were analyzed using the statistical distributions of frequency, percentage, mean, and standard deviation. Test hypotheses with paired samples t-test and content analysis.

The results showed that most of the monks' problems were stomach ailments, followed by high blood pressure, back pain, waist pain, blood lipids, and osteoarthritis. Monks have the right to medical care, namely universal health coverage (31.88 percent) and holistic health behavior, the overall level is moderate. Health needs include a first-aid room, pharmaceutical supplies, and annual health check-ups. The model of holistic health care provided by monks through network participation consisted of 1) health promotion, 2) disease prevention, 3) medical treatment, and 4) rehabilitation. According to Buddhist holistic health learning principles and Isan culture. After developing a model for holistic health care of monks, it was found that the average score of monks' holistic health behavior increased by 5.67 points, the confidence interval was 95%, was between 4.88 to 6.46, statistically significant at the .05 level.

Keywords: Health care, Network participation, Monks

บทนำ

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ได้ให้คำนิยามของสุขภาพ (Health) หมายถึง ความสมบูรณ์ของร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ส่วนคำนิยามสุขภาพะ (Well-Being) คือ การที่สุขภาพทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม และทางจิตวิญญาณอยู่กันอย่างสมดุล (ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล, 2560) สุขภาพกายจะดีไม่ได้หากสุขภาพใจไม่สมบูรณ์ และกลับกันสุขภาพใจจะดีไม่ได้ ถ้าร่างกายไม่แข็งแรง ในมิตินี้สุขภาพเป็นมากกว่าการปราศจากโรคร้าย แต่คือการดำรงอยู่ใน "สุขภาพะ" หรือ " Well-being" สุขภาพองค์รวม ให้ความสำคัญสูงสุดกับการทำงานเชื่อมโยงของร่างกาย อารมณ์ และจิตใจ หากส่วนหนึ่งส่วนใดมีปัญหา จะส่งผลกระทบต่อส่วนอื่น ๆ ที่เหลือ องค์ประกอบของสุขภาพองค์รวม

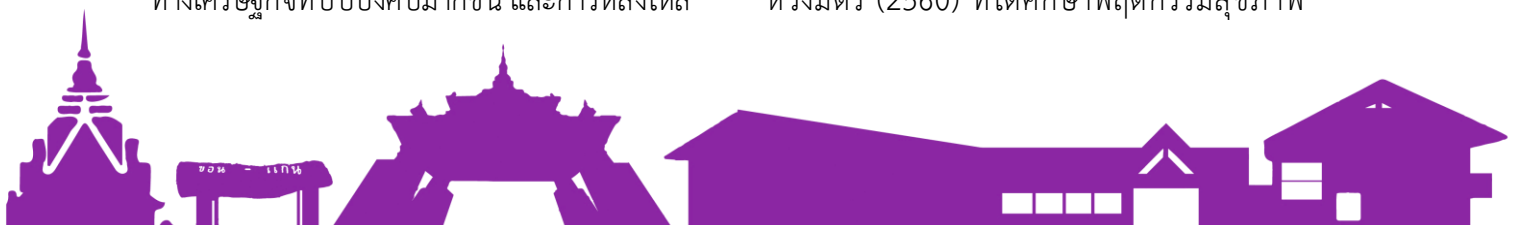
ประกอบด้วยมิติต่าง ๆ 4 มิติ คือ มิติทางกาย ซึ่งเป็นมิติของสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับสภาพโดยทั่วไปทางกายของมนุษย์ทั้งภายในและภายนอก รวมถึงสภาพแวดล้อมรอบ ๆ ตัวด้วย จะยึดเอาความแข็งแรงสมบูรณ์ของร่างกาย ไม่เจ็บ ไม่ไข้ ไร้ซึ่งโรคร้ายเป็นสำคัญ โดยมีอาหารที่ถูกหลักโภชนาการ สมรรถนะทางกาย ภาวะทางเศรษฐกิจที่เพียงพอต่อการดำรงชีวิตเป็นปัจจัยที่จะส่งผลต่อสภาวะสุขภาพดังกล่าวได้ มิติทางจิตเป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับสภาวะทางจิตใจหรืออารมณ์ที่มีผลกับสุขภาพโดยรวมของมนุษย์ ไม่ว่าจะ เป็นภาวะอารมณ์ที่แจ่มใส ร่าเริง ผ่อนคลายไม่ตึงเครียด รู้สึกมีความสุข และปลอดโปร่ง โดยที่มีหลักการจัดการกับสภาวะความเครียดไม่ให้เกิดวิกฤตทางอารมณ์เกิดขึ้น เป็นปัจจัยส่งผลต่อสภาวะสุขภาพจิตที่ดีได้



มิติทางสังคม เป็นมิติที่เกี่ยวข้องกับสถานะโดยทั่วไป ที่มีผลกับสุขภาพโดยรวมของมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นสภาพสังคมที่มีความผาสุกทั้งระดับครอบครัว สังคมและชุมชน โดยที่แต่ละระดับมีความสัมพันธ์ อันดีต่อกัน สมาชิกในสังคมนั้น ๆ มีความเอื้อ ออาหารต่อกัน จัดระบบบริการจากภาครัฐที่มีความ เสมอภาคกัน สิ่งเหล่านี้จัดได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญ มากที่ส่งผลต่อสถานะสุขภาพทางสังคมที่ดีได้และ มิติทางปัญญาหรือทางจิตวิญญาณ เกี่ยวกับการ มีความรู้ที่เฉลียวฉลาดรู้เท่าทันสิ่งต่าง ๆ ที่จะ เปลี่ยนแปลงไป ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม ทำให้ เกิดแรงศรัทธาต่อตนเอง และมีความหวังต่อ ความสำเร็จที่จะทำให้ตนเองมีความผาสุกด้วย สัมมาชีพและเป็นปัจจัยส่งผลต่อสถานะสุขภาพ โดยรวมของมนุษย์อย่างสมบูรณ์ เทคนิคพื้นฐาน ในการเยียวยาสุขภาพแบบองค์รวม จึงประกอบด้วย อาหารและโภชนาการ การผ่อนคลายความเครียด การเยียวยาทางจิตใจและการทำสมาธิ การหลีกเลี่ยง สิ่งแวดล้อมที่ไม่เอื้อต่อสุขภาพ การพักผ่อน ที่เพียงพอ การออกกำลังกายที่เหมาะสมกับวัย เพศ และสภาพร่างกาย การแบ่งปันความรัก และ การสร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างคนรอบข้าง รวมทั้ง ตนเอง การแสดงออกอย่างสร้างสรรค์ การสร้าง สัมพันธ์ภาพทางจิตวิญญาณและการเยียวยา การพัฒนาปัญญาด้วยโรค หรือปราศจากความ ทุพพลภาพ สุขภาพจัดเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของ มนุษยชนการปรับปรุงส่งเสริมหรือดำรงรักษา สุขภาพถือเป็นหน้าที่และความรับผิดชอบของ บุคคลที่พึงมีต่อตนเอง การมีภาวะสุขภาพที่พึง ปรารถนานั้น บุคคลจะต้องมีแนวคิดที่ถูกต้องเป็น ระบบในเรื่องสุขภาพ เนื่องจากแนวคิดดังกล่าว จะนำไปสู่การมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเสมือน กุญแจสำคัญที่จะนำไปสู่ภาวะสุขภาพที่พึงปรารถนา ปัญหาสุขภาพเป็นผลที่เกิดจากปัญหาสังคม สิ่งแวดล้อม พันธุกรรมและการมีพฤติกรรมเสี่ยง อีกทั้งยังคงมีความเชื่อ ค่านิยม และทัศนคติที่ไม่ เป็นวิทยาศาสตร์ ปัญหาเหล่านี้เมื่อรวมกับภาวะ ทางเศรษฐกิจที่บีบบังคับมากขึ้น และการหลงไหล

ถ่ายเทของผู้คนในยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้ภาวะเสี่ยง ต่าง ๆ ทางสุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลเพิ่ม มากขึ้นตามลำดับ ดังนั้น การเข้าใจถึงภาวะเสี่ยง ทางด้านสุขภาพอย่างรู้เท่าทันจะช่วยให้แต่ละ บุคคลสามารถมีชีวิตได้อย่างปกติสุขมากที่สุดใ นโลกไร้พรมแดน ภาวะเสี่ยงทางสุขภาพ (Health Risk) หมายถึงโอกาสที่บุคคล ครอบครัวและ ชุมชน อาจจะมีปัญหาสุขภาพ ซึ่งได้แก่การ เกิดโรค การเจ็บป่วยและอุบัติเหตุต่าง ๆ (วีรบุช ศรีวรรณ, 2556)

พระพุทธศาสนามีบทบาทสำคัญในการ ดำเนินชีวิตของคนไทย ไม่ว่าจะเป็นด้านสังคม ด้านการศึกษา ด้านศิลปวัฒนธรรม อีกทั้งยังเป็น ที่ยึดเหนี่ยวจิตใจโดย มีพระสงฆ์เป็นสื่อกลางใ นการสืบทอดและนำพระธรรมคำสั่งสอนของ พระพุทธเจ้าไปสู่การปฏิบัติ (พระพรหมคุณา ภรณ์, 2556) พระสงฆ์จึงต้องปฏิบัติให้อยู่ในพระ วินัยที่กำหนดอย่างเคร่งครัด พระวินัยบางข้อ ส่งผลต่อ สุขภาพของพระสงฆ์ อาทิเรื่องต้องฉัน อาหารตามญาติโยมหรือผู้มีจิตศรัทธาจัดถวาย เท่านั้น แหล่งที่มาของอาหาร ร้อยละ 85 มาจาก การบิณฑบาตในชุมชนที่อาศัย อาหารส่วนใหญ่ มักเป็นอาหารสำเร็จรูปที่หา ซื้อได้อย่างสะดวก และไม่มีประโยชน์เท่าที่ควร (โรงพยาบาลสงฆ์, 2560) จึงเป็นเหตุทำให้เกิดปัญหาด้านสุขภาพ มากขึ้นเสี่ยงต่อการเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เช่น ไขมันในโลหิตสูง เบาหวาน ความดันโลหิตสูง และยังเป็นสาเหตุให้เกิดโรคหัวใจ โรคหลอดเลือด ตามมาได้ (นิทรา กิจธีระวุฒิมวงษ์, 2559) จากสถิติ ข้อมูลพระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล สงฆ์ ปี พ.ศ. 2560 มีพระสงฆ์อาพาธเข้ารับรักษา ด้วยโรคไขมันในโลหิตสูง โรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานเป็นลำดับต้น ๆ ซึ่งสาเหตุของ อาการป่วยเกิดจากการบริโภคอาหารเป็นหลัก 5 แนวโน้มของพระสงฆ์สงฆ์ที่ป่วยเป็น อัมพฤกษ์ และโรคไต มีอัตราสูงขึ้นทุกปี (กรมควบคุมโรค, 2561) ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของชรินทร์ ห่วงมิตร (2560) ที่ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพ



เครือข่ายพระภิกษุสงฆ์ในเขตเทศบาลนคร นครสวรรค์ พบว่าพระสงฆ์ที่ได้รับการตรวจ สุขภาพมีเพียงร้อยละ 20 และมีโรคประจำตัวถึง ร้อยละ 41.3 โดยโรคประจำตัว ที่เป็นมากที่สุด คือโรคเบาหวาน ร้อยละ 15.1 รองลงมาคือ โรค ภูมิแพ้ ร้อยละ 12.1 และความดันโลหิตสูง ร้อยละ 9.0 มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพอยู่ในระดับ ปานกลาง (ค่าเฉลี่ย 3.46) เช่นเดียวกับกับผล การศึกษาของเฉลิมพล ตันสกุล (2561) ที่ได้ ศึกษาพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุสงฆ์ ในเขตทวิวัฒนา พบว่า เมื่อมีการเจ็บป่วยพระสงฆ์ดูแลตัวเอง โดยวิธีการซื้อยามาฉีดยาเอง ร้อยละ 42.1 และมีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่เหมาะสม ร้อยละ 80.78

จากข้อมูลพื้นฐานพระสงฆ์ ปี พ.ศ. 2564 พบว่ามีอำเภาศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ มีพระสงฆ์ สามเณร จำนวน 798 รูป จากรายงานการตรวจ สุขภาพพระสงฆ์ จำนวน 54 รูป พบว่ามีพระสงฆ์ ป่วยด้วยโรคเรื้อรังจำนวน 15 รูป ร้อยละ 27.77 พบป่วยด้วยโรคเบาหวาน,ความดันโลหิตสูง จำนวน 12 รูป ร้อยละ 22.22 โรคเก๊า 2 รูป ร้อยละ 3.70 โรคกระเพาะ 1 รูป ร้อยละ 1.85 โรคอ้วน 1 รูป ร้อยละ 1.85 พบมีการดื่มเครื่องดื่ม ชูกำลังทุกวัน จำนวน 28 รูป ร้อยละ 51.85 และ มีความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิต สูง จำนวน 28 รูป ร้อยละ 51.85 การอาหารของ พระสงฆ์นอกจากมีผลต่อสุขภาพร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจที่ต้องสูญเสีย ค่าใช้จ่ายค่ารักษาพยาบาล สาเหตุของโรคส่วน หนึ่งเกิดจากต้องฉีดยาตามที่มีผู้จัดถวาย ส่วนการออกกำลังกายของพระสงฆ์มีการปฏิบัติ ได้น้อยเพราะกลัวผิดต่อพระธรรมวินัยรวมทั้ง ขาดการออกกำลังกายที่ถูกต้อง ยังพบการ รับประทานอาหารที่หวาน เค็ม ไขมันสูง สุกบูหรี (สำนักสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์, 2564)

จากปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ที่พบ ผู้วิจัยจึงมีแนวคิดในการแก้ไขปัญหาที่ต้นเหตุ

นั่นคือ การให้ความรู้ ซึ่งแยกออกเป็น 2 ส่วน คือ การสร้างสุขภาพ ต้องมีการให้ความรู้ทั้งพระสงฆ์ และฆราวาส ซึ่งควรแนะนำเรื่องอาหารใส่บาตร สำหรับพระสงฆ์นั้นควรจัดให้มีการตรวจสุขภาพ เป็นประจำทุกปี และสร้างความคุ้นเคยในการ ตรวจสุขภาพโดยต้องกำหนดหน่วยงานที่เป็น เจ้าภาพให้ชัดเจน นอกจากนั้นต้องกระตุ้นให้ พระสงฆ์ดูแลสุขภาพของตนเองโดยแนะนำถึง ความเสี่ยงของความเจ็บป่วยต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้น และอีก ปัญหาใหญ่ของพระสงฆ์คือ เมื่ออาหาร เนื่องจากขาดผู้รู้ในการเข้าถึงการส่งต่อเป็นผลให้ พระสงฆ์ไม่ได้รับการรักษาที่ดีเพียงพอ ขาด โอกาสที่จะพัฒนาคุณภาพชีวิตให้ดีขึ้นป่วย นอกจากนั้นควรจัดให้มีการเผยแพร่ความรู้การปฐม พยาบาลเบื้องต้นแก่พระเพื่อให้พระสามารถดูแล กันเองได้ในยามฉุกเฉินหรือยามปกติโดยไม่ต้อง ผลักภาระให้ญาติโยม พระควรได้เรียนรู้เพื่อนำไป ปฏิบัติ ผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของการศึกษาใน เรื่องการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวม ของพระสงฆ์ ในอำเภาศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน เพราะการจัดการกับปัญหาสุขภาพพระสงฆ์ต้อง อาศัยการมีส่วนร่วมหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทำงาน ร่วมกันในรูปแบบเครือข่าย ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งที่เป็น เครื่องมือหรือวิธีการทำงานให้มีประสิทธิภาพ โดยใช้กลไกการสื่อสารแลกเปลี่ยนข้อมูลและ ประสบการณ์ มีการร่วมมือกันในเรื่องต่าง ๆ และ ยังทำให้มีพลังต่อรองกับอำนาจต่าง ๆ ได้ดีขึ้น จึงนับว่าการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายเป็น ปัจจัยสำคัญที่สุดของการส่งเสริมให้เกิดการ พัฒนาอย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาและความ ต้องการในการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในอำเภาศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์



2. เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน อำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ ขอบเขตด้านเนื้อหา ประกอบด้วย 1) การดูแลสุขภาพองค์รวมตามหลักการพระพุทธศาสนา 2) การดูแลสุขภาพองค์รวมตามหลักการสาธารณสุข 3) แนวคิดการสร้างเครือข่าย 4) แนวคิดการมีส่วนร่วม และ 5) การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ทำการศึกษาในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ มีระยะเวลาการทำวิจัยระหว่างเดือนมิถุนายน 2565 ถึง เดือนมกราคม 2566 มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากร ได้แก่ คณะสงฆ์ที่จำพรรษาที่วัดในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 738 รูป และเครือข่ายทั้งภายในพื้นที่และภายนอกพื้นที่วัด ในเขตอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์

1.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ คณะสงฆ์จากพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 30 รูป และเครือข่ายภายในพื้นที่และภายนอกพื้นที่วัด ในเขตอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 70 คน โดยการคัดเลือกแบบแบบเจาะจง

2. เครื่องมือที่ใช้ในวิจัย แบ่งเป็นแบบเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและแบบเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ดังนี้

2.1 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นแบบประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ โดยผู้วิจัยสร้างขึ้นจากกรอบแนวคิดการดูแลสุขภาพองค์รวมตาม

หลักพระพุทธศาสนาและหลักการของกระทรวงสาธารณสุข (2559) แบ่งออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม มีลักษณะเป็นแบบปลายปิดให้เลือกตอบและเติมคำในช่องที่กำหนดให้ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม 4 มิติ ตามหลักการกระทรวงสาธารณสุข 6 อ. จำนวน 20 ข้อ แบ่งเป็น 4 มิติ ดังนี้

มิติที่ 1 ด้านร่างกาย ครอบคลุมตามหลัก 4 อ. ได้แก่ อ.อาหาร อ.ออกกำลังกาย อ.โรคภัย และอ.อบายมุข ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวน 6 ข้อ

มิติที่ 2 ด้านอนามัยสิ่งแวดล้อม ครอบคลุมตามหลัก 1 อ. ได้แก่ อ.อากาศ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวน 4 ข้อ

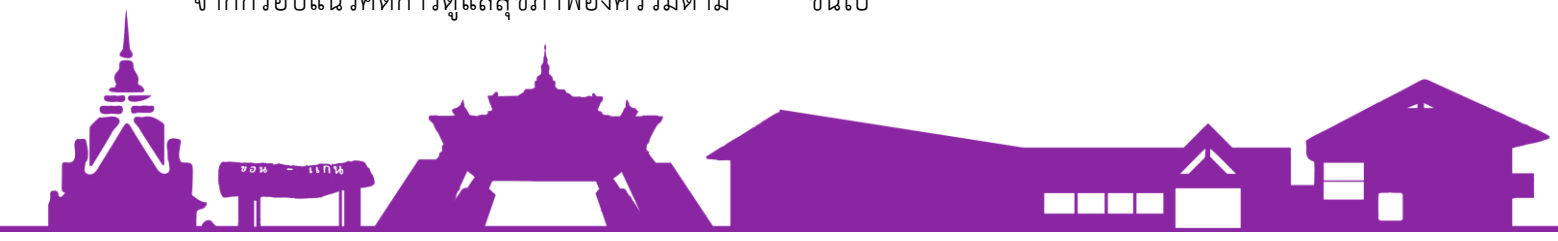
มิติที่ 4 ด้านจิตใจ ครอบคลุมตามหลัก 1 อ. ได้แก่ อ.อารมณ์ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวน 4 ข้อ

มิติที่ 5 ด้านปัญญา ได้แก่ การใช้โยนิโสมนสิการในการดูแลสุขภาพ ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิดแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 3 ระดับ จำนวน 5 ข้อ

ส่วนที่ 3 การดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ เป็นคำถามปลายเปิดให้แสดงความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

1. การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการนำแบบประเมินไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาหรือค่าความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์หรือเนื้อหา (Index of item objective congruence : IOC) ค่าที่ยอมรับได้แต่ละข้อคำถามตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป



2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำไปทดลองใช้กับพระสงฆ์ที่มีบริบทใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง คือ พระสงฆ์จำพรรษาในพื้นที่ตำบลช่วงป่า อำเภอสหัสขันธ์ จำนวน 30 รูป โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89

2.2 เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) การสังเกตอย่างมีส่วนร่วม 2) สนทนากลุ่ม 3) การสัมภาษณ์เชิงลึก และ 4) การประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยการนำแบบประเมินไปให้ผู้เชี่ยวชาญที่เกี่ยวข้อง จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาใช้เกณฑ์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of congruence: IOC) ค่าที่ยอมรับได้แต่ละข้อคำถาม มีค่าเท่ากับ 1.00

3. การเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ก่อนทำวิจัย (Pre-research phase) ศึกษาบริบทชุมชน ปัญหาชุมชนสภาพและสาเหตุ การสนับสนุนในชุมชน โดยการศึกษาจากเอกสาร วรรณกรรม และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนารูปแบบดูแลสุขภาพองค์รวมในพระสงฆ์ตามหลักพระพุทธศาสนาและตามหลักการของกระทรวงสาธารณสุข และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสนทนากลุ่มเครือข่ายในหัวข้อการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์และเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบพระสงฆ์ โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย มีวิธีดำเนินการ ดังนี้

1) ทำหนังสือประสานงานภาคีเครือข่าย ทั้งภาครัฐและเอกชน ผู้บริหารองค์กรเครือข่าย ทั้งฝ่ายคณะสงฆ์และฝ่ายฆราวาส

2) ประชุมชี้แจงตัวแทนองค์กรเครือข่ายถึงหลักการและเหตุผล วัตถุประสงค์ กระบวนการศึกษาวิจัย และประสานความร่วมมือในการมีส่วนร่วมขับเคลื่อนพัฒนา

3) ประชุมเตรียมความพร้อมทีมวิจัย วิธีสังเกตการณ์ วิธีการทำงานแบบมีส่วนร่วม

วิธีการสัมภาษณ์ วิธีการสนทนากลุ่ม และวิทยาการกระบวนการ

4) เตรียมเครื่องมือการวิจัย ประกอบด้วย แบบบันทึกบริบทชุมชนและสภาพปัญหาสุขภาพแบบสอบถาม และแบบสังเกตการณ์มีส่วนร่วม

5) ดำเนินการประเมินสภาพปัญหา ความต้องการ และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์เพื่อใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานก่อนการวิจัย ดังนี้

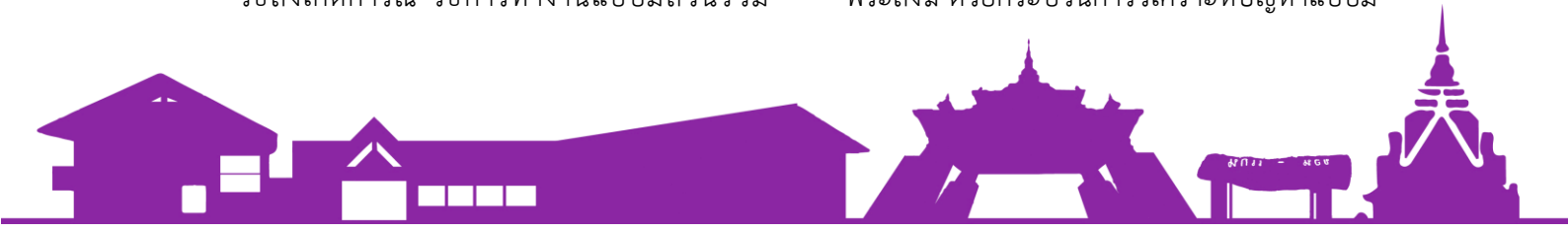
5.1) การสนทนากลุ่ม ผู้วิจัยใช้การสนทนากลุ่ม เพื่อให้พระสงฆ์ กรรมการวัด แกนนำชุมชน ผู้สูงอายุ ภูมิปัญญาพื้นบ้านในแต่ละพื้นที่ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบในพื้นที่ แสดงความคิดเห็น ชักถามสภาพปัญหาและความต้องการเกี่ยวกับสุขภาพพระสงฆ์พร้อมกับค้นหาแนวทางพัฒนาในแต่ละพื้นที่

5.2) การสังเกตแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยและทีมวิจัยได้เข้าร่วมกระบวนการสนทนากลุ่ม เพื่อสังเกตบรรยากาศการมีส่วนร่วมในการเสนอความคิด การอภิปราย การวิเคราะห์ปัญหา การสรุปประเด็น และบรรยากาศในการประชุม

ระยะที่ 2 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยผู้วิจัยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม (Participatory action research: PAR) (กมล สุดประเสริฐ, 2537) มีกระบวนการ 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนพัฒนา โดยการประชุมคณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์ เพื่อวิเคราะห์ปัญหา ความต้องการค้นหาทางเลือก ตัดสินใจกำหนดแนวทางและแผนพัฒนาระบบสุขภาพพระสงฆ์แบบองค์รวม โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ดังนี้

1) ประชุมชี้แจง แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ร่วมกันวิเคราะห์และวางแผนงานร่วมกับคณะกรรมการเครือข่ายพัฒนาระบบสุขภาพพระสงฆ์ ด้วยกระบวนการวิเคราะห์ปัญหาแบบมี



ส่วนร่วม (Participatory rural appraisal: PRA) และกระบวนการมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation influence control: AIC) โดยผู้เข้าร่วมประชุมส่วนใหญ่เป็นเครือข่ายในพื้นที่ ผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย (Stakeholder) จากโครงการวิจัยครั้งนี้ ได้แก่ ตัวแทนกลุ่มองค์กรคณะสงฆ์ ตัวแทนคณะกรรมการวัด และชุมชนรอบวัด

2) ประชุมเชิงปฏิบัติคณะทำงานพัฒนาระบบสุขภาพพระสงฆ์ ด้วยกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติสร้างอนาคตร่วมกัน (Future search conference: FSC) และกระบวนการประชุมแบบมีส่วนร่วมอย่างสร้างสรรค์ (Appreciation influence control: AIC) เพื่อกำหนดเป้าหมายร่วมกัน พัฒนาศักยภาพแกนนำ เสริมสร้างพลังเครือข่ายในการขับเคลื่อน พัฒนาและกำหนดแนวทางพัฒนาภารกิจร่วมกัน โดยประยุกต์อุดมการณ์และแนวคิดในการสร้างแรงบันดาลใจ ในการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ โดยไม่หวังผลตอบแทน เปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุม ได้ระดมสมอง แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการพัฒนา ระบบสุขภาพพระสงฆ์ ชักถามและตอบข้อสงสัย และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนาสุขภาพพระสงฆ์ในแต่ละพื้นที่

3) การประชุมเพื่อวิเคราะห์และวางแผน ผู้วิจัยและทีมวิจัยเข้าร่วมประชุมด้วย และทำการสังเกตแบบมีส่วนร่วม เพื่อประเมินผล บรรยากาศการประชุม การเสนอความคิดเห็น การอภิปราย การวิเคราะห์ปัญหา การสรุปประเด็น และการเสนอตัวผู้รับผิดชอบ

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติตามแผนพัฒนา คณะผู้วิจัยและเครือข่าย ดำเนินการพัฒนาตามภารกิจ รูปแบบการดูแลสุขภาพ แผนงานและโครงการของที่ประชุม โดยบูรณาการเข้ากับงานประจำอย่างเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่และพระธรรมวินัย โดยคณะผู้วิจัยได้ทำการติดตาม และประเมินผลกิจกรรมและความสำเร็จของโครงการย่อยเป็นระยะ ๆ อย่างสม่ำเสมอ เพื่อรับฟังปัญหาอุปสรรค ให้การสนับสนุนและอำนวยความสะดวก

ความสะดวกในการทำงาน ประกอบด้วย กิจกรรมหลักในโครงการวิจัย ดังนี้

1) จัดอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำสุขภาพพระสงฆ์หมอประจําวัด หลักสูตร 2 วัน ซึ่งเนื้อหาหลักสูตรเป็นเรื่องเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค การดูแลสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง การพัฒนาวัดส่งเสริมสุขภาพ การให้คำปรึกษาเชิงพุทธ การส่งต่อ และการเยี่ยมไข้ เป็นต้น

2) จัดตั้งศูนย์การเรียนรู้สุขภาพองค์กรรวมวิถีพุทธและวัฒนธรรมอีสานภายในวัด

3) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่วิจัยให้บริการตรวจสุขภาพประจำปีพระสงฆ์ทุกรูป จัดทำสิทธิบัตรการรักษาพยาบาล และให้การรักษาพระสงฆ์ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

4) ภาศิเครือข่ายปฏิบัติตามภารกิจที่ร่วมกันกำหนดในที่ประชุม และบูรณาการเข้ากับงานประจำ เพื่อสร้างเสริมสุขภาพแก่พระสงฆ์และมีรูปแบบการพัฒนาอย่างเหมาะสมกับพื้นที่

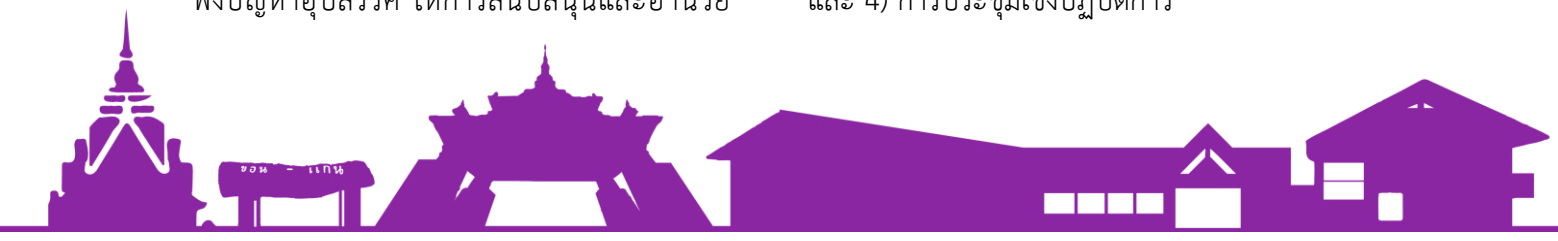
ขั้นตอนที่ 3 การประเมินผล แบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 การประเมินผลระหว่างดำเนินการวิจัย ด้วยการประเมินจากการสังเกต บรรยากาศการมีส่วนร่วมในการทำงานของเครือข่าย และการบรรยากาศในที่ประชุม

ระยะที่ 2 การประเมินผลสรุปเมื่อสิ้นสุดโครงการวิจัย ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

2.1 เชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามเพื่อประเมินพฤติกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลช่วงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2565

2.2 เชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) แบบสังเกตอย่างมีส่วนร่วม 2) แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม 3) แบบบันทึกการสัมภาษณ์เชิงลึก และ 4) การประชุมเชิงปฏิบัติการ



ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการวิจัย ผู้วิจัยนำกระบวนการและผลการวิจัยการพัฒนา รูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมในพระสงฆ์ โดยเน้นการมีส่วนร่วม ตั้งแต่ขั้นตอนที่ 1 - 3 ที่ผ่านการวิเคราะห์ ติความ และสรุปความเชื่อมโยงให้สัมพันธ์เชิงเหตุผล นำข้อมูลมาสะท้อนผลสู่พื้นที่วิจัย เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่องต่อไป

4. การพิทักษ์สิทธิอาสาสมัครกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้คำนึงถึง ศักดิ์ศรีและควมมีคุณค่าของผู้ร่วมวิจัยทุกขั้นตอนการดำเนินการวิจัย จะไม่ก่อให้เกิดอันตรายหรือความทุกข์ทรมาน จิตใจ และวิญญาณของผู้ร่วมวิจัยทุกกลุ่ม จึงได้ดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยและประชุมชี้แจงกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มและขออนุญาตในการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้โดยการวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

5.1.1 สถิติพรรณนา วิเคราะห์

ข้อมูลทั่วไป สภาพปัญหา และความต้องการการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ และพฤติกรรมสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ ด้วยสถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5.1.2 สถิติอนุมาน วิเคราะห์

เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ ก่อนและหลังดำเนินงาน โดยใช้สถิติการทดสอบสมมติฐาน Paired samples t-test

5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์เชิงเนื้อหาและตีความ สรุปเชื่อมโยงความสัมพันธ์เชิงเหตุผล

สรุปผลการวิจัย

ระยะที่ 1 ก่อนทำวิจัย

1. สภาพปัญหาปัจจุบันของพระสงฆ์พบว่า พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 รูป ส่วนใหญ่มีการเจ็บป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหาร ร้อยละ 77.50 รองลงมาคือ เจ็บป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ปวดหลังปวดเอว โรคเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง และข้อเสื่อม ร้อยละ 63.75, 53.75, 40.00, 36.88 และ 32.50 ตามลำดับ เมื่อเจ็บป่วยพระสงฆ์ส่วนใหญ่ซื้อยามันเอง ร้อยละ 52.50 มีบางส่วนไปรักษาโรงพยาบาลเอกชน/คลินิก ร้อยละ 16.25 โดยพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาล (หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า) ร้อยละ 48.75 ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล ร้อยละ 31.88 มีการทำประกันชีวิต ร้อยละ 8.75

2. ความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์พบว่า พระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ต้องการมีห้องปฐมพยาบาลไว้ที่ วัดและมีผู้ปฏิบัติงานดูแลเวลาอาหาร ต้องการให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณในจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาและทำกิจกรรมการพัฒนา ต้องการได้รับตรวจสุขภาพประจำปี เวลาอาหารและพระสงฆ์ที่เป็นผู้สูงอายุวัยชราต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจเยี่ยมและเยี่ยมไข้ที่วัดอย่างต่อเนื่อง และต้องการให้คณะพระสังฆาธิการจัดประชุมเพื่อพัฒนางานระบบสุขภาพพระสงฆ์ต่อเนื่องทุก 3 เดือน

3. พฤติกรรมสุขภาพองค์รวม 4 มิติ ของพระสงฆ์กลุ่มตัวอย่างพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพองค์รวมในภาพรวม ($\bar{X} = 40.03$, $SD = 15.76$) ช่วงเชื่อมั่น 95% CI อยู่ระหว่าง 34.15 ถึง 45.91 โดยมีคะแนนเฉลี่ยของมิติด้านปัญญาสูงที่สุด รองลงมาคือ มิติด้านร่างกาย มิติด้านสิ่งแวดล้อม และมิติด้านจิตใจ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 แสดงการประมาณค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพองค์รวม 4 มิติ ของพระสงฆ์ (n = 30)

พฤติกรรมสุขภาพองค์รวม 4 มิติ	ขนาดตัวอย่าง (n)	คะแนนเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ช่วงเชื่อมั่น 95% CI
มิติด้านร่างกาย	30	11.53	4.47	9.86 - 13.20
มิติด้านจิตใจ	30	7.50	3.21	6.30 - 8.70
มิติด้านสิ่งแวดล้อม	30	7.87	3.42	6.59 - 9.15
มิติด้านปัญญา	30	13.13	4.66	11.39 - 14.87
โดยรวม	30	40.03	15.76	34.15 - 45.91

ระยะที่ 2 การวิจัยปฏิบัติการ

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ ดังนี้

2.1 การกำหนดบทบาทหน้าที่ภาคีเครือข่าย แบ่งเป็น 5 กลุ่ม คือ

1) กลุ่มที่ 1 คือ วัดซึ่งเป็นกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับพระสงฆ์โดยตรง ประกอบด้วย เจ้าอาวาส รองเจ้าอาวาส แกนนำสุขภาพพระสงฆ์ กรรมการวัด กำหนดว่าวัดจะต้องมีบทบาทสำคัญในการจัดการสภาพแวดล้อม และบุคคลที่จะทำงานประสานให้การพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

2) กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มที่มีบทบาทโดยตรงในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ กลุ่มสถานบริการสาธารณสุขที่มีเขตรับผิดชอบครอบคลุมวัดที่ทำการศึกษา และมีบทบาทในการดูแลสุขภาพในชุมชนนี้ มีหน้าที่ให้การสนับสนุนทางด้านการดูแลสุขภาพ 4 ด้าน คือ ด้านการส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการรักษาพยาบาล และด้านการฟื้นฟูสภาพ ถวายความรู้แก่พระสงฆ์ และประชาชนในเรื่องการดูแลสุขภาพ อาสาสมัครของหมู่บ้าน/ชุมชน ดำเนินการสำรวจและเยี่ยมในกรณีมีพระภิกษุสงฆ์อาพาธ หรือสูงอายุ

3) กลุ่มที่ 3 คือ กลุ่มที่ดูแลพระพุทธศาสนาและวัฒนธรรมซึ่งเกี่ยวข้องกับวัดโดยตรง ได้แก่ สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัด สุรินทร์ และสำนักงานวัฒนธรรมจังหวัดสุรินทร์

ทำการประชาสัมพันธ์เชิญชวนพุทธศาสนิกชน ร่วมกันทำบุญ เพื่อให้ได้บุญอย่างเต็มที่ โดยไม่จัดให้มีอบายมุขในวัด เช่น การเล่นเกมพนันในงานศพ การดื่มสุราของมีนเมาในงานบวช งานศพ และส่งเสริมวัดปลอดบุหรี่ นอกจากนั้นช่วยประชาสัมพันธ์ในเรื่องอาหารใส่บาตรให้เป็นอาหารที่มีคุณภาพ และสังฆทานที่มีคุณภาพ สนับสนุนการดำเนินงานวัดต้นแบบและกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

4) กลุ่มที่ 4 คือ กลุ่มที่มีบทบาทในการดูแลบำบัดทุกข์ บำรุงสุขในพื้นที่รับผิดชอบ ได้แก่ องค์กรท้องถิ่น ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ช่วยดูแลในด้านความสะอาด สิ่งแวดล้อม การกำจัดขยะ และการสนับสนุนงบประมาณ

5) กลุ่มที่ 5 คือ กลุ่มที่ใกล้ชิดกับประชาชนในพื้นที่ที่จะร่วมทำบุญ เพื่อจรรโลงพระพุทธศาสนาให้ยั่งยืน ได้แก่ กลุ่มตัวแทนประชาชน ประกอบด้วย อาสาสมัครของหมู่บ้าน/แกนนำประชาชนในชุมชน ในกลุ่มนี้จะมีบทบาทในการช่วยเผยแพร่ความรู้ด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อการมีสุขภาพที่แข็งแรง และช่วยประชาสัมพันธ์การใส่บาตรด้วยอาหารสุขภาพที่ถูกสุขลักษณะ การถวายสังฆทานที่มีคุณภาพไม่หมดอายุ ส่งเสริมงานบุญปลอดอบายมุขให้แก่ประชาชนในชุมชน



2.2 แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ ดังนี้

1) การดูแลสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการสร้างเสริมสุขภาพให้แข็งแรง เกิดภูมิคุ้มกัน และสามารถใช้ชีวิตได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย การถวายเป็นบุญ การดูแลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง เน้นหลัก 6 อ. ได้แก่ อ.ที่ 1 คือออกกำลังกาย อ.ที่ 2 คืออาหาร อ.ที่ 3 คืออารมณ์ อ.ที่ 4 คือโรคภัย อ.ที่ 5 คืออนามัยสิ่งแวดล้อม และ อ.ที่ 6 คืออบายมุข การใส่บาตรต้องเป็นอาหารสุขภาพที่มีคุณภาพ จัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดการส่งเสริมการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับพระสงฆ์ การพัฒนาด้านจิตใจ การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคต่างๆ ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ การสร้างสภาพแวดล้อมในบ้าน/วัด หรือที่พักให้เหมาะสมที่เอื้อต่อการมีสุขภาพดีของคนในครอบครัว/พระในวัด จัดให้มีโครงการปลอดบุหรี่สุราในวัด

2) การดูแลสุขภาพด้านการป้องกันโรค แบ่งเป็น 3 ระดับคือ

ระดับที่ 1 การป้องกันโรคล่วงหน้า เป็นการป้องกันโรคก่อนระยะที่โรคเกิด เป็นวิธีการ โดยการปรับสภาพความเป็นอยู่ หรือการปรับปรุงภาวะสิ่งแวดล้อมหรือทั้งสองประการร่วมกัน เพื่อให้เกิดภาวะที่โรคต่าง ๆ ไม่สามารถเกิดหรือคงอยู่ได้ โดยการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของประชาชนให้สมบูรณ์ทั้งร่างกายและจิตใจ การปรับปรุงสุขภาพสิ่งแวดล้อมให้ถูกสุขลักษณะ

ระดับที่ 2 การป้องกันในระยะที่มีโรคเกิดขึ้น โดยการระงับกระบวนการดำเนินของโรค การป้องกันการแพร่เชื้อและระบาดของโรคไปยังบุคคลอื่นในชุมชน และการลดการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นในชุมชนให้น้อยลงและหายไปให้เร็วที่สุด

ระดับที่ 3 การป้องกันการเกิดความพิการและการไร้สมรรถภาพ เป็นการรักษา

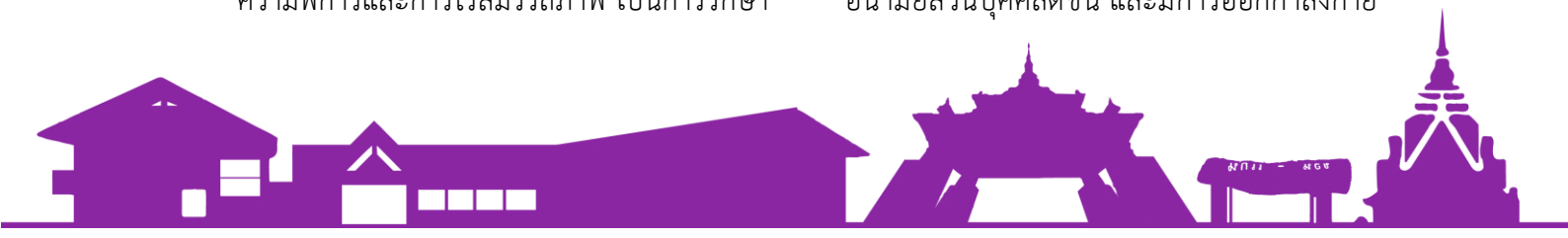
ผู้ป่วยที่มีอาการให้หายโดยเร็ว เพื่อลดผลเสียและโรคแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้นตามมาภายหลังการเกิดโรค รวมทั้งการติดตามสังเกตและให้การป้องกันอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการป้องกันโรค มีหลักการที่สำคัญ 2 ประการ คือ การป้องกันโรคด้วยตนเอง และการป้องกันการระบาดของโรคที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน

3) การดูแลสุขภาพด้านการรักษาพยาบาล แบ่งออกเป็น การดูแลเบื้องต้น การดูแลฉุกเฉิน และการดูแลพิเศษ คือ (1) การดูแลเบื้องต้น เป็นการดูแลโดยโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งในกระบวนการดูแลสุขภาพขั้นพื้นฐาน (2) การดูแลฉุกเฉิน เป็นการดูแลการเจ็บป่วย หรือการบาดเจ็บที่เกิดขึ้นอย่างปัจจุบันทันด่วน โดยพระสงฆ์จะส่งตัวเข้าไปรักษาในโรงพยาบาลแม่ข่ายที่ผู้ป่วยได้แจ้งเอาไว้ และ (3) การดูแลพิเศษ เป็นการดูแลที่จัดทำขึ้นในโรงพยาบาล และเป็นการดูแลรักษาในกรณีที่เกิดความเจ็บป่วยร้ายแรง หรือมีอาการหนัก ที่มักส่งต่อมาจาก โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหรือโรงพยาบาลแม่ข่าย

4) การดูแลสุขภาพสุขภาพด้านการฟื้นฟู เป็นการติดตามฟื้นฟูหลังเข้ารับการรักษา ส่วนในการดูแลพระสงฆ์ในอาวาสสมัครของหมู่บ้านที่อยู่ในเขตเดียวกันที่วัดตั้งอยู่จะเป็นผู้รับผิดชอบ หรือ แกนนำสุขภาพพระสงฆ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เป็นการติดตามเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง เดือนละ 1 ครั้ง

2.3 ผลการพัฒนาตามรูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์

1) ผลการพัฒนาการดูแลสุขภาพองค์รวมในพระสงฆ์ พบว่า พระสงฆ์ได้ร่วมกิจกรรมและมีพฤติกรรมสุขภาพ คือ (1) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพองค์รวมในพระสงฆ์ดีขึ้น โดยมีการดูแลสุขภาพร่างกายในการเลือกบริโภคอาหารที่ไม่เสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ถูกต้อง มีการดูแลสุขภาพส่วนบุคคลดีขึ้น และมีการออกกำลังกาย



เป็นประจำมากขึ้น มีโครงการสนับสนุน เช่น มีการตรวจสุขภาพประจำปี โครงการลดละเลิก บุหรี่ โครงการทำบุญไม่มีอบายมุข และในด้าน การสงเคราะห์วัดจัดให้มีห้องพยาบาลสำหรับ พระสงฆ์อาพาธและมีผู้ดูแล (2) การดูแลสุขภาพ ด้านจิตใจ มีโครงการปฏิบัติธรรมทั้งพระภิกษุสงฆ์ สามเณรและบุคคลทั่วไปเป็นประจำทุกเดือน ตลอดทั้งปีเช่น โครงการปฏิบัติธรรมของพระสงฆ์ โครงการธุดงค์เพื่อการปฏิบัติธรรมของพระสงฆ์ โครงการปฏิบัติวิปัสสนาพุทธทายาท โครงการทำ วัตรสวดมนต์เสริมสิริมงคลชีวิต พิชิตโรค โครงการเข้าวัดวันอาทิตย์ใกล้ชิดพุทธศาสนา โครงการเหล่านี้นอกจากจะช่วยพัฒนาด้านจิตใจ ของพระสงฆ์แล้วยังเป็นโครงการที่ดูแลประชาชน ด้วย (3) การดูแลด้านสิ่งแวดล้อมมีการปรับปรุง สิ่งแวดล้อมภายในวัดให้สะอาดเรียบร้อยและ สวยงาม เป็นเอกลักษณ์แห่งพระพุทธศาสนา และ ทำลายแหล่งรังโรคติดต่อต่าง ๆ มีกิจกรรม เช่น โครงการพุทธจิตอาสาพัฒนาวัด ร่วมกันทำความสะอาด บริเวณวัดให้ ร่มรื่น ร่มเย็น อันเป็นการ สร้างเสริมความสามัคคีให้เกิดขึ้นในชุมชนอีกทาง

หนึ่งด้วย (4) ด้านการป้องกันโรค พระสงฆ์รับการ ตรวจคัดกรองสุขภาพ ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน โรคตามช่วงฤดูกาล พระสงฆ์ได้รับการถวาย ความรู้พระสงฆ์ในการปฏิบัติตนเพื่อหลีกเลี่ยง จากการเป็นโรคติดต่อต่าง ๆ ตามช่วงฤดู ในส่วน ของสถานบริการสุขภาพ มีการจัดระบบเพื่อ รองรับการเกิดโรค ป้องกันการแพร่เชื้อ ให้ความรู้ ในชุมชน พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการเกิดโรค ระบาดในวัดและชุมชน และ (5) ด้านการรักษา พยาบาล สร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างพระสงฆ์ และสถานบริการถึงระบบการเข้ารับบริการของ พระสงฆ์ในขั้นตอนต่าง ๆ

2) การเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยของ พฤติกรรมสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ ก่อนและ หลังการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพองค์รวม ของพระสงฆ์ พบว่า ภายหลังจากการพัฒนา แบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ มีค่าคะแนนเฉลี่ยของพฤติกรรมสุขภาพองค์รวม ของพระสงฆ์ เพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 รายละเอียด ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงผลการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ ระหว่างก่อนและ หลังการพัฒนาแบบการดูแลสุขภาพองค์รวม (n = 30)

พฤติกรรมสุขภาพองค์รวม 4 มิติ	ค่าเฉลี่ย ของผลต่าง (μ_{diff})	ส่วนเบี่ยงเบน มาตรฐาน ของผลต่าง (SD_{diff})	เกณฑ์ตัวเลข = 0	
			ช่วงเชื่อมั่น 95% ของค่าเฉลี่ยผลต่าง (95% CI for μ_{diff})	p-value
1. มิติสุขภาพด้านร่างกาย	1.38	0.32	1.26 - 1.50	< .001
2. มิติสุขภาพทางด้านจิตใจ	1.17	0.25	1.08 - 1.26	< .001
3. มิติสุขภาพด้านสิ่งแวดล้อม	1.58	1.16	1.15 - 2.01	< .001
4. มิติสุขภาพด้านปัญญา	1.54	0.38	1.40 - 1.68	< .001
โดยรวม	5.67	2.11	4.88 - 6.46	< .001



อภิปรายผล

1. จากผลการศึกษาสภาพปัญหาความเจ็บป่วยของพระสงฆ์ ส่วนใหญ่เจ็บป่วยด้วยโรคกระเพาะอาหาร รองลงมาคือ ความดันโลหิตสูง ปวดหลังปวดเอว เบาหวาน ไขมันในเลือดสูงและข้อเสื่อม เมื่อเจ็บป่วยพระสงฆ์ส่วนใหญ่ซื้อยาฉันทันเอง มีบางส่วนไปรักษาที่คลินิกเอกชน และโรงพยาบาล พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีสิทธิการรักษาพยาบาล คือ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีเป็นส่วนน้อยที่ทำประกันชีวิต โดยภาพรวมแล้วสถานการณ์สภาพปัญหาและความต้องการด้านสุขภาพพระสงฆ์ ในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์ นั้น พระสงฆ์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยสูงอายุ ที่มีโรคประจำตัวและโรคเรื้อรังเป็นส่วนใหญ่ ในด้านการเข้าถึงบริการสุขภาพภาคพื้นนั้น พระสงฆ์ยังไม่เข้าถึงบริการเท่าที่ควร จะเห็นได้ว่าเมื่อเจ็บป่วยพระสงฆ์จะไปซื้อยาฉันทันเองหรือไปรักษาที่คลินิกเอกชน จึงสิ้นเปลืองค่าใช้จ่ายส่วนตัว อีกทั้งการดูแลสุขภาพก็ไม่ต่อเนื่อง แม้แต่การตรวจสุขภาพประจำปีก็ยังไม่ได้รับบริการ ซึ่งปัญหาเหล่านี้มีความเกี่ยวข้องกับเหตุปัจจัยหลายประการ ทั้งตัวผู้รับบริการเองอาจขาดความรู้ ความเข้าใจ และความตระหนักในเรื่องสุขภาพของตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต และคณะ (2556) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง สุขภาวะของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดอุบลราชธานี พบว่าสภาวะทางด้านร่างกายของพระสงฆ์ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายและเส้นรอบเอวอยู่ในค่าปกติ แต่ก็ยังพบปัญหาในพระสงฆ์กลุ่มอายุ 60 ปีขึ้นไป มีเส้นรอบเอวสูงกว่าค่าปกติ ร้อยละ 42.10 ต้องได้รับการตรวจเลือดระดับไขมันในเลือดและพระสงฆ์มีโรคประจำตัวพบมากที่สุดเป็นโรคเรื้อรัง ได้แก่ ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน ร้อยละ 31.62

2. ความต้องการด้านสุขภาพของพระสงฆ์ จากผลการศึกษาที่พบว่าพระสงฆ์ส่วนใหญ่ต้องการมีห้องปฐมพยาบาลไว้ที่วัดและมีผู้ปฏิบัติงาน รองลงมาลงมากคือ ต้องการให้

องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณจัดซื้อเวชภัณฑ์ยาและทำกิจกรรมการพัฒนาต้องการตรวจสุขภาพประจำปี ต้องการให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตรวจเยี่ยมและเยี่ยมไข้ที่วัดอย่างต่อเนื่อง และต้องการให้พระสังฆาธิการจัดประชุมเพื่อพัฒนางานระบบสุขภาพพระสงฆ์ต่อเนื่องทุก 3 เดือน ในเรื่องการรับรู้ข้อมูลด้านสุขภาพ สอดคล้องกับงานวิจัยของสุชาติ วงศ์สืบชาติ (2558) ได้ศึกษาวิจัย เรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาวัดมหาธาตุยุวราชรังสฤษฎิ์ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม และวัดปากน้ำ ภาษีเจริญ ผลการวิจัยพบว่า การได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ ในกรุงเทพมหานคร มีระดับการรับรู้ประโยชน์ของการดูแลสุขภาพโดยรวม และมีความต้องการในเรื่องการพัฒนาดูแลสุขภาพองค์รวมอยู่ในระดับมากที่สุด ดังนั้นการพัฒนาในรูปแบบในการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์จึงมีความจำเป็น และทุกฝ่ายควรสนับสนุน

3. พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีปัญหาทางสุขภาพ โดยเฉพาะป่วยเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจขาดเลือดและภาวะไขมันในเลือดสูง ซึ่งสาเหตุสำคัญส่วนหนึ่งมาจากอาหารที่ใส่บาตรทำบุญของประชาชน พระสงฆ์บางส่วนขาดความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงผลเสียต่อการเจ็บป่วยของพระสงฆ์ นอกจากนี้ พระสงฆ์ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่เสี่ยงต่อการเกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ ดื่มกาแฟ ดื่มเครื่องดื่มชูกำลัง และขาดการออกกำลังกายที่เหมาะสม หากไม่ได้รับการแก้ไขจะกลายเป็นผู้ป่วยรายใหม่ได้ สอดคล้องกับการศึกษาของพระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุทโธ) (2556) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาเชิงวิเคราะห์วิถีชีวิตพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ตามที่ปรากฏในพระไตรปิฎก ที่กล่าวไว้ตอนหนึ่งว่า พระสงฆ์ไทยในปัจจุบัน



มีวิถีชีวิต หรือรูปแบบการดำเนินชีวิตของ พระสงฆ์เปลี่ยนไป เช่น จากการพักอาศัยอยู่ใน ป่าเป็นหลักกลายมาเป็นการพักอาศัยอยู่ในวัด การรักษาสุขภาพด้วยสมุนไพรตามที่สามารถหา ได้ในป่าเขากลายมาเป็นการรักษาสุขภาพใน สถานบริการสุขภาพของภาครัฐและเอกชน เช่น โรงพยาบาล คลินิก และการซื้อยาจากร้านขายยา ฯลฯ สำหรับปัญหาสุขภาพของพระสงฆ์ใน สังคมไทยปัจจุบัน กลับกลายมาเป็นโรคที่เกิดจาก การดำเนินชีวิตที่ดีและสะดวกสบาย ที่เรียกว่า “โรควิถีชีวิต” หรือโรคที่เกิดจากพฤติกรรม สุขภาพ เช่น โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ ฯลฯ โรคเหล่านี้สามารถ แก้ไขได้โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่น การฉันท อาหาร การออกกำลังกายที่ถูกต้องและการฝึกจิต ภาวนา ดังนั้น ในส่วนของวิธีการดูแลรักษา สุขภาพแบบองค์รวมที่พระสงฆ์สามารถปฏิบัติได้ ในสังคมปัจจุบัน คือ

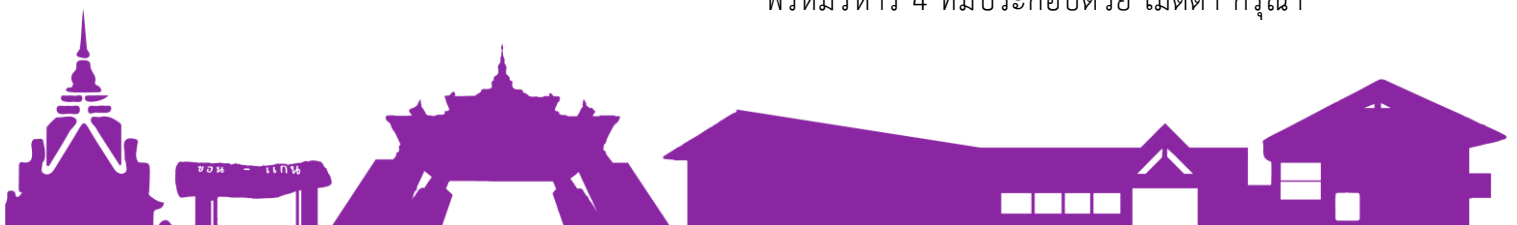
3.1 สุขภาพทางกาย เช่น การดูแล รักษาความสะอาดร่างกายอย่างสม่ำเสมอ การ ตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การบริโภค อาหารโดยพิจารณาอย่างรอบคอบ และรู้จัก ประมาณในการบริโภค การออกกำลังกายอย่าง สม่ำเสมอ โดยการทำกิจวัตรประจำวันมีการกวาด วิหาร ลานเจดีย์ เป็นต้น

3.2 สุขภาพทางจิต ได้แก่ การผ่อนคลาย อารมณ์ เช่น การออกกำลังกาย ทำกิจวัตร ประจำวันของสงฆ์ การทำวัตรสวดมนต์ การเดิน จงกรม การฝึกสมาธิ การแผ่เมตตา การพักผ่อน ให้เพียงพอ และการแก้ไขปัญหาตามหลักอริยสัจ 4

3.3 สุขภาพทางสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างสังคmsgด้วยกัน มีการ ปฏิบัติตามพระธรรมวินัย และความสัมพันธ์ ระหว่างสังคmsgกับสังคmsgชาวบ้าน โดยการเป็น ผู้นำทางจิตวิญญาณ และเป็นผู้นำในการพัฒนา ทางจิตและสังคม

3.4 การดูแลสุขภาพทางปัญญาให้ เจริญงอกงาม ตามหลักปัญญาวัชรธรรม 4 ประการ จึงจะได้บรรลุผล คือ สุขภาวะที่ประณีต ยิ่ง ๆ ขึ้นไป จนถึงสุขภาวะอันสมบูรณ์

4. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ องค์รวมของพระสงฆ์ ในอำเภอศีขรภูมิ จังหวัด สุรินทร์ โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่าย ประกอบด้วย มิติทางด้านร่างกาย มิติทางด้าน จิตใจ มิติทางด้านสิ่งแวดล้อม และ มิติทางด้าน ปัญญา ให้ครอบคลุมตามหลักการ ของ กระทรวง สาธารณสุข (2559) ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านการ ส่งเสริมสุขภาพ ด้านการป้องกันโรค ด้านการ รักษาพยาบาลเมื่อเกิดเจ็บป่วย และด้านการฟื้นฟู สภาพ ผลจากการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพ องค์รวมของพระสงฆ์จะเห็นได้จากเมื่อเปรียบเทียบ พฤติกรรมสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ก่อนและ หลังการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวม ของพระสงฆ์ พบว่า หลังจากพัฒนารูปแบบการ ดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ มีคะแนนเฉลี่ย พฤติกรรมสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์เพิ่มขึ้น จากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05 ในทุกมิติ ในรูปแบบการจัดกิจกรรมใน การพัฒนานั้น ได้มีการบูรณาการแนวทางการ ดูแลสุขภาพตามหลักการทางพระพุทธศาสนา เพื่อให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของพระสงฆ์บน พื้นฐานของนโยบาย 6 อ. คือ อาหาร อารมณ์ อโรคา ยา อนามัยสิ่งแวดล้อม และอบายมุข ซึ่ง ทั้งหมดนี้ พระสงฆ์ไม่สามารถจะทำได้โดยลำพัง จะต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายใน การให้การสนับสนุนการทำงาน การทำงานแบบมี ส่วนร่วมของเครือข่ายในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ซึ่งถือว่าเป็นมิติหนึ่งของการพัฒนาชุมชน จำเป็นต้องอาศัยหลักพุทธธรรมในการหล่อหลอม จิตใจให้สมาชิกเครือข่ายมีความสุขในการทำงาน และการพัฒนาประสบผลสำเร็จ ตามเป้าหมาย ดังที่พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต) (2556) ได้กล่าวไว้ในหนังสือวิสัยธรรมเพื่อนำหลักธรรม พหุมวิหาร 4 ที่มีประกอบด้วย เมตตา กรุณา



มุทิตา และอุเบกขา มาใช้ในการทำงานร่วมกันได้อย่างมีความสุขเช่นเดียวกับ หลักธรรมสังคหวัตถุ 4 ประกอบด้วย ทาน : การเสียสละการเอื้อเพื่อแบ่งปันเพื่อประโยชน์แก่บุคคลอื่น ปิยวาจา : ปฏิบัติได้ด้วยการพูดจาด้วยถ้อยคำที่ไพเราะอ่อนหวาน เป็นประโยชน์เหมาะแก่กาลเทศะพูดด้วยความจริงใจ อตถจริยา : ปฏิบัติได้ด้วยการสงเคราะห์การประพฤติตนให้เป็นเป็นประโยชน์แก่ผู้อื่นและสังคม สมานัตตตา: ปฏิบัติได้ด้วยการเป็นผู้มีความสม่ำเสมอมีความประพฤติเสมอกัน เสมอปลายเป็นคนมีจิตใจหนักแน่นไม่โลเล ใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจเครือข่ายในการมางานร่วมกัน จนเกิดผลสำเร็จได้ ดังนั้นรูปแบบการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ให้ครอบครัว การดูแลด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษาและ การฟื้นฟูสุขภาพ จำเป็นต้องประสานความร่วมมือของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

สรุปผลได้ว่าการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระสงฆ์ ด้วยแนวคิดการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม โดยการกำหนดบทบาทหน้าที่ภาคีเครือข่าย การบูรณาการกิจกรรมการดูแลตามหลักการดูแลสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุข เข้ากับหลักของพระพุทธศาสนา เพื่อให้เกิดความเหมาะสมด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบองค์รวม 4 มิติ ของพระสงฆ์ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้ประโยชน์

1.1 การดูแลสุขภาพองค์รวมในพระสงฆ์ จะต้องให้สอดคล้องกับพระธรรมวินัยและบริบทของพื้นที่ โดยบูรณาการพระพุทธศาสนา เข้ากับการแพทย์สมัยใหม่และภูมิปัญญาท้องถิ่น โดยใช้พลังการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเป็นตัวขับเคลื่อน จึงจะทำให้ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์อย่างเหมาะสมกับสภาพปัญหาและบริบทของพื้นที่

1.2 พระสงฆ์ได้นำหลักการของศีลมาใช้ในการดูแลสุขภาพทางกาย คือมีสติในการ

พิจารณาเหตุปัจจัยแห่งการเกิดโรคว่า เป็นจากพฤติกรรมสุขภาพของตนเองที่ไม่เหมาะสมหรือไม่ หากเกิดจากความไม่มีความรู้ หรือมีทัศนคติที่ไม่เหมาะสมเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพ ก็ควรศึกษาแนวคิดการดูแลสุขภาพจากคู่มือการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่มิวิสัยได้สรุปไว้ หรืออาจปรึกษาหารือกับแกนนำสุขภาพพระสงฆ์ที่ผ่านการอบรมหมอประจําวัด รวมถึงเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้

1.3 พระสงฆ์ได้สร้างความตระหนักและใส่ใจในการตรวจสุขภาพประจำปี และรับการรักษาอย่างเนื่องในกรณีเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง กล่าวที่จะใช้ช่องทางด่วนที่หน่วยบริการได้จัดให้สำหรับรองรับพระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษา ไม่ต้องปะปนกับฆราวาสและลดระยะเวลาการรอคอย

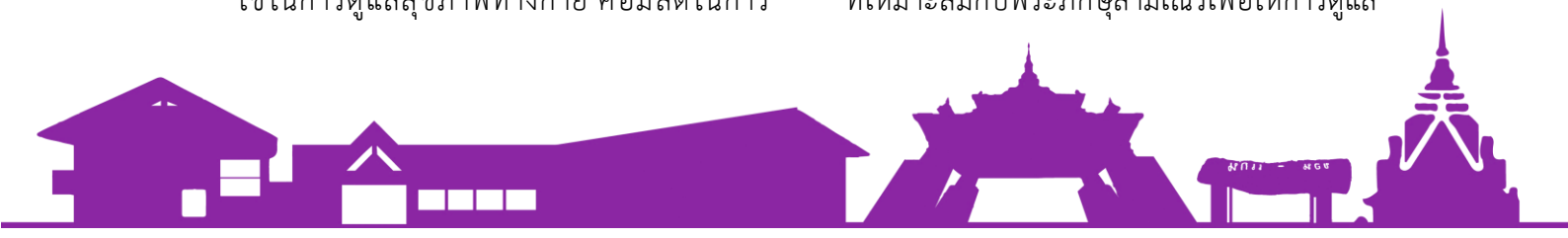
1.4 พระสงฆ์ได้ใช้หลักโยนิโสมนสิการในการดูแลสุขภาพจิตปัญญาของตนเอง โดยประยุกต์หลักพุทธธรรมบำบัดความเครียด ความวิตกกังวล ภาวะซึมเศร้า การเสี่ยงต่อฆ่าตัวตาย รวมถึงการเตรียมพร้อมต่อความตายในระยะสุดท้ายและวัยชราด้วย เพื่อการพึ่งตนด้านสุขภาพ การเป็นบุคคลต้นแบบ และเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณแก่ประชาชน

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาวิจัยในประเด็นเกี่ยวกับภูมิปัญญาท้องถิ่นกับการแก้ปัญหาสุขภาพประชาชนในพื้นที่ตามแนววิถีพุทธโดยวัดเป็นศูนย์กลางเพื่อให้สอดคล้องกับวิถีชีวิตของคนไทยในชนบท

2.2 ควรมีการขยายผลการศึกษาและเปรียบเทียบรูปแบบในการดูแลสุขภาพองค์รวมของพระภิกษุสงฆ์ในบริบทของวัด และภูมิประเทศที่แตกต่างกันเพื่อแก้ปัญหาสุขภาพพระภิกษุ สามเณรได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2.3 ควรมีการศึกษา วิจัย พัฒนา องค์ความรู้เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เหมาะสมกับพระภิกษุสามเณรเพื่อให้เกิดการดูแล



สุขภาพเข้ากับบริบทของพระภิกษุสามเณร และ การดูแลครอบครัวทั้ง 4 องค์ประกอบ

เอกสารอ้างอิง

- กมล สุตประเสริฐ. (2537). *การวิจัยเชิงปฏิบัติการ แบบมีส่วนร่วมของผู้ปฏิบัติงาน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานโครงการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์.
- กรมควบคุมโรค. (2561). *ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง*. นนทบุรี: กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- กระทรวงสาธารณสุข. (2559). *Manual of Primary Health Care Unit Standard Evaluation and Quality Assurance*. นนทบุรี : สำนักพัฒนาระบบบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- เฉลิมพล ต้นสกุล. (2561). *การศึกษาพฤติกรรม การบริโภคอาหารและการดูแลสุขภาพตนเองของพระภิกษุสงฆ์ ในเขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร*. เข้าถึงได้จาก http://bkkthon.ac.th/home/user_files/department/department-24/files/26. (25 พฤษภาคม 2565)
- ชรินทร์ ห่วงมิตร. (2560). *การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมพฤติกรรมสุขภาพเครือข่ายพระภิกษุสงฆ์ ในเขตเทศบาลนคร นครสวรรค์*. รายงานการวิจัย. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- ดวงกมล ศักดิ์เลิศสกุล. (2560). *แผนธุรกิจของสถานบริการสุขภาพแบบองค์รวม*. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- นิทรากิจจิระวุฒิวงษ์. (2559). การนำความฉลาดทางสุขภาพไปปฏิบัติงานสาธารณสุข. *วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น*, 8(2) : 68-75.

เนาวรัตน์ เจริญคำ และคณะ. (2559). *พฤติกรรม การสูบบุหรี่ของพระภิกษุสงฆ์ในประเทศไทย*. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.

พระธรรมโมลี (ทองอยู่ ญาณวิสุโท). (2556). *การศึกษาเชิงวิเคราะห์วิถีชีวิต พฤติกรรม สุขภาพและการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ตามที่ปรากฏในพระไตรปิฎก*. (ปริญาพุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.

พระพรหมคุณาภรณ์ (ป.อ.ปยุตโต). (2556). *การแพทย์ยุคใหม่ในพุทธทัศน์*. (พิมพ์ครั้งที่ 5). กรุงเทพฯ : บริษัทสหธรรมิกจำกัด.

โรงพยาบาลสงฆ์. (2560). *รายงานประจำปี 2560*. กรุงเทพฯ : โรงพยาบาลสงฆ์ กรมการแพทย์.

วีรณัฐ ศรีวรรณ. (2556). *ปัญหาสุขภาพกับสังคมไทย*. เข้าถึงได้จาก <http://Sd-group1.blogspot.com/2013/01/53242582.html>. (13 มิถุนายน 2565)

ศุภลักษณ์ ธนธรรมสถิต และคณะ. (2556). *สุขภาวะของพระภิกษุสงฆ์ในจังหวัดอุบลราชธานี*. เข้าถึงได้จาก <http://guidubon.com/index.php>. (28 กุมภาพันธ์ 2565)

สำนักสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์. (2564). *รายงานประจำปี 2564*. สุรินทร์: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์.

สุชาดา วงศ์สีบชาติ. (2558). *พฤติกรรม การดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร : กรณีศึกษาวัดมหาธาตุยุวราชรังสฤษฎิ์ วัดพระเชตุพนวิมลมังคลาราม และวัดปากน้ำภาษีเจริญ*. (ปริญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย.



ภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามกับการดูแล
สุขภาพแบบประคับประคองของครอบครัวในชุมชนชนบท
ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

PSYCHOLOGICAL AND QUALITY OF LIFE OF THE ADVANCED CANCER
PATIENTS RECEIVING PALLIATIVE CARE IN COMMUNITIES
IN THE NORTHEAST REGION OF THAILAND

วารารณ สาวิสิต
Waraporn Savisit

Received : 30 January 2023, Received in revised form : 20 March 2023, Accepted : 25 March 2023

บทคัดย่อ

ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม มีการเปลี่ยนแปลงอาการทางร่างกาย จิตใจ และอารมณ์ที่รุนแรงเพิ่มมากขึ้นซึ่งเป็นผลจากอาการแสดงของโรค ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลมีความเครียด วิตกกังวล การดูแลแบบประคับประคองสามารถจัดการอาการรบกวนได้ มีภาวะสุขภาพที่ดีทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิตและคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในครอบครัวที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง แนวทางปฏิบัติและผลลัพธ์ของการจัดการอาการรบกวน กลุ่มตัวอย่างผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 37 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามในเขตหญิง ได้รับการวินิจฉัยแยกโรค 3 อันดับแรก ได้แก่ มะเร็งเต้านม มะเร็งลำไส้ และมะเร็งปากมดลูก เพศชาย ได้แก่ มะเร็งปอด มะเร็งลำไส้ และมะเร็งท่อน้ำดี ส่วนใหญ่ผู้ป่วยสามารถทำใจยอมรับได้ ร้อยละ 51.4 การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการแสดงออกถึงความรู้สึกสภาพจิตใจของครอบครัว คือ ตกใจ เครียด วิตกกังวล ร้อยละ 89.2 ผู้ป่วยมีระดับความสามารถระยะคงที่ ร้อยละ 51.4 อาการไม่สุขสบาย 3 อันดับแรก ได้แก่ อาการปวด เหนื่อย/อ่อนเพลีย และวิตกกังวล ซึ่งอยู่ในระดับความรุนแรงอาการเล็กน้อยถึงปานกลาง มีคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง มีระดับการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย อยู่ในระดับน้อย และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบประคับประคอง อยู่ในระดับน้อย ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ชุมชน และท้องถิ่น ควรส่งเสริมและสนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงการบริการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง ภาวะสุขภาพจิตและอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วยและครอบครัวให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ: สุขภาพจิต, คุณภาพชีวิต, การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย, พฤติกรรมการดูแลตนเอง, ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครปฐม, นครปฐม 73000

Faculty of Nursing Nakhon Pathom Rajabhat University, Nakhon Pathom 73000

Corresponding author; E-mail: warapornsavit65@gmail.com



ABSTRACT

Advanced cancer patients (ACPs) manifest with progressive and severe physical, psychological, and emotional symptoms resulting from their diseases. Their families also experience emotional distress and anxiety from caregiving. Palliative care can help ACPs and family care givers (FCGs) better manage adverse symptoms and health conditions, improving quality of life. The purpose of this study was to study the mental health and quality of life of patients with metastatic cancer in families receiving palliative care, as well as the guidelines and outcomes of disturbance management. The sample consisted of 37 research participants. Data were collected through questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, including percentage, mean, and standard deviation maximum and minimum.

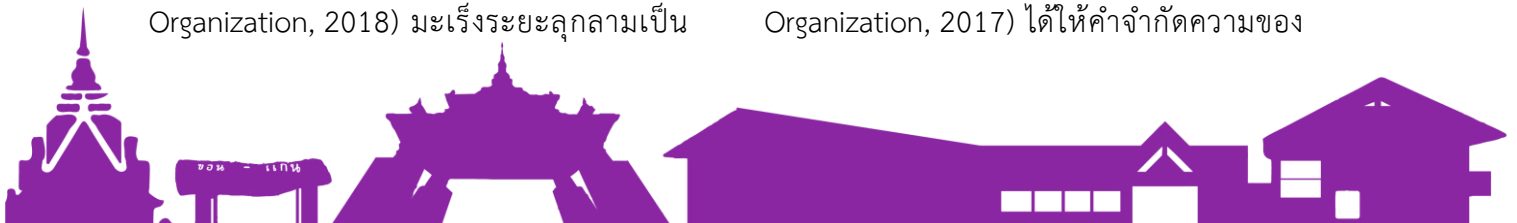
The results of the study found that the top 3 differential diagnoses for the sample of female advanced cancer patients (ACPs) were breast cancer, colon cancer, and cervical cancer. In males, lung cancer, colon cancer, and bile duct cancer were diagnosed. 51.4% of the patients were able to accept it. Patients' perceptions of the family's emotional expression were shock, stress, and anxiety 89.2%. Patients had a stable level of ability 51.4%. The top 3 symptoms of discomfort were pain, tiredness or fatigue, and anxiety, which ranged in mild to moderate severity. Their overall quality of life was at a moderate level. There is a low level of awareness of illness conditions and palliative self-care behaviors. The findings indicate the need for relevant agencies, communities, and localities to promote and support access to palliative care services, the mental health and discomfort of patients and their families, and a good quality of life.

Keywords: Psychological, Quality of life, Patient's perception, Self-care behavior, Cancer patients

บทนำ

มะเร็งเป็นโรคร้ายแรงที่สามารถเกิดได้กับทุกอวัยวะหรือเนื้อเยื่อของร่างกาย มีเซลล์ที่ผิดปกติเติบโตอย่างควบคุมไม่ได้ ขยายขอบเขตไปส่วนข้างเคียงของร่างกาย และ/หรือแพร่กระจายไปยังอวัยวะอื่น ๆ เรียกว่าการแพร่กระจายและเป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิต (World Health Organization, 2023) จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2561 พบว่าผู้ป่วยมะเร็งทั่วโลกมีประมาณ 18.1 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยรายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 14 ล้านคน และมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยมะเร็ง 9.6 ล้านคน (World Health Organization, 2018) มะเร็งระยะลุกลามเป็น

มะเร็งที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้การรักษา มะเร็งระยะนี้จึงเป็นไปเพื่อประคับประคองและบรรเทาความทุกข์ทรมานจากอาการอันเนื่องมาจากพยาธิสภาพของโรค เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการรักษาแบบประคับประคอง โดยพบว่าอาการทางด้านอารมณ์และจิตใจที่พบมากคือ ความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า (พรพิมล เลิศพานิช และคณะ, 2564) การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองเป็นทางเลือกหนึ่งในการดูแลผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 2017) ได้ให้คำจำกัดความของ



“การดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง” หมายถึงวิธีการที่ช่วยให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวที่ประสบปัญหาความเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิต สามารถป้องกันและบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วยได้ และสามารถประเมินความต้องการในการรักษาอาการปวดและปัญหาอื่นๆของผู้ป่วยทั้งทางร่างกาย จิตสังคมและจิตวิญญาณ (World Health Organization, 2017) การได้รับการดูแลแบบประคับประคองจะช่วยเตรียมพร้อมผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลให้มีความผ่อนคลายเพื่อลดภาวะสุขภาพจิตและอารมณ์ที่เปลี่ยนแปลงเลือกทางเลือกตามความเชื่อเลือกแนวปฏิบัติที่ต้องการให้สามารถจัดการกับอาการรบกวนในชีวิตประจำวันได้ทำให้ครอบครัวให้การดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ (กรมการแพทย์, 2556)

จากการเก็บรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลตติยภูมิ ในปี พ.ศ. 2559 และ พ.ศ. 2560 พบว่ามีผู้ป่วยมะเร็งที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองประเภทผู้ป่วยนอก จำนวน 281 คน และประเภทผู้ป่วยในจำนวน 290 คน พบประเด็นผู้ป่วยต้องดูแลตนเองหรือได้รับการดูแลที่บ้าน ผู้ดูแลมักมีความเครียดและความวิตกกังวลในการจัดการความปวดและอาการรบกวนต่าง ๆ ของผู้ป่วย ซึ่งผลการวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นความสำคัญของผู้ดูแลว่าเป็นผู้มีบทบาทมากเมื่อผู้ป่วยเข้าสู่ระยะท้ายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ผู้ดูแลจึงมักมีความเครียดและวิตกกังวลเมื่อผู้ป่วยมีอาการเปลี่ยนแปลงในระยะนี้ และยังระบุว่าผู้ป่วยและผู้ดูแลขาดการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในการดูแลต่อเนื่อง การได้รับข้อมูลข่าวสาร การได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากชุมชนน้อย บริการเยี่ยมบ้านของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังไม่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมทั่วถึง พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งยังเป็นปัญหา อาทิเช่น การอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมส่งผลให้เกิดความเครียดและวิตกกังวล การจัดการอาการเพื่อลดความเครียด วิตกกังวล

ดังนั้น ผู้ป่วยและผู้ดูแลควรได้รับความรู้ เพื่อสามารถทราบการดำเนินโรคเพื่อสามารถวางแผนการดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยอย่างเหมาะสมต่อไป (หยาดรุ่ง อรุพันธ์, 2557) ความตายเป็นธรรมชาติของทุกชีวิต การมีชีวิตอยู่ในช่วงเวลาของความเป็นและความตายนั้นเป็นความทุกข์ทรมาน ทั้งทางกาย จิตใจ และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ผู้ดูแลต้องมีความรู้ตามความเชื่อทางศาสนาและความต้องการครั้งสุดท้ายของผู้ป่วย โดยใช้ศาสตร์และศิลป์ในการดูแลให้ครอบคลุมทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ (พัทธ์ธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์, 2559)

จากเหตุผลและความจำเป็นที่กล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงได้ทำการวิจัยเชิงสำรวจ โดยใช้แนวคิดการดูแลแบบประคับประคองครอบคลุมผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามการดูแลแบบองค์รวม กาย จิตสังคม จิตวิญญาณและวัฒนธรรม ประเพณี ผู้ป่วยจะได้รับการพัฒนาความรู้ในการประเมินความสามารถทางร่างกาย (Palliative Performance Scale: PPS Score) และการประเมินอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย (Edmonton Symptom Assessment System: ESAS) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินความเสี่ยงของผู้ป่วยและเพื่อใช้เป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับแพทย์ พยาบาลและผู้ดูแลในการตัดสินใจในการรับการรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก (Hum et al., 2019) แบบประเมิน ESAS เป็นเครื่องมือที่สามารถใช้ได้เข้าใจง่าย ประเมินได้ตรงกับความรู้สึกของผู้ป่วย ทำให้ผู้ประเมินแก้ปัญหาได้ตรงจุดช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกพึงพอใจ ส่งผลให้การปฏิบัติการพยาบาลมีคุณภาพ และนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วย (บุญทิวา สุวิทย์ และคณะ, 2558) ซึ่งสามารถประเมินอาการไม่สุขสบายตามระดับความรุนแรงของอาการเป็นตัวเลข 0 – 10 กำหนดให้ 0 ไม่มีอาการ 1 – 3 มีอาการเล็กน้อย 4 – 6 มีอาการปานกลาง 7 – 10 มีอาการรุนแรงมากที่สุด



(D. Hui & E. Bruera, 2017) สำหรับการวัดระดับความสามารถทางร่างกายของผู้ป่วยให้คะแนนเต็ม 100 แบ่งเป็น 3 ระดับ ตั้งแต่ระดับ 1- ระดับ 3 ระดับที่ 1 ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (70 -100) ระดับ 2 ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง (40 -60) และ ระดับ 3 ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ (0 - 30) ซึ่งเป็นระยะก่อนเข้าสู่ระยะสุดท้าย (ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่, 2555) ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลแตกต่างกันไปตามอาการ อาการแสดงและความก้าวหน้าของโรค และควรได้รับการประเมินและจัดการอาการไม่สุขสบายในแต่ละด้าน อาทิเช่น ผู้ป่วยระดับ 1 สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ จะมีอาการไม่สุขสบาย ด้านร่างกาย เช่น มีอาการปวด เหนื่อยหอบ อ่อนเพลีย ด้านจิตใจและอารมณ์ เช่น มีความเครียด ความวิตกกังวล ความกลัว ซึ่งผู้ป่วยที่จัดอยู่ในความสามารถระดับนี้สามารถให้การดูแลโดยใช้ยาตามแผนการรักษา และการเสริมสร้างพลังอำนาจ การเห็นคุณค่าของตนเอง การพูดคุยให้คำปรึกษาเพื่อเสริมสร้างกำลังใจ การใช้วิธีบำบัดทางเลือก รวมทั้งสามารถทำการประเมินปัญหา ความต้องการ และการรับรู้ ของผู้ป่วยและผู้ดูแลด้านภาวะการเจ็บป่วย สังคมวัฒนธรรม ความเป็นอยู่ ความเชื่อและความศรัทธา สัมพันธภาพต่อผู้อื่น และการวางแผนการดูแลล่วงหน้าเมื่อถึงวาระสุดท้ายของผู้ป่วย เป็นต้น ส่วนผู้ป่วยระดับ 2 ซึ่งเป็นระดับที่ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้บ้าง จะเป็นระยะที่มีการดูแลคล้ายกับผู้ป่วยที่จัดอยู่ในระดับ 1 ซึ่งบุคลากรที่มสุขภาพผู้ให้การดูแลควรประเมินความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และผู้ดูแล ในเรื่องภาวะโภชนาการ การได้รับพลังงานสารอาหารแต่ละมื้อ และการประเมินและการจัดการอาการไม่สุขสบาย สำหรับผู้ป่วยที่จัดอยู่ในระดับ 3 ซึ่งเป็นระยะที่ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ควรมีการประเมินและการจัดการ

อาการไม่สุขสบาย ให้คำปรึกษาการวางแผนการดูแลผู้ป่วยช่วงระยะท้าย ประเมินการยอมรับการสูญเสีย การดูแลผู้ป่วยตามระดับความสามารถร่างกายเพื่อช่วยให้มีการเรียนรู้ปรับเปลี่ยนทัศนคติ ความรู้เรื่องโรค ความก้าวหน้าของโรค และการจัดการอาการไม่สุขสบาย ต้องการการดูแลเอาใจใส่จากบุคคลรอบข้างหรือบุคคลใกล้ชิดที่มีการดูแลแบบจำเพาะต่ออาการที่เกิดขึ้น รวมทั้งให้ความรู้ การจัดการอาการไม่สุขสบายกับเจ้าหน้าที่ ญาติเครือข่าย เพื่อให้เกิดทัศนคติที่ดีต่อการดูแลแบบประคับประคอง และเกิดการสนับสนุนทางสังคมที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี (สำนักการพยาบาล สภานักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559)

การศึกษานี้ นอกจากจะดำเนินการในด้านการประเมินภาวะสุขภาพ คุณภาพชีวิต การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและพฤติกรรมผู้ป่วย มะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง โดยโครงการวิจัยนี้เน้นการดูแลด้านจิตใจ อารมณ์ของผู้ป่วย โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ รวมทั้ง การให้ความรัก ความเอาใจใส่ในเพื่อนมนุษย์ที่คำนึงถึงสัมพันธภาพของผู้ดูแลและผู้ป่วยครอบคลุมการประเมินปัญหาความต้องการ การได้รับการแก้ไขปัญหา และประเมินผล

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพจิต และอาการไม่สุขสบาย ของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาระดับความสามารถ คุณภาพชีวิต การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นรูปแบบการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษาภาวะสุขภาพ ภาวะสุขภาพจิต อารมณ์ อาการรบกวน การจัดการอาการรบกวน และผลลัพธ์ของการจัดการอาการของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองในชุมชนเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม - กุมภาพันธ์ 2562 มีวิธีการดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1.1 ประชากรในการศึกษาคือกลุ่มผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์และลงความเห็นให้ได้รับการดูแลแบบประคับประคองที่รับการรักษาในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งตั้งอยู่ในจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2562 จำนวน 37 คน

1.2 กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลที่บ้านที่ใช้ในการศึกษานี้ ในขั้นตอนการดำเนินการไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน และต้องการกลุ่มตัวอย่างจากการสุ่มตัวอย่างอย่างเป็นระบบแบบผสมผสาน ซึ่งผู้วิจัยทำการคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณ โดยแบ่งเป็น 3 คลัสเตอร์ ประกอบด้วย 13 อำเภอ (2-8 อำเภอ/คลัสเตอร์) และผู้วิจัยทำการคำนวณกลุ่มตัวอย่างศึกษาตามสัดส่วน (Proportional Allocation) แล้วทำการศึกษาทุกหน่วยประชากรในกลุ่มพื้นที่นั้นๆ (Cluster sampling) โดยใช้สูตรการคำนวณ สูตรของคอคเรน (Cohen, et al., 1977) ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 37 คน โดยเกณฑ์การพิจารณาในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยตามเกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) และเกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) มีรายละเอียด ดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก (Inclusion Criteria) คือ เป็นผู้ป่วยที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์

ข้อ 1-4 และมีคุณสมบัติข้อใดข้อหนึ่งอย่างน้อยอีก 1 ข้อ ตามเกณฑ์ข้อ 5-7

1. เป็นผู้ที่อยู่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชุมชนที่ศึกษามาแล้วอย่างน้อย 3 เดือนก่อนวันเก็บข้อมูล ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 ถึงวันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2562

2. เป็นผู้มีสติสัมปชัญญะดี การรับรู้ปกติ สามารถสื่อสารได้

3. มีครอบครัวในการดูแลหรือผู้ดูแล

4. เป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

5. เป็นมะเร็งระยะลุกลามระยะ 3 ระยะ 4 ขึ้นไป และ/หรือเป็นผู้ป่วยที่แพทย์ส่งต่อให้การดูแลแบบประคับประคอง

6. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับการส่งต่อจากโรงพยาบาลข้างเคียงเพื่อรับการดูแลแบบประคับประคอง

7. ผู้ป่วยอายุ 18 ปีขึ้นไป
เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) นั้น พิจารณาจาก

1. ได้รับการดูแลแบบประคับประคองน้อยกว่า 2 สัปดาห์

2. ไม่ได้อยู่ในพื้นที่ทำการศึกษาระยะเวลา 2 สัปดาห์ขึ้นไป

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยผ่านผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณากลั่นกรอง 5 ท่าน มีค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ (IOC) เท่ากับ 0.60 ขึ้นไปทุกฉบับและทำการทดสอบ (Tryout) มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) มีค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.91 แบ่งออกเป็น 7 ส่วนดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย ใช้การสัมภาษณ์ผู้ป่วย/การสังเกตผู้ป่วย ข้อคำถามปลายปิด ให้เลือกตอบและเติมคำใน



ช่องที่กำหนด จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับ การศึกษา และศาสนา

ส่วนที่ 2 ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วย ประกอบด้วย ภาวะการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรคหลัก และการประเมินอาการไม่สุขสบาย ใช้การสัมภาษณ์ผู้ป่วย/การสังเกตผู้ป่วย ดังนี้

2.1 ภาวะการเจ็บป่วย ได้แก่ ความหมายต่อการเจ็บป่วย การได้รับการพยากรณ์โรคจากแพทย์ที่ทำการรักษา การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการแสดงออกถึงความรู้สึกสภาพจิตใจของครอบครัว และการจำแนกตามโรคอื่นร่วมด้วย ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด จำนวน 4 ข้อ

2.2 การวินิจฉัยโรคหลัก ได้แก่ ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคหลักจากแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทางว่าเป็นโรคมะเร็งชนิดใด ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด จำนวน 1 ข้อ

2.3 การประเมินอาการไม่สุขสบาย (ESAS; Edmonton Symptom Assessment System) ใช้การสัมภาษณ์/สังเกตผู้ป่วย ข้อคำถามปลายปิด จำนวน 10 ข้อ ใช้ประเมินอาการรบกวนมีระดับความรุนแรง 0 -10 โดยประยุกต์จาก ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับเป็นหมายเลข 0-10 ดังนี้

หมายเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ

หมายเลข 1-3 หมายถึง อาการรุนแรงเล็กน้อย

หมายเลข 4-6 หมายถึง อาการรุนแรงปานกลาง

หมายเลข 7-10 หมายถึง มีอาการรุนแรงมากที่สุด

ส่วนที่ 3 แบบประเมินระดับความสามารถ (Palliative Performance Scale; PPS) ใช้การสัมภาษณ์ผู้ป่วย/การสังเกตผู้ป่วย ข้อคำถาม

ปลายปิด จำนวน 10 ข้อ ใช้ประเมินในความสามารถ 5 ด้านของผู้ป่วย คือ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร และความรู้สึกตัว โดยประยุกต์จากแบบประเมินระดับความสามารถผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคองวัยผู้ใหญ่ (ฉบับสวนดอก) ปี พ.ศ. 2551 มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ค่าคะแนน PPS มากกว่า 70 หมายถึง ผู้ป่วยสามารถช่วยเหลือตัวเองได้

ค่าคะแนน PPS อยู่ระหว่าง 40-60 หมายถึง ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน

ค่าคะแนน PPS น้อยกว่า 30 หมายถึง ผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองไม่ได้อยู่ในระยะสุดท้าย

ส่วนที่ 4 แบบประเมินอาการไม่สุขสบาย (ESAS; Edmonton Symptom Assessment System) ใช้การสัมภาษณ์/สังเกตผู้ป่วย ข้อคำถามปลายปิด จำนวน 10 ข้อ ใช้ประเมินอาการรบกวนมีระดับความรุนแรง 0 -10 โดยประยุกต์จาก ESAS (Edmonton Symptom Assessment System) ฉบับภาษาไทย คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีเกณฑ์การแบ่งระดับเป็นหมายเลข 0-10 ดังนี้

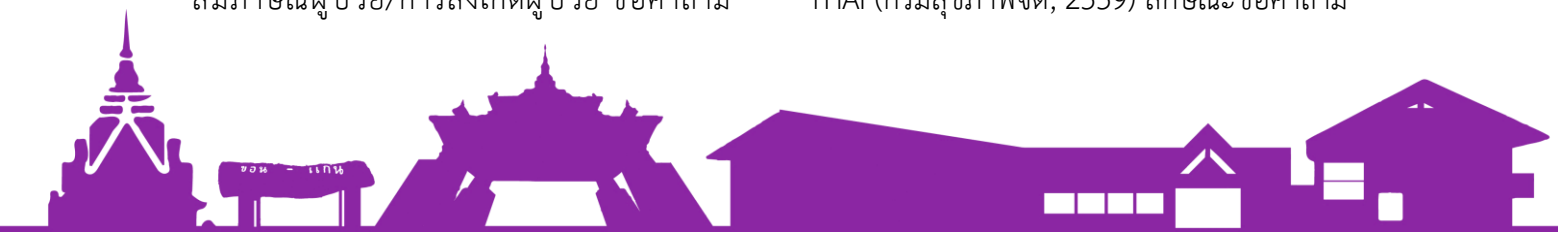
หมายเลข 0 หมายถึง ไม่มีอาการ

หมายเลข 1-3 หมายถึง อาการรุนแรงเล็กน้อย

หมายเลข 4-6 หมายถึง อาการรุนแรงปานกลาง

หมายเลข 7-10 หมายถึง มีอาการรุนแรงมากที่สุด

ส่วนที่ 5 แบบประเมินคุณภาพชีวิต ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วย/สังเกตผู้ป่วย ประกอบด้วย ด้านร่างกาย จิตใจ สัมพันธภาพทางสังคม และสิ่งแวดล้อม โดยประยุกต์ใช้ WHO QOL BREF THAI (กรมสุขภาพจิต, 2559) ลักษณะข้อคำถาม



มีทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เป็นแบบมาตราส่วน
ประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 26
ข้อ มีเกณฑ์การแบ่งระดับคุณภาพชีวิต ดังนี้

4.51-5.00 หมายถึง คุณภาพ
ชีวิตระดับดีมาก
3.51-4.50 หมายถึง คุณภาพ
ชีวิตระดับดี
2.51-3.50 หมายถึง คุณภาพ
ชีวิตระดับปานกลาง
1.51-2.50 หมายถึง คุณภาพ
ชีวิตระดับต่ำ
1.00-1.50 หมายถึง คุณภาพ
ชีวิตระดับต่ำที่สุด

ส่วนที่ 6 การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย
ของผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
ใช้สัมภาษณ์ผู้ป่วย/สังเกตผู้ป่วย การรับรู้ต่อ
ภาวะการเจ็บป่วย ด้านจิตใจ จิตวิญญาณ และ
วัฒนธรรม ลักษณะคำตอบแต่ละข้อมีทั้งเชิงบวก
และเชิงลบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating
scale) 5 ระดับ จำนวน 29 ข้อ ผู้วิจัยใช้เกณฑ์
ประเมินแบบอิงเกณฑ์ โดยแบ่งคะแนน 2 ระดับ
ตามแนวความคิดของธอร์นไดค์ (Thorndike,
1991 : 65-69) ดังนี้

การรับรู้ น้อย (น้อยกว่า 73
คะแนน)
การรับรู้มาก (ตั้งแต่ 73-145
คะแนน)

ส่วนที่ 7 พฤติกรรมการดูแลตนเอง
แบบประคับประคองของผู้ป่วย ใช้สัมภาษณ์
ผู้ป่วย/สังเกต ผู้ป่วย ด้านร่างกาย จิตสังคม จิต
วิญญาณ และด้านสังคม สิ่งแวดล้อม ลักษณะ
คำตอบแต่ละข้อเป็นมาตราส่วนประมาณค่า
(Rating scale) 5 ระดับ จำนวน 26 ข้อ ผู้วิจัยใช้
เกณฑ์ประเมินแบบอิงเกณฑ์ โดยแบ่งคะแนน 2
ระดับ ตามแนวความคิดของธอร์นไดค์
(Thorndike, 1991 : 65-69) ดังนี้

พฤติกรรมการดูแลตนเองแบบ
ประคับประคองน้อย (น้อยกว่า 65 คะแนน)

พฤติกรรมการดูแลตนเองแบบ
ประคับประคองมาก (ตั้งแต่ 65-130 คะแนน)

3. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยเคารพสิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัย โดย
ดำเนินการสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีให้ความ
ร่วมมือในการตอบคำถามด้วยความสมัครใจโดย
ขออนุญาตทำการเก็บรวบรวมข้อมูลอธิบาย
วัตถุประสงค์ของการวิจัยจนเป็นที่เข้าใจ รวมถึง
การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ ไม่นำไปเปิดเผย
เป็นรายบุคคล และกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิที่จะไม่ตอบ
คำถาม หรือออกจากการศึกษาในระยะใดก็ได้

4. การวิเคราะห์ข้อมูล

4.1.2 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วย
กลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลภาวะสุขภาพ ภาวะ
สุขภาพจิตและอารมณ์ของผู้ป่วยมะเร็งระยะ
ลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง
โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic)
ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

สรุปผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง
จำนวน 37 คน พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง
ร้อยละ 73.0 เพศชาย ร้อยละ 27.0 มีอายุ
ค่าเฉลี่ย 60.32 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 65-69
ปี ร้อยละ 21.6 สถานภาพการสมรส คู่ มากที่สุด
ร้อยละ 54.1 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา
มากที่สุด ร้อยละ 81.1 นับถือศาสนาพุทธทุกคน

2. ข้อมูลภาวะสุขภาพของผู้ป่วย
ประกอบด้วย ภาวะการเจ็บป่วย การวินิจฉัยโรค
หลัก และการประเมินอาการไม่สุขสบาย ดังนี้

2.1 ภาวะการเจ็บป่วย พบว่า
ภาวะการเจ็บป่วยของกลุ่มตัวอย่างที่มีความ
หมายต่อผู้ป่วยครั้งนี้มากที่สุด คือ เฉยๆ
สามารถทำใจยอมรับได้ ใคร ๆ ก็มีโอกาศเป็นได้
ร้อยละ 51.4 การได้รับการพยากรณ์โรคจาก



แพทย์ที่ทำการรักษามากที่สุด คือ ไม่ได้รับการ
แจ้ง ร้อยละ 94.6 การรับรู้ของกลุ่มตัวอย่างต่อ
การแสดงออกถึงความรู้สึกและสภาพจิตใจของ
ครอบครัวมากที่สุด คือ ตกใจ เครียด วิตกกังวล
ร้อยละ 89.2 ในปัจจุบันกลุ่มตัวอย่างมีโรคอื่นร่วม

ด้วย จำแนกตามโรคมากที่สุด คือ ไม่มีโรคอื่นร่วม
ด้วย ร้อยละ 75.7 ระดับความสามารถร่างกาย
ของกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ ระยะเวลาที่ (70 -
100) ร้อยละ 51.4 รายละเอียดดังแสดงในตาราง
ที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงจำนวนและร้อยละของภาวะการเจ็บป่วยของผู้ป่วย (n = 37)

ภาวะการเจ็บป่วย	จำนวน	ร้อยละ
1. การเจ็บป่วยครั้งนี้มีความหมายต่อผู้ป่วย		
เฉยๆ สามารถทำใจยอมรับได้ ใครๆก็มีโอกาสเป็นได้	19	51.4
ตกใจ กลัวความเจ็บปวด ทรมานต่างๆที่จะเกิดขึ้น	17	45.9
เครียด วิตกกังวล	1	2.7
2. การได้รับการพยากรณ์โรคจากแพทย์ที่ทำการรักษา		
ไม่ได้แจ้ง	35	94.6
6 เดือน	1	2.7
1 ปี	1	2.7
3. การรับรู้ของผู้ป่วยต่อการแสดงออกถึงความรู้สึกสภาพจิตใจของ ครอบครัว		
ตกใจ เครียด วิตกกังวล	33	89.2
เฉยๆ ไม่พูดหรือแสดงออกใดๆ	4	10.8
4. ปัจจุบันมีโรคอื่นร่วมด้วย จำแนกตามโรค		
ไม่มี	28	75.7
1 โรค	6	16.2
3 โรค	2	5.4
2 โรค	1	2.7

2.2 การวินิจฉัยโรคหลักจากแพทย์
หรือผู้เชี่ยวชาญเฉพาะทาง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมี
การเจ็บป่วยด้วยมะเร็งที่พบมากที่สุดในเพศหญิง
คือ มะเร็งเต้านม ร้อยละ 24.3 รองลงมาคือ
มะเร็งลำไส้ และมะเร็งปากมดลูก ร้อยละ 13.5

และ 10.8 ตามลำดับ สำหรับมะเร็งที่พบมากที่สุด
ในเพศชาย คือ มะเร็งปอด ร้อยละ 10.8
รองลงมาคือ มะเร็งลำไส้ ร้อยละ 5.4 รายละเอียด
ดังแสดงในตารางที่ 2



ตารางที่ 2 จำนวน และร้อยละ ของผู้ป่วยจำแนกตาม การวินิจฉัยโรคหลักและเพศ

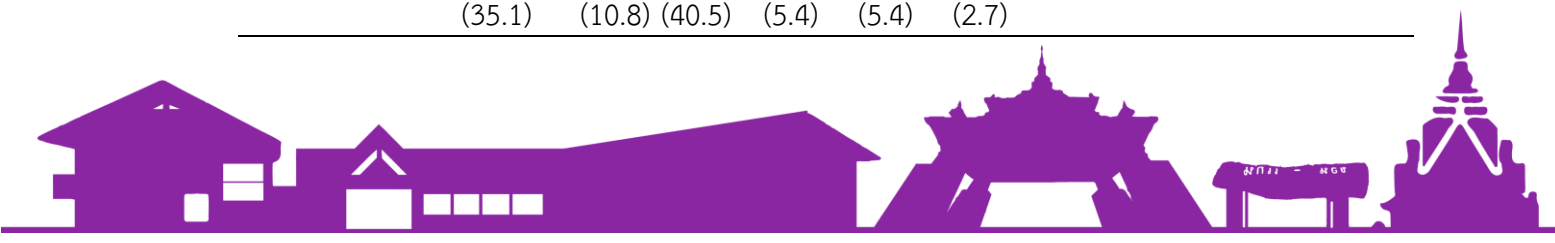
การวินิจฉัยโรคหลัก	ชาย		หญิง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคหลัก						
มะเร็งเต้านม (Breast cancer)	-	-	9	24.3	9	24.3
มะเร็งลำไส้ (Colon cancer)	2	5.4	5	13.5	7	18.9
มะเร็งปอด (Lung cancer)	4	10.8	-	-	4	10.8
มะเร็งปากมดลูก (Cervix cancer)	-	-	4	10.8	4	10.8
มะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma)	1	2.7	1	2.7	2	5.4
มะเร็งลิ้น (Tongue cancer)	-	-	2	5.4	2	5.4
มะเร็งไทรอยด์ (Thyroid cancer)	-	-	2	5.4	2	5.4
มะเร็งตับ (Liver cancer)	-	-	1	2.7	1	2.7
มะเร็งเม็ดเลือดขาว (Leukemia)	1	2.7	-	-	1	2.7
มะเร็งสมอง (Brain cancer)	-	-	1	2.7	1	2.7
มะเร็งรังไข่ (Ovary cancer)	-	-	1	2.7	1	2.7
มะเร็งต่อมลูกหมาก (Prostate cancer)	1	2.7	-	-	1	2.7
มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (Lymph Node cancer)	1	2.7	-	-	1	2.7
มะเร็งลำไส้ตรง (Rectum cancer)	-	-	1	2.7	1	2.7
รวม					37	100

2.3 การประเมินอาการไม่สุขสบาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่สุขสบายตามระดับความรุนแรงมากที่สุด คือ อาการหอบเหนื่อยมี อาการรุนแรง ระดับความรุนแรงเท่ากับ 9 ร้อยละ 2.7 รองลงมา คือ อาการเหนื่อย/อ่อนเพลีย มีอาการรุนแรง ระดับความรุนแรงเท่ากับ 8 ร้อยละ 2.7 และอาการปวดมีอาการปานกลาง

ระดับความรุนแรงเท่ากับ 5 ร้อยละ 2.7 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างมีอาการไม่สุขสบายตามระดับความรุนแรงน้อยที่สุด คือ อาการซึมเศร้า มีอาการเล็กน้อย ระดับความรุนแรงเท่ากับ 1 ร้อยละ 10.8 และอาการคลื่นไส้ มีอาการเล็กน้อย ระดับความรุนแรงเท่ากับ 1 ร้อยละ 5.4 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความรุนแรงอาการไม่สุขสบายของผู้ป่วย (n = 37)

อาการไม่สุขสบาย	ระดับความรุนแรง										
	จำนวน (ร้อยละ) (n = 37)										
	ไม่มีอาการ	อาการเล็กน้อย		อาการปานกลาง			อาการรุนแรง				
	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
ปวด	13 (35.1)	4 (10.8)	15 (40.5)	2 (5.4)	2 (5.4)	1 (2.7)					



ตารางที่ 3 (ต่อ)

อาการไม่สบาย	ระดับความรุนแรง											
	จำนวน (ร้อยละ) (n = 37)											
	ไม่มีอาการ	อาการเล็กน้อย			อาการปานกลาง			อาการรุนแรง				
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10		
เหนื่อย/ อ่อนเพลีย	1 (2.7)	4 (10.8)	19 (51.4)	8 (21.6)	1 (2.7)	1 (2.7)	1 (2.7)	1 (2.7)	1 (2.7)			
คลื่นไส้	35 (94.6)	2 (5.4)										
ซีมีเศร้า	33 (89.2)	4 (10.8)										
วิตกกังวล	20 (54.1)	4 (10.8)	8 (21.6)	4 (10.8)	1 (2.7)							
ง่วงซึม/ง่วงซึม	30 (81.1)	3 (8.1)	2 (5.4)	2 (5.4)								
เบื่ออาหาร	18 (48.6)	4 (10.8)	9 (24.3)	4 (10.8)	2 (5.4)							
ไม่สบายกาย และใจเลย	10 (27.0)	2 (5.4)	17 (45.9)	8 (21.6)								
หอบเหนื่อย	23 (62.2)	2 (5.4)	4 (10.8)	6 (16.2)				1 (2.7)	1 (2.7)			
อาการท้องผูก	22 (59.5)	6 (16.2)	5 (13.5)	4 (10.8)								

3. การประเมินระดับความสามารถ โดยแบบประเมินในความสามารถ 5 ด้านของผู้ป่วย คือ ความสามารถในการเคลื่อนไหว กิจกรรมและความรุนแรงของโรค การดูแลตนเอง การรับประทานอาการ และความรู้สึกตัว พบว่า

กลุ่มตัวอย่างมีระดับความสามารถร่างกายของผู้ป่วย PPS Score ส่วนใหญ่อยู่ในระยะคงที่ ร้อยละ 51.4 รองลงมาคือ ระยะเปลี่ยนผ่าน และระยะวาระสุดท้าย ร้อยละ 40.5 และ 8.1 ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4



ตารางที่ 4 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับความสามารถร่างกายของผู้ป่วย PPS Score (n = 37)

ระดับความสามารถร่างกายของผู้ป่วย PPS Score	จำนวน	ร้อยละ
ระยะวาระสุดท้ายของชีวิต (0 – 30 คะแนน)	3	8.1
ระยะเปลี่ยนผ่าน (40 – 60 คะแนน)	15	40.5
ระยะคงที่ (70 -100 คะแนน)	19	51.4
\bar{X} = 63.70, SD = 24.87, Min/Max = 10/90, 95%CI = 55.41 - 71.99		

4. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 37 คน พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับคุณภาพชีวิตโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (\bar{X} = 3.21, SD = 0.45) ช่วงเชื่อมั่น 95%CI อยู่ระหว่าง 3.06-3.36

เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า คุณภาพชีวิตที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ ด้านจิตใจ และด้านสังคม รองลงมาคือ ด้านสิ่งแวดล้อม และด้านสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่ ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงระดับคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม	ขนาดตัวอย่าง (n)	ค่าเฉลี่ย (\bar{X})	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)	ช่วงเชื่อมั่น 95%CI	แปลผล
ด้านสุขภาพและชีวิตความเป็นอยู่	37	3.04	0.60	2.84 - 3.24	ระดับปานกลาง
ด้านจิตใจ	37	3.27	0.40	3.14 - 3.40	ระดับปานกลาง
ด้านสังคม	37	3.27	0.41	3.13 - 3.41	ระดับปานกลาง
ด้านสิ่งแวดล้อม	37	3.26	0.40	3.13 - 3.39	ระดับปานกลาง
คุณภาพชีวิตโดยรวม	37	3.21	0.45	3.06 - 3.36	ระดับปานกลาง

5. การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง อยู่ในระดับน้อย ร้อยละ 62.2 และอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 37.8 มีค่าเฉลี่ยการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและ

การได้รับการดูแลแบบประคับประคอง (\bar{X} = 68.18, SD = 10.28) ช่วงเชื่อมั่น 95%CI อยู่ระหว่าง 64.75 – 71.61 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 6



ตารางที่ 6 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยและการได้รับการดูแลแบบ
ประคับประคองของผู้ป่วย (n = 37)

ระดับการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วย และการได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	จำนวน	ร้อยละ
การรับรู้ระดับน้อย (น้อยกว่า 73 คะแนน)	23	62.2
การรับรู้ระดับมาก (73 - 145 คะแนน)	14	37.8

\bar{X} = 68.18, SD = 10.28, Min/Max = 52.00/95.00, 95%CI = 64.75 - 71.61

6. พฤติกรรมการดูแลตนเองแบบ
ประคับประคอง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการ
ดูแลตนเองแบบประคับประคอง อยู่ในระดับ
น้อย ร้อยละ 97.3 และพฤติกรรมการดูแลตนเอง
แบบประคับประคองอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 2.7

มีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองแบบ
ประคับประคอง (\bar{X} = 43.70, SD = 10.00) ช่วง
เชื่อมั่น 95%CI อยู่ระหว่าง 40.37 - 47.03
รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงจำนวนและร้อยละของระดับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วยที่ได้รับการดูแล
แบบประคับประคอง (n = 37)

ระดับการปฏิบัติพฤติกรรมการดูแลตนเองผู้ป่วย ที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง	จำนวน	ร้อยละ
พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับน้อย (น้อยกว่า 65 คะแนน)	36	97.3
พฤติกรรมการดูแลตนเองระดับมาก (65 - 130 คะแนน)	1	2.7

\bar{X} = 43.70, SD = 10.00, Min/Max = 30.00/78.00, 95%CI = 40.37 - 47.03

อภิปรายผล

1. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ได้รับการ
การวินิจฉัยเป็นมะเร็งเต้านมมากที่สุด สอดคล้อง
กับวารสารณ์ ภูจิวิฒิ และอิสระ เจริญวิริยบุญญา
(2562) พบว่า มะเร็งเต้านมพบมากในเพศหญิง
รองลงมา มะเร็งลำไส้และมะเร็งปากมดลูก
ตามลำดับ เพศชายได้รับการวินิจฉัย เป็นมะเร็ง
ปอดมากที่สุด รองลงมาคือ มะเร็งลำไส้ ความรู้สึก
ผู้ป่วยเมื่อทราบผลการวินิจฉัย ช่วงแรกตกใจ คิด
มาก ต่อมาภายหลังรู้สึกเฉย ๆ สามารถทำใจ
ยอมรับได้ คิดว่าใคร ๆ ก็มีโอกาสเป็นได้เป็นเรื่อง
ธรรมดา ความรู้สึกของครอบครัวผู้ดูแล รู้สึก
ตกใจ เครียด วิตกกังวล ไม่ทราบแนวทางการ
ดูแลผู้ป่วย ต่อมาก็ให้ความรักความเข้าใจกัน

เป็นกำลังใจให้กันมีเรื่องอะไรก็พูดคุยปรึกษากัน
ทำให้สบายใจมากขึ้น ระดับความสามารถ
ร่างกายอยู่ระดับคงที่ PPS Score 70 - 100
สามารถช่วยเหลือตัวเองดำเนินกิจวัตรประจำวัน
ได้ อาการไม่สุขสบายที่พบรุนแรงที่สุด คือ
เหนื่อย/อ่อนเพลีย

2. คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโดยรวมอยู่
ระดับปานกลาง สอดคล้องกับอ้อยทิพย์ บัวจันทร์
และคณะ (2562) คุณภาพชีวิตผู้ป่วยมะเร็งอยู่
ระดับปานกลาง และมีความสัมพันธ์ในทิศทาง
ตรงกันข้ามกับด้านจิตใจ หากมีสภาพจิตใจซึมเศร้า
รุนแรงจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตผู้ป่วยลดลง
คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยอยู่ในระดับมากเรื่อง
ความรู้สึกดีกับตนเองไม่มีเหงา เศร้า ท้อแท้ สิ้นหวัง



วิตกกังวล การรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยด้านจิตใจ ครอบครัวและลูกหลานมีการช่วยเหลือ แก้ไขปัญหา และให้กำลังใจดี ด้านจิตวิญญาณ ยึดมั่นในหลักคำสอนศาสนา การได้รับการสนับสนุนทางสังคมในการดูแลแบบประคับประคอง ระดับมาก คือ การได้รับกำลังใจที่ดีจากครอบครัว ผู้ป่วยส่วนมากจะช่วยเหลือตนเองได้จึงทำกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการผิดปกติอาการรบกวน เช่นความหงุดหงิด น้ำหนักลด ความเจ็บปวด ความเหนื่อยล้า หายใจลำบาก และการนอนหลับ บางคนขาดความอยากอาหาร กระวนกระวาย กังวล และรู้สึกเศร้า ครอบครัวผู้ดูแลมีบทบาท ได้แก่ การช่วยเหลือด้านจิตใจ การเตรียมอาหาร การช่วยเหลือกิจกรรมประจำวันบางอย่าง การจัดการอาการไม่พึงประสงค์เมื่อจำเป็น เช่น นวดผ่อนคลาย ให้ทำกิจกรรมที่ชอบ บางรายใช้คำสอนและการปฏิบัติทางศาสนา การสวดมนต์ และการฟังเพลง เพื่อปลดปล่อยความทุกข์ สอดคล้องกับ ปฐมภรณ์ อาชานอก วิราพรธณ วิโรจน์รัตน์ และนารีรัตน์ จิตรมนตรี (2565) ความทุกข์ทรมานจากอาการรบกวน การเกิดภาวะซึมเศร้ารุนแรงและการได้รับการสนับสนุนทางสังคมจากครอบครัว มีผลต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุ โรคมะเร็งระยะลุกลาม ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลสามารถจัดการอาการรบกวนได้ ช่วยลดความทุกข์ทรมานจากอาการให้ผู้ป่วย ดังนั้น ผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลควรมีความรู้การใช้ยามอร์ฟิน และการประเมินอาการรบกวนตามระดับความรุนแรง ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามส่วนใหญ่ชอบที่จะอยู่ในที่เงียบสงบ ข้อมูลสนับสนุนจากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ป่วยที่ต้องการความรักและการดูแลเอาใจใส่จากครอบครัวอย่างสูง ผู้ป่วยกล่าวถึงความต้องการในการได้รับกำลังใจและการสนับสนุนทางสังคมจากเพื่อนบ้าน เช่น การสนับสนุนทางอารมณ์ ความห่วงใย เช่น การพูดคุย ถามไถ่ หรือการจัดหาสิ่งจำเป็นพื้นฐานบางอย่างในชีวิตประจำวันโดยเฉพาะ ข้าว เงิน

อาหาร เสื้อผ้า และอื่น ๆ สอดคล้องกับวังนา สุคนธวัฒน์, เอี่ยมพร สุ่มมาตย์, สุวิญญา ธนสีลังกูล และสิริอร ช้อยุ่น (2565) พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม การเสริมความเข้มแข็งทางใจของผู้ป่วยมะเร็ง จะทำให้พฤติกรรมดูแลตนเองดีมากขึ้น

3. ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง อาการที่พบบ่อย ได้แก่ ปวด เบื่ออาหาร เหนื่อยจนแน่นท้อง และท้องผูก สอดคล้องกับกัลยา แซ่ชิตและกิตติกร นิลมานัต (2561) เมื่อผู้ป่วยสามารถประเมินระดับความรุนแรงอาการไม่สุขสบายต่าง ๆ ได้ด้วยตนเอง จะสามารถจัดการกับอาการทุกข์ทรมานทั้งจากโรคและผลกระทบจากการรักษา การได้รับรู้ถึงความสามารถทางร่างกายที่ถดถอยลง ทำให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีการเตรียมพร้อมในการดูแล จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยระยะท้ายส่วนใหญ่มีปัญหาและความต้องการที่ซับซ้อน ดังนั้นการช่วยเหลือเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลผู้ป่วยระยะท้ายจึงมีความจำเป็นและสำคัญ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่อย่างมีคุณภาพและจากไปอย่างสงบ โดยการส่งเสริมการรับรู้ภาวะการเจ็บป่วยในการดูแลแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณ และวัฒนธรรมมากที่สุด คือ การยึดมั่นในหลักคำสอนทางศาสนาจะช่วยให้จิตใจสงบไม่ทุกข์ทรมาน สอดคล้องกับรัชฎาพร แนบเนียน (2563) พบว่า ผู้ป่วยมีความต้องการการดูแลเพื่อให้ร่างกายมีความสุขสบายที่สุด รวมทั้งต้องการความรัก ความจริงใจและความเอาใจใส่จากบุคคลที่เป็นที่รักและไว้วางใจที่จะทำให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีชีวิตที่เหลืออยู่มีคุณค่า มีศักดิ์ศรีและมีความหมายเตรียมพร้อมที่จะเผชิญความตายอย่างสงบ

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยครั้งนี้

1.1 ผลการวิจัยชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ชุมชนท้องถิ่นในการหาวิธีและทรัพยากรเพื่อเพิ่มการเข้าถึงของ



ผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแบบประคับประคอง และครอบครัวผู้ดูแลถึงความจำเป็นขั้นพื้นฐานทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

1.2 การแก้ปัญหาจำเป็นต้องเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลามแบบประคับประคองและครอบครัวผู้ดูแลในการจัดการอาการรบกวนทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตวิญญาณ และสังคม

1.3 ทีมสุขภาพและภาคีเครือข่ายในพื้นที่ควรส่งเสริมความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในการสนับสนุนทางสังคมให้กับผู้ป่วยและครอบครัวผู้ดูแลเพื่อลดภาวะทางจิตและอารมณ์

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรศึกษาการพัฒนาทักษะการประเมินความสามารถร่างกาย การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย จิตใจ อารมณ์ ของผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อจัดการกับอาการเปลี่ยนแปลงได้

2.2 ควรศึกษาโปรแกรมการเรียนรู้ อาการและอาการแสดงในช่วงวาระสุดท้ายของผู้ป่วย เพื่อช่วยให้สามารถประเมินอาการและตัดสินใจในแนวทางการดูแล เป็นการลดความเครียดและวิตกกังวลของผู้ดูแล

2.3 ควรศึกษาโปรแกรมการแสดงเจตนา (Living will) ของผู้ป่วยไว้ล่วงหน้าในแนวทางการรักษาในวาระสุดท้ายของชีวิตตน เพื่อยุติการทรมานจากการเจ็บป่วย ทำให้ทีมสุขภาพสามารถทราบเจตจำนงของผู้ป่วยในการรักษาเมื่อวาระสุดท้ายมาถึง

เอกสารอ้างอิง

กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. (2556). *คู่มือประชาชน การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง*. เข้าถึงได้จาก <https://www.rama.mahidol.ac.th/palliative/sites/default/files/public/>

Palliative%20care.pdf. (10 ธันวาคม 2564)

กรมสุขภาพจิต. (2559). *เครื่องชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL-BREF-THAI)*. เข้าถึงได้จาก <https://www.dmh.go.th/test/whoqol/>. (18 มกราคม 2560)

กัลยา แซ่ชิต และกิตติกร นิลมานัต. (2561). ผลของโปรแกรมการพยาบาลจัดการรายการณ์สำหรับผู้ป่วยระยะท้ายต่อความทุกข์ทรมานจากอาการและการรับรู้คุณภาพการดูแลของผู้ป่วยระยะท้าย. *วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์*, 33(3) : 51-66.

ฝ่ายการพยาบาลโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่. (2555). *แบบประเมินระดับผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง ฉบับสวนดอก (PPS Adult Suandok)*. เข้าถึงได้จาก <http://www.med.cmu.ac.th/hospital/nis/palliative.html>. (8 กันยายน 2557)

พรพิมล เลิศพานิช และคณะ (2564). ความสัมพันธ์ของความรุนแรงของอาการที่พบบ่อยทางคลินิกกับความวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยมะเร็งระยะลุกลาม. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 41(3) : 1-12.

พัทธ์ธีรา วุฒิพงษ์พัทธ์. (2559). การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองตามความเชื่อทางศาสนาและความต้องการครั้งสุดท้ายของชีวิต. *มหาวิทยาลัยศิลปกร สาขาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี*, 3(6) : 149-161.



- บุญทิศา สุวิทย์, สุณี พนาสกุลการ และเบญญาภา มุกสิริทิพานัน. (2558). การประเมินอาการที่ก่อให้เกิดความทุกข์ทรมานในผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลแบบประคับประคอง. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์*, 35(1) : 153-164.
- ปฐมภรณ์ อาชานอก, วิราพรณ วิโรจน์รัตน์ และนารีรัตน์ จิตรมนตรี. (2565). อิทธิพลของความทุกข์ทรมานจากอาการภาวะซีมเศร้าและการสนับสนุนทางสังคมต่อความผาสุกทางจิตวิญญาณในผู้สูงอายุโรคมะเร็งระยะลุกลามระหว่างได้รับการรักษา. *วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก*, 33(1) : 84-98.
- วังนา สุนทรวัฒน์, เอี่ยมพร สุ่มมาตย์, สุวิญญา ธนสีลังกุล และสิริอร ช้อยุ่น. (2565). ความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มแข็งทางใจและแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมการดูแลตนเองในยุคความปกติใหม่ของผู้ป่วยมะเร็งโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 15(3) : 74-84.
- วารภรณ์ ภูธิดูมิ และอิสระ เจียวิริยบุญญา. (2562). อัตราการรอดชีพผู้ป่วยโรคมะเร็งที่พบมาก 5 อันดับแรกที่เข้ารับการรักษายปี 2553 ในโรงพยาบาลมะเร็งอุดรธานี. *กรมการแพทย์*, 44(1) : 81-86.
- สำนักการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงกระทรวงสาธารณสุข. (2559). *ระบบการดูแลแบบประคับประคอง*. ปทุมธานี: บริษัท สำนักพิมพ์สื่อตะวัน จำกัด.
- หยาดรุ้ง อุไรพันธ์. (2557). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคมะเร็งที่ได้รับการรักษาด้วยยาเคมีบำบัดในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. *วารสารทหารบก*, 15(1) : 87-92.
- รัชฎาพร แนบเนียน. (2563). ผลของการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคองด้านจิตวิญญาณ. *วารสารโรงพยาบาลนครพนม*, 8(2) : 65-77.
- Cohen, J., Uphoff, N., Univ, C., Ithaca, & Committee, N. Y. (1977). *Rural Development Participation: Concept and Measures for Project Design. Implementation and Evaluation*. XF2006202596.
- Derogatis, L. R., Morrow, G. R., Fetting, J., Penman, D., Piasetsky, S., Schmale, A. M., Henrichs, M., & Carnicke, C. L., Jr (1983). The prevalence of psychiatric disorders among cancer patients. *JAMA*, 249(6) : 751-757. <https://doi.org/10.1001/jama.249.6.751>
- Hui, D., & Bruera, E. (2017). The Edmonton Symptom Assessment System 25 years later: past, present, and future developments. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53(3) : 630-643.
- Hum, A., Wong, Y. K. Y., Yee, C. M., Lee, C. S., Wu, H. Y., & Koh, M. Y. H. (2019). PROgnostic Model for Advanced Cancer (PRO-MAC). *BMJ Support Palliat Care*, 4(001702), 2018-001702.
- World Health Organization. (2017). *Cancer: Palliative care*. Retrieved April 20, 2007, <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
- World Health Organization. (2023). *CANCER*, from https://www.who.int/health-topics/cancer#tab=tab_1



สัญลักษณ์และความหมาย การสาธารณสุขมูลฐาน (สสม.)



“ความร่วมมือ ร่วมใจ ด้วยความหนักแน่นมั่นคง เสียสละด้วยจิตใจอันบริสุทธิ์
ระหว่างประชาชน ชุมชน หน่วยงานภาครัฐและเอกชน เพื่อส่งเสริมสนับสนุน
ให้เกิดการพึ่งพาตนเองด้านสุขภาพของประชาชน เพื่อประชาชน”

- ภาพคนยืนซ้อนและจับมือซ้อนกัน หมายถึง ประชาชน ครอบครัว และชุมชน
- ภาพกลุ่มคนประสานมือล้อมภาพคนยืนซ้อนและจับมือซ้อนกัน หมายถึง การประสานความร่วมมือของ
องค์กรภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรธุรกิจเอกชน และองค์กรประชาชน เพื่อส่งเสริมการพึ่งตนเอง
ด้านสุขภาพอนามัยของประชาชน ครอบครัว และชุมชน
- สีแดง หมายถึง เลือดเนื้อของชีวิตมนุษย์ เปรียบเสมือนการสาธารณสุขฐานซึ่งจะหล่อเลี้ยงให้ประชาชนมีสุขภาพดี
- สีน้ำเงิน หมายถึง ความยิ่งใหญ่ กว้างใหญ่ ความหนักแน่นมั่นคง