



วารสาร สาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)

The Primary Health Care Journal (Central Edition)

ปีที่ 38 ฉบับที่ 3 เดือนกันยายน – ธันวาคม 2567

ISSN 3057-0379 (online), 3057-0352 (print)

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6
กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข

วารสารสารานุกรมสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)

วัตถุประสงค์

เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ รวมทั้งเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ความรู้ด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ด้านการสาธารณสุข และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน

คณะที่ปรึกษา

อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
รองอธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ
ผู้เชี่ยวชาญกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

บรรณาธิการ

นางปิยะฉัตร ปาลานุสรณ์ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางอัจฉรียา รอบคอบ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางเพ็ญวิภา นิลเนตร ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสาวกมลชนก สหุณาฬะ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

กองบรรณาธิการ

รศ.ดร.วสุธร ตันวัฒนกุล สถาบันพระบรมราชชนก

รศ.ดร.วรพจน์ พรหมสัตยพรต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

ผศ.ดร.อดิสร วงศ์คงเดช คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

รศ.ดร.พัชรา ใจดี คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ดร.ณัฐกร นิลเนตร คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

ผศ.ดร.นครินทร์ ประสิทธิ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

ผศ.ดร.ปริญญญา เรืองทิพย์ วิทยาลัยวิทยาการวิจัยและวิทยาการปัญญา มหาวิทยาลัยบูรพา

ผศ.ดร.เพ็ญพร กัณหารีย์ มหาวิทยาลัยมหามกุฏราชวิทยาลัย วิทยาเขตสิรินธรราชวิทยาลัยศรีราชา

ผศ.ดร.อภิชัย คุณิพงษ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอยุธยา

ผศ.ดร.พัฒนา พรหมณี คณะสาธารณสุขศาสตร์ สถาบันวิทยาการประกอบการแห่งอยุธยา

ผศ.ดร.ทิศพร ชูศักดิ์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์

ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

ดร.วนัสรา เขาวนนิม มหาวิทยาลัยปทุมธานี

ดร.สมภพ อาจชนะศึก กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

ดร.ศรัชมา กาญจนสิงห์ ศูนย์อนามัยที่ 5 กรมอนามัย

กองบรรณาธิการจัดการวารสาร

นางสาวจิรัชยา สารสุวรรณ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นายอภิชาติ สบายใจ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสาววริศา บุญประเสริฐ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสาวนพวรรณ สกุนา ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสาวฉัตรทริกา ผินจัตุรัส ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสุภารัตน์ งามสม ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางรุ่งอรุณ บุรณะ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสุวรรณี มุ่งคุณ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสาวจันทิพย์ นพรัตน์ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางสาวชมพูนุท พวงแก้ว ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นายพิสิทธิ์ ภาณุมาศภิญโญ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

นางกรองแก้ว นิลโน ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

Unบรรณาธิการ

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง) กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นฉบับส่งท้ายปีเก่า ต้อนรับปีใหม่ พุทธศักราช 2568 การดำเนินการสาธารณสุขมูลฐานที่สำคัญในช่วงปลายปี 2567 นี้ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ได้รับมอบหมายการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชนในการกิจการคัดเลือก อสม.ดีเด่น ระดับเขต ภาค ภาคกลาง โดยเป็นแกนหลักและได้รับการสนับสนุนการดำเนินการร่วมกับศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 4,5 ในการคัดเลือก อสม.ดีเด่น ระดับเขต ภาค ภาคกลาง ในปีนี้มีสาขาใหม่สาขาที่ 13 สาขา วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ในช่วงเดือนธันวาคม 2567 ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ได้จัดประชุมชี้แจงคณะกรรมการคัดเลือก อสม.ดีเด่น และระดับเขต ภาค ภาคกลาง ณ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 และจัดประกวด อสม.ดีเด่น ระดับเขต ภาค ภาคกลาง ประจำปี 2568 ณ ศูนย์ฝึกอบรมบางปะกงการไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้รับเกียรติจากนายแพทย์ ภาณุวัฒน์ ปานเกตุ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นประธานในพิธีเปิด การประกวดเป็นไปด้วยความเรียบร้อย บรรลุวัตถุประสงค์ทุกประการ

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ขอแสดงความชื่นชม อสม.ที่เป็นตัวแทนการเข้าร่วมประกวด ในทุกระดับ ได้นำเสนอผลงานมาแสดงให้เป็นที่ประจักษ์ รวมพลังความสามารถความเข้มแข็งของ อสม. ให้ยั่งยืนตลอดไป และขอขอบพระคุณผู้บริหาร, คณะกรรมการคัดเลือก อสม.ดีเด่น, พี่เลี้ยง อสม.ทุกระดับ ตลอดจนภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในการร่วมสนับสนุนการดำเนินงานดังกล่าวให้ประสบผลสำเร็จ

สำหรับวารสารฉบับนี้ มีผลงานวิชาการที่หลากหลายและนวัตกรรมที่ทีมงานได้คัดสรรสิ่งดีๆ มานำเสนอท่านอีกเช่นเคย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะเกิดการพัฒนาวิชาการงานสาธารณสุขมูลฐานยิ่งขึ้นไป

สารบัญ

- การประกวดคัดเลือก อสม. ดีเด่น ระดับภาค ประจำปี 2568.....**3**
- การวิเคราะห์ปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระในเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ของร้านหมูกระทะ
ในเขตสุขภาพที่ 6
เสาวนีย์ เวียงนิล, ธันยาภรณ์ วงษ์ศรี, ขนิษฐา พุทธสุขา.....**5**
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
(อสม.) อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร
สุทัศน์ ทองชัย.....**13**
- ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
เขตพื้นที่ตำบลบางน้ำจืด อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร
ณิกานต์ งามพรนพคุณ**27**
- การศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
บ้านบางหญ้าแพรก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร
ทองทิพย์ เทียนสว่าง.....**38**
- พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีใหม่ของ อสม.หมอบริการบ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
(ศสมช.) ยุคดิจิทัล
ชลกร ภู่อุบลสุข, เพ็ญศรี โตเทศ, วิณาพร ลำอาจศรี, อัจจุสฎา รอบคอบ, พิพัฒน์พล พินิจดี..**50**

การประกวดคัดเลือก อสม. ดีเด่น ระดับภาค ประจำปี 2568

รวบรวม/เรียบเรียงโดย กมลชนก สหนาฬ
ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

ตามที่คณะรัฐมนตรีได้มีมติให้วันที่ 20 มีนาคมของทุกปี เป็นวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ได้ดำเนินการคัดเลือกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ดีเด่น ตั้งแต่ปี 2537 เพื่อยกย่องเชิดชูเกียรติ เสริมสร้างขวัญกำลังใจ รวมถึงการประกาศเกียรติคุณแก่ อสม.ที่ได้อุทิศตนเข้าร่วมดำเนินงานด้านสาธารณสุข สร้างผลงานดีเด่นด้านสุขภาพ และเป็นแบบอย่างที่ดีแก่ประชาชนในหมู่บ้านและชุมชน ซึ่งศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ได้รับมอบหมายให้จัดประกวดคัดเลือก อสม.ดีเด่น ระดับเขต และภาค ภาคกลาง โดยกำหนดรูปแบบและวิธีการคัดเลือก อสม.ดีเด่น ระดับเขต และภาค ภาคกลาง ประจำปี 2568 แบบออนไลน์ จำนวน 13 สาขา โดยสาขาที่เพิ่ม ได้แก่สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน

การคัดเลือก อสม.ดีเด่น ประจำปี 2568 : 13 สาขา

จากประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การประกาศเกียรติคุณอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น พ.ศ. 2567 ลงวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2567

1. สาขาการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อ

2. สาขาการส่งเสริมสุขภาพ

3. สาขาสุขภาพจิตชุมชน

4. สาขาการป้องกันและแก้ไข ปัญหาสุขภาพจิตในชุมชน

5. สาขาการบริการใน ศสมช. และการสร้างหลักประกันสุขภาพ

6. สาขาการคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

ศึกษาเพิ่มเติม

7. สาขาภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

8. สาขาการป้องกันและแก้ไขปัญหา เอดส์ในชุมชน

9. สาขาการจัดการสุขภาพชุมชน และอนามัยสิ่งแวดล้อม

10. สาขานมแม่ และอนามัยแม่และเด็ก

11. สาขากันตสุขภาพ

12. สาขาการป้องกันและควบคุม โรคไม่ติดต่อ

13. สาขาวิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน

โดยมีการขับเคลื่อนการดำเนินงาน อสม.ดีเด่น ในกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

1. ประชุมชี้แจงคณะกรรมการ การคัดเลือก อสม.ดีเด่น ภาคกลาง ประจำปี 2568

วันที่ 16 ธันวาคม 2567 ณ ห้องประชุมศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 จัดประชุมประชุมชี้แจง คณะกรรมการ การคัดเลือก อสม.ดีเด่น ภาคกลาง ประจำปี 2568 ได้รับเกียรติจากนางปิยะฉัตร ปาลานุสรณ์ ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 เป็นประธานการประชุม และชี้แจงหลักเกณฑ์, รูปแบบการคัดเลือก อสม.ดีเด่น, บทบาทของคณะกรรมการและเลขาฯ ผู้เข้าร่วมประชุมประกอบด้วย ผอ.ศบส.4,5 และคณะกรรมการ ประกวดคัดเลือก อสม.ดีเด่น ภาคกลาง จำนวน 13 สาขา



2. การจัดประกวดคัดเลือก อสม.ดีเด่น ระดับเขต และภาค ภาคกลาง ประจำปี 2568

ระหว่างวันที่ 17-18 ธันวาคม 2567 จัดประกวดคัดเลือก อสม.ดีเด่น ระดับเขต และภาค ภาคกลาง ณ ศูนย์ฝึกอบรมบางปะกง การไฟฟ้าฝ่ายผลิตแห่งประเทศไทย จังหวัดฉะเชิงเทรา ได้รับเกียรติจากนายแพทย์ภานุวัฒน์ ปานเกตุ อธิบดีกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ เป็นประธานในพิธีเปิด กล่าวรายงานโดย นางปิยะฉัตร ปาลานุสรณ์ ผู้อำนวยการศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ได้รับเกียรติจาก คณะกรรมการจากศูนย์วิชาการ, สถาบันการศึกษา, โรงพยาบาล, อสม.ดีเด่น ระดับชาติ ภาค และเจ้าหน้าที่จาก ศบส.4,5,6 ร่วมเป็นกรรมการการคัดเลือกฯ รูปแบบการคัดเลือก วันละ 13 สาขา จำนวน 2 วันๆ 12 จังหวัด ทั้งนี้ ศูนย์วิชาการจากเขตสุขภาพที่ 6 ร่วมจัดนิทรรศการ



3. ผลการคัดเลือก อสม.ดีเด่น ระดับเขต ภาค ภาคกลาง ประจำปี 2568

ขอชื่นชม อสม. ดีเด่น ใน 6 จังหวัด ที่ได้รับการคัดเลือกเป็น อสม.ดีเด่น ระดับภาค ภาคกลาง ใน 13 สาขา ประจำปี 2568 ดังนี้

ผลการคัดเลือก		
สาขา	ชื่อ - สกุล	จังหวัด
สาขาที่ 1 การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ	นายเดชนิธิ เมี้ยนธรา	สมุทรปราการ
สาขาที่ 2 การส่งเสริมสุขภาพ	นางรุ่งอรุณ เณตรวิชัย	ชลบุรี
สาขาที่ 3 สุขภาพจิตชุมชน	นางสาวโอ๋ เจริญดำน	ฉะเชิงเทรา
สาขาที่ 4 การป้องกันและแก้ไขปัญหาเฉพาะด้านในชุมชน	นางสาวฉันทนา จิตกูธโรจน์	ราชบุรี
สาขาที่ 5 การบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และการสร้างหลักประกันสุขภาพ	นางสาวอรุณ หงส์ศิริสุข	ฉะเชิงเทรา
สาขาที่ 6 การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ	นางพัชรี จวอรรถ	ราชบุรี
สาขาที่ 7 ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ	นางฉัตรชนก ชูแดง	ฉะเชิงเทรา
สาขาที่ 8 การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน	นางฉะยีย หงษา	เพชรบุรี
สาขาที่ 9 การจัดการสุขภาพชุมชนและอนามัยสิ่งแวดล้อม	นางพิกุลกรณ ชบย้ง	เพชรบุรี
สาขาที่ 10 แม่ และอนามัยแม่และเด็ก	นางรัตนา เขียวสวัสดิ์	ฉะเชิงเทรา
สาขาที่ 11 กันตสุขภาพ	นางสาวสุพรรณพร ยวงสุวรรณ	ฉะเชิงเทรา
สาขาที่ 12 การป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อ	นางพรกมล รอดศิริ	สมุทรปราการ
สาขาที่ 13 วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน	นางสาวหยาดทิพย์ แก้วขาว	ประจวบคีรีขันธ์

ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 ขอแสดงความยินดีกับ อสม.ดีเด่นทุกระดับ และขอเป็นกำลังใจให้กับ อสม.ดีเด่นที่เลี้ยง อสม.ดีเด่น ระดับภาค ภาคกลาง ในการประกวดคัดเลือก อสม.ดีเด่นระดับชาติในโอกาสต่อไป



การวิเคราะห์ปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระในเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ ของร้านหมูกระทะในเขตสุขภาพที่ 6

ANALYSIS OF FREE-FORMALDEHYDE IN MEAT AND MEAT PRODUCTS FROM THAI BARBECUE RESTAURANT IN HEALTH REGION 6

เสาวนีย์ เวียงนิล, ธันยาภรณ์ วงษ์ศรี, ขนิษฐา พุทธสุชา
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี

SAOWANEE WIANGNIL, TUNYAPORN WONGSRI, KHANITTHA PHUTTASUKHA
REGIONAL MEDICAL SCIENCES CENTER 6 CHONBURI

บทคัดย่อ

ฟอร์มาลดีไฮด์ เป็นสารประกอบอินทรีย์ มีคุณสมบัติในการฆ่าเชื้อ ในทางการค้านิยมใช้อยู่ในรูปของสารละลายสารฟอร์มาลีน มักมีการนำสารฟอร์มาลีนมาใช้ใส่ลงในอาหาร เพื่อให้อาหารสดและน่ารับประทาน โดยปกติแล้วร่างกายของคนเราสามารถกำจัดสารฟอร์มาลีนได้ แต่ถ้าได้รับในปริมาณมากเกินไปจะเป็นอันตรายต่อร่างกาย เกิดความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารเฉียบพลัน ทำให้ปวดท้องอย่างรุนแรง อาเจียน ท้องเสีย การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระในเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ของร้านหมูกระทะในเขตสุขภาพที่ 6 สุ่มเก็บตัวอย่างจากร้านหมูกระทะในแต่ละอำเภอของจังหวัดชลบุรี ปราจีนบุรี ระยอง สมุทรปราการ และสระแก้ว จำนวน 180 ตัวอย่าง ตรวจวิเคราะห์หาปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระด้วยเครื่อง High Performance Liquid Chromatograph (HPLC) - UV detector วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ และค่าร้อยละ ผลการวิจัยพบว่า มีฟอร์มาลดีไฮด์อิสระปนเปื้อนในตัวอย่างอาหาร จำนวน 70 ตัวอย่าง ได้แก่ หมีกกรอบ 44 ตัวอย่าง (ร้อยละ 86.30, $\bar{X}$ = 241 Mg/Kg, Max = 647 Mg/Kg, Min = 22 Mg/Kg) สับนาง 25 ตัวอย่าง (ร้อยละ 92.60, $\bar{X}$ = 539 Mg/Kg, Max = 1,934 Mg/Kg, Min = 11 Mg/Kg) และอาหารทะเลอื่นๆ (หมึกสด) 1 ตัวอย่าง (ร้อยละ 5.30, Max = 7 Mg/Kg) ได้ส่งต่อผลการวิจัยให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อดำเนินการเฝ้าระวังความปลอดภัยด้านอาหาร สำหรับประชาชนผู้บริโภคต่อไป

คำสำคัญ : ฟอร์มาลดีไฮด์อิสระ, เนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์, ร้านหมูกระทะ

Abstract

Formaldehyde is an organic compound with disinfectant properties. It is commonly used in a commercial formalin solution form that is often added to food to make it fresh and appetizing. The human body can eliminate formaldehyde under normal conditions. However, if excessive formaldehyde is ingested, it can cause acute gastrointestinal damage, causing severe stomach pain, vomiting, and diarrhea. The objective of this survey research was to collect data and analyze of free-formaldehyde in meat and meat products from Thai barbecue restaurant in Health Region 6. Samples were randomized from 180 Thai barbecue restaurants in each district of Chonburi, Prachinburi, Rayong, Samut Prakan and Sa Kaeo provinces. Free formaldehyde was analyzed using a High-Performance Liquid Chromatograph (HPLC) - UV detector. Data were analyzed using frequency distribution and percentage. The results found that: formaldehyde contamination was detected in 70 food samples, including 44 samples of crispy squid (86.30% $\bar{X}$ =241 Mg/Kg, Max=647 Mg/Kg, Min=22 Mg/Kg), 25 samples of Sabai Nang (92.60%, $\bar{X}$ =539 Mg/Kg, Max=1,934 Mg/Kg, Min=11 Mg/Kg), and 1 sample of other seafood (fresh squid) (5.30%, Max=7 Mg/Kg). The results were forwarded to relevant agencies for future action monitoring of the safety for the consumer.

Keywords : Free-Formaldehyde, Meat and meat products, Thai barbecue restaurant

บทนำ

ฟอร์มาลดีไฮด์ (Formaldehyde) เป็นสารประกอบอินทรีย์ ที่ความดันปกติจะมีสถานะเป็นก๊าซ ไม่มีสี มีกลิ่นฉุน และติดไฟได้ ในทางการค้านิยมใช้อยู่ในรูปของสารละลาย สารฟอร์มาลีน (Formalin) คือสารละลายที่ประกอบด้วย ก๊าซฟอร์มาลดีไฮด์ประมาณ 37 - 40% ในน้ำและมีการเติม สารละลายเมทานอลประมาณ 10-15 % เพื่อป้องกันการเกิดโพลีเมอร์พาราฟอร์มาลดีไฮด์ซึ่งมีความเป็นพิษสูงกว่า (สุรินทร์ อยู่ยง, 2559:ออนไลน์) โดยทั่วไปนิยมใช้ในงานด้านอุตสาหกรรมต่างๆ และด้านการแพทย์

ฟอร์มาลดีไฮด์สามารถเกิดขึ้นเองได้ในอาหารชนิดต่างๆ ซึ่งมีปริมาณน้อย สามารถสลายตัวได้โดยแสงอาทิตย์ ออกซิเจนและความชื้น (สำนักสุขาภิบาลอาหารและน้ำ, [ม.ป.ป]: ออนไลน์) ฟอร์มาลดีไฮด์ในอาหารนั้นพบทั้งในรูปสารอิสระและในรูปที่รวมอยู่กับสารอื่น ซึ่งการวิเคราะห์ปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์ในอาหารนั้นสามารถวิเคราะห์ได้ทั้งในรูปสารอิสระและในรูปที่รวมอยู่กับสารอื่น ซึ่งวิธีวิเคราะห์ของสารทั้งสองรูปแบบนั้นจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับวัตถุประสงค์ในการตรวจวัด (กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร, 2561: 35-36) มักมีการนำสารฟอร์มาลีนมาใช้ในทางที่ผิด เช่น ใส่ในอาหาร เพื่อให้อาหารสดและน่ารับประทาน โดยปกติแล้วร่างกายของคนเราสามารถกำจัดสารฟอร์มาลีนได้ แต่ถ้าได้รับในปริมาณมากเกินไปจะเป็นอันตรายต่อร่างกาย การบริโภคอาหารที่ปนเปื้อนฟอร์มาลีนใน อาจทำให้เกิดการระคายเคืองที่ผิวหนัง ปวดศีรษะ หากได้รับในปริมาณมาก อาจเกิดความผิดปกติของระบบทางเดินอาหารเฉียบพลัน ปวดท้องอย่างรุนแรง อาเจียน ท้องเสีย ความดันโลหิตต่ำและอาจเสียชีวิตได้ (สทภูมิ ศรีสุเมะ, 2566: ออนไลน์)

สืบเนื่องจากกรณีที่มีการปนเปื้อนฟอร์มาลดีไฮด์เข้าสู่ตรวจสอบสถานประกอบการผลิตภัณฑ์แปรรูปวัตถุดิบเนื้อและเครื่องในสัตว์แห่งหนึ่ง ตั้งอยู่ในพื้นที่ ต.บ่อวิน อ.ศรีราชา จ.ชลบุรี พบการปนเปื้อนฟอร์มาลดีไฮด์ในส่วนเครื่องในโค ชิ้นส่วนเครื่องในสุกร มีการใช้สารเคมีในกระบวนการผลิต ประกอบด้วย

ฟอร์มาลีน โซดาไฟ และไฮโดรเจน เปอร์ออกไซด์ และมีหลักฐานการขายให้กับลูกค้าร้านหมูกระทะ และร้านอาหารอีสาน จากเหตุการณ์นี้ทำให้ความเชื่อมั่นในความปลอดภัยของผู้บริโภคในการรับประทานอาหารลดลง ในการนี้ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรีร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ได้ลงสำรวจพื้นที่และเก็บตัวอย่างอาหารที่จำหน่ายในร้านหมูกระทะในเขตสุขภาพที่ 6 รวมทั้งหมด จำนวน 180 ตัวอย่าง และส่งตรวจการปนเปื้อนของสารฟอร์มาลีน ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี เพื่อเป็นการเฝ้าระวังความปลอดภัยของประชาชนผู้บริโภคต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระในเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ของร้านหมูกระทะเขตสุขภาพที่ 6

กรอบแนวคิด

ตรวจวัดปริมาณสารฟอร์มาลดีไฮด์ในเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ที่จำหน่ายในร้านหมูกระทะในจังหวัดชลบุรี และเขตสุขภาพที่ 6 โดยรวบรวมข้อมูลจำนวนตัวอย่าง และทำการแบ่งประเภทของตัวอย่าง (หมีกกรอบ สับนาง เนื้อสัตว์ เครื่องใน และอาหารทะเลอื่นๆ) ตรวจวิเคราะห์และรายงานผล โดยมีเกณฑ์การตรวจวิเคราะห์ในเชิงคุณภาพ (ตรวจพบ และตรวจไม่พบ) และเกณฑ์การตรวจวิเคราะห์ในเชิงปริมาณโดยใช้เทคนิค High Performance Liquid Chromatograph (HPLC) (รายงานปริมาณของสารในรูปของสารฟอร์มาลดีไฮด์อิสระ ในหน่วยมิลลิกรัมต่อกิโลกรัม) โดยมีเกณฑ์มาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 391 (พ.ศ.2561) เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

เพื่อเป็นการเฝ้าระวังการใช้สารฟอร์มาลีนในอาหาร ซึ่งผลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการเฝ้าระวัง ดูแลความปลอดภัยของผู้บริโภค เช่น สาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น โดยสามารถรวบรวมข้อมูลที่ได้จากการตรวจวิเคราะห์เพื่อนำมาทำเป็นแผนติดตามควบคุม และเฝ้าระวังการใช้สารฟอร์มาลีนในอาหารได้สร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้ประกอบการร้านอาหาร และเพิ่มความปลอดภัยในการบริโภคอาหารให้แก่ประชาชนต่อไป

วิธีการศึกษา

1) รูปแบบการศึกษา การวิจัยนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) มีขอบเขตในการสำรวจตัวอย่างเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์ ที่จำหน่ายในร้านหมูกระทะในเขตพื้นที่จังหวัดชลบุรี และเขตสุขภาพที่ 6 ประจำปี 2566 เพื่อนำมาตรวจวิเคราะห์หาปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระ เปรียบเทียบผลที่ได้กับเกณฑ์มาตรฐานตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 391 (พ.ศ.2561) เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย

2) การกำหนดพื้นที่และขอบเขตการรวบรวมข้อมูลตัวอย่าง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี ดำเนินการสุ่มเก็บตัวอย่างประจำปี 2566 โดยสุ่มเก็บจากร้านหมูกระทะในแต่ละอำเภอของจังหวัดชลบุรี รวม 11 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเกาะจันทร์ อำเภอเกาะสีชัง อำเภอบ่อทอง อำเภอบางละมุง อำเภอบ้านบึง อำเภอพนัสนิคม อำเภอพานทอง อำเภอเมืองชลบุรี อำเภอสัตหีบ และอำเภอหนองใหญ่ และสุ่มเก็บตัวอย่างจากร้านหมูกระทะในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 นอกเหนือจากจังหวัดชลบุรี รวม 4 จังหวัด ได้แก่ ปราจีนบุรี ระยอง สมุทรปราการ และสระแก้ว ปริมาณที่เก็บอย่างน้อยตัวอย่างละ 200 กรัมขึ้นไป เก็บในภาชนะปิดสนิท แห้ง แข็ง ส่งตรวจ ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็น 5 กลุ่ม ได้แก่ หมักกรอบ สไล่นาง เนื้อสัตว์ เครื่องในสัตว์ และอาหารทะเลอื่นๆ (ได้แก่ หมึกสด แมงกะพรุน กุ้ง ไข่หมึก และหนวดหมึก)

3) วิธีการตรวจวิเคราะห์ ทำการตรวจวิเคราะห์ตัวอย่าง โดยสุ่มตัวอย่างอาหารอย่างน้อย 2 หน่วย ขึ้นเป็นชิ้นขนาดเล็ก ทำการชั่งและสกัดตัวอย่าง ทำปฏิกิริยาอนุพันธ์ และตรวจวิเคราะห์ต่อโดยใช้เทคนิค High Performance Liquid Chromatograph (HPLC) - UV detector คำนวณผลที่ได้เป็นปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระ รายงานผลในหน่วยมิลลิกรัมต่อกิโลกรัม

4) เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1.เครื่องชั่งไฟฟ้าความละเอียด 3-4 ตำแหน่ง 2.เครื่องผสมสำหรับหลอดทดลอง 3.อ่างน้ำความถี่สูงสำหรับสกัดตัวอย่าง 4.เครื่องหมุนเหวี่ยงแบบความเร็วสูง 5.อ่างน้ำแบบควบคุมอุณหภูมิ 6.เครื่อง High Performance Liquid Chromatograph (HPLC) - UV detector 7.Column C18 4.6 x 250 mm, 5 ไมครอน 8.สารละลายมาตรฐานฟอร์มาลดีไฮด์ 9.syringe with PVDF filter ขนาด 0.2 ไมครอน 10.vial ขนาด 2 มิลลิลิตร สำหรับใส่สารที่วิเคราะห์ด้วยเครื่อง HPLC

ทำการตรวจวิเคราะห์และรวบรวมข้อมูลผลการตรวจวิเคราะห์ที่ได้ รวม 180 ตัวอย่าง แบ่งเป็นหมักกรอบ 51 ตัวอย่าง สไล่นาง 27 ตัวอย่าง เนื้อสัตว์ 59 ตัวอย่าง เครื่องในสัตว์ 24 ตัวอย่าง และอาหารทะเลอื่นๆ 19 ตัวอย่าง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่และค่าร้อยละ

ผลการศึกษา

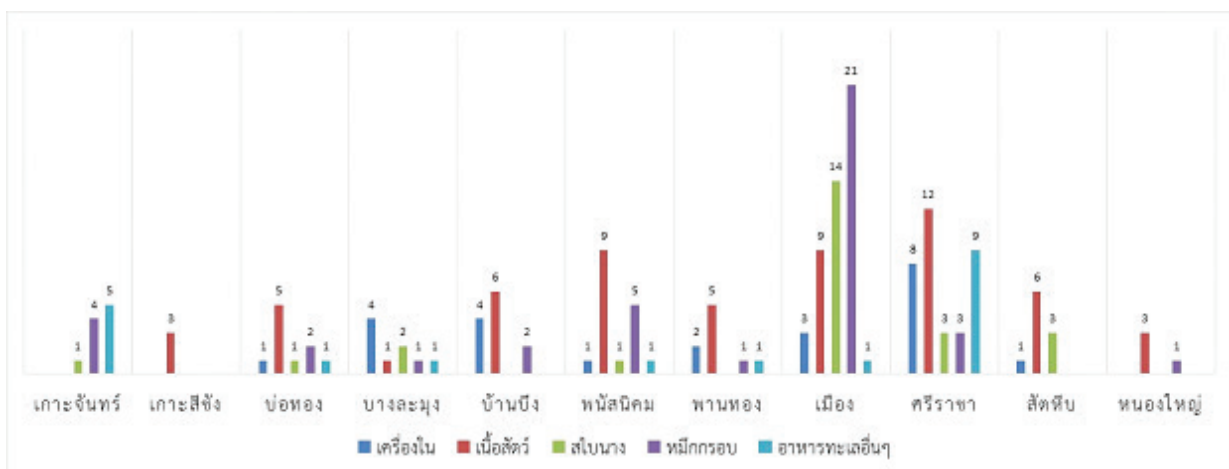
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรีดำเนินการร่วมกับศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 6 ชลบุรี โดยส่งตัวอย่างที่สุ่มเก็บจากร้านหมูกระทะในแต่ละอำเภอของจังหวัดชลบุรี รวม 11 อำเภอ จำนวน 167 ตัวอย่าง (ดังรูปที่ 1) และตัวอย่างที่สุ่มเก็บจากร้านหมูกระทะในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6 รวม 5 จังหวัด ได้แก่ ชลบุรี ปราจีนบุรี ระยอง สมุทรปราการ และสระแก้ว จำนวน 180 ตัวอย่าง (ดังตารางที่ 1)

ทำการตรวจวิเคราะห์หาปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระด้วยวิธีมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจวิเคราะห์ ไม่พบปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระในตัวอย่าง

ประเภทเครื่องในและเนื้อสัตว์ทั้ง 83 ตัวอย่าง ตรวจพบ ปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระในตัวอย่างประเภทสับนาง จำนวน 25 ตัวอย่าง หมักกรอบ จำนวน 44 ตัวอย่าง และ อาหารทะเลอื่นๆ (หมึกสด) จำนวน 1 ตัวอย่าง (ดังรูปที่ 3) โดยตัวอย่างแต่ละประเภทที่ตรวจพบนั้น มีปริมาณของ ฟอร์มาลดีไฮด์อิสระอยู่ในช่วง 7 - 1,934 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม (ดังรูปที่ 4)

ซึ่งพบปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระในตัวอย่าง ประเภทสับนางสูงที่สุด คือ 1,934 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ปริมาณโดยเฉลี่ยที่ 539 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม รองลงมา ได้แก่หมักกรอบ คือ 647 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ปริมาณ โดยเฉลี่ยที่ 241 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม และอาหารทะเลอื่นๆ 7 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม (ดังตารางที่ 2)

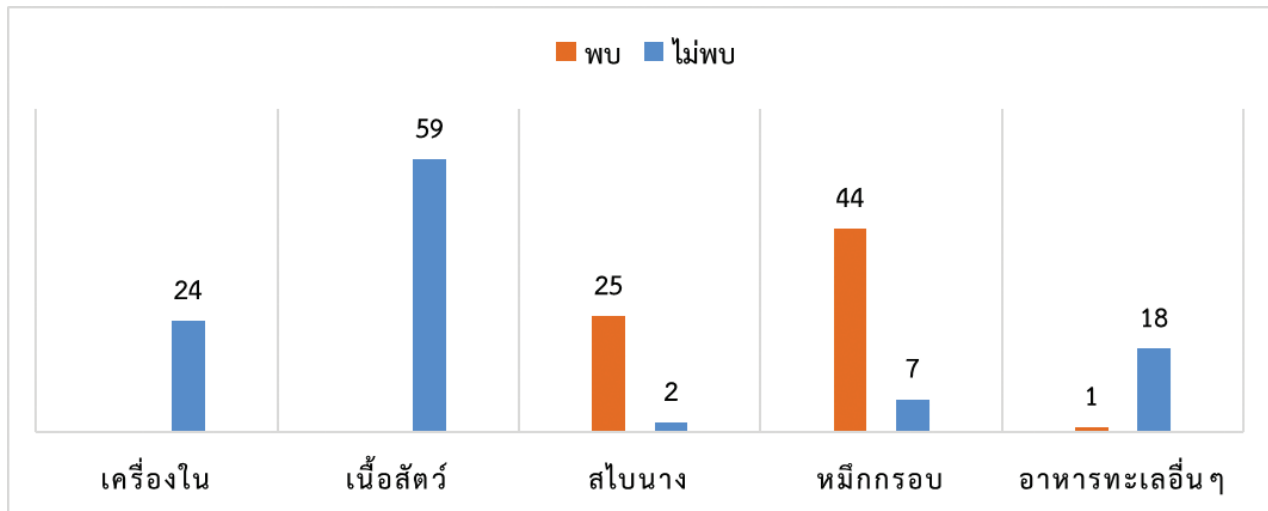
รูปที่ 1 แสดงประเภทและจำนวนของตัวอย่างที่เก็บจากร้านหมูกระทะในแต่ละอำเภอของจังหวัดชลบุรี



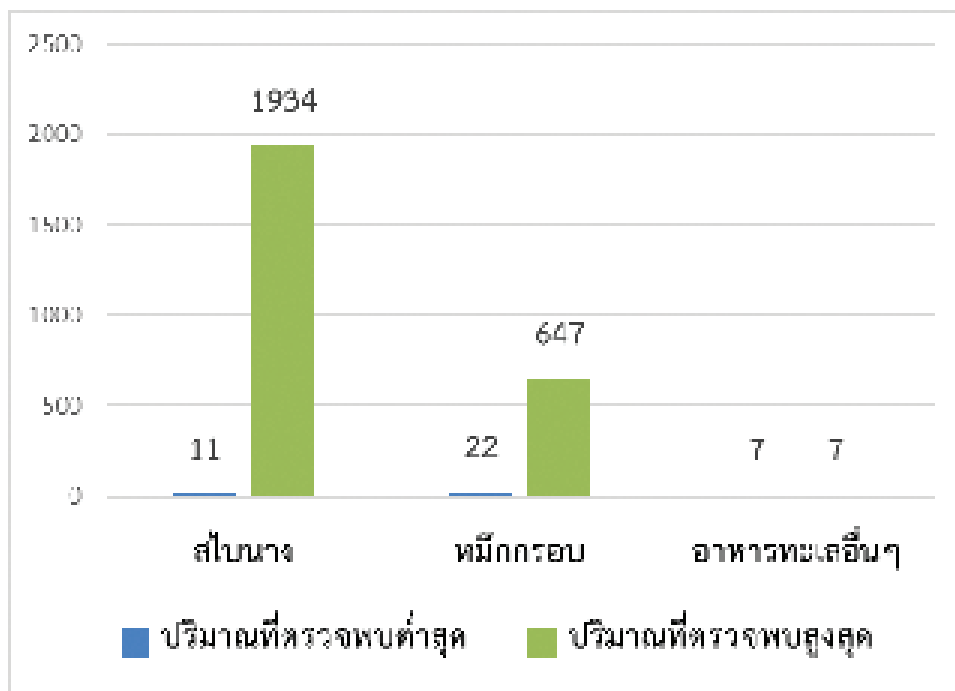
ตารางที่ 1 แสดงประเภทและจำนวนของตัวอย่างที่เก็บจากร้านหมูกระทะในแต่ละอำเภอของจังหวัดชลบุรี

จังหวัด	จำนวนตัวอย่างแต่ละประเภท					รวม
	เครื่องใน	เนื้อสัตว์	สับนาง	หมักกรอบ	อาหารทะเลอื่นๆ	
ชลบุรี	24	59	25	40	19	167
ปราจีนบุรี				3		3
ระยอง			1	1		2
สมุทรปราการ				2		2
สระแก้ว			1	5		6
รวม	24	59	27	51	19	180

รูปที่ 2 แสดงผลการตรวจวิเคราะห์ฟอร์มาลดีไฮด์อิสระในตัวอย่างแต่ละประเภท



รูปที่ 3 แสดงปริมาณต่ำสุดและสูงสุดของฟอร์มาลดีไฮด์อิสระ (มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม) ที่ตรวจพบในตัวอย่างแต่ละประเภท



รูปที่ 2 แสดงประเภท จำนวนตัวอย่าง ผลการตรวจจำแนกประเภทตัวอย่าง และปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระ (Mg/Kg: มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม)

ประเภทตัวอย่าง	จำนวน ตัวอย่าง	จำนวนที่ ตรวจพบ	ร้อยละ	Max (Mg/Kg)	Min Mg/Kg)	$\bar{X}$ (Mg/Kg)
1. เครื่องใน	24	0	0	0	0	0
2. เนื้อสัตว์	59	0	0	0	0	0
3. สไบนาง	27	25	92.6	1,934	11	539
4. หมึกกรอบ	51	44	86.3	647	22	241
5. อาหารทะเลอื่นๆ	19	1	5.3	7	7	7
รวม	180	70	38.88	-	-	-

อภิปรายผล

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข ฉบับที่ 391 (พ.ศ.2561) เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย ได้กำหนดให้ ฟอร์มาลดีไฮด์ (formaldehyde) สารละลายฟอร์มาลดีไฮด์ (formaldehyde solution) และพาราฟอร์มาลดีไฮด์ (paraformaldehyde) รวมถึงอาหารที่มีการใช้สารดังกล่าวเป็นส่วนประกอบ เป็นอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย

จากผลการตรวจวิเคราะห์ที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ประเภทของตัวอย่างที่มีการตรวจพบการใช้สารฟอร์มาลีนมากที่สุด ได้แก่ ตัวอย่างสไบนาง ซึ่งตรวจพบ จำนวน 25 ตัวอย่างจากทั้งหมด 27 ตัวอย่าง คิดเป็น 92.6% รองลงมา ได้แก่ ตัวอย่างหมึกกรอบ ตรวจพบ 44 ตัวอย่าง จากทั้งหมด 51 ตัวอย่าง คิดเป็น 86.3% และตัวอย่างอาหารทะเลอื่นๆ ได้แก่ หมึกสด จำนวน 1 ตัวอย่าง จากตัวอย่างทั้งหมด 19 ตัวอย่าง คิดเป็น 5.3%

และเมื่อพิจารณาจากปริมาณของฟอร์มาลดีไฮด์อิสระ ที่ตรวจพบในตัวอย่างแต่ละประเภทแล้ว พบว่า ตัวอย่างสไบนางมีปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระมากที่สุด เท่ากับ 1,934 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม และมีปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์

อิสระน้อยที่สุด เท่ากับ 11 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม โดยมีค่าเฉลี่ยของปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระอยู่ที่ 539 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ต่อมาในตัวอย่างประเภทหมึกกรอบมีปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระมากที่สุด เท่ากับ 647 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม และมีปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระน้อยที่สุด เท่ากับ 22 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม โดยมีค่าเฉลี่ยของปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระอยู่ที่ 241 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม และในตัวอย่างหมึกสดมีปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระ เท่ากับ 7 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม

จากข้อมูลข้างต้นพบว่า ตัวอย่างประเภทสไบนาง และหมึกกรอบมีแนวโน้มการใช้สารฟอร์มาลีนมากที่สุด ซึ่งสาเหตุหลักอาจมาจากความต้องการถนอมอาหารของผู้ประกอบการ ที่ต้องการให้อาหารมีความสด ใหม่ ดูน่ารับประทาน และสามารถเก็บไว้ได้นานมากขึ้น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการให้คำแนะนำถึงผลเสียของการใช้สารนี้ รวมถึงการแนะนำวิธีการสังเกตและหลีกเลี่ยงสารฟอร์มาลีนในอาหาร การล้างทำความสะอาดก่อนนำมาบริโภค และควรมีการเฝ้าระวังในด้านนี้เป็นประจำทุกปี โดยเฉพาะในตัวอย่างที่มีความเสี่ยงสูง เพื่อให้มั่นใจว่าอาหารที่ประชาชนรับประทานมีความปลอดภัย

สรุปผล

จากการเก็บข้อมูลและตรวจวิเคราะห์ปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระในตัวอย่างเนื้อสัตว์และผลิตภัณฑ์จากเนื้อสัตว์จากร้านหมูกระทะที่จำหน่ายในเขตสุขภาพที่ 6 รวมทั้งหมด 180 ตัวอย่าง แบ่งเป็นตัวอย่างประเภทหมีกกรอบ 51 ตัวอย่าง สับนาง 27 ตัวอย่าง เนื้อสัตว์ 59 ตัวอย่าง เครื่องใน 24 ตัวอย่าง และอาหารทะเลอื่นๆ 19 ตัวอย่าง ทำการตรวจวิเคราะห์ปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระด้วยวิธีมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ โดยใช้เทคนิค High Performance Liquid Chromatograph (HPLC) - UV detector คำนวณผลที่ได้เป็นปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระรายงานผลในหน่วยมิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ตรวจพบปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระในตัวอย่างหมีกกรอบเยอะที่สุดจำนวน 44 ตัวอย่าง มีปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระอยู่ในช่วง 22-647 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม รองลงมาในตัวอย่างสับนาง จำนวน 25 ตัวอย่าง มีปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระอยู่ในช่วง 11-1,934 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม และในตัวอย่างอาหารทะเลอื่นๆ (หมึกสด) จำนวน 1 ตัวอย่าง มีปริมาณฟอร์มาลดีไฮด์อิสระเท่ากับ 7 มิลลิกรัมต่อกิโลกรัม ซึ่งตัวอย่างที่ตรวจพบปริมาณฟอร์มาลีนทั้งหมดถือว่าไม่เป็นไปตามที่ข้อกำหนดประกาศกระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดไว้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อมูลที่ได้สามารถนำมาใช้ประกอบการทำแผนติดตามคุณภาพและเฝ้าระวังความปลอดภัยของอาหารเพื่อให้อาหารมีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานที่ประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนด
2. ควรมีการติดตามและเฝ้าระวังการใช้สารฟอร์มาลีนในอาหารเป็นประจำทุกปี และเพิ่มการเฝ้าระวังในพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ตลาด ร้านขายอาหารทะเล เป็นต้น โดยเฉพาะในตัวอย่างที่มีแนวโน้มการใช้สารฟอร์มาลีนมากที่สุด เช่น สับนาง และหมีกกรอบ เพื่อให้มั่นใจว่าอาหารที่ประชาชนบริโภคมีความปลอดภัย

3. ควรเพิ่มความระมัดระวังในการเลือกซื้ออาหาร โดยเฉพาะอาหารที่มีกลิ่นฉุน แสบจมูก และควรมีการล้างทำความสะอาดทุกครั้งก่อนนำมาปรุงอาหาร

เอกสารอ้างอิง

- กระทรวงสาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร. (2561). *ฟอร์มาลดีไฮด์ในอาหาร*. นนทบุรี: บริษัท ศูนย์การพิมพ์แก่นจันทร์ จำกัด.
- สทภูมิ ศรีสมะ. (2566). *ฟอร์มาลีน สารปนเปื้อนในอาหารภัยเงียบที่ต้องระวัง*. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2567, <https://www.rama.mahidol.ac.th/rama-channel/article/>
- สุรินทร์ อยู่ยง. (2559). *ฟอร์มาลีน-ฟอร์มาลดีไฮด์*. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2567, <https://pharmacy.mahidol.ac.th/knowledge/files/0322.pdf>
- สำนักสุขภาพอาหารและน้ำ. [ม.ป.ป]. *ฟอร์มาลีนในอาหาร*. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2567, https://foodsafety.anamai.moph.go.th/th/article/download?id=66823&mid=33860&mkey=m_document&lang=th&did=20920
- สำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา. (2566). *ประกาศกระทรวงสาธารณสุข (ฉบับที่ 391) พ.ศ. 2561 เรื่อง กำหนดอาหารที่ห้ามผลิต นำเข้า หรือจำหน่าย*. สืบค้นเมื่อ 1 มิถุนายน 2567, <https://food.fda.moph.go.th/food-law/prohibited-p391>

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร
FACTORS RELATED TO HEALTH PROMOTING BEHAVIORS
AMONG VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS (VHVs) MUEANG
SAMUTSAKHON DISTRICT, SAMUTSAKHON PROVINCE

สุทัศน์ ทองชัย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

SUTHAT THONGCHAI

SAMUTSAKHON PROVINCIAL PUBLIC HEALTH OFFICE

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน จำนวน 195 คน ซึ่งได้มาโดยการสุ่มอย่างง่าย เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียลและสถิติสัมพันธ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 มีอายุระหว่าง 46–59 ปี อายุเฉลี่ย 48.6 ปี มีอาชีพเกษตรกรร้อยละ 50.2 และจบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.3 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.7 2) กลุ่มตัวอย่มีคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ($M = 64.9$, $SD = 6.01$)) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .345$, $p < .001$) การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -.317$, $p < .001$) เพศ ($r = .301$, $p < .001$) การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .298$, $p < .001$) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .274$, $p < .001$) ระดับการศึกษา ($r = .131$, $p = .034$) และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ($r = .118$, $p = .050$)

จากผลการวิจัยครั้งนี้เป็นแนวทางให้พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องใช้ในการพัฒนาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของ อสม. โดยเน้นการเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะของตนเองและการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพและส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวเกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ

คำสำคัญ : พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

Abstract

This research was Descriptive analysis, the Objectives of this study were to study health promotion behaviors among village health volunteers and to examine relationship between these health promotion behaviors and their related factors. The sample participants consisted of 195 village health volunteers selected by simple random sampling. Data were analyzed by mean, percentage, standard deviation, point biserial correlation coefficients, and Pearson's product moment correlation coefficients.

The results showed that 1) The sample was female, 73.3 percent, aged 46–59 years, average 48.6 years, most were farmers, 50.2 percent and graduated from primary education school, 52.3 percent, Most do not have any underlying disease, 86.7 percent. 2) Results revealed that mean score of participants' health promotion behaviors were at a good level ($M = 64.9$, $SD = 6.01$). Statistically significant at the .01 level. Factors significantly related to health promotion behaviors were perceived self-efficacy ($r = .345$, $p < .001$), perceived barrier of action ($r = -.317$, $p < .001$), sex ($r = .301$, $p < .001$), perceived benefits of action ($r = .298$, $p < .001$), social support ($r = .274$, $p < .001$), education ($r = .131$, $p = .034$), and duration of being village health volunteers ($r = .118$, $p = .050$).

Findings recommend that public health officials in subdistrict health promoting hospitals and related professionals should develop health promotion behaviors among village health volunteers by focus on increasing self efficiency and perceived benefits of action, and encouraging family participation in health promotion behaviors.

Keywords : Health promoting behaviors , Village Health Volunteers (VHVs)

บทนำ

ปัจจุบันกลุ่มโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non Communicable diseases : NCDs) เป็นปัญหาสุขภาพอันดับหนึ่งของโลกและของประเทศไทยโดยเฉพาะ 4 โรคหลัก ได้แก่ กลุ่มโรคหลอดเลือดหัวใจและหลอดเลือดสมอง โรคเบาหวาน โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเบาหวาน เป็นสาเหตุหลักของการเสียชีวิตของคนไทย ซึ่งมีปัจจัยมาจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การบริโภคหวาน มัน เค็ม และมีกิจกรรมทางกายไม่เพียงพอ ในปี 2565 พบว่าการป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ และหลอดเลือดสมอง เป็นการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ซึ่งภาพรวมของประเทศในปี พ.ศ. 2563-2565 ในส่วนของโรคเบาหวานพบว่า อัตราตายต่อประชากรแสนคน เท่ากับ 14.93, 17.53 และ 17.83 ตามลำดับ ในส่วนของโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 8.09, 18.28 และ 25.32 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ เห็นได้ว่าอัตราการตายของโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงปี 2565 เพิ่มขึ้นจากปี 2563 มากกว่า 3 เท่า ซึ่งเพิ่มขึ้นทุกปีส่งผลกระทบต่อทางเศรษฐกิจ เกิดจากภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้นตามมา (กรมควบคุมโรค, 2563) ซึ่งโรคไม่ติดต่อเรื้อรังสามารถป้องกันได้ด้วยหลัก 3อ. 2ส. ดังนี้ อ.อาหาร รับประทานอาหารแต่พอดี ดื่มน้ำสะอาด หวาน มัน เค็ม ครบมีผักผลไม้ ในอาหารทุกมื้อ อ.ออกกำลังกาย ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอวันละครั้งครึ่งชั่วโมง อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน อ.อารมณ์ ทำจิตใจให้แจ่มใส พักผ่อนให้เพียงพอ ส. ไม่สูบบุหรี่ ซิการ์ ยามวน ยาเส้น และหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ และ ส. ลด/เลิกการดื่มสุรา เบียร์และเครื่องดื่มมีน้ำตาล (กองสุศึกษา, 2564)

จากฐานข้อมูล HDC ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2566 พบว่า จังหวัดสมุทรสาคร มีอัตราป่วยรายใหม่

จากโรคเบาหวาน จำนวน 554.10 ต่อประชากรแสนคน ส่วนอัตราป่วยรายใหม่จากโรคความดันโลหิตสูงมีค่าเท่ากับ 1,052.55 ต่อประชากรแสนคน และยังพบอีกว่าอำเภอเมืองสมุทรสาคร มีอัตราป่วยรายใหม่จากโรคเบาหวานมีค่าเท่ากับ 549.16 ต่อประชากรแสนคน โรคความดันโลหิตสูง มีค่าเท่ากับ 1,134 ต่อประชากรแสนคน และคาดว่าในอีก 20 ปีข้างหน้าจะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจากการสำรวจในวันอาสาสมัครสาธารณสุขแห่งชาติเพื่อประเมินภาวะสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร เมื่อวันที่ 20 มีนาคม 2566 ภายใต้โครงการ “อสม. สร้างสุขภาพ รู้ตน ลดเสี่ยง ลดโรค ปรับพฤติกรรม” ผลการประเมินภาวะสุขภาพเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2556 พบว่าระดับค่าดัชนีมวลกายของอสม. มีค่าเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 35 เป็น ร้อยละ 42.6 และผลระดับน้ำตาลในเลือดเพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 4.6 เป็นร้อยละ 10.3 และรอบเอวเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 8.0 เป็นร้อยละ 15.5 มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคความดันโลหิตสูงจากร้อยละ 4.0 เป็นร้อยละ 5.8 มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานจากร้อยละ 2.9 เป็นร้อยละ 3.2 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร, 2566)

การพัฒนาระบบสุขภาพภาคประชาชนในแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560 - 2564) มีหลักในการพัฒนายุทธศาสตร์การเร่งการเสริมสร้างสุขภาพคนไทยเชิงรุก มุ่งส่งเสริมให้บุคคล ชุมชน และประชาชนกลุ่มต่างๆ มีทัศนคติที่ถูกต้องด้านสุขภาพ เพื่อให้มีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ไม่ก่อให้เกิดโรค ไม่ป่วยและตายด้วยโรคที่ป้องกันได้ มีจิตสำนึกและร่วมสร้างสิ่งแวดล้อมที่ดีต่อสุขภาพ ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการพัฒนานโยบายสาธารณะ การสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งเป็นการดูแลสุขภาพในระบบสาธารณสุข

รูปแบบหนึ่งที่น่าสนใจ การจัดการทรัพยากรทางสุขภาพ โดยใช้เงื่อนไขของชุมชนเป็นสำคัญ การดำเนินงานด้านการสาธารณสุขมูลฐานจึงเป็นงานหลักงานหนึ่งในการพัฒนาสุขภาพของประชาชนและเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนอย่างแท้จริง (กองสุขศึกษา, 2562) โดยอสม.ซึ่งเป็นตัวแทนของประชาชนในพื้นที่ ดังนั้นหากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ดี ก็ย่อมเป็นตัวอย่างการดูแลสุขภาพให้กับคนในชุมชนต่อไปได้

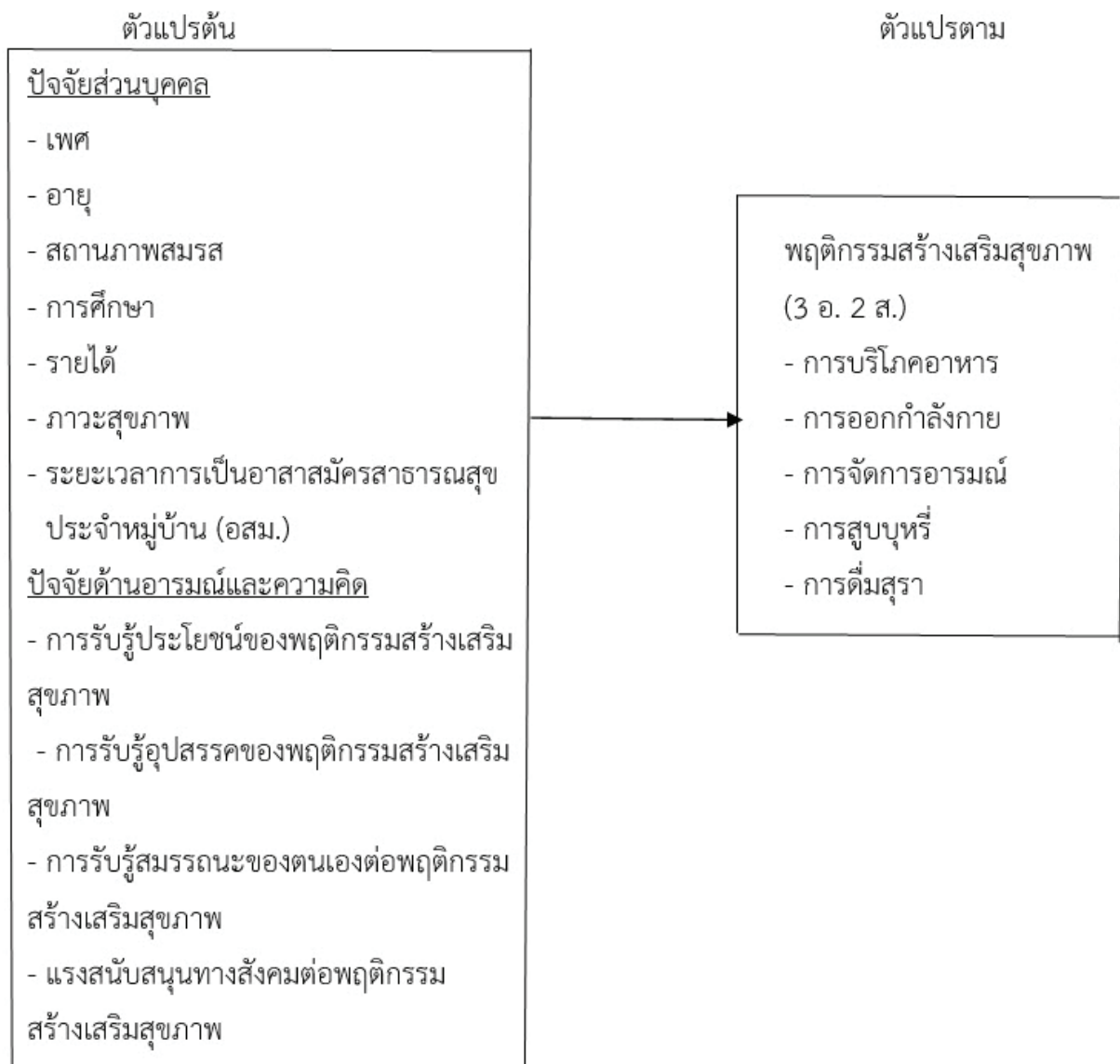
การศึกษาครั้งนี้จึงศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข โดยใช้ทฤษฎีสร้างเสริมสุขภาพของเพนเดอร์ เป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2011) เนื่องจากทฤษฎีนี้เชื่อว่า บุคคลต้องได้รับการส่งเสริมให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งจะช่วยให้บุคคลมีสุขภาพดีตลอดช่วงชีวิต โดยเฉพาะเมื่อผสมผสานอยู่ในวิถีชีวิตทุกด้าน โดยการศึกษาครั้งนี้ศึกษาถึงความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเป็น อสม. และปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดที่เกิดร่วมกับการกระทำพฤติกรรมที่เฉพาะ ซึ่งเป็นปัจจัยที่เป็นแรงสนับสนุนในการสร้างเสริมสุขภาพได้แก่การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรม การรับรู้

สมรรถนะของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคมกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขผู้วิจัยซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไม่ติดต่อสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร จึงสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อ รวมทั้งปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อนำผลจากงานวิจัยมาเป็นข้อมูลในการเฝ้าระวังสถานะสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและวางแผนในการส่งเสริมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านให้เป็นอย่างดีที่ดีกับคนในชุมชนและเป็นกำลังสำคัญของสาธารณสุขไทย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร

กรอบแนวคิด



ประโยชน์ที่ได้รับ

1. ทำให้ทราบพฤติกรรมและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร
2. เพื่อเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายการเฝ้าระวังสภาวะสุขภาพและการวางแผนป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และเป็นแนวทางในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ให้ประชาชนจังหวัดสมุทรสาคร

วิธีการศึกษา

การวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร เป็นการศึกษาระดับพรรณนา แบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล (เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ ภาวะสุขภาพ ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข) และปัจจัยด้านอารมณ์และความคิด (การ

รับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้
อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้
สมรรถนะของตนต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ และ
แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ)
กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัคร
สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย ครั้งนี้คือ

ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำ
หมู่บ้าน อำเภอเมืองฯ จังหวัดสมุทรสาคร ที่ปฏิบัติงาน
ในหน้าที่ อสม. มาเป็นเวลาไม่น้อยกว่า 1 ปี จำนวน
1,439 คนกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยคำนวณจาก
สูตรวิเคราะห์อำนาจการทดสอบสถิติที่ศึกษาของ
โคเฮน (Cohen, 1992) เมื่อกำหนดให้ $\alpha=0.05$, ES=
medium เนื่องจากการทบทวนวรรณกรรมการศึกษา
ทางการแพทย์พบว่าส่วนใหญ่จะมีค่า Effect size
ในระดับกลาง (Polit & Beck, 2008) จะได้ขนาด
ตัวอย่างเท่ากับ 177 คน และเพื่อป้องกันความไม่สมบูรณ์
ของข้อมูลจึงคำนวณเพิ่มอีกร้อยละ 10 ดังนั้นผู้วิจัย
ใช้กลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลในครั้งนี้ รวม
ทั้งสิ้น 195 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบ
สอบถามที่ผู้วิจัยปรับปรุงจากแบบสอบถามของ นิธินันท์
เจริญบัณฑิตย์ (2559) และทบทวนวรรณกรรม แนวคิด
ทฤษฎี และเอกสารที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย 3 ส่วน
ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วยคำถาม
เกี่ยวกับ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา
รายได้ ภาวะสุขภาพ และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัคร
สาธารณสุข มีลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบ
และเติมคำในช่องว่าง จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 การรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการสร้าง
สุขภาพ ประกอบด้วย

- การรับรู้ประโยชน์ฯ จำนวน 20 ข้อ และ
การรับรู้อุปสรรคฯ จำนวน 15 ข้อ ลักษณะคำถาม
เป็นมาตรวัดแบบ ลิเคิร์ต (Likert's scale) แบ่งออก

เป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย
เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1
ถึง 4 คะแนนตามลำดับ

- การรับรู้สมรรถนะของตนฯ จำนวน 15 ข้อ
และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม จำนวน 10 ข้อ
ลักษณะคำถามเป็นมาตรประมาณค่า (Rating scale)
แบ่งออกเป็น 4 ระดับ ได้แก่ ไม่มั่นใจ มั่นใจน้อย มั่นใจ
มาก และมั่นใจที่สุด

โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1 ถึง 4 คะแนนตามลำดับ
ตามแนวคิดของ (Best, 1977) มีการระดับคะแนน
เฉลี่ย ดังนี้ ค่าเฉลี่ย 3.26 - 4.00 แปลผลว่ามีการรับรู้
เกี่ยวกับพฤติกรรมในระดับดีที่สุด

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.25 แปลผลว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับ
พฤติกรรมในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 1.76 - 2.50 แปลผลว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับ
พฤติกรรมในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.75 แปลผลว่ามีการรับรู้เกี่ยวกับ
พฤติกรรมในระดับควรปรับปรุง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมกรรมการสร้างเสริม
สุขภาพ จำนวน 16 ข้อ ประกอบด้วย

พฤติกรรมกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการ
ออกกำลังกายและ การจัดการด้านอารมณ์

คำถามเป็นมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale)
4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้ปฏิบัติพฤติกรรมนั้น
ทุกครั้งหรือเกือบทุกวัน, ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นส่วนใหญ่
หรือ 5-6 วัน/ สัปดาห์, ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเป็นส่วนน้อย
หรือ 2-4 วัน/ สัปดาห์และไม่ปฏิบัติพฤติกรรมนั้นเลย
หรือ 1 วัน/ สัปดาห์ โดยให้คะแนนตั้งแต่ 1 จนถึง 4
คะแนนตามลำดับ ตามแนวคิดของ (Best, 1977) มีการ
ระดับคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 3.26 - 4.00 แปลผลว่ามีพฤติกรรม
การสร้างเสริมสุขภาพในระดับดีที่สุด

ค่าเฉลี่ย 2.51 - 3.25 แปลผลว่ามีพฤติกรรม
การสร้างเสริมสุขภาพในระดับดี

ค่าเฉลี่ย 1.76 - 2.50 แปลผลว่ามีพฤติกรรม
การสร้างเสริมสุขภาพในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 1.00 - 1.75 แปลผลว่ามีพฤติกรรม
สร้างเสริมสุขภาพในระดับควรปรับปรุง

พฤติกรรมการสูบบุหรี่ เป็นข้อคำถามถึงการสูบบุหรี่ มีข้อคำถามย่อย 2 ข้อ เกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ช่วงเวลาที่สูบบุหรี่และปริมาณที่สูบต่อวัน โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามแบบประเมินการติดสารนิโคติน FTND ระดับคะแนน 0 - 2 = very low, 3 - 4 = low, 5 - 6 = medium, 7 = high (heavy), 8 - 10 = very high

พฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เป็นข้อคำถามถึงการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์มีจำนวน 2 ข้อ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนตามแบบประเมินปัญหาการดื่มสุรา (AUDIT: Alcohol use disorder identification test) ของแบบงานการพัฒนาระบบรูปแบบและวิธีการบำบัดรักษาผู้มีปัญหาการบริโภคสุราแบบบูรณาการ (พรส.) การแปลผลคะแนน AUDIT 0-7 = Low risk drinker, 8-15 = Hazardous drinker, 16-19 = Harmful, > 20 = use Alcohol dependence

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือการวิจัย

1. ตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่านประกอบด้วยด้านเนื้อหา ด้านการสร้างเครื่องมือและด้านสถิติ และนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ได้ค่า CVI เท่ากับ 1.00

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือไปทดลองใช้ (Try out) โดยนำแบบสอบถามที่ได้รับการปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านอำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสงคราม จำนวน 30 คน และนำผลข้อมูลมาวิเคราะห์ความเชื่อมั่นจากสูตรสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบครอนบาชแอลฟา (Cronbach's Alpha Coefficient) พบว่าการรับรู้ประโยชน์ การรับรู้อุปสรรค การรับรู้

สมรรถนะของตนเอง และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.94, 0.92, 0.80, 0.81 ตามลำดับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ผู้วิจัยติดต่อสาธารณสุขอำเภอเมืองสมุทรสาคร ขอประสานงานกับผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเพื่อขอความร่วมมือกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2. ผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบงาน NCD ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนวดอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในแต่ละตำบล ณ ห้องประชุมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล วันละ 2 ตำบล (เช้า - บ่าย) เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการเก็บข้อมูลและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล โดยจัดกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มๆ ละประมาณ 3-5 คนแล้วเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามอ่านให้ฟังเป็นรายข้อใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั้งสิ้นประมาณ 30 นาที

3. ผู้วิจัยรวบรวมแบบสอบถาม ตรวจสอบความครบถ้วนพบว่าแบบสอบถามทุกฉบับมีความครบถ้วนสมบูรณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและพฤติกรรม
การสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ของปัจจัยต่างๆ กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพด้วยสถิติสัมประสิทธิ์ของเพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficients) สำหรับปัจจัย ที่มีระดับการวัดแบบช่วง (Interval scale) และระดับอัตราส่วน (Ratio scale) ได้แก่ ระดับการศึกษา อายุ รายได้ ระยะเวลาการเป็นอสม. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพการรับรู้อุปสรรค การรับรู้สมรรถนะของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม และใช้สถิติสัมประสิทธิ์

สหสัมพันธ์พอยท์ไบซีเรียล (Point biserial correlation coefficient) ได้แก่ เพศ สถานภาพสมรส และภาวะสุขภาพ

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร ตามเอกสารรับรองเลขที่ 0033 /6882 ลงวันที่ 6 กันยายน 2567 โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการวิจัย สอบถามความสมัครใจและเปิดโอกาสให้อาสาสมัครสามารถยุติการเข้าร่วมวิจัยได้โดยไม่ต้องชี้แจงเหตุผลและข้อมูลที่ได้อาจถูกเก็บเป็นความลับ

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1.ปัจจัยส่วนบุคคลพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 73.3 เป็นเพศหญิง อายุ 46-59 ปี ร้อยละ 53.9 อายุเฉลี่ย 48.6 ปี (SD = 9.63) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 74.4 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.3 รองลงมา จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 38.5 มีรายได้ต่อเดือนเฉลี่ย 9,793.9 บาท (SD = 6,733.07) ประมาณครึ่งหนึ่งประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 50.2 ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 86.7 มีการรับรู้ภาวะสุขภาพร่างกายค่อนข้างดี ร้อยละ 52.3 มีระยะเวลาการเป็น อสม. มาไม่เกิน 5 ปี ร้อยละ 37.4

ส่วนที่ 2.ปัจจัยด้านอารมณ์และความคิดและพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ (3 อ. 2 ส.)

ผลการศึกษาพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพพบว่า มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี (M= 64.9, SD = 6.01) กลุ่มตัวอย่าง

ส่วนใหญ่ร้อยละ 90 มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารเหมาะสม อย่างไรก็ตามมีเพียงประมาณ ร้อยละ 50 ที่รับประทานผัก ผลไม้สด ประมาณ ร้อยละ 35 ที่รับประทานผักครบ 5 สี ในหนึ่งวันเป็นประจำ ส่วนพฤติกรรมด้านอารมณ์ พบว่าส่วนใหญ่ร้อยละ 80 ไม่มีปัญหาด้านอารมณ์ โดยมีเพียงร้อยละ 10 ที่มีปัญหาการนอน นอนไม่หลับและ มีความเครียด มีความวิตกกังวล สำหรับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างพบว่า ร้อยละ 93.8 ไม่มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่และพบว่า ร้อยละ 60 ไม่มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สำหรับพฤติกรรมการออกกำลังกาย พบว่า ร้อยละ 28.7 ที่ไม่ได้ออกกำลังกายหรือออกกำลังกาย 1 - 4 วัน ต่อสัปดาห์ครั้งละน้อยกว่า 30 นาที

ส่วนที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.001 ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .345, p < .001$) การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .298, p < .001$) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ($r = .274, p < .001$) การศึกษา ($r = .131, p = .034$) และเพศหญิงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพดีกว่า เพศชาย ($r = .301, p < .001$) การรับรู้อุปสรรคของการสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ($r = -.317, p < .001$) ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ($r = .118, p = .050$) ส่วนสถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ รายได้ และอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ
ของกลุ่มตัวอย่าง (n= 195)

ปัจจัยที่ศึกษา	r	p-value
การรับรู้สมรรถนะของตนเอง	.345**	<.001
การรับรู้อุปสรรค ฯ	-.317**	<.001
เพศ ^(p) (หญิง)	.301**	<.001
การรับรู้ประโยชน์	.298**	<.001
การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม	.274**	.364
การศึกษา	.131*	.034
ระยะเวลาการเป็น อสม.	.118*	.050
สถานภาพสมรส ^(p) (คู่)	-.063	.190
ภาวะสุขภาพ ^(p)	-.043	.267
รายได้	-.027	.356
อายุ	.025	.364

(p) วิเคราะห์ด้วยสถิติ Point bi-serial correlation coefficient

อภิปรายผล

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีคะแนนพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพอยู่ในระดับดี โดยรวมและรายด้าน ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาวิจัยครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างเป็นอสม. ซึ่งส่วนใหญ่เป็นบุคคลที่มีอายุอยู่ในช่วง 46-59 ปี อายุเฉลี่ย 48.6 ปี เป็นวัยที่มีความสำคัญกับการดูแลสุขภาพ และกลุ่มตัวอย่างเกินกว่าครึ่งหนึ่ง มีการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาขึ้นไปและเนื่องจากการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลทางด้านสุขภาพ ได้รับข้อมูลข่าวสาร มีการอบรมความรู้ต่อเนื่องทุกปี รวมทั้ง อสม. ต้องทำหน้าที่ในการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนและต้องทำหน้าที่ดำรงตนเป็นตัวอย่างที่ดีเพื่อให้ประชาชนยอมรับนับถือและเป็นแบบอย่างของประชาชนในเขต

รับผิดชอบ จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของราชินี วิกุล (2560) ที่พบว่า พฤติกรรมสุขภาพโดยรวม ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ร้อยละ 84.6 อยู่ในระดับเหมาะสมดี

ปัจจัยที่พบว่า มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในอำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร ได้แก่การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ เพศ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การศึกษา และ

ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข ซึ่งสามารถอภิปรายในรายละเอียดได้ดังนี้

1. การรับรู้สมรรถนะของตนเองต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองของ อสม. ที่จะกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ก่อให้เกิดผลดีต่อภาวะสุขภาพได้สำเร็จตามจุดมุ่งหมายในการดูแลสุขภาพตนเอง ซึ่งความเชื่อนี้เกิดจากประสบการณ์ที่ผ่านมา ความรู้ การเรียนรู้ การได้รับการจูงใจหรือชักจูง เมื่อบุคคลมีการรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการกระทำพฤติกรรมใดแล้ว จะส่งผลให้บุคคลนั้นมีการกระทำหรือปฏิบัติพฤติกรรมนั้น (Bandura, 1997) การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขมีระดับการรับรู้สมรรถนะแห่งตน หรือความสามารถของตนสูงแสดงว่าอาสาสมัครสาธารณสุข มีความตื่นตัวต่อการสร้างสุขภาพมากจะมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในระดับมากตามไปด้วย ทั้งนี้จากการที่ อสม. ได้เข้ารับการอบรมโครงการอบรมฟื้นฟูพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขทุกปี มีการศึกษาดูงาน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างพื้นที่ การประชุมต่อเนื่องประจำเดือนเสริมสร้างกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันในระบบสุขภาพชุมชน เป็นอีกสาเหตุหนึ่ง que ส่งผลให้อาสาสมัครสาธารณสุขเกิดการรับรู้สมรรถนะของตนเองได้ในระดับสูง การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการ ออกกำลังกายแม้ไม่มีเพื่อนหรือแม่เมื่ออยู่ตามลำพัง มีความมั่นใจในการมีวิธีการจัดการความเครียดได้อย่างเหมาะสมไม่ว่าจะอยู่ในสถานการณ์ใดก็ตาม และยังมีมั่นใจในที่จะสามารถขอความช่วยเหลือจากบุคคลที่ไว้วางใจไม่ว่าจะมีปัญหาเล็กน้อยเพียงใดก็ตาม และจากการศึกษาของนิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) ที่พบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพสามารถร่วมทำนายพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของ อสม. ได้ร้อยละ 26 ($p < 0.001$)

2. การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้การรับรู้อุปสรรคของการกระทำเป็นการรับรู้ต่อสิ่งขัดขวางหรือไม่เอื้ออำนวยต่อการกระทำพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เมื่อบุคคลมีความพร้อมในการที่จะกระทำดี มีอุปสรรคมาก การกระทำก็จะไม่เกิดขึ้น แต่เมื่อใดบุคคลมีความพร้อมในการที่จะกระทำสูงและมีอุปสรรคน้อยความเป็นไปได้ ในการที่จะกระทำพฤติกรรมก็มากขึ้น (Pender et al., 2011) การรับรู้อุปสรรค ด้านการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขนั้น เป็นความรู้สึกหรือการรับรู้ต่อปัจจัยที่เป็นอุปสรรคขัดขวาง การปฏิบัติพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ได้แก่ ความรู้สึกหรือการรับรู้ ด้านเวลาว่าเป็นข้อจำกัดของการปฏิบัติ ความไม่สะดวก ความรู้สึกยุ่งยาก ความยากลำบากในการปฏิบัติ การสิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย การไม่เห็นความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรม การศึกษาวิจัยครั้งนี้ พบว่า เมื่อพิจารณาการรับรู้อุปสรรคเป็นรายชื่อในด้านต่างๆ เช่น การรับรู้การปรุงอาหารรับประทานเองทำให้สิ้นเปลืองค่าใช้จ่าย การรับประทานผัก ผลไม้ทุกวัน เป็นเรื่องยุ่งยาก และการออกกำลังกายทุกวันเป็นเรื่องเสียเวลา การจัดการความเครียดโดยการระบายความรู้สึกให้ผู้อื่นฟังเป็นเรื่องน่าอับอาย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพมาก สอดคล้องกับการศึกษาของนิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) ที่พบว่า การรับรู้อุปสรรคมีผลต่อพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ($p - value < 0.001$)

3. เพศหญิงมีพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพดีกว่าเพศชาย ทั้งนี้เนื่องจากเพศเป็นปัจจัยที่บ่งบอกถึงความแตกต่างทางด้านร่างกาย ซึ่งอาจมีผลต่อการดูแลสุขภาพรวมถึงพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ซึ่งโดยธรรมชาติแล้วเพศหญิงจะมีความสนใจเอาใจใส่ดูแลสุขภาพตนเองมากกว่าเพศชายและวิถีการดำเนินชีวิตของเพศหญิงมีบทบาทเป็นแม่บ้าน ส่งผลให้การดูแลสุขภาพใส่ใจในเรื่องอาหาร สุขภาพและสิ่งแวดล้อมของ

ครอบครัวได้ดีกว่าเพศชาย สอดคล้องกับการศึกษาของ เบญจวรรณ บัวชุม (2563) กฤติยา แสงทรัพย์ (2562) นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) และจักรี ปัดพี (2559) ที่พบว่าเพศมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (p - value < .05)

4. การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเป็นปัจจัยหนึ่งในด้านสติปัญญาและความรู้สึกที่เฉพาะเจาะจงต่อการเกิดพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพในบุคคล การรับรู้ประโยชน์ของการสร้างเสริมสุขภาพจึงนำไปสู่พฤติกรรมในด้านการสร้างเสริมสุขภาพที่ดี (Pender et al., 2011) และเมื่อพิจารณาการรับรู้ประโยชน์ เป็นรายชื่อ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพทั้งในด้านต่างๆ มาก ทั้งด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการอารมณ์ ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของสมชาย นิลแก้ว และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ (2563) และนิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) ที่พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (p < .001)

5. การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การสนับสนุนจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อ แม่ สามีภรรยา ญาติพี่น้อง หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขด้านต่างๆ ทั้งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ หรือคำแนะนำในการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ดีตามไปด้วย เพราะแรงสนับสนุนทางสังคมมีบทบาทสำคัญยิ่งต่อพฤติกรรมสุขภาพของคน ทั้งทางด้านร่างกายจิตใจ (Caplan, 1976) สอดคล้องกับการศึกษาของจักรี ปัดพี (2559) นพมาศ โกศลและคณะ (2561) และนิธินันท์

เจริญบัณฑิตย์ (2559) ที่พบว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (p -value < 0.001)

6. การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ อธิบายได้ว่าการศึกษาก็คือเป็นพื้นฐานที่มีผลต่อพฤติกรรมของมนุษย์โดยบุคคล ซึ่งมีศึกษาสูงจะมีความรู้ทัศนคติและการปฏิบัติที่ถูกต้องด้านสุขภาพอนามัยดีกว่าบุคคลที่มีการศึกษาน้อย (ประไพพิศ สิงห์เสมและคณะ, 2562) การศึกษาวิจัยครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างประมาณเกินกว่าครึ่งหนึ่ง มีการศึกษาจากระดับชั้นประถมศึกษาขึ้นไป แสดงให้เห็นว่ามีความรู้เข้าใจในเรื่องของการดูแลสุขภาพ เกิดการเรียนรู้ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมไปในทางที่ดี สอดคล้องกับการศึกษาของนิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) ทรรศนีย์ บุญมั่น (2564) ณิชารัตน์ นฤมลด์ และยุวรงค์ จันทรวิจิตร (2560) ที่พบว่า การศึกษามีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

7. ระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากว่าอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีระยะเวลาการทำงานมาก จะได้รับการพัฒนาความรู้ในเรื่องเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม รวมทั้งได้รับการอบรมฟื้นฟูความรู้อย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ จิตติยา ใจคำ และคณะ (2564) นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) และรัชณี วิกุล (2560) ที่พบว่า จำนวนปีที่อาสาสมัครสาธารณสุข มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพอาสาสมัครสาธารณสุข อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ได้แก่ สถานภาพสมรส ภาวะสุขภาพ รายได้ และอายุ สามารถอธิบายได้ดังต่อไปนี้

1. สถานภาพสมรส อาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานภาพคู่มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ไม่ต่างกับอาสาสมัครสาธารณสุขที่มีสถานภาพโสด และหม้าย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 71.8 ทำให้ไม่มีความหลากหลายและส่งผลให้ไม่เกิดความแตกต่างที่มากพอจะก่อให้เกิดความแตกต่างทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของจักรี ปถพี (2559) นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) และของทรรศนีย์ บุญมั่น (2564) ที่พบว่าสถานภาพสมรสไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

2. ภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ร้อยละ 86.7 เป็นผู้ไม่มีโรคประจำตัวทำให้ไม่มีความหลากหลายและส่งผลให้ไม่มีความแตกต่างที่มากพอจะก่อให้เกิดความแตกต่างทางสถิติ จึงทำให้พฤติกรรมสุขภาพไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเบญจวรรณ บัวชุม (2563) ที่พบว่าภาวะสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ

3. รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากการเป็น อสม.ทำให้สามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สื่อต่างๆ รวมถึงการเข้ารับบริการด้านสาธารณสุขได้เช่นเดียวกันทุกคน ดังนั้นจึงทำให้พฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพไม่ต่างกัน การศึกษาวิจัยครั้งนี้ จะพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เฉลี่ย 9,000 บาทต่อเดือน แสดงให้เห็นว่ารายได้ไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตในด้านความต้องการพื้นฐาน การเลือกใช้บริการทางสาธารณสุข สอดคล้องกับการศึกษาของจิตติยา ใจคำและคณะ (2564) ทรรศนีย์ บุญมั่น (2564) นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) ที่พบว่า รายได้ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

4. อายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ ทั้งนี้เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

วิจัยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 46-59 ปี อายุเฉลี่ย 48.6 ปี ซึ่งถือเป็นวัยทำงานและเป็นวัยผู้ใหญ่ที่มีความสามารถในการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง มีระยะพัฒนาการด้านภาวะสุขภาพและประสบการณ์ในการดำเนินชีวิต จึงมีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพที่ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของไพรัช คำพรมมา (2563) นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์ (2559) และ ทรรศนีย์ บุญมั่น (2564) ที่พบว่าอายุไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

สรุปผล

จากการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเมืองสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร ได้แก่ การรับรู้สมรรถนะของตนเอง ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพศ การศึกษา และระยะเวลาการเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

จากการศึกษาพบว่า การรับรู้สมรรถนะของตนเอง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อของอาสาสมัครสาธารณสุข ดังนั้นบุคลากรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรส่งเสริมการรับรู้ดังกล่าวให้กับอาสาสมัครสาธารณสุข ในรูปแบบต่างๆ เช่น การผลิตสื่อออนไลน์เพื่อการเรียนรู้ด้วยตนเองหรือการจัดตั้งกลุ่มไลน์ส่งเสริมสุขภาพกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขเพื่อให้มีพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อ

ที่ดี และอาสาสมัครสาธารณสุขบางส่วนยังมีพฤติกรรม การบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทาน อาหารที่มีส่วนผสมของกะทิ อาหารหมักดอง เครื่อง ในสัตว์ การใช้เครื่องปรุงรส รับประทานอาหารทอด และดื่มเครื่องดื่มที่ผสมคาเฟอีนหรือมีส่วนผสมของ แอลกอฮอล์ ดังนั้นบุคลากรหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ดังกล่าวเพื่อป้องกันโรค ลดความรุนแรงหรือภาวะแทรกซ้อนของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

2.1 สร้างโปรแกรมการส่งเสริมพฤติกรรม สุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อ ในรูปแบบสื่อออนไลน์ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์วิถีชีวิตใหม่

2.2 ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมสร้าง เสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรคไม่ติดต่อ โดยใช้รูปแบบ การศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพร่วมกับวิจัยเชิงปริมาณ

เอกสารอ้างอิง

กฤติยา แสงทรัพย์.(2562). การรับรู้สมรรถนะแห่งตน ต่อพฤติกรรมดูแลสุขภาพกายและ สุขภาพจิตชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน ตำบลศรีสะเกษ อำเภอบ้านนา จังหวัดนครนายก. วารสารศรีนครินทรวิโรฒ วิจัยและพัฒนา,11(22), 1-12.

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.(2563). สถานการณ์ การดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุมโรค ไม่ติดต่อ (NCDs). นนทบุรี: สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวง สาธารณสุข. (2564). คู่มือประเมินความรอบรู้ ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการ ปฏิบัติตามหลัก (3 อ. 2 ส.). นนทบุรี: กอง สุขศึกษา.

จักรี ปัทพี. (2559). พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอ บ่อพลอย จังหวัดกาญจนบุรี. วิทยานิพนธ์ ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาวิชาจิตวิทยา ชุมชน) นครปฐม: มหาวิทยาลัยศิลปากร.

จิตติยา ใจคำและคณะ. (2564). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2 ส. ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน อำเภอบ้านไผ่ จังหวัดลำพูน. วารสาร วิชาการสุขภาพภาคเหนือ, 8(2),1-24.

ณิชารัตน์ นฤมลต์, และยุวรงค์ จันทรวิจิตร. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพ เกี่ยวกับโรคอ้วนและพฤติกรรมสร้างเสริม สุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำ หมู่บ้าน อำเภอพยุหะคีรี จังหวัดนครสวรรค์. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ, 11(1), 108-129.

พรรณิณี บุญมั่น. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความรอบรู้ ด้านสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. พิษณุโลก: มหาวิทยาลัยนเรศวร.

นิธินันท์ เจริญบัณฑิตย์.(2559). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมสร้างเสริมสุขภาพของ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง. วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตร มหาบัณฑิต (สาขาวิชาการ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). ชลบุรี: มหาวิทยาลัย บุรพา.

นพมาศ โกศลและคณะ. (2561). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพ 3 อ. 2 ส. ของกลุ่ม วัยทำงานสำหรับหมู่บ้านจัดการสุขภาพ:กรณี ศึกษาชุมชนบ้านวังหิน อ.ทุ่งใหญ่ จังหวัด นครศรีธรรมราช. เอกสารการประชุมมหาดใหญ่ วิชาการระดับชาติและนานาชาติ ครั้งที่10.

- เบญจวรรณ บัวชุม. (2563). ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ตำบลป่าจี้ อำเภอยางป่าเป้า จังหวัดเชียงราย. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 16(3), 49-58.
- ประไพพิศ สิงห์เสม,พอเพ็ญ ไกรนรา,วรารัตน์ ทิพย์รัตน์. (2562). ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมสุขภาพตาม3อ.2ส.ของผู้สูงอายุ ตำบลหนองตรุด จังหวัดตรัง. วารสารวิทยาลัยบรมราชชนนีอุตรดิตถ์, 11(1), 37-51.
- ไพรัช คำพรมา. (2563). รูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลเหล่าอ้อย อำเภอวังคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน, 5(2), 146-152.
- รัชณี วิกล. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อำเภอเสลภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัย (สาขา สุขศึกษา) คณะศึกษาศาสตร์, มหาวิทยาลัยรามคำแหง.
- สมชาย นิลแก้ว และอมรศักดิ์ โพธิ์อำ. (2563). การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 3(3), 28-38.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร. (2566). เอกสารประกอบการตรวจราชการ รอบที่ 2 ประจำปีงบประมาณ 2566. สมุทรสาคร: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร.
- Bandura, A. (1977). *Self-efficacy : Toward a unifying the try of behavioral change*. New York: Psychological Review.
- Best, John W. (1977). *Research in education* (3rd ed.). New Jersey: Prentice Hall.
- Cohen, J. (1992). *A power primer*. Psychological Bulletin, 112(1), 155-159.
- Caplan, G. (1976). *Support systems and community mental health: Lecture on concept development*. New York: Behavioral Publication.
- Pender, N.J., Murdaugh C.L.,& Parsons M. A. (2011). *Health promotion in nursing practice* (6thed.). New Jersey: Pearson/ Prentice Hall.
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2008). *Nursing research: Generating and assessing evidence for nursing practice* (8th ed.). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วย
โรคความดันโลหิตสูง เขตพื้นที่ตำบลบางน้ำจืด อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร
FACTORS ASSOCIATED WITH BEHAVIORS IN PREVENTING STROKE IN
HYPERTENSIVE PATIENTS IN BANG NAM CHUET SUBDISTRICT, MUEANG
DISTRICT, SAMUT SAKHON PROVINCE

นิชากานต์ งามพรนพคุณ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางน้ำจืด

NICHAKAN NGAMPORNOPHAKHUN

BAN BANG NAM CHUET SUBDISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ในเขตพื้นที่ตำบลบางน้ำจืด อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างกำหนดขนาดจากสูตรของ Taro Yamane ได้จำนวน 190 คน สุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบโควต้า เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม 3 ส่วน 1) ปัจจัยส่วนบุคคล 2) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง 3) ประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสาร และแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ได้ค่าความเชื่อมั่น (IOC) มากกว่า 0.8 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Eta

ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 9.32$, $SD.=1.52$) ด้านความเชื่ออยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 16.48$, $SD.=2.26$) และด้านการปฏิบัติเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 12.10$, $SD.=1.95$) และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การมีโรคร่วม และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ด้านความเชื่อของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความสัมพันธ์กับสถานภาพสมรส การมีโรคร่วม และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และการปฏิบัติเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการสูบบุหรี่ และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะ ควรมีการณรงค์ส่งเสริมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จัดกิจกรรมการเรียนรู้และสื่อต่างๆ เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและตระหนักรู้ในโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น

คำสำคัญ : โรคความดันโลหิตสูง, โรคหลอดเลือดสมอง, พฤติกรรมการป้องกันโรค

Abstract

The objective of this survey research was to study the behavior of stroke prevention and the factors related to the behavior of stroke prevention of hypertensive patients in Bang Nam Chuet Subdistrict, Mueang District, Samut Sakhon Province. The sample size was determined by Taro Yamane's formula, totaling 190 people, and used the quota sampling. The research instrument was 3 parts questionnaire: 1) Personal factors, 2) Stroke prevention behavior in terms of knowledge, beliefs, and behavior to reduce the risk of stroke, and 3) Experience in receiving information and sources of information about stroke. The reliability (IOC) was more than 0.8. The statistics used for data analysis were frequency, percentage, mean, standard deviation, and Pearson's product moment correlation coefficient and Eta correlation coefficient.

The results of the research found that hypertensive patients had a moderate level of knowledge in stroke prevention behavior ($\bar{X} = 9.32$, SD. = 1.52), a high level of belief ($\bar{X} = 16.48$, SD. = 2.26), and a moderate level of practice to reduce the risk of stroke ($\bar{X} = 12.10$, SD. = 1.95). Factors related to stroke prevention behaviors in hypertensive patients were marital status, education level, occupation, comorbidity, and receipt of information about stroke, which were statistically significant ($p < 0.05$). In terms of beliefs of hypertensive patients, they were related to marital status, comorbidity, and receipt of information about stroke, which were statistically significant ($p < 0.05$). Practice to reduce the risk of stroke was related to gender, age, marital status, education level, occupation, income, history of treatment for hypertension, history of smoking, and receipt of information about stroke, which were statistically significant ($p < 0.05$).

Suggestions: There should be a campaign to promote awareness of cerebrovascular disease among hypertensive patients. There should be educational activities and various media to increase knowledge, understanding and awareness of cerebrovascular disease.

Keywords : Hypertension, Stroke, Disease prevention behavior

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูงเป็นโรคเรื้อรังที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ ก่อให้เกิดการเสียชีวิตของประชากรก่อนวัยอันควร (Mackay & Mensah, 2015) ในปัจจุบันมีผู้ที่เป็นโรคความดันโลหิตสูงประมาณหนึ่งพันล้านคนทั่วโลก พบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายของประชากรประมาณ 7.1 ล้านคนทั่วโลก หรือประมาณร้อยละ 13 ของการตายทั้งหมด สำหรับประเทศไทย สถาบันวิจัย กระทรวงสาธารณสุขรายงานสถานการณ์โรคความดันโลหิตสูงในประเทศไทย พบความชุกภาวะความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2557 ร้อยละ 23.3 ในเพศชาย และร้อยละ 20.9 ในเพศหญิง และจากสถิติสาธารณสุข ในปี พ.ศ.2560 - 2565 พบภาวะความดันโลหิตมีอัตราป่วยเพิ่มสูงขึ้นจาก 287.5 ต่อประชากรแสนราย เป็น 544.08 ต่อประชากรแสนราย และอัตราการตายในปี พ.ศ. 2560 - 2565 อยู่ในช่วง 3.94 - 6.30 ต่อประชากรแสนราย (กรมควบคุมโรคสำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2560)

โรคความดันโลหิตสูงหากไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง จะก่อให้เกิดความผิดปกติของหลอดเลือดแดงแทบทุกส่วนของร่างกาย ผนังหลอดเลือดแข็งตัว หลอดเลือดตีบแคบ และภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญอีกประการหนึ่งของโรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดสมองโดยเฉพาะกลุ่มที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตจะเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองขึ้น 2 เท่าต่อการเพิ่มขึ้นทุก 20 มิลลิเมตรปรอทของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจบีบตัว (systolic blood pressure) หรือทุก 10 มิลลิเมตรปรอทของค่าความดันโลหิตขณะหัวใจคลายตัว (diastolic blood pressure)(กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2561) รายงานว่าความดันโลหิตสูงสามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองได้ 3 - 17 เท่า และการควบคุมระดับความดันโลหิตจะช่วยลดการเกิดโรคหลอดเลือดสมองได้ถึงร้อยละ 40 (Mackay & Mensah, 2015) เนื่องจากความดันโลหิตสูงทำให้หลอดเลือดสมองเสียความยืดหยุ่น ตีบแคบ และเกิดภาวะลิ่มเลือดอุดตันและเกิด

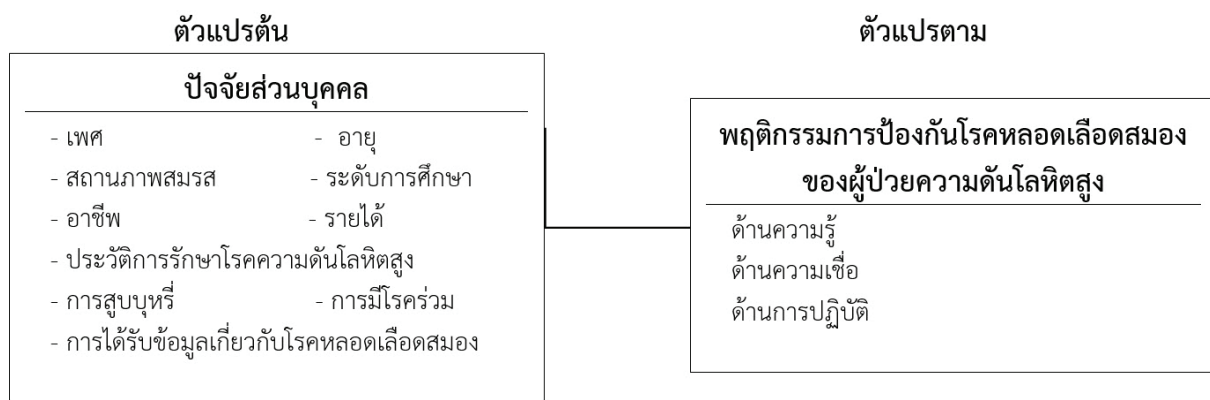
การโป่งพองที่ผนังหลอดเลือด เมื่อระดับความดันโลหิตสูงขึ้นต่อเนื่องทำให้หลอดเลือดส่วนที่โป่งพองเกิดการแตก ผลจากการที่หลอดเลือดสมองมีการแตกหรืออุดตัน จะทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือด และอาจก่อให้เกิดความพิการและภาวะทุพพลภาพตามมาได้ สำหรับประชากรไทยป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองกว่า 2.4 แสนคนต่อปี ในแต่ละปีมีผู้ป่วยเป็นอัมพฤกษ์อัมพาตประมาณ 1.5 แสนคน เสียชีวิตกว่า 45,000 คน พิกัดประมาณ 84,000 คน (แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดี วิถีชีวิตไทย พ.ศ. 2560-2569) สถาบันประสาทวิทยาและสมาคมโรคหลอดเลือดสมองไทย ได้ชี้ว่าคนไทยมีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคหลอดเลือดสมองประมาณ 10 ล้านคน โดยเฉพาะผู้ที่มีโรคความดันโลหิตสูงมีความเสี่ยงมากถึงร้อยละ 56.5 และเมื่อผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเป็นโรคหลอดเลือดสมองด้วยก็จะเสียชีวิตได้มากกว่าคนปกติ 4 เท่า (กรมควบคุมโรคสำนักงานโรคไม่ติดต่อ, 2560)

จากการศึกษาพบว่าผลกระทบจากการขาดความรู้ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ทำให้ขาดความใส่ใจในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และมีผลต่อการตัดสินใจมารับการรักษาที่เร่งด่วนภายใน 3 ชั่วโมง ซึ่งนำไปสู่ภาวะเนื้อสมองขาดเลือดเฉียบพลัน (สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์, 2562) ผลจากการมารับการรักษาล่าช้าร้ายแรงคือ ผู้ป่วยอาจเสียชีวิตหรือแม้รอดชีวิตก็มักจะมีภาวะพิการหลงเหลืออยู่ จำเป็นต้องได้รับการดูแลระยะยาว ทำให้เป็นภาระด้านสุขภาพกระทบต่อการพัฒนาประเทศชาติตามมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงให้ความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อนำไปสู่แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ และเป็นการป้องกันตนเองเบื้องต้นก่อนเกิดโรคหลอดเลือดสมอง และเพื่อให้ผู้ป่วยตระหนักถึงต่ออาการเตือน และการมารับการรักษาที่ทันเวลานำไปสู่การลดอุบัติการณ์การเกิดโรคความพิการ และเสียชีวิต

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบางน้ำจืด อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบางน้ำจืด อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร

กรอบแนวคิด



สมมติฐานการวิจัย

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเป็นอย่างไร
2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ประโยชน์ที่ได้รับ

1. เป็นข้อมูลสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการวางแผนและประเมิน เพื่อป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาความเข้าใจในการสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อการป้องกันการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง และศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ศึกษาระหว่างเดือนพฤษภาคม 2567 - เดือนกรกฎาคม 2567

ประชากร เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางน้ำจืด อำเภอมะนัง จังหวัดสมุทรสาคร (หมู่ 1 บ้านบางน้ำจืด, หมู่ 2 บ้านริมทางรถไฟ และหมู่ 4 บ้านทุ่งสีทอง) จำนวน 346 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางน้ำจืด กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างจากสูตรของทาโร่ ยามาเน่ (Taro Yamane) ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 สุ่มตัวอย่างด้วยการสุ่มแบบโควตา โดยคำนวณตามสัดส่วนประชากรของแต่ละหมู่บ้าน ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 190 คน

เกณฑ์การคัดเข้า ต้องเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ไม่มีปัญหาเรื่องการได้ยิน สติสัมปชัญญะสมบูรณ์สมัครใจ และยินยอมให้ความร่วมมือในการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก ไม่สามารถพูดและสื่อสารได้ ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในช่วงเวลาที่กำหนด แจ้งขอถอนตัวจากการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 2 ส่วนใหญ่ ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ของครอบครัวเฉลี่ยต่อเดือน ประวัติการรับการรักษาโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการสูบบุหรี่ โรคประจำตัวร่วมกับโรคความดันโลหิตสูง ประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลข่าวสาร และแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองที่ผู้วิจัยดัดแปลงจากอุมาพร แซ่กอ (2562)

- ความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 13 ข้อ
- ความเชื่อในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 11 ข้อ
- การปฏิบัติการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 9 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 0.8

2. การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา แล้วนำมาทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน และนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นของแบบทดสอบพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านความรู้โดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (Kuder - Richardson 20) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.75 และแบบสอบถามประสิทธิภาพการได้รับข้อมูลและแหล่งข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเท่ากับ 0.84 ส่วนของแบบทดสอบพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านความเชื่อและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's coefficient alpha) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ 0.78 และ 0.85 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยให้ความสำคัญกับการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างที่ร่วมในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ โดยมีการจัดทำเอกสารแจ้งวัตถุประสงค์ของการวิจัย เอกสารพิทักษ์สิทธิแนบไว้กับแบบสอบถามเพื่อแจ้งให้กลุ่มตัวอย่าง ทราบว่าข้อมูลทุกอย่างที่อยู่ในแบบสอบถามผู้วิจัยจะเก็บเป็นความลับ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในการวิจัยเท่านั้น ซึ่งผู้ตอบแบบสอบถามมีความเป็นอิสระในการตัดสินใจ ไม่มีการบังคับหรือทำให้เกิดความเกรงใจ โดยการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ความถี่ ค่าสูงสุด ค่าต่ำสุด ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. สถิติสำหรับทดสอบสมมติฐาน ได้แก่ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ Eta

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตพื้นที่ตำบลบางน้ำจืด อำเภอมะนัง จังหวัดสมุทรสาคร

ณิชากานต์ งามพรนพคุณ

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ตารางที่ 1 พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ด้านความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง (n = 190)

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง	เต็ม	Max	Min	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ความรู้	13.00	13.00	6.00	9.32	1.52	ระดับปานกลาง
ความเชื่อ	22.00	22.00	8.00	16.48	2.26	ระดับสูง
การปฏิบัติ	18.00	16.00	6.00	12.10	1.95	ระดับปานกลาง

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านระดับความรู้ได้คะแนนสูงสุดเท่ากับ 13 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 6 คะแนน ($\bar{X}$ = 9.32, S.D. = 1.52) พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านระดับความเชื่อได้คะแนนสูงสุดเท่ากับ 22 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 8 คะแนน ($\bar{X}$ = 16.48, S.D. = 2.26) และสำหรับคะแนน

พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านระดับการปฏิบัติได้คะแนนสูงสุดเท่ากับ 16 คะแนน และคะแนนต่ำสุดเท่ากับ 6 คะแนน ($\bar{X}$ = 12.10, S.D. = 1.95)

2. ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง แสดงผลจำแนกรายด้าน ดังนี้

ตารางที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กันระหว่างพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล (n = 190)

ปัจจัยส่วนบุคคล	พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง								
	ด้านความรู้			ด้านความเชื่อ			ด้านการปฏิบัติ		
	η	r	P-Value	η	r	P-Value	η	r	P-Value
เพศ	.005		.075	.021		.052	.037		.040*
อายุ		.133	.067		.014	.083		.051	.048*
สถานภาพสมรส	.070		.001*	.017		.011*	.010		.001*
ระดับการศึกษา		.862	.023*		.156	.083		.657	.036*
อาชีพ	.957		.018*	.536		.094	.760		.029*
รายได้	.140		.053	.053		.094	.078		.028*
ประวัติการรักษา		.023	.083		.013	.062		.053	.046*
ประวัติการสูบบุหรี่		.137	.095		.496	.092		.039	.038*
การมีโรคร่วม		.496	.033*		.372	.040*		.145	.097
การได้รับข้อมูลข่าวสารโรคหลอดเลือดสมอง	.546		.045*	.101		.016*	.102		.015*

จากตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับความรู้ ความเชื่อ และการปฏิบัติในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า

ด้านความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการมีโรคร่วม และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ด้านความเชื่อในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ สถานภาพสมรส ประวัติการมีโรคร่วม และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลบางน้ำจืด อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร พบว่า ด้านระดับความรู้มีคะแนนเฉลี่ย 9.32 (S.D. = 1.52) ด้านระดับความเชื่อมีคะแนนเฉลี่ย 16.48 (S.D. = 2.26) และด้านระดับการปฏิบัติมีคะแนนเฉลี่ย 12.10 (S.D. = 1.95) สอดคล้องกับ กานต์ธิดา กำแพงแก้ว และคณะ (2558) เรื่องความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงการรับรู้อาการเตือน และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยง พบว่าการรับรู้ปัจจัยเสี่ยงอยู่ในระดับสูงร้อยละ 63.5 โดยปัจจัยเสี่ยงที่มีการรับรู้มากที่สุด คือ โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 83.5 การรับรู้อาการเตือนอยู่ในระดับสูงร้อยละ 75.3 โดยมีการรับรู้ว่าอาการอ่อนแรงของกล้ามเนื้อใบหน้า แขน/ขาข้างใดข้างหนึ่งอย่างทันทีทันใดเป็นอาการเตือนที่มีการรับรู้มากที่สุด ร้อยละ 92.9 และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรค

หลอดเลือดสมองในผู้สูงอายุกลุ่มเสี่ยงอยู่ในระดับสูงร้อยละ 82.4

2. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำแนกรายด้านแสดงผลได้ดังนี้

ด้านความรู้ในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ประวัติการมีโรคร่วม และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ พิชามาญชุ์ คำแพรวดี และอดิศักดิ์ สัตย์ธรรม (2558) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความรู้โรคหลอดเลือดสมองระดับปานกลาง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส การได้รับการสนับสนุนข้อมูลโรคหลอดเลือดสมอง ความรู้ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ อุปสรรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ด้านความเชื่อในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรส ประวัติการมีโรคร่วม และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ พิชามาญชุ์ คำแพรวดี และอดิศักดิ์ สัตย์ธรรม (2558) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ พบว่า ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความเชื่อของการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ได้แก่ ด้านประวัติการมีโรคร่วม และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง ส่วนเพศ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การอยู่ร่วมกับผู้อื่น โรคประจำตัว ระยะเวลาการเป็นโรคความดันโลหิตสูง และประวัติการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลอื่นในครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เขตพื้นที่ตำบลบางน้ำจืด อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร

ด้านการปฏิบัติตัวเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง มีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการรักษา ประวัติการสูบบุหรี่ และการได้รับ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับ ณัฐกร นิลเนตร และคณะ (2561) ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.05$ ได้แก่ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ไม่มีคู่ ประวัติญาติสายตรงเป็นโรคหลอดเลือดสมอง โรคประจำตัวร่วม และประวัติการเจ็บป่วยอื่นๆ และสอดคล้องกับ วาสนา เหมือนมี (2559) ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับเหมาะสมมาก (ร้อยละ 64.8) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ สิ่งชักนำให้ปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองและการรับรู้อุปสรรคของพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีส่วนในการร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองได้ร้อยละ 13.1 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.05$

สรุปผล

1. ผลการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่าผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองด้านความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 9.32$, S.D. = 1.52) ด้านความเชื่อในการป้องกันโรคอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 16.48$, S.D. = 2.26) และด้านการปฏิบัติเพื่อลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 12.10$, S.D. = 1.95)

2. ผลการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ การมีโรคร่วม และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ รายได้ ประวัติการรักษา โรคความดันโลหิตสูง และประวัติการสูบบุหรี่ ความเชื่อเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลด้านสถานภาพสมรส การมีโรคร่วม และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติการรักษาโรคความดันโลหิตสูง และประวัติการสูบบุหรี่ และการปฏิบัติของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองมีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประวัติ การรักษาโรคความดันโลหิตสูง ประวัติการสูบบุหรี่ และการได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคหลอดเลือดอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($p < 0.05$) แต่ไม่มีความสัมพันธ์กับปัจจัยส่วนบุคคลด้านการมีโรคร่วม

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

หน่วยบริการสุขภาพควรจัดโครงการบริการให้คำปรึกษาต่อเนื่อง ในเรื่องสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ทั้งในและนอกสถานพยาบาล โดยการสร้างแนวทางปฏิบัติเพื่อสร้างเสริมความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองแก่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. สามารถนำผลการวิจัยไปศึกษาต่อยอดงานวิจัยเชิงกึ่งทดลอง เพื่อส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยกลุ่ม

โรคความดันโลหิตสูง ตามตัวแปรปัจจัยที่มีผลต่อความตระหนักรู้และขยายผลในประชากรกลุ่มเสี่ยง และพื้นที่อื่นๆต่อไป เพื่อให้เป็นข้อมูลเฉพาะของประชากรกลุ่มต่างๆ และพื้นที่ต่างๆ

2. การรณรงค์และส่งเสริมความรู้กับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงให้เกิดความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง โดยส่งเสริมกิจกรรมการเรียนรู้และสื่อต่างๆ ในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดความตระหนักรู้

เอกสารอ้างอิง

Bureau of Noncommunicable Diseases, Department of Disease Control. (2023). *Disease statistics*. Bangkok: Ministry of Public Health. (in Thai).
สำนักโรคไม่ติดต่อ, กรมควบคุมโรค. (2566). *สถิติโรค*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

Homkaenchan, Siriphan and Numkham, Lapatrada. (2023). Factors Related to Stroke Prevention Behaviors in People with Hypertension in Kluaymoung Public Health Service Center, Khelang Nakhon Municipality, Lampang Province. *Journal of Public Health Research and Innovation*. Vol.1 No.2 January-April 2023. (in Thai).

ศิริพันธ์ หอมแก่นจันทร์ และลภัสสรดา หนูคำ. (2566). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศูนย์บริการสาธารณสุขบ้านกล้วยม่วง เทศบาลเมืองเขลางค์นคร จังหวัดลำปาง. *วารสารวิจัยและนวัตกรรมทางสาธารณสุข*.

Inteng, Bucsarakham and Chomson, Supatana. (2018). Factors affecting stroke prevention behavior in hypertensive patients at Muang Kao Subdistrict Health Promotion Hospital, Phichit Province. *EAU Heritage Journal. Science and Technology*. (in Thai).

บุษราคัม อินเต็ง, และสุพัฒนา คำสอน. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเมืองเก่า จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย*. ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี. (ออนไลน์). เข้าถึงเมื่อ 11 มิถุนายน 2567. เข้าถึงได้จาก: <https://he01.tci-thaijo.org/index.php/EAUHJSci/article/view/177130/129739>.

Klinsakorn, Chuchart and saetan, Suitin. (2020). Factors related to self-protective behavior of stroke with controlled hypertension patients who Live in Danchang District, Suphanburi Province. *Journal of Council of Community Public Health*. (in Thai).

ชูชาติ กลิ่นสาคร และสุยธิน แชนัน. (2563). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ อำเภอด่านช้าง จังหวัดสุพรรณบุรี. *วารสารสาธารณสุขชุมชน*.

Mackay, J., and Mensah, G. A. (2015). *The atlas of heart disease and stroke*. (Online). (2024, June 20). Available from: www.who.int/cardiovascular_diseases/resources/atlas/en.htm.

Ministry of Public Health, Department of Disease Control. (2018). *Strategic Plan for Good Health and Thai Lifestyle 2017-2026*. Bangkok: Ministry of Public Health. (in Thai).

กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค. (2561). *แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดี วิถีชีวิตไทย พ.ศ.2560-2569*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.

- Ministry of Public Health, Department of Disease Control, Non-Communicable Disease Information Center. (2017). *Survey report: Risky behaviors for non-communicable diseases and injuries 2017*. Bangkok: Ministry of Public Health. (in Thai).
- กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรคศูนย์ข้อมูลโรคไม่ติดต่อ. (2560). รายงานผลการสำรวจ: พฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อและการบาดเจ็บ พ.ศ. 2560. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- Ministry of Public Health, Office of Policy and Strategy. (2019). *Good Health Thai Way*. Bangkok: Ministry of Public Health. (in Thai).
- กระทรวงสาธารณสุข, สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. (2562). *สุขภาพดีวิถีไทย*. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- Mueanmee, Wasana. (2015). Factors affecting the behavior of stroke prevention in hypertensive patients in Bang Rakam District, Phitsanulok Province. *Journal of Nursing and Health*. (in Thai).
- วาสนา เหมือนมี. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อำเภอบางระกำ จังหวัดพิษณุโลก. *วารสารการพยาบาลและสุขภาพ*.
- Nilnate, N, Jirapornkul, C., Maneenin, N. (2018). Factors Associated with Stroke in Hypertensive Patients, Buengkan Province. *Journal of Health Education*. (in Thai).
- ณัฐกร นิลเนตร, ชนัญญา จิระพรกุล, และเนาวรัตน์ มณีนิล. (2561). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงในพื้นที่จังหวัดบึงกาฬ. *วารสารสุขภาพศึกษา*.
- Pakdevong, N. (2016). Factors predicting blood pressure control in hypertensive patients receiving treatment at a community hospital. *Journal of Nursing and Therapeutic Care*. (in Thai).
- น้ำอ้อย รักติวงศ์. (2559). ปัจจัยทำนายการควบคุมความดันโลหิตของผู้เป็นความดันโลหิตสูงที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*.
- Panthong, Wutthichai and Saiyot, Rattana. (2524). Factors Associated with Cerebrovascular Disease in Patients with Diabetes and Hypertension at Srinarong Hospital. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. Vol. 18 No. 1 January-April 2024. (in Thai).
- วุฒิชัย แป้นทอง และรัตนา สายยศ. (2567). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลศรีนครินทร์. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 9*. (ออนไลน์). เข้าถึงเมื่อ 11 มิถุนายน 2567. เข้าถึงได้จาก: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/RHPC9Journal/article/view/265574/181532>.
- Thijayang, Sutassaya. (2016). *Factors affecting stroke prevention behavior in stroke risk group patients*. Master's thesis. Bangkok: Christian University. (in Thai).
- สุทัสสา ทิจะยัง. (2559). ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงโรคหลอดเลือดสมอง. วิทยานิพนธ์ปริญญา มหาบัณฑิต. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยคริสเตียน.

Suriya Lakam. (2017). The relationship between health belief perception and stroke prevention behavior in high-risk patients in Nuea Mueang Subdistrict, Mueang District, Roi Et Province. *Journal of the police nurses*. (in Thai).

สุริยา หล้ากำ. (2560). ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสูง ตำบลเหนือเมือง อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. *วารสารพยาบาลตำรวจ*.

Saeko, Umaporn. (2019). *A Study of Stroke Awareness among Patients at Risk of Stroke in Bangkok Metropolitan*. Master's thesis, Nursing Science Program, Faculty of Nursing, Chulalongkorn University.

อุมาพร แซ่กอ. (2562). การศึกษาความตระหนักรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองของผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทบริหารธุรกิจ, สาขาพยาบาลศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

Wahab, et al. (2018). *Awareness of warning signs among suburban Nigerians at high risk for stroke is poor: a cross-sectional study*. BMC Neurol.

Wyatt, S. B., et al. (2018). *Prevalence, Awareness, Treatment, and Control of Hypertension in the Jackson Heart Study*. Hypertension.

การศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในเขตพื้นที่โรงพยาบาล
ส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางหญ้าแพรก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร
STUDYING THE NEEDS OF CAREGIVERS FOR BEDRIDDEN PATIENTS AT
HOME IN THE AREA OF BAN BANG YA PHRAEK SUBDISTRICT HEALTH
PROMOTING HOSPITAL, MUEANG DISTRICT, SAMUT SAKHON PROVINCE

ทองทิพย์ เทียนสว่าง

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางหญ้าแพรก

TONGTIP THEANSAWANG

BAN BANG YA PHRAEK SUBDISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITAL

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป ระดับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วย ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย และการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางหญ้าแพรก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในเขตพื้นที่ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงในแต่ละหมู่บ้าน ทั้งหมดจำนวน 29 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย แบ่งออกเป็น 4 ส่วน ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง 3) แบบสอบถามความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และ 4) แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การหาค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.41 อายุระหว่าง 40 - 49 ปี ร้อยละ 55.17 อายุเฉลี่ย 47.48 ปี จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 31.03 ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลเป็นบุตร ร้อยละ 65.52 และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วยอยู่ในช่วง 1 - 3 ปี ร้อยละ 65.52 ระยะเวลาเฉลี่ย 3.34 ปี โดยผู้ดูแลมีระดับความรู้เรื่องการดูแลอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 58.62 ($\bar{X} = 16.34$, $SD. = 1.67$) ความต้องการของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.31$, $SD. = 0.98$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านข้อมูลข่าวสาร และด้านค่าใช้จ่ายอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.77$, $SD. = 0.74$) และ ($\bar{X} = 3.72$, $SD. = 0.84$) ตามลำดับ ส่วนด้านการดูแลสุขภาพ และด้านสภาพแวดล้อมและการจัดการภายในบ้านอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.28$, $SD. = 0.93$) และ ($\bar{X} = 2.60$, $SD. = 1.10$) ตามลำดับ และด้านการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.52 ($\bar{X} = 63.69$, $SD. = 4.34$)

ข้อเสนอแนะ ควรมีการจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และควรมีการสนับสนุนด้านการดูแลตนเอง ทั้งในเรื่องการจัดกิจกรรมเพื่อช่วยเหลือตนเองของผู้ป่วย การสนับสนุนจากสังคม เพื่อช่วยด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต และการพัฒนาทักษะในการดูแลที่ดีให้กับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมากขึ้น

คำสำคัญ : ผู้ดูแลผู้ป่วย, ผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง, ความรู้และการปฏิบัติ

การศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางหญ้าแพรก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร
ทองทิพย์ เทียนสว่าง

Abstract

This descriptive research aimed to study general information, knowledge level of patient care, caregiver needs, and role performance of caregivers of bedridden patients in the area of Ban Bang Ya Phraek Subdistrict Health Promoting Hospital, Mueang District, Samut Sakhon Province. The sample group in this study was caregivers of bedridden patients in the area. The samples were purposively selected from each village, totaling 29 people. The research instruments were divided into 4 parts: 1) a questionnaire on general information of bedridden caregivers, 2) a questionnaire on knowledge of bedridden patient care, 3) a questionnaire on health care needs of bedridden patients, and 4) a questionnaire on role performance of caregivers in caring for bedridden patients. The data were analyzed using descriptive statistics, including frequency, percentage, mean, and standard deviation.

The research results found that the majority of the sample were female (72.41%), aged between 40-49 years (55.17%), with an average age of 47.48 years, and graduated from secondary school (31.03%). The relationship of the caregivers was a child (65.52%), and the duration of patient care was between 1-3 years (65.52%), with an average duration of 3.34 years. The caregivers had a very good level of knowledge about care (58.62%) ($\bar{X} = 16.34$, $SD. = 1.67$). The caregivers' needs were at a moderate level ($\bar{X} = 3.31$, $SD. = 0.98$). When considering each aspect, it was found that information and costs were at a high level ($\bar{X} = 3.77$, $SD. = 0.74$) and ($\bar{X} = 3.72$, $SD. = 0.84$), respectively. As for health care, And the environment and management in the home were at a moderate level ($\bar{X} = 3.28$, $SD. = 0.93$) and ($\bar{X} = 2.60$, $SD. = 1.10$), respectively, and the performance of work roles was at a high level, 65.52 percent ($\bar{X} = 63.69$, $SD. = 4.34$).

Suggestions necessary materials and equipment for caring for bedridden homebound patients should be prepared, and self-care support should be provided, including activities to help patients help themselves, social support to help develop their quality of life, and the development of good care skills for bedridden homebound patients.

Keywords : Caregiver, Bedridden patients, Knowledge and practice

บทนำ

ประเทศไทยก้าวสู่สังคมผู้สูงอายุโดยสมบูรณ์ (Aged Society) โดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปมากกว่า 20% ของประชากรทั้งประเทศ และมีการประเมินกันว่าอีกเพียงไม่กี่ปีข้างหน้าไทยจะเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระดับสุดยอด (Super-Aged Society) คือมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปเกินกว่า 28% ซึ่งควรเตรียมพร้อมและมีความพร้อมรับมือกับโครงสร้างประชากรที่เปลี่ยนแปลงไป นั่นคือการเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุระยะยาวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและเศรษฐกิจ ซึ่งเกิดจากหลายสาเหตุปัจจัย อาทิเช่น สภาพแวดล้อม การบริโภคอาหาร ความเสื่อมโทรมของร่างกายตามการใช้งาน สภาวะความเครียด การเปลี่ยนแปลงบทบาททางสังคม เป็นต้น ผู้สูงอายุจะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายไปในทางเสื่อมมากกว่าการเจริญเติบโต และอวัยวะต่างๆ ในร่างกายของแต่ละคนขาดความคล่องแคล่วว่องไว ซึ่งการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวนี้เป็นผลทำให้ความเสื่อมถอยของร่างกายเพิ่มมากขึ้น จนอาจนำไปสู่สภาวะที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ซึ่งในบริบทของการเพิ่มจำนวนและสัดส่วนผู้สูงอายุ มีเหตุผลรองรับด้านอายุขัยเฉลี่ยเมื่อแรกเกิด (Life Expectancy at Birth) แต่การมีอายุที่ยืนยาวขึ้นนั้น ต้องหมายรวมถึงการมีคุณภาพชีวิตที่ดีด้วย ในทางกลับกันธรรมชาติของผู้สูงอายุกลับต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านความเสื่อมถอยในหลายๆ โดยการให้ความสำคัญกับการส่งเสริมกิจกรรมทางกายในวัยสูงอายุเพื่อเพิ่มระดับความหนักของกิจกรรมทางกายที่เหมาะสม เพื่อทำที่สุดแล้วจะส่งผลทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาวะที่ดี ตลอดจนเป็นการเสริมกิจกรรมยามว่างที่ช่วยฟื้นฟูทั้งทางร่างกายและจิตใจในกลุ่มผู้สูงอายุแต่ละกลุ่มได้ (กรมอนามัย, 2564)

ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) จำนวน 70,320 คน (สำนักอนามัยผู้สูงอายุ กรมกิจการผู้สูงอายุ, 2564) จากการดำเนินงานพบประเด็นปัญหาที่สะท้อนจากพื้นที่พบว่า พื้นที่อัตราระบบจิตอาสาต้องอบรมผู้ดูแลจำนวนค่อนข้างมาก มีปัญหาว่าอบรมมาแล้วหลายท่านไม่สามารถปฏิบัติงานได้ รวมถึงผู้ดูแลบางคนก็มีข้อจำกัด

ในการปฏิบัติงานที่ตนไม่ถนัด (สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์ และคณะ, 2561) นอกจากนั้นปัญหาอุปสรรคที่ผู้ดูแลมักพบคือความร่วมมือของผู้สูงอายุหรือญาติ โดยเฉพาะความร่วมมือในการแก้ปัญหาทางสุขภาพและการแก้ไขสภาพแวดล้อม เช่น การออกกำลังกายของผู้สูงอายุ การจัดสภาพแวดล้อมภายในบ้านที่เอื้อต่อความสะดวกและปลอดภัยอุปกรณ์ดำรงชีพ นอกจากนี้ผู้ดูแลยังมีปัญหาขาดงบประมาณสนับสนุนในการลงพื้นที่ ขาดยานพาหนะ ไม่สะดวกในการเดินทาง ไม่สะดวกเรื่องเวลาภาระที่ผู้ดูแลต้องประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองและครอบครัว และสุดท้ายผู้ดูแลยังต้องประสบปัญหาความเชื่อมั่นจากชุมชน เนื่องจากขาดประสบการณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ รวมถึงการขาดทักษะในการดูแลผู้สูงอายุโรคเรื้อรัง และการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (กิริติ กิจธีระวุฒินันท์ และนิทรา กิจธีระวุฒินันท์, 2561) นอกจากนี้กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้จัดให้มีการอบรมผู้จัดการระบบดูแลระยะยาว (Care Manager) และผู้ช่วยเหลือดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (Caregiver) เพื่อให้บริการดูแลด้านสุขภาพถึงที่บ้านอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

จังหวัดสมุทรสาคร มีประชากรผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 93,859 คน คิดเป็นร้อยละ 22.30 เมื่อจำแนกรายอำเภอพบสัดส่วนประชากรผู้สูงอายุทั้ง 3 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมืองสมุทรสาคร อำเภอกระทุ่มแบน และอำเภอบ้านแพ้ว คิดเป็นร้อยละ 10.8, 6.70 และ 4.75 ตามลำดับ นอกจากนี้สัดส่วนผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงทั้ง 3 อำเภอ คิดเป็นร้อยละ 0.80, 0.63 และ 0.39 ตามลำดับ และเมื่อพิจารณาหน่วยบริการสุขภาพของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางหญ้าแพรกพบว่า ประชากรผู้สูงอายุจำนวนทั้งสิ้น 1,561 คน คิดเป็นร้อยละ 3.42 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดในเขตพื้นที่ ซึ่งมีผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง มีจำนวน 29 คน คิดเป็นร้อยละ 1.86 ของประชากรผู้สูงอายุทั้งหมดในเขตพื้นที่อำเภอเมืองสมุทรสาคร

จากที่กล่าวมาข้างต้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะทำการศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เพื่อขับเคลื่อนการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนการจัดบริการทั้งด้านสาธารณสุข และบริการด้านสังคมที่มีประสิทธิภาพครอบคลุม และเหมาะสมกับบริบทของชุมชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางหญ้าแพรก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร

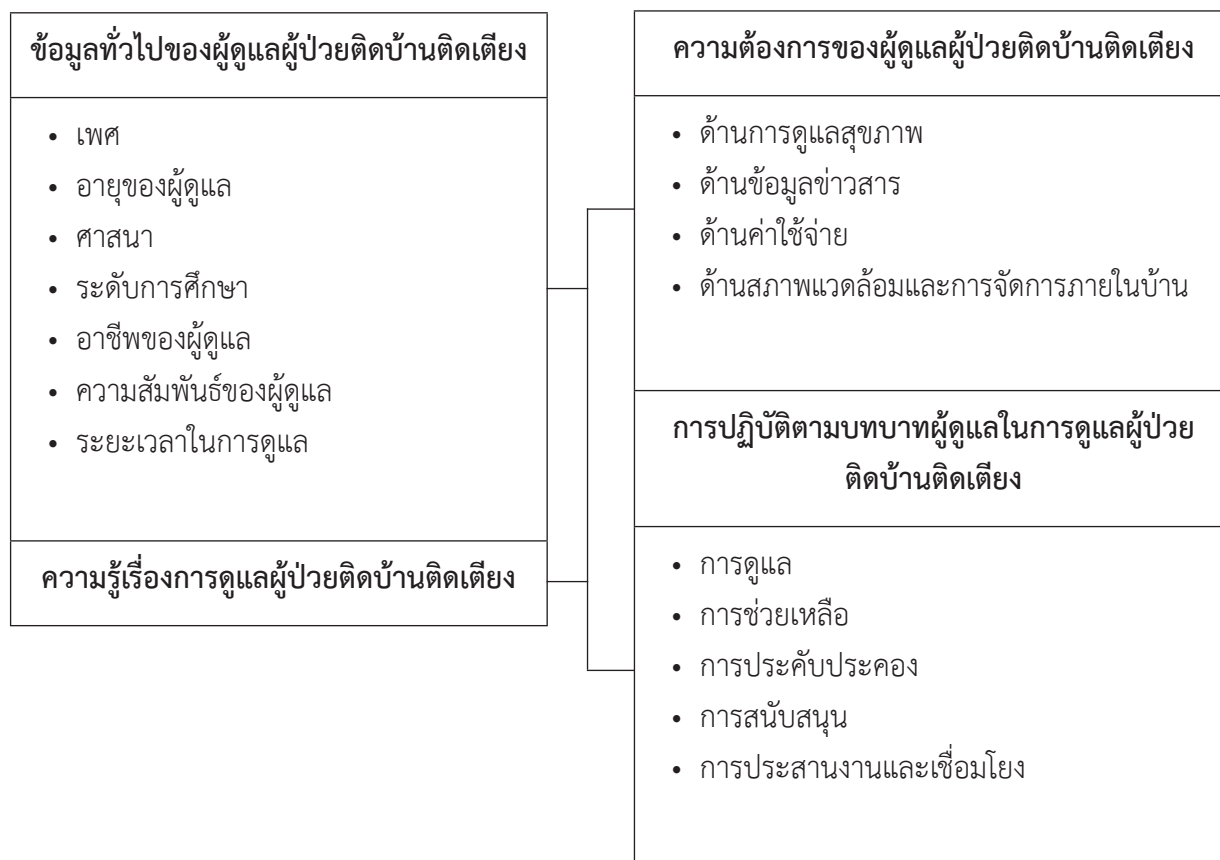
2. เพื่อศึกษาระดับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแล ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางหญ้าแพรก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร

3. เพื่อศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางหญ้าแพรก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร

4. เพื่อศึกษาการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผูดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางหญ้าแพรก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร

กรอบแนวคิด

ตัวแปรที่ศึกษา



ประโยชน์ที่ได้รับ

1. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ทราบสถานการณ์ด้านความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางหญ้าแพรก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร

2. ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายหรือการปรับปรุงนโยบายที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางหญ้าแพรก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร

วิธีการศึกษา

การศึกษาวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาข้อมูลทั่วไป ระดับความรู้ ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย และการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง กลุ่มเป้าหมาย เป็นผู้ดูแล (Caregiver) ของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงที่ได้รับการดูแล สุขภาพทั่วไป และกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางหญ้าแพรกทุกคน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ของแต่ละหมู่บ้าน ทั้งหมด 3 แห่ง (ม.4 บ้านบางหญ้าแพรก, ม.5 บ้านหัวโพ และ ม.6 บ้านนาเกลือมณีรัตน์) ใช้เกณฑ์การคัดเลือกของกลุ่มตัวอย่าง เป็นญาติสายตรง และอาศัยอยู่ภายในบ้านเดียวกับผู้ป่วยติดเตียง มีประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยที่ติดเตียง มีความสามารถในการฟังสื่อสาร เข้าใจ และยินยอมให้ข้อมูล เกณฑ์การคัดเลือกออก ได้แก่ ย้ายที่อยู่จากเขตพื้นที่ รพ.สต.บ้านบางหญ้าแพรก และมีเหตุจำเป็นที่ไม่สามารถตอบคำถามได้ ซึ่งได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 29 ราย (สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดสมุทรสาคร, 2566)

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาคั้งนี้ แบ่งออกเป็น 4 ส่วน มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เป็นแบบสอบถามแบบเลือกตอบ (Check list) จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ เพศ ศาสนา ระดับการศึกษาของผู้ดูแล อาชีพของผู้ดูแล ความสัมพันธ์กับผู้ป่วย และแบบสอบถามแบบปลายเปิด (Open end) จำนวน 2 ข้อ ได้แก่ อายุ และระยะเวลาในการดูแลผู้ป่วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จำนวน 20 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบมีตัวเลือกให้ตอบ ใช่ หรือ ไม่ใช่ เพียงคำตอบเดียว พิจารณาจากคะแนนความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ซึ่งแบ่งระดับคะแนนออกเป็น 3 ระดับ โดยใช้แนวคิดของ Bloom (1976 อ้างใน ศิวพร ชุ่มเย็น, 2565)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เป็นแบบสอบถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ โดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามของฟองเพ็ญ เพือกสวัสดิ์ และคณะ (2559) แบ่งความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงโดยรอบครัว ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ ด้านการดูแลสุขภาพ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านค่าใช้จ่าย และด้านสภาพแวดล้อมและการจัดการภายในบ้าน จำนวน 21 ข้อ เกณฑ์การแปลผลโดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977 อ้างถึงใน นันทวรรณ นุตพงษ์ และคณะ, 2565)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง จำนวน 17 ข้อ คำตอบเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ พิจารณาคะแนนระดับการปฏิบัติตามบทบาทผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง รายข้อและภาพรวม จำแนกเป็น 3 ระดับ ใช้เกณฑ์การวิเคราะห์และแบ่งช่วงคะแนนของข้อมูลตามเกณฑ์ของเบสท์ Best(1977: อ้างใน ศิวพร ชุ่มเย็น, 2565)

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบด้านเนื้อหา เพื่อพิจารณาความสอดคล้องระหว่างคำถาม ขอบเขตเนื้อหา ความรัดกุมในการใช้ภาษา เพื่อให้มีความเหมาะสมในการนำไปใช้ในการวิจัยครั้งนี้ มีค่าเท่ากับหรือมากกว่า 0.67 ทุกข้อ

2. การตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถามความรู้ของผู้ดูแล แบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแล และแบบสอบถามของการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงที่ได้รับการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วนำมาทดลองใช้ (Try out) 30 รายกับกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติเดียวกันกับกลุ่มตัวอย่างและนำข้อมูลที่ได้มาหาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรของคูเดอร์-ริชาร์ดสัน 20 (KR-20) ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 0.831 ใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟา Coefficient Alpha Cronbach Method ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 0.928 และแบบสอบถามของการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้ป่วยเท่ากับ 0.911

การพิทักษ์สิทธิสิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมในคนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครซึ่งผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างตลอดขั้นตอนการวิจัย โดยการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ ระยะเวลาประโยชน์ของการศึกษาวิจัยครั้งนี้อธิบายให้ทราบถึงวิธีการวิจัย ระยะเวลาในการดำเนินการวิจัย และสิทธิที่จะไม่เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับ และนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม ซึ่งจะนำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่ม

ตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างเขียนยินยอมที่จะเข้าร่วมในการทำวิจัยครั้งนี้หลังจากนั้นจึงทำการรวบรวมข้อมูล วันที่รับรอง 5 มิถุนายน 2567

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางหญ้าแพรก อำเภอเมือง จังหวัดสมุทรสาคร โดยวิเคราะห์ข้อมูลด้านข้อมูลทั่วไป ด้านระดับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และด้านความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง วิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การหาค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

ผลการศึกษา

1. การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางหญ้าแพรกพบว่าผู้ดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.41 รองลงมา เป็นเพศชาย ร้อยละ 27.59 มีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี ร้อยละ 55.17 อายุเฉลี่ย 47.48 ปี ต่ำสุด 37 ปี สูงสุด 55 ปี ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 31.03 รองลงมา คือ จบการศึกษาระดับอนุปริญา และระดับปริญญาตรีขึ้นไป ร้อยละ 27.59 ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 34.48 รองลงมาประกอบอาชีพค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว และเกษตรกร ร้อยละ 31.03 และ 20.69 ตามลำดับ ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลเป็นบุตร ร้อยละ 65.52 ระยะเวลาในการดูแลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 3 ปี ร้อยละ 65.52 ระยะเวลาเฉลี่ย 3.34 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 8 ปี

2. การวิเคราะห์ระดับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางหญ้าแพรก แสดงผลได้ดังนี้

ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วย	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้ระดับไม่ดี (ช่วงคะแนน 0 - 11)	-	-
ความรู้ระดับดี (ช่วงคะแนน 12 - 15)	12	41.38
ความรู้ระดับดีมาก (ช่วงคะแนน 16 - 20)	17	58.62
$\bar{X} = 16.34$, $SD. = 1.67$, $Max = 20$, $Min = 14$		

พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพผู้ป่วย ต่ำบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้ป่วย มีความรู้อยู่ในระดับ ดีมาก (คะแนนอยู่ในช่วง 16 - 20 คะแนน) จำนวน 17 คน ร้อยละ 58.62 รองลงมา มีความรู้อยู่ในระดับดี (คะแนน อยู่ในช่วง 12 - 15 คะแนน) จำนวน 12 คน ร้อยละ 41.38 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 16.34 คะแนน ($SD. = 1.67$)

คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 14 คะแนน และมีคะแนนสูงสุด เท่ากับ 20 คะแนน

3. การวิเคราะห์ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วย ต่ำบ้านติดเตียง ในเขตพื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านบางหญ้าแพรก แสดงผลได้ดังนี้

ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยต่ำบ้านติดเตียง	$\bar{X}$	SD	แปลความ
ด้านการดูแลสุขภาพ	3.28	0.93	ปานกลาง
ด้านข้อมูลข่าวสาร	3.77	0.74	มาก
ด้านค่าใช้จ่าย	3.72	0.84	มาก
ด้านสภาพแวดล้อมและการจัดการภายในบ้าน	2.60	1.10	น้อย
รวม	3.31	0.98	ปานกลาง

พบว่า ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยต่ำบ้าน ติดเตียง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.31$, $SD. = 0.98$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า ด้านข้อมูล ข่าวสารมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.77$, $SD. = 0.74$) รองลงมา คือ ด้านค่าใช้จ่ายมีค่าเฉลี่ยอยู่ ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.72$, $SD. = 0.84$) ด้านการดูแล สุขภาพมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.28$,

$SD. = 0.93$) และด้านสภาพแวดล้อมและการจัดการ ภายในบ้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.60$, $SD. = 1.10$)

4. การวิเคราะห์ด้านการปฏิบัติตามบทบาทการ ทำงานของผู้ดูแลผู้ป่วยต่ำบ้านติดเตียง ในเขตพื้นที่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านบางหญ้าแพรก แสดงผลได้ดังนี้

การปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแล	จำนวน	ร้อยละ
ระดับต่ำ (ช่วงคะแนน 17 - 39.67)	-	-
ระดับปานกลาง (ช่วงคะแนน 39.68 - 62.35)	10	34.48
ระดับสูง (ช่วงคะแนน 62.36 - 85)	19	65.52
$\bar{X} = 63.69$, $SD. = 4.34$, $Max = 74$, $Min = 55$		

พบว่า ระดับของการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงอยู่ในระดับสูง (คะแนนอยู่ในช่วง 62.36 - 85 คะแนน) มากที่สุด จำนวน 19 คน ร้อยละ 65.52 รองลงมา มีการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง (คะแนนอยู่ในช่วง 39.68 - 62.35 คะแนน) จำนวน 10 คน ร้อยละ 34.48 โดยมีคะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 63.69 คะแนน (SD. = 4.34) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 55 คะแนน และมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 74 คะแนน

อภิปรายผล

1. ระดับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยรวมอยู่ในระดับดีมาก ร้อยละ 58.62 ($\bar{X} = 16.34$, SD. = 1.67) ซึ่งผู้ดูแลมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ทั้งในเรื่องพฤติกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วยตลอดเวลา สุขลักษณะในการดูแลผู้ป่วย การรับรู้ความรุนแรงที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทรุดหนัก รวมถึงการเฝ้าระวังความผิดปกติที่อาจจะเกิดขึ้นในกลุ่มผู้ป่วยสอดคล้องกับการศึกษาของสุศิริ ประสมสุข, ณฐกร นิลเนตร และเกรียงไกร เกิดหนู (2563) ศึกษาเรื่องความรู้ ทักษะในการดูแลผู้สูงอายุ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี ผลการศึกษาพบว่า ความรู้ และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุอยู่ในระดับสูง และสอดคล้องกับการศึกษาของ สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, อนุศักดิ์ วังศรีตรี และณัฐธยาน์ ขาบัวคำ (2565) ศึกษาเรื่อง ความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล ผลการวิจัยพบว่า นักศึกษาพยาบาลศาสตร์มีความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุในระดับดี ($\bar{X} = 15.91$, SD. = 3.51)

2. ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.31$, SD. = 0.98) ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงต้องการดูแลในลักษณะที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่สูญเสียสมรรถภาพลงเรื่อยๆ ทำให้มีข้อจำกัดในการ

ทำกิจกรรม ระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันลดลง อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลายาวนานเป็นตัวบ่งชี้ถึงประสบการณ์และทักษะในการดูแลผู้สูงอายุติดบ้านติดเตียง ซึ่งผลการศึกษาเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการศึกษาของ สายใจ จารุจิตร และราตรี อร่ามศิลป์ (2562) ทำการศึกษาเรื่องรูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงมีคะแนนเฉลี่ยปัญหาและความต้องการในการดูแลโดยรวมในระดับปานกลาง

1.1 ด้านการดูแลสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.28$, SD. = 0.93) เมื่อพิจารณารายข้อพบว่า การหากิจกรรมหรือแนวทางที่เหมาะสมด้านจิตใจ และอารมณ์ของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง มีการฟื้นฟูการทำกายภาพบำบัดที่เหมาะสมกับสภาพของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เช่น การป้องกันกล้ามเนื้อลีบ และด้านการเคลื่อนไหว การทรงตัว การจัดทำที่เหมาะสม เช่น การลงจากเตียง ลูกจากเก้าอี้ มีการใส่และทำความสะอาดสายให้อาหารอย่างต่อเนื่อง และมีการรับประทานยาถูกต้องอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งสอดคล้องกับ สายใจ จารุจิตร และราตรี อร่ามศิลป์ (2562) ทำการศึกษาเรื่อง รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียง ตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล พบว่า ควรเป็นรูปแบบที่มีการแก้ปัญหาและลดอุปสรรคต่างๆ ของการเยี่ยมบ้านดังกล่าวร่วมกับมีการเสริมสร้างกำลังใจและพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแล

1.2 ด้านข้อมูลข่าวสาร โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.77$, SD. = 0.74) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อพบว่า ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาที่ผู้ป่วยได้รับยาที่ใช้ อาการ สาเหตุการเจ็บป่วย แผนการรักษา รวมถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานที่หรือแหล่งที่สามารถขอความช่วยเหลือในการจัดอุปกรณ์ต่างๆ และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับสถานที่หรือแหล่งที่ให้ความช่วยเหลือเมื่อเกิดปัญหาต่างๆ สอดคล้องกับชนวิญญู รัตโนสถ (2560) ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ

ของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า ด้านรายได้เฉลี่ยของครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุ ด้านอารมณ์และจิตใจ และด้านเศรษฐกิจอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

1.3 ด้านค่าใช้จ่าย โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.72$, $SD. = 0.84$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า มีค่าใช้จ่ายเมื่อต้องเดินทางไปโรงพยาบาลตามการนัดหมาย ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพด้วยแพทย์ทางเลือก เช่น การประคบ การนวด การใช้สมุนไพร ซึ่งสอดคล้องกับสายใจ จารุจิตร และราตรี อร่ามศิลป์ (2562) ทำการศึกษาเรื่อง รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแลพบว่า ด้านค่าใช้จ่ายอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.63$, $SD. = 1.12$) ปัญหาด้านการขาดอุปกรณ์ในการดูแลผู้ป่วย ขาดช่องทางในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล ขาดความต่อเนื่องในการฟื้นฟูสภาพ ไม่มีผู้อื่นมาช่วยดูแลผู้ป่วย และดูแลสุขภาพ

1.4 ด้านสภาพแวดล้อมและการภายในบ้าน โดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\bar{X} = 3.41$, $SD. = 0.75$) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมรอบๆ บ้านให้มีความเหมาะสม และมีความปลอดภัย มีการแบ่งเบาภาระการดูแลผู้สูงอายุฯ โดยญาติหรือสมาชิกอื่นๆ ในครอบครัว อยู่ในระดับปานกลาง รวมถึงมีการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้มีความเหมาะสม และมีความปลอดภัย สอดคล้องกับ Naing, May & Aung (2020) ศึกษาเรื่องภาระผู้ดูแลจากการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในอย่างกรุงเทพมหานครแห่งสหภาพเมียนมาร์ พบว่า เจ้าหน้าที่ควรเน้นกิจกรรมการให้ความรู้และการดูแลสิ่งแวดล้อมด้านสุขภาพ ร่วมกับการฝึกอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ และจัดทำโครงการเยี่ยมบ้านสำหรับผู้สูงอายุและผู้ดูแลในด้านการดูแลสุขลักษณะต่างๆ

3. การปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้ป่วยติดเตียงอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 63.69$, $SD. = 4.34$) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 55 คะแนน และ

คะแนนสูงสุดเท่ากับ 74 คะแนน เนื่องจากการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงให้ได้รับความสุขสบาย การจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยอย่างถูกต้อง และการช่วยเหลือในการทำกิจกรรมต่างๆ การดูแลกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย เช่น การรับประทานอาหาร การนอนหลับพักผ่อน การขับถ่ายให้ถูกสุขลักษณะ ปลอดภัยเหมาะสมกับอาการ ซึ่งสอดคล้องกับ ชวนันฐรัตน์โส (2560) เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี พบว่า สภาพการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัว โดยรวมอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.95$, $SD. = 0.52$) และสัมพันธ์ภาพภายในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ด้านการสนับสนุนทางสังคมของผู้ดูแลผู้สูงอายุในด้านอื่นๆ มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปได้ว่า การปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงเกิดจากสภาพแวดล้อมและการปฏิบัติของแต่ละบุคคลที่ไม่เหมือนกัน สภาพร่างกาย จิตใจ การศึกษา ความรู้ ความสามารถ ความถนัดต่างๆโดยมีปัจจัยสนับสนุนให้เกิดความแตกต่างจากการประเมินของผู้ดูแล ซึ่งมีผลต่อการปรับเปลี่ยนวิธีการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล มีการสังเกตพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงต่างๆ ของผู้ป่วย รวมถึงการส่งต่อและวิธีการดูแลอย่างถูกต้อง เพื่อเชื่อมโยงการดูแลผู้ป่วยของผู้ดูแลกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการปฏิบัติงานที่มากขึ้นเรื่อยๆ

สรุปผล

1. ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 72.41 รองลงมาเป็นเพศชาย ร้อยละ 27.59 มีอายุระหว่าง 40 - 49 ปี ร้อยละ 55.17 จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 31.03 มีการประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 34.48 ซึ่ง

ความสัมพันธ์ของผู้ดูแลเป็นบุตร ร้อยละ 65.52 และมีระยะเวลาในการดูแลส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1-3 ปี ร้อยละ 65.52 ระยะเวลาเฉลี่ย 3.34 ปี ต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 8 ปี

2. ผลการวิเคราะห์ระดับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงของผู้ดูแลผู้ป่วย พบว่า มีความรู้ในระดับดีมาก ร้อยละ 58.62 รองลงมา มีความรู้ในระดับดี ร้อยละ 41.38 โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้เท่ากับ 16.34 คะแนน (SD. = 1.67) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 14 คะแนน และมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 20 คะแนน

3. ผลการวิเคราะห์ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง พบว่า ความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.31$, SD. = 0.98) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านข้อมูลข่าวสารมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.77$, SD. = 0.74) รองลงมา คือ ด้านค่าใช้จ่าย มีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 3.72$, SD. = 0.84) ด้านการดูแลสุขภาพมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 3.28$, SD. = 0.93) และด้านสภาพแวดล้อมและการภายในบ้านมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.60$, SD. = 1.10)

4. ผลการวิเคราะห์ด้านการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง พบว่า ระดับการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 65.52 รองลงมา มีการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 34.48 โดยมีคะแนนเฉลี่ยด้านการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลเท่ากับ 63.69 คะแนน (SD. = 4.34) คะแนนต่ำสุดเท่ากับ 55 คะแนน และมีคะแนนสูงสุดเท่ากับ 74 คะแนน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะต่อการนำผลการวิจัยไปใช้

1.1 หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรกำหนดให้มีนโยบายสนับสนุนในการดูแลติดตาม การให้ข้อมูลรวมทั้งการให้ขวัญกำลังใจให้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วย เพื่อให้การปฏิบัติงานของผู้ดูแลผู้ป่วยดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เกิดพลังการขับเคลื่อนการดูแลแบบระยะยาว และเกิดการเชื่อมโยงจากนโยบายการดูแลสุขภาพของประชาชน ทำให้ผู้ดูแลและผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพ

1.2 ด้านความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง ควรมีการจัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ที่จำเป็นสำหรับการดูแลผู้ป่วย และควรมีการสนับสนุนจากสังคมเพื่อช่วยด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิต และการพัฒนาทักษะในการดูแลที่ดีให้กับผู้ป่วยติดบ้านติดเตียงมากขึ้น เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตัวเอง

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

2.1 ควรมีการวิจัยเชิงปฏิบัติการหรือวิจัยแบบผสมผสานที่เกี่ยวข้องกับผู้ดูแลของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง เช่น โปรแกรมพัฒนาสมรรถนะผู้ดูแลในการจัดการปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยติดเตียงที่บ้านในสถานการณ์ฉุกเฉิน รูปแบบการจัดการปัญหาสุขภาพสำหรับผู้ดูแลของผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง และแนวทางการพัฒนาเครือข่ายในการมีส่วนร่วมของประชาชนและชุมชน

2.2 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกกรายบุคคลร่วมด้วย เพื่อนำข้อมูลมาปรับปรุงและพัฒนากระบวนการส่งเสริมบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้ป่วยติดบ้านติดเตียง

เอกสารอ้างอิง

- Chawanat Rattanosot. (2017). *Factors relating to elderly care of families in Suphanburi Province*. Sukhothai Thammathirat Open University. (in Thai).
- ชวนัญฐ์ รัตโนสถ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการดูแลผู้สูงอายุของครอบครัวในจังหวัดสุพรรณบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- Department of Older Persons (DOP). (2021). *The current aging society and the economy in Thailand*. (Online). Retrieved April 5, 2024, from www.dop.go.th/th/know/15/926. (in Thai).
- กรมกิจการผู้สูงอายุ. (2564). *สังคมผู้สูงอายุในปัจจุบันและเศรษฐกิจในประเทศไทย*. (ออนไลน์). สืบค้นวันที่ 5 เมษายน 2567, เข้าถึงได้จาก www.dop.go.th/th/know/15/926.
- Department of Health. (2021). *Elderly Health Situation Data List*. (Online). Retrieved April 5, 2024, from <https://dopah.anamai.moph.go.th/web-upload/8x6b2a6a0c1f8e85a9c274e6419fdd6071/tinymce/KPI2564/KPI121/25640112111.pdf>. (in Thai).
- กรมอนามัย. (2564). *รายการข้อมูลสถานการณ์สุขภาพของผู้สูงอายุ*. (ออนไลน์). สืบค้นวันที่ 5 เมษายน 2567 เข้าถึงได้จาก <https://dopah.anamai.moph.go.th/web-upload/8x6b2a6a0c1f8e85a9c274e6419fdd6071/tinymce/KPI2564/KPI121/25640112111.pdf>.
- Keerati Kitreerawutiwong, and Nithra Kitreerawutiwong. (2018). Direction of development of long-term caregivers for the elderly in the community. *Journal of Nursing and Health Care*. (in Thai).
- กิริติ กิจธีระวุฒินงษ์, และนิตรา กิจธีระวุฒินงษ์. (2561). ทิศทางของการพัฒนาผู้ดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในชุมชน. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*.
- Naing, M. Z., May, S. Y., & Aung, M. H. (2020). Caregiver burden from caring for dependent elderly in yangon, the republic of the union of myanmar. *Makara Journal of Health Research*, 14, 159-164.
- Nutthawan Nutphong, Suwanee Rothongthong, and Wasontara Ratanopas. (2022). *Health Care Need of Bedridden Elderly by Family in Klongsomboon Subdistrict, Khlong Klung District, Kamphaeng Phet Province*. Kamphaeng Phet Rajabhat University. (in Thai).
- นันทวรรณ นุตพงษ์, สุวานี รอดหงษ์ทอง, และวสุนธรา รัตนธาส. (2565). *ความต้องการในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุติดเตียงโดยครอบครัวในตำบลคลองสมบูรณ์ อำเภอกลองขลุ้ง จังหวัดกำแพงเพชร*. มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร.
- Siwaporn Choomyen. (2022). *Factors influencing role performance among the caregivers for caring of the dependent elderly people in Uttaradit Province*. Master of Public Health Program, Naresuan University. (in Thai).
- ศิวพร ชุ่มเย็น. (2565). *ปัจจัยที่ส่งผลต่อการปฏิบัติตามบทบาทการทำงานของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง จังหวัดอุดรธานี*. สโมสรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยนเรศวร.
- Saijai Jarujit and Ratreer Amsin. (2019). Home visit model for bedridden patients based on the problems and needs of caregivers. *Journal of phrapokklao nursing college*. (in Thai).

- สายใจ จารุจิตร และราตรี อร่ามศิลป์. (2562). รูปแบบการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยติดเตียงตามปัญหาและความต้องการของผู้ดูแล. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี*.
- Samrit Srithamrongsawat, Paiboon Suriyawongpaisan, Wich Kasemtraph, Wichai Ekpalakorn, and Bowornsom Leeraphan. (2018). *Research to develop a long-term care system for the elderly who are dependent under the national health insurance system*. Bangkok: Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital. (in Thai).
- สัมพันธ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, ไพบุญ สุริยวงษ์ไพศาล, วิชัช เกษมทรัพย์, วิชัย เอกพลากร, และบรรคม ลีระพันธ์. (2561). *การวิจัยเพื่อพัฒนาระบบการดูแลระยะยาว (long-term care) สำหรับผู้สูงอายุ ที่มีภาวะพึ่งพิงภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี.
- Samutsakhon Provincial Public Health Office. (2023). *Population data*. (Online). Retrieved April 1, 2024. Source: <https://so740108475.blogspot.com/>. (in Thai).
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร. (2566). *ข้อมูลประชากร*. (ออนไลน์). สืบค้นวันที่ 1 เมษายน 2567 แหล่งที่มา <https://so740108475.blogspot.com/>.
- Suksri Prasomsuk, Natthakorn Nilnate, and Kreangkrai Kerdnu. (2020). The Study of Knowledge, Attitude in Elderly Care and Perceived Self-efficacy of Caregivers for Elderly Dependency in Phetchaburi Province. *Journal of Health Sciences Scholarship*. (in Thai).
- สุขศิริ ประสมสุข, ณัฐกร นิลเนตร และเกรียงไกร เกิดหนู. (2563). การศึกษาความรู้ทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุ และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในจังหวัดเพชรบุรี. *วารสารวิชาการสุขภาพภาคเหนือ*.
- Suparat Phisaipanth, Anongluk Vongtree and Natthaya Chabuakam. (2022). Knowledge of Aging Care and Attitudes towards Aging Care among Nursing Students. *Regional Health Promotion Center 9 Journal*. (in Thai).
- สุภารัตน์ พิสัยพันธุ์, อนงค์ลักษณ์ วงศ์ตรี และณัฐยานี ชาบัวคำ. (2565). ความรู้และทัศนคติในการดูแลผู้สูงอายุของนักศึกษาพยาบาล. *วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*.

พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีใหม่ของ อสม.หมอบริการบ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล

THE MODEL DEVELOPMENT FOR NEW NORMAL HEALTHCARE OF VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS DOCTOR IN COMMUNITY PRIMARY HEALTH CENTER (CPHC.), DIGITAL AGE.

ชลกร ภู่งกุลสุข, เพ็ญศรี โตเทศ, วิณาพร สำอางศรี, อัจจุสฎา รอบคอบ, พิพัฒน์พล พินิจดี

กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ

CHALAKORN PUSAKULSUK, PENSRI THOTET, WEENAPORN SUMANGSRI, AJSUPHA ROBKO, PHIPADTPOLE PINITDEE

DEPARTMENT OF HEALTH SERVICE SUPPORT

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่อง พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอบริการบ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอบริการบ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจงประกอบด้วย อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 40 คน ผู้รับบริการ จำนวน 40 คน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข จำนวน 20 คน การดำเนินการวิจัยมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การวางแผน 2) การปฏิบัติและการสังเกต 3) การสะท้อนการปฏิบัติ และ 4) การปรับปรุงแผน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือนตุลาคม 2564 - มีนาคม 2566 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลการแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอบริการบ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นเตรียมความพร้อม 2) ขั้นตอนการจัดบริการ 3) ขั้นเยี่ยมบ้าน 4) ขั้นติดตามและประเมินผล 5) ขั้นดูแลตนเอง ผลการนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการขยายผล พบว่า อสม.ได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้และทักษะในการนำดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น สามารถจัดบริการและดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ

ข้อเสนอแนะต่อยุทธศาสตร์ กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ องค์การบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) โรงพยาบาล และองค์กรชุมชน ควรมีนโยบายสนับสนุนการดำเนินงานของ ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ให้เป็นสถานที่ปฏิบัติงานของ อสม.ในการจัดบริการสุขภาพเบื้องต้นให้กับชุมชน และร่วมกันจัดทำแผนงาน โครงการ แนวทางในการดูแลช่วยเหลือ รวมถึงการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน และนำรูปแบบนี้ไปใช้ในการพัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ในพื้นที่อื่นต่อไป

คำสำคัญ : พัฒนารูปแบบ, การดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่, อสม.หมอบริการบ้าน, ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.), ยุคดิจิทัล

Abstract

This study of The Model Development for New Normal Healthcare of Village Health Volunteers doctor in Community Primary Health Center (CPHC.), Digital Age. It is a Participatory Action Research: PAR). The objective is to develop Model for New Normal Healthcare of Village Health Volunteers doctor in Community Primary Health Center (CPHC.), Digital Age. The purposive sampling includes 40 Healthcare of Village Health Volunteers, 40 service receivers, 20 public health officers. There are 4 steps: 1) Planning 2) Acting and Observing 3) Reflecting and 4) Re-planning. Data were collected by in-depth interviews. Started from October 2021 - March 2023. The tools used to collect data include questionnaires and interviews. Data were analyzed for frequency distribution, percentage, mean and standard deviation. Qualitative data Analyzed by content analysis

The study found that; The Model Development for New Normal Healthcare of Village Health Volunteers doctor in Community Primary Health Center (CPHC.), Digital Age consisted of 5 steps: 1) preparation stage 2) service provision stage 3) home visit stage 4) monitoring and evaluation stage 5) Self-care stage. Result of using the generated model to develop the prototype area and organize a forum to exchange knowledge for expanding results found that: the Healthcare of Village Health Volunteers have been developed their potential to have knowledge and skill to apply digital to primary health care. Be able to provide services and care of patients in the community both proactively and reactively.

Suggestion to policy recommendations Department of Health Service Support, Provincial Administrative Organization, local government organizations, hospitals and community organizations should have a policy to support the operations of Community Primary Health Center (CPHC.) as a place of work for Volunteers provide basic services to the community. and jointly formulate plans, projects, guidelines for supervising and helping, including supporting budgets for operations. This model can be used for development Community Primary Health Center (CPHC.) in other areas.

Keywords : The Model Development, New Normal Healthcare, Village Health Volunteers doctor, Community Primary Health Center (CPHC.), Digital Age

บทนำ

สถานการณ์ของการเกิดโรคในปัจจุบัน ทั้งโรคเรื้อรัง โรคอุบัติใหม่ โรคระบาด ส่งผลให้ประเทศไทยต้องเผชิญวิกฤติมาหลายครั้ง โดยเฉพาะโรคโควิด-19 ซึ่งมีการระบาดใหญ่ทั่วโลก ส่งผลต่อสุขภาพทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างรุนแรง มีการนำมาตรการทางสังคมใช้ในการดูแลสุขภาพ ได้แก่ การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล การสร้างสุขอนามัยส่วนรวม การรักษาระยะห่างทางสังคม การสร้างภูมิคุ้มกันให้ร่างกายและจิตใจ รวมทั้งการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งพบว่า ซึ่งหลายพฤติกรรมจะอยู่ถาวรกลายเป็นวิถีชีวิตที่เรียกว่าวิถีชีวิตใหม่ (New Normal) การจัดการกับปัญหาสุขภาพนอกจากต้องใช้มาตรการภาครัฐอย่างเข้มงวดแล้ว ภาคประชาชนจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรมสอดคล้องกับยุคสมัยที่เปลี่ยนไป (ชาติชาย สุวรรณนิตย์, 2560, บดินทร์ ชาทะเวที, 2564)

ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ได้ก่อตั้งจากนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 (พ.ศ. 2535 - 2539) ให้เป็นศูนย์กลางและกลไกสำคัญในการดูแลสุขภาพระดับมูลฐาน โดยเริ่มที่ครอบครัวและชุมชน มีการจัดระบบบริการสุขภาพให้ครอบคลุมทั้งด้านการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันและควบคุมโรค รักษาพยาบาลขั้นต้น และฟื้นฟูสุขภาพ โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นผู้จัดการระบบบริการร่วมกับการมีส่วนร่วมของประชาชนในระดับหลังคาเรือน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2557) และในปัจจุบันรัฐบาลมีนโยบายพัฒนาและยกระดับ อสม. ให้เป็น อสม. หมอประจำบ้าน ควบคู่กับการมีความรู้ มีทักษะในการใช้เทคโนโลยีการสื่อสารทางการแพทย์ ผ่านระบบการแพทย์ทางไกล (Telemedicine) โดยมีศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นสถานที่ปฏิบัติงานในการจัดบริการสุขภาพเบื้องต้น ตามหลักการสาธารณสุขมูลฐานให้แก่ประชาชนให้สอดคล้องกับการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่

รวมทั้งเป็นศูนย์รวมข้อมูลข่าวสารทางด้านสาธารณสุข ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนสามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพได้ (กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน, 2563)

แต่ปัจจุบันการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม. หมอประจำบ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยังไม่มีรูปแบบที่ชัดเจน ขาดการส่งข้อมูลการรักษาที่ต่อเนื่องรวมทั้งการติดตามที่เป็นรูปธรรม (ชัชวาลย์ น้อยวังขัง, 2563) ดังนั้นกองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ จึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม. หมอประจำบ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์ และพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม. หมอประจำบ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล โดยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) (สุภาศักดิ์ จันทวานิช, 2554, Kemmis & McTaggart, 1998) หลักการสาธารณสุขมูลฐาน รวมทั้งการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ (New normal) (บดินทร์ ชาทะเวที, 2564) มาใช้ในการศึกษาในครั้งนี้

วัตถุประสงค์

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม. หมอประจำบ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล

วัตถุประสงค์เฉพาะ

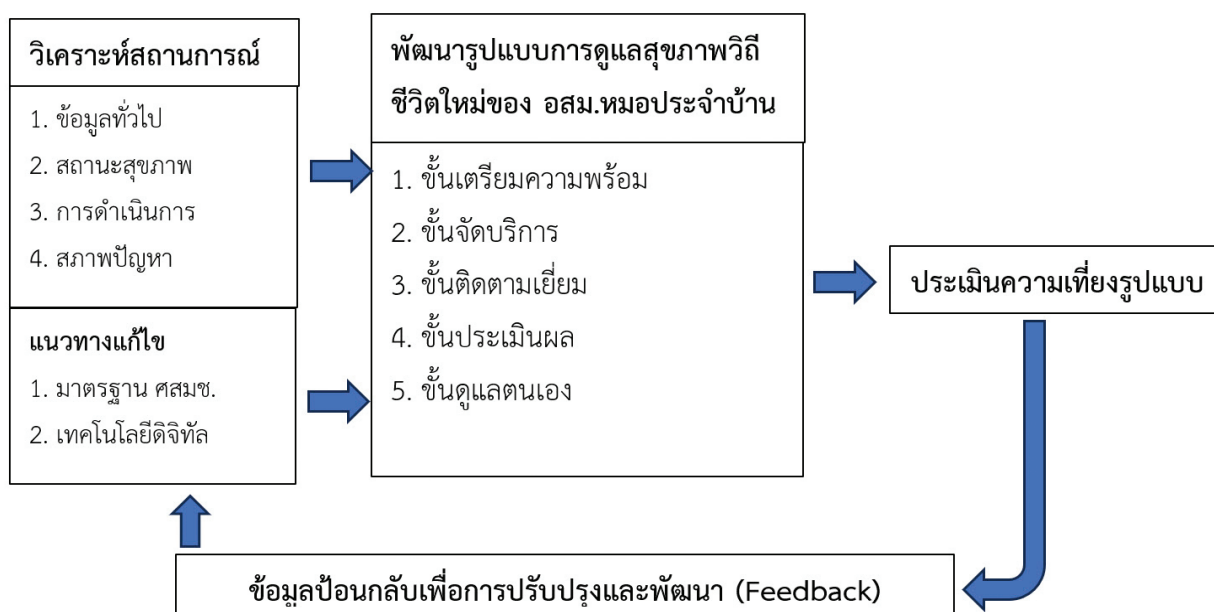
- 1) เพื่อศึกษาและวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม. หมอประจำบ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)
- 2) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม. หมอประจำบ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) โดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการปฏิบัติงาน

3) เพื่อประเมินรูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอบระจำบ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล

กรอบแนวคิด

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอบระจำบ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล ซึ่งการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอบระจำบ้าน ในศูนย์สาธารณสุข

มูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล ผู้วิจัยประยุกต์หลัก การสาธารณสุขมูลฐาน การดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ (New normal) การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ตามแนวคิดของเคมมิสและแม็กแท็กการ์ด (Kemmis & McTaggart, 1998) และวิเคราะห์สถานการณ์จากการ ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง นำข้อมูลที่ได้มาพัฒนา รูปแบบ สามารถสรุปรายละเอียดได้ 5 ขั้นตอนดังนี้ 1) การเตรียมความพร้อม 2) การจัดบริการ 3) การ ติดตามเยี่ยม 4) การประเมินผล 5) การดูแลตนเอง จากนั้นนำรูปแบบที่ได้มาประเมินความเที่ยงของรูปแบบ และนำข้อมูลไปปรับปรุงและพัฒนา ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้รูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอบระจำบ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัลที่มีประสิทธิภาพ อสม.ได้รับการ พัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองและคน

ในชุมชน รวมทั้งได้พัฒนาศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ให้ได้มาตรฐานเป็นศูนย์กลางในการดูแลสุขภาพของ คนในชุมชน ทำให้ลดค่าใช้จ่าย ลดเวลาในการเดินทาง ลดภาวะแทรกซ้อน และลดอัตราการตาย ทำให้ประชาชน มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอบรรจําบ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Method Research) กลุ่มตัวอย่าง คือ คัดเลือกจากกลุ่มประชากร คำนวนโดยใช้สูตร ของ Taro Yamane (1973) จำนวน ศสมช. ในประเทศไทย 76 จังหวัด รวมจำนวน 456 แห่ง ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย อสม. จำนวน 456 คน เจ้าหน้าที่จำนวน 456 คน และผู้รับบริการจำนวน 456 คน

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอบรรจําบ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล เป็นวิธีการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research : PAR) เพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอบรรจําบ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล กลุ่มตัวอย่างคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เป็นพื้นที่ที่มี อสม.ดีเด่นระดับภาคหรือชาติ สาขาการบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) และการสร้างหลักประกันสุขภาพในพื้นที่ จ.เชียงราย และ จ.นครศรีธรรมราช ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย อสม. จำนวน 40 คน ผู้รับบริการ 40 คน และเจ้าหน้าที่ 20 คน และนำรูปแบบไปทดลองใช้โดยคัดเลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) ในพื้นที่ จ.พิจิตรและจ.ชุมพร ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอบรรจําบ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามสถานการณ์การดูแลสุขภาพของอสม.หมอบรรจําบ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ชุดที่ 1 สำหรับ อสม. ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทั่วไปของ ศสมช. การดำเนินงานของ ศสมช. ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะ ชุดที่ 2 สำหรับเจ้าหน้าที่ ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของ ศสมช. ชุดที่ 3 สำหรับผู้รับบริการประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล การใช้บริการที่ ศสมช. และความพึงพอใจในการใช้บริการที่ ศสมช. และชุดที่ 4 แบบสอบถามความคิดเห็นของ อสม./เจ้าหน้าที่ และผู้รับบริการเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลสุขภาพของ อสม.ใน ศสมช. ประกอบด้วยข้อมูลส่วนบุคคล และความคิดเห็นเกี่ยวกับสถานการณ์การดูแลสุขภาพของ อสม.ใน ศสมช.

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอบรรจําบ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ ชุดที่ 5 แบบประเมินความสามารถในการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอบรรจําบ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล เป็นแบบสอบถามปลายปิด จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนมี 3 ระดับ คือ 0 = ทำไม่ได้ 5 = ทำได้โดยมีพี่เลี้ยงคอยแนะนำ และ 10 = ทำได้โดยตนเอง คะแนนรวมสูงสุด = 100 คะแนน การแปลผล คะแนน 90-100 = อสม.มีความสามารถในการดูแลสุขภาพได้ดี คะแนน 60-89 อสม.มีความสามารถในการดูแลสุขภาพในระดับปานกลาง ต้องการคำแนะนำเป็นบางครั้ง คะแนนต่ำกว่า 60 อสม.อาจต้องการการสนับสนุนหรือคำแนะนำเพิ่มเติม

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และศึกษาบริบทของพื้นที่ นำข้อมูลและแนวคิดที่รวบรวมได้ มากำหนดขอบเขตและเนื้อหาของคำถามตามวัตถุประสงค์ที่กำหนด การหาความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามและแบบประเมินให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบ โดยผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุขมูลฐาน จำนวน 3 ท่าน หาค่าดัชนีความตรงด้านเนื้อหา (Content Validity Index) จำนวน 5 ชุด ได้เท่ากับ 1.0 คะแนน ทั้ง 5 ชุด การหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ โดยนำไปทดลองใช้ (Try out) จำนวน 30 ราย และนำมาปรับปรุงให้มีความสมบูรณ์มากขึ้นโดยค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) ชุดที่ 1 = 0.80, ชุดที่ 2 = 0.85, ชุดที่ 3 = 0.80, ชุดที่ 4 = 0.90 และ ชุดที่ 5 = 0.80

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอบรรจำบ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน(ศสมช.) เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ(Quantitative data) ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) ชุดที่ 1, 2, 3 และ 4

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอบรรจำบ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามชุดที่ 5 และการสัมภาษณ์ การสังเกตจดบันทึกในแบบบันทึกและสมุดบันทึกโดยละเอียด ขออนุญาตถ่ายภาพ บันทึกเทป สำหรับการประชุมระดมสมองเพื่อพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอบรรจำบ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล ทีมสุขภาพได้รวบรวมข้อมูลและบันทึกในรายงานการประชุม

ขั้นตอนการวิจัย

มี 4 ขั้นตอนคือ

1) ขั้นวางแผน ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจงตามเกณฑ์โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีความหลากหลาย เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความหลากหลายและครอบคลุม เก็บรวบรวมข้อมูลด้าน อสม.ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ข้อมูลทั่วไปของศูนย์ ศสมช. การดำเนินงานของศูนย์ ศสมช. ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานของศูนย์ ศสมช. ข้อมูลด้านเจ้าหน้าที่ประกอบด้วย ข้อมูลส่วนบุคคล ความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของ ศสมช. ข้อเสนอแนะต่อการพัฒนาศูนย์ ศสมช. และข้อมูลด้านผู้รับบริการ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป การใช้บริการที่ศูนย์ ศสมช. ความพึงพอใจในการใช้บริการที่ศูนย์ ศสมช. ความคิดเห็นในการใช้บริการที่ศูนย์ ศสมช. วิเคราะห์ข้อมูลและสภาพปัญหาที่สำรวจได้นำเสนอสู่การประชุมเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ จากนั้นประชุมผู้เกี่ยวข้องศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ผู้เข้าประชุมประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพ อสม. และผู้รับบริการ โดยผู้วิจัยได้นำเสนอปัญหาจากการสำรวจและวิเคราะห์ข้อมูลและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมประชุมเสนอความคิดเห็น นำมาร่างรูปแบบชั่วคราว โดยการจัดประชุมระดมสมองและนำเสนอให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์และร่วมกันปรับขั้นตอนให้กระชับและสรุปเป็นรูปแบบที่จะนำไปใช้ และร่วมกันจัดทำแนวทางการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอบรรจำบ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล

2) ขั้นปฏิบัติและสังเกต ทีมเยี่ยมบ้าน ศึกษาแนวทางการดูแล เตรียมแฟ้มประวัติ นัดหมายผู้รับบริการ อสม. ลงเยี่ยมบ้าน สอนและให้คำแนะนำฝึกปฏิบัติการดูแลตนเอง ติดตามความก้าวหน้า ในการปฏิบัติการดูแลตนเอง วางแผนส่งข้อมูลให้ อสม. และภาคีเครือข่ายสุขภาพ จากนั้นทีมเยี่ยมบ้านและทีมวิจัย สรุปบันทึกข้อมูลจากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพ ซึ่งได้จากการสังเกต การสัมภาษณ์ การบันทึกลงสมุดบันทึก บันทึกเทปสนทนาและภาพถ่ายวิธีทัศน์

3) ขั้นตอนการปฏิบัติ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ร่วมกัน เพื่อหาทริคในการปฏิบัติและปรับปรุงรูปแบบการสะท้อนการปฏิบัติจากทีมเยี่ยมบ้าน ทำให้เกิดการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบเป็นวงจรอย่างต่อเนื่องต่อไปในการประชุมแต่ละครั้ง จะมีการปรับปรุงรูปแบบให้กระชับและให้สอดคล้องกับความต้องการของ อสม. ผู้รับบริการ และเจ้าหน้าที่ เพื่อให้ได้ผลลัพธ์ตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ มีการรวบรวมข้อมูลและสะท้อนข้อมูลในการประชุม ระดมสมอง มีการบันทึกความก้าวหน้ารวบรวมข้อมูลทั้งหมดนำมาเข้าที่ประชุมระดมสมอง

4) ขั้นปรับปรุงแผนและประเมินผล เป็นการประเมินเพื่อติดตามผลการดำเนินงานการพัฒนา รูปแบบที่กำหนดขึ้น การประเมินผลรูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอบริการบ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล เก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยผู้วิจัยนำแบบรูปแบบที่สร้างขึ้นไปทดลองใช้ 2 พื้นที่ โดย 1) ดำเนินการพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) โดยการนำเทคโนโลยีดิจิทัลมาใช้ในการปฏิบัติงาน 2) จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล และ 3) ประเมินความสามารถของการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอบริการบ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล ก่อนและหลังการพัฒนา

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1. วิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคล ด้วยสถิติบรรยาย (descriptive statistic) ได้แก่ การแจกแจงค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) และตรวจสอบความถูกต้อง ของข้อมูลโดยเทคนิคสามเส้า (Triangulation)

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลศึกษาสถานการณ์การดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของอสม.หมอบริการบ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) มีดังนี้

1) ข้อมูลด้าน อสม.

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล พบว่า ข้อมูลส่วนบุคคลของ อสม. จำนวน 1,064 คน ส่วนใหญ่ อยู่ในภูมิภาคสังกัด สสม.ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 839 คน คิดเป็นร้อยละ 78.9 รองลงมาได้แก่ สสม.ภาคใต้ จำนวน 85 คน คิดเป็นร้อยละ 8.0 รองลงมาได้แก่ สสม.ภาคเหนือ 75 คน คิดเป็นร้อยละ 7.0 น้อยที่สุดได้แก่ สสม.ภาคกลาง 65 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 เพศ ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 911 คน คิดเป็นร้อยละ 85.6 อายุ ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 30 - 59 ปี คิดเป็นร้อยละ 72.9 สถานภาพสมรส ส่วนใหญ่ สมรส 803 คน คิดเป็นร้อยละ 75.5 จบการศึกษาสูงสุดส่วนใหญ่อยู่ในระดับประถมศึกษา 386 คน คิดเป็นร้อยละ 36.3 ตำแหน่งส่วนใหญ่เป็น อสม. 844 คน คิดเป็นร้อยละ 79.3 ระยะเวลาเป็น อสม. อยู่ในช่วง ตั้งแต่แรกเข้าถึง 9 ปี 387 คน คิดเป็นร้อยละ 36.4 ระยะเวลา ปฏิบัติงานใน ศสมช. อยู่ในช่วง 1 - 9 ปี 494 คน คิดเป็นร้อยละ 46.4 การพัฒนาศักยภาพตนเอง ด้านการจัดบริการใน ศสมช. ในรอบปีที่ผ่านมาส่วนใหญ่ เป็นการปฐมพยาบาลเบื้องต้นและการดูแลสุขภาพ 168 คน คิดเป็นร้อยละ 15.8

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) จำนวน 1,064 แห่ง ลักษณะของ ศสมช. ส่วนใหญ่ใช้ศาลาประชาคม/ ศาลาหมู่บ้านเป็นที่ทำการ 553 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 52.0 วันเปิดให้บริการต่อสัปดาห์ส่วนใหญ่ 1 วันต่อสัปดาห์ ระยะทางระหว่าง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) กับสถานบริการสาธารณสุขที่อยู่ใกล้ที่สุดส่วนใหญ่ อยู่ในช่วงน้อยกว่า 1 กม. - 10 กม. 1021 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 96.0 ประชาชนจากหมู่บ้านอื่นที่มารับบริการส่วนใหญ่ อยู่ในช่วง 1 - 5 หมู่บ้าน 626 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 58.7

มีการบันทึกผู้รับบริการ 866 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 81.4 จำนวนครั้งของผู้รับบริการในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 10 ครั้ง 841 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 79.0 อสม.ทุกคนในหมู่บ้านได้รับหน้าที่ให้ปฏิบัติงานที่ ศสมช. 873 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 82.0 จำนวน อสม. ที่ปฏิบัติงานให้บริการใน ศสมช. ส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 1 - 10 คน 818 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 76.9 หน่วยงาน/องค์กรเข้ามาร่วมจัดกิจกรรม ใน ศสมช.ส่วนใหญ่ ได้แก่ หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุข 359 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 33.7 กิจกรรมการให้บริการของศสมช. ในรอบ 1 เดือน ส่วนใหญ่ ได้แก่ การเฝ้าระวัง ตรวจคัดกรอง การฉีดวัคซีนโควิด19 จำนวน 789 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 74.2 ปัญหาที่พบในการให้บริการของ ศสมช. ส่วนใหญ่ไม่มี 658 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 61.8 รองลงมา ได้แก่ วัสดุ อุปกรณ์ เวชภัณฑ์ ไม่เพียงพอ 238 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 22.4 น้อยที่สุดได้แก่ บุคลากรไม่เพียงพอ 26 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 2.4

ส่วนที่ 3 การดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านที่ 2 การจัดอัตรากำลัง และการพัฒนาบุคลากรที่ 2.52 คะแนน รองลงมาได้แก่ ด้านที่ 4 การจัดการบริการสาธารณสุขมูลฐาน ที่ 2.51 คะแนน รองลงมาได้แก่ ด้านที่ 1 การบริหารจัดการ ศสมช. 2.47 คะแนน น้อยที่สุดได้แก่ ด้านที่ 3 การใช้ยา เวชภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์ และเครื่องมือที่ 2.44 คะแนน

ส่วนที่ 4 ผลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน ผลความคิดเห็นต่อการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) พบว่าด้านที่มีคะแนนสูงสุด ได้แก่ ด้านที่ 4 การพัฒนาบุคลากร ที่ 4.35 คะแนน รองลงมา ได้แก่ ด้านที่ 3 การให้บริการ ที่ 4.34 คะแนน และน้อยที่สุด ได้แก่ ด้านที่ 5 ด้านวัสดุ อุปกรณ์ ยา และเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ที่ 4.16 คะแนน

2) ข้อมูลด้านเจ้าหน้าที่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ผลข้อมูลส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่สนับสนุนการดำเนินงานในศสมช. จำนวน 252 คน พบว่า ส่วนใหญ่ เพศ เป็น เพศหญิง 190 คน คิดเป็นร้อยละ 75.4 เพศชาย 62 คน คิดเป็นร้อยละ 24.6 อายุ น้อยที่สุด 18 ปี มากที่สุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 44.7 ปี ระยะเวลาการทำงาน น้อยที่สุด 1 ปี มากที่สุด 40 ปี อายุเฉลี่ย 14.21 ปี ตำแหน่งส่วนใหญ่ ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข 177 คน คิดเป็นร้อยละ 70.2 รองลงมาได้แก่ เจ้าพนักงานสาธารณสุขชุมชน 41 คน คิดเป็นร้อยละ 16.3 น้อยที่สุดได้แก่ แพทย์แผนไทย 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.4

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านที่ 1 วัตถุประสงค์ของการจัดตั้ง ศสมช.ที่ 4.28 คะแนน รองลงมาได้แก่ ด้านที่ 3 การให้บริการที่ 4.20 คะแนน รองลงมาได้แก่ ด้านที่ 4 การพัฒนาบุคลากร 4.14 คะแนน น้อยที่สุดได้แก่ ด้านที่ 5 วัสดุ อุปกรณ์ ยาและเวชภัณฑ์ต่าง ๆ ที่ 3.75 คะแนนภาพรวมที่ 4.00

3) ข้อมูลด้านผู้รับบริการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม พบว่า ส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง 394 คน คิดเป็นร้อยละ 74.8 และเพศชาย 133 คน คิดเป็นร้อยละ 25.5 อายุ น้อยที่สุด 16 ปี มากที่สุด 91 ปี อายุเฉลี่ย 54.25 ปี ระดับการศึกษาสูงสุด ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับชั้นประถมศึกษา 319 คน คิดเป็นร้อยละ 60.5 รองลงมาได้แก่ มัธยมศึกษาตอนต้น 70 คน คิดเป็นร้อยละ 13.3 น้อยที่สุดได้แก่ ระดับอนุปริญา/ปวส. 22 คน คิดเป็นร้อยละ 4.2

ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจในการใช้บริการที่ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) พบว่า ด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงสุด ได้แก่ ด้านที่ 1 การจัดการบริการเชิงรุกที่ 4.26 คะแนน รองลงมาได้แก่ ด้านที่ 2 การจัดการบริการเชิงรับ ที่ 4.25 คะแนนภาพรวมอยู่ที่ 4.26 คะแนน

2. การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอบระจำบ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล เกิดรูปแบบ 1 รูปแบบ ซึ่งมีขั้นตอน การปฏิบัติของอสม.หมอบระจำบ้านเจ้าหน้าที่รพ.สต. และแพทย์ผู้รักษา ดังนี้

1. **ขั้นเตรียมความพร้อม ศสมช.** ได้แก่ การบริหารจัดการศูนย์ ศสมช. การจัดอัตรากำลัง และการ พัฒนาบุคลากร การใช้ยาเวชภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์และ เครื่องมือ การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานและ การสร้าง การมีส่วนร่วมและการจัดการสุขภาพชุมชน

2. **ขั้นจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน** เป็นการ จัดบริการเชิงรับ/เชิงรุก ได้แก่ การประเมินสุขภาพ การคัดกรองเบื้องต้น บริหารจัดการยา การให้คำแนะนำ

3. **ขั้นส่งต่อ** ได้แก่ กรณีคัดกรองแล้วพบความ ผิดปกติ ส่งต่อเจ้าหน้าที่ รพ.สต. ทำการคัดกรองเชิงลึก เพื่อส่งต่อให้หมอผู้รักษา หรือหมอเวชศาสตร์ครอบครัว เพื่อทำแผนการดูแลรายบุคคลต่อไป

4. **ขั้นติดตามประเมินผล** ได้แก่ นำแผนการดูแล รายบุคคลไปปฏิบัติ ติดตามความก้าวหน้า ประเมิน ปัญหา สอนให้คำแนะนำ สนับสนุนอุปกรณ์ ให้ความ ช่วยเหลือผ่าน application พันภัย

5. **ขั้นดูแลตนเอง** ได้แก่ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ปรึกษา ขอความช่วยเหลือ และ สร้างบันทึกในฐานข้อมูลโดยการนำ application เช่น Smart อสม. มาประยุกต์ใช้ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. นอกจากดำเนินการคัดกรองสุขภาพเชิงลึก สนับสนุนยาและเวชภัณฑ์ให้กับ อสม.หมอบระจำบ้าน เพื่อใช้ในการให้บริการใน ศสมช. และพัฒนาศักยภาพ อสม.ในการใช้ดิจิทัลในการปฏิบัติงาน

ผลการนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปใช้ พบว่า คะแนน ความสามารถในการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอบระจำบ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล ของ อสม.หลังการพัฒนาสูงกว่า ก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และเมื่อเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอบระจำบ้านในศูนย์ สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) พบว่า คะแนน ความสามารถในการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม. หมอบระจำบ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นทุกคน ผลแสดงดัง ตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอบระจำบ้านในศูนย์ สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ก่อนและหลังการพัฒนา

ความสามารถของ อสม.	คะแนนที่ปฏิบัติได้ (ร้อยละ)		ผลลัพธ์
	ก่อนการพัฒนา	หลังการพัฒนา	
คนที่ 1	61	83	เพิ่มขึ้น
คนที่ 2	55	100	เพิ่มขึ้น
คนที่ 3	89	97	เพิ่มขึ้น
คนที่ 4	79	88	เพิ่มขึ้น
คนที่ 5	70	91	เพิ่มขึ้น
คนที่ 6	97	100	เพิ่มขึ้น
คนที่ 7	69	91	เพิ่มขึ้น
คนที่ 8	94	100	เพิ่มขึ้น
คนที่ 9	79	88	เพิ่มขึ้น
คนที่ 10	89	100	เพิ่มขึ้น

อภิปรายผล

จากผลการพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอประจำบ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล ผลการวิจัยสรุปผลได้ดังนี้

1. รูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอประจำบ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล ประกอบด้วย 1) ขั้นเตรียมความพร้อม ศสมช. ได้แก่ การบริหารจัดการ ศสมช. การจัดอัตรากำลังและการพัฒนาบุคลากร การใช้ยาเวชภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์และเครื่องมือ การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน การสร้างการมีส่วนร่วมและการจัดการสุขภาพชุมชน 2) ขั้นจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานทั้งเชิงรับ/เชิงรุก ได้แก่ การประเมินสุขภาพ การคัดกรองสุขภาพเบื้องต้น การบริหารจัดการยา และการให้คำแนะนำ 3) ขั้นส่งต่อ ได้แก่ กรณีคัดกรองแล้วพบความผิดปกติส่งต่อเจ้าหน้าที่เพื่อทำการคัดกรองเชิงลึก และส่งต่อให้หมอผู้รักษาทำแผนการดูแลรายบุคคล 4) ขั้นติดตามประเมินผล ได้แก่ นำแผนการดูแลรายบุคคลไปปฏิบัติ ติดตามความก้าวหน้า ประเมินปัญหา สอนให้คำแนะนำ สนับสนุนอุปกรณ์ 5) ขั้นดูแลตนเอง ได้แก่ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ ปรึกษาขอความช่วยเหลือ การนำ application Smart อสม. มาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของชัชวาล น้อยวังฆัง (2563) ศึกษาสถานการณ์การให้บริการของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) พบว่า การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐานใน ศสมช. มีการจัดบริการตามมาตรฐาน ศสมช. 5 ด้าน ประกอบด้วย 1) การบริหารจัดการ ศสมช. 2) การจัดอัตรากำลังและการพัฒนาบุคลากร 3) การใช้ยาเวชภัณฑ์ วัสดุ อุปกรณ์และเครื่องมือ 4) การจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน และ 5) การสร้างการมีส่วนร่วมและการจัดการสุขภาพชุมชน ส่วนการจัดบริการสาธารณสุขมูลฐาน

มีทั้งเชิงรับ/เชิงรุก ได้แก่ การคัดกรองสุขภาพ การปฐมพยาบาล บริหารจัดการยา การให้คำแนะนำ และการส่งต่อ

2. ผลการนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปใช้ พบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอประจำบ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา และเปรียบเทียบคะแนนความสามารถในการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอประจำบ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) พบว่า คะแนนความสามารถในการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอประจำบ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) หลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นทุกคน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ พชรพร ครองยุทธและอดิเรก เร่งมานะวงษ์ (2564) ศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบภาคเกษตรกรในช่วงชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) จังหวัดขอนแก่น พบว่าแรงงานนอกระบบคะแนนการดูแลสุขภาพหลังการพัฒนารูปแบบมีคะแนนมากกว่าก่อนการพัฒนาทุกราย

สรุปผลการศึกษา

จากผลการศึกษาพบว่า การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอประจำบ้าน ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอนคือ 1) ขั้นเตรียมความพร้อม 2) ขั้นตอนการจัดบริการ 3) ขั้นเยี่ยมบ้าน 4) ขั้นติดตามและประเมินผล 5) ขั้นดูแลตนเอง ผลการนำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปพัฒนาพื้นที่ต้นแบบ และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อการขยายผล พบว่า อสม.ได้รับการพัฒนาศักยภาพให้มีความรู้และทักษะในการนำดิจิทัลมาประยุกต์ใช้ในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น สามารถจัดบริการและดูแลผู้ป่วยในชุมชนได้ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ

ข้อเสนอแนะ

1. นำผลการวิจัยรูปแบบการดูแลสุขภาพวิถีชีวิตใหม่ของ อสม.หมอบระจำบ้านในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ยุคดิจิทัล มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพผู้รับบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ให้สอดคล้องกับบริบทของแต่ละพื้นที่
2. หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับพื้นที่ควรประสานความร่วมมือกับ หน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในการจัดหาวัสดุ อุปกรณ์ รวมทั้งการสนับสนุนงบประมาณในการปฏิบัติงานของ อสม.ในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)

ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และภาคีเครือข่ายสุขภาพในพื้นที่ ให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองและประชาชน โดยใช้ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) เป็นสถานที่ปฏิบัติงาน รวมทั้งสนับสนุนอุปกรณ์เครื่องมือเครื่องใช้ที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน
2. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ ควรเสริมสร้างศักยภาพในการดูแลสุขภาพด้วยตนเองระดับครอบครัว ด้วยการพัฒนาอาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง ร่วมกับทีมหมอครอบครัว

ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อเปรียบเทียบในประเด็นการลดระยะเวลา ลดการแออัดในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายในการรักษา ลดภาวะแทรกซ้อน ลดอัตราการป่วย และเพิ่มความพึงพอใจให้กับผู้รับบริการในศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)
2. ควรศึกษาและพัฒนาารูปแบบการพัฒนา ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) ให้เป็นศูนย์กลางในการดูแลสุขภาพ
3. ควรศึกษาและพัฒนาารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชนโดยอาสาสมัครประจำครอบครัว

เอกสารอ้างอิง

- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน. (2563). *แนวทางการดำเนินงานสุขภาพภาคประชาชน ปีงบประมาณ 2563*. นนทบุรี. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข
- กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2557). *วิวัฒนาการการสาธารณสุขมูลฐานในประเทศไทย (พ.ศ. 2521 - 2557)*. สำนักกิจการโรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. สาขาวิชาการบริหารการศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่.
- ชาติชาย สุวรรณนิตย์. (2560). *การศึกษาศาสนาการณงานสุขภาพภาคประชาชน ในปัจจุบันและทิศทางการพัฒนาในอนาคต*. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ นนทบุรี.
- ชัชวาลย์ น้อยวังช้าง. (2563). *การศึกษาศาสนาการณการให้บริการของศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.)*. กองสนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ นนทบุรี..
- บดีรินทร์ ชาดะเวที. (2564). *พฤติกรรมกับวิถีชีวิตใหม่: New Normal [ออนไลน์]*. ค้นเมื่อ 12 ธันวาคม 2564 สืบค้นจาก: <https://www.ttmed.psu.ac.th/th/blog/258>.
- พชรพร ครองยุทธและอดิเรก เร่งมานะวงษ์. (2564). ศึกษาเรื่องการพัฒนาารูปแบบการดูแลสุขภาพของแรงงานนอกระบบภาคเกษตรกรในช่วงชีวิตวิถีใหม่ (New Normal) จังหวัดขอนแก่น. *วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม*. 44(3): 78-89.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2554). *วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 19). กรุงเทพมหานคร: ด่านสุทธาการพิมพ์.
- Kemmis & McTaggart. [1998]. *The Action research Planner*. Retrieved from <http://academia>.

คำแนะนำการส่งบทความเผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง (ภาคกลาง)

วารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง) เป็นวารสารวิชาการของ ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6 จัดทำขึ้น วัตถุประสงค์เพื่อเป็นแหล่งรวบรวมและเผยแพร่ผลงานวิจัย ผลงานวิชาการ รวมทั้งเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยน เรียนรู้ความรู้ด้านการสาธารณสุขมูลฐาน ด้านการสาธารณสุข และด้านอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องของหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคท้องถิ่น และภาคประชาชน โดยเผยแพร่ทางออนไลน์ปีละ 3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 ประจำเดือนมกราคม - เมษายน ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 กันยายน - 30 พฤศจิกายน

ฉบับที่ 2 ประจำเดือนพฤษภาคม - สิงหาคม ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 มกราคม - 31 มีนาคม

ฉบับที่ 3 ประจำเดือนกันยายน - ธันวาคม ส่งต้นฉบับภายในวันที่ 1 พฤษภาคม - 31 กรกฎาคม

ประเภทของผลงานที่รับเผยแพร่ ได้แก่ บทความวิจัย (Research Article) และบทความวิชาการ (Academic Article)

1. บทความวิจัย (Research Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นจากงานศึกษาเชิงประจักษ์ (Empirical Study) หรือที่เรียกว่า งานวิจัย สาระของบทความสะท้อนให้เห็นขั้นตอนการดำเนินการศึกษา ซึ่งได้แก่ การกล่าวถึงความเป็นมาของปัญหาหรือวัตถุประสงค์การวิจัย การดำเนินการศึกษา การแสดงข้อค้นพบ หรือผลวิจัย และการบอกความหมายและความสำคัญของผลที่ได้จากการศึกษาในทางทฤษฎีหรือปฏิบัติ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยอย่างเป็นระบบ กล่าวถึงความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ระเบียบวิธีวิจัย ทฤษฎีกรอบแนวคิด ผลการวิจัย สรุปผล ข้อเสนอแนะ และการอ้างอิงข้อมูลอย่างเป็นระบบ

2. บทความวิชาการ (Academic Article) หมายถึง บทความที่เขียนขึ้นที่ผู้เขียนตั้งใจหยิบยกประเด็นใดประเด็นหนึ่ง หรือปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นในแวดวงวิชาการ วิชาชีพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์หรือวิพากษ์ทัศนะหรือแนวคิดเดิม และ/หรือนำเสนอหรือเผยแพร่แนวคิดใหม่ เพื่อมุ่งให้ผู้อ่านเปลี่ยนหรือปรับเปลี่ยนแนวคิด ความเชื่อมาสู่ความคิดของผู้เขียน บทความวิชาการเน้นการให้ความรู้เป็นสำคัญ และต้องอาศัยข้อมูลทางวิชาการ เอกสารอ้างอิง และเหตุผลที่พิสูจน์ได้ เพื่อสร้างความน่าเชื่อถือให้แก่ผู้อ่าน

ข้อกำหนดในการเตรียมต้นฉบับเพื่อเผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง)

1. การพิมพ์ต้นฉบับจะต้องพิมพ์ตามรูปแบบและขนาดตัวอักษรตาม Template ที่กำหนดไว้ ซึ่งสามารถดาวน์โหลดได้ที่



2. ต้นฉบับที่ส่งมายังกองบรรณาธิการสามารถส่งได้ทางระบบออนไลน์ผ่านอีเมล ssmphc2020@gmail.com โดยกองบรรณาธิการจะนำเสนอผู้ทรงคุณวุฒิในการพิจารณาบทความตามสาขาวิชา เพื่อประเมินคุณภาพและความเหมาะสมก่อนการตอบรับ
3. ผู้นิพนธ์ทุกคนต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับ ชื่อ-สกุล ของผู้เขียน หน่วยงานที่สังกัด อีเมล ให้ชัดเจน พร้อมทั้งกรอกแบบฟอร์มการขอส่งบทความให้เรียบร้อย และแนบหนังสือรับรองจากผู้บังคับบัญชาของผู้นิพนธ์มาด้วย
4. ผู้นิพนธ์ต้องลงนามรับรองในแบบฟอร์มการขอส่งบทความเพื่อเผยแพร่ในวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง) กองบรรณาธิการจึงจะนำบทความเสนอผู้ทรงคุณวุฒิพิจารณาต่อไป
5. บทความแต่ละเรื่อง ใช้เวลาในการพิจารณาประมาณ 2-3 เดือน (ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับจำนวนและสาขาวิชาของบทความที่เสนอขอตีพิมพ์)
6. การปรับแก้ต้นฉบับ โดยทั่วไปผู้ทรงคุณวุฒิจะตรวจสอบความถูกต้องและครบถ้วนด้านวิชาการ แล้วผู้ส่งให้ผู้นิพนธ์ปรับแก้ สิทธิในการปรับแก้ต้นฉบับเป็นของผู้นิพนธ์ แต่กองบรรณาธิการสงวนสิทธิ์ในการตีพิมพ์เฉพาะที่ผ่านความเห็นชอบตามรูปแบบและสาระของกองบรรณาธิการเท่านั้น ทั้งนี้จะมีการประสานกับผู้นิพนธ์เพื่อตรวจสอบความถูกต้องด้านเนื้อหาและรูปแบบประมาณสองครั้ง
7. การตรวจต้นฉบับก่อนตีพิมพ์ (final proof) ผู้นิพนธ์ต้องตรวจทานพิสูจน์อักษรในลำดับสุดท้ายเพื่อให้ความเห็นชอบในความถูกต้องครบถ้วนของเนื้อหา ก่อนตีพิมพ์
8. บทความที่ไม่ได้รับการพิจารณาเห็นชอบให้ตีพิมพ์ จะไม่ส่งต้นฉบับคืน
9. กองบรรณาธิการวารสารสาธารณสุขมูลฐาน (ภาคกลาง) ขอสงวนสิทธิ์ ในการพิจารณาตีพิมพ์

รูปแบบในการจัดเตรียมต้นฉบับ

1. ต้นฉบับต้องพิมพ์บนกระดาษ A4 หน้าเดียว จัดหน้าเป็นแบบ 1 คอลัมน์
2. ความยาวแต่ละบทความรวมรูปและตาราง ไม่เกิน 12 หน้ากระดาษ A4
3. การตั้งระยะขอบหน้ากระดาษ
 - ขอบซ้าย 3 เซนติเมตร ขอบขวา 2 เซนติเมตร
 - ขอบบน 2.5 เซนติเมตร ขอบล่างประมาณ 2 เซนติเมตร
4. การตั้งระยะในเนื้อหา
 - ย่อหน้า คือ 1.25 เซนติเมตร
 - ระยะบรรทัดปกติ คือ 1 เท่า
 - ระยะห่างระหว่างย่อหน้าให้เท่ากับระยะบรรทัดปกติและเพิ่มค่าก่อนหน้าอีก 6 พอยท์ (1 Enter + Before 6 pt)

5. ตัวอักษรให้ใช้ “ไทยสารบัญ พีเอสเค (TH Sarabun PSK)” และพิมพ์ตามขนาดที่กำหนด ดังนี้

รายการ	ขนาด (point)	แบบอักษร	การจัดวาง
ชื่อเรื่อง (Title)			
- ภาษาไทย	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ภาษาอังกฤษ (ตัวพิมพ์ใหญ่)	20	ตัวหนา	กึ่งกลาง
ชื่อผู้นิพนธ์ (ทุกคน)			
- ชื่อผู้นิพนธ์ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
- ชื่อหน่วยงานของผู้นิพนธ์	16	ตัวปกติ	ชิดขวา
บทคัดย่อ (Abstract)			
- ชื่อ “บทคัดย่อ” และ “Abstract”	18	ตัวหนา	กึ่งกลาง
- ข้อความบทคัดย่อ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ข้อความ Abstract	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
คำสำคัญ (Keywords)			
- ชื่อ “คำสำคัญ (Keywords)”	16	ตัวหนา	ชิดขอบ
- ภาษาไทย	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
- ภาษาอังกฤษ	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ
รายละเอียดบทความ			
- หัวข้อใหญ่	18	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- หัวข้อรอง	16	ตัวหนา	ชิดซ้าย
- เนื้อหา	16	ตัวปกติ	ชิดขอบ

6. ส่วนประกอบเนื้อเรื่อง ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ กรอบแนวคิด สมมติฐาน (ถ้ามี) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล สรุปผล ข้อเสนอแนะ เอกสารอ้างอิง โดยเรียงลำดับ ดังนี้

- **ชื่อเรื่อง (Title)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ชื่อภาษาอังกฤษใช้อักษรพิมพ์ใหญ่ทั้งหมด และควรเป็นชื่อที่สั้น กระชับ ได้ใจความตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง
- **บทคัดย่อ (Abstract)** ต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ โดยจัดเป็นร้อยแก้ว (Prose) สรุปสาระสำคัญของงานวิจัยไว้อย่างครบถ้วน มีวัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการศึกษา อภิปรายผล และ/หรือ ข้อเสนอแนะ โดยใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ ต้องเป็นประโยคอดีต ไม่แบ่งเป็นข้อ มีความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ A4 ในการเขียนบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องมีเนื้อหาที่ตรงกัน

***คำสำคัญ (Keywords)** ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ให้พิมพ์ต่อจากส่วนท้ายของบทคัดย่อ (Abstract) ควรเลือกคำสำคัญที่เกี่ยวข้องกับบทความ จำนวน 3 - 5 คำ

- **บทนำ (Introduction)** เป็นส่วนของบทความที่กล่าวถึงความสำคัญและเหตุผลที่นำไปสู่การศึกษา การทำวิจัย และอ้างอิงงานวิจัยอื่นหรือทฤษฎีที่เกี่ยวข้องเท่าที่จำเป็น

- **วัตถุประสงค์ (Objective)** ระบุวัตถุประสงค์เป็นข้อๆ เรียงตามลำดับความสำคัญ

- **กรอบแนวคิด (Conceptual framework)** คือกรอบของการวิจัยในด้านเนื้อหาสาระ ซึ่งประกอบด้วย ตัวแปร และการระบุความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร

- **สมมติฐาน (Hypotheses)** คือคำตอบสมมติของประเด็นปัญหาวิจัยที่ผู้วิจัยกำหนดขึ้น การตั้งสมมติฐาน ต้องตั้งบนรากฐานแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ไม่ใช่การคาดเดาโดยไม่มีเหตุผล การเขียนสมมติฐาน ควรมีลักษณะ ดังนี้

1) มีความชัดเจน สามารถทดสอบได้

2) ควรเขียนด้วยภาษาที่ง่าย ไม่ซับซ้อน

3) ควรเขียนให้สอดคล้องสัมพันธ์กับวัตถุประสงค์ของการวิจัย

- **ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ** เป็นความสำคัญของการวิจัยที่ผู้วิจัยพิจารณาว่าการวิจัยเรื่องนั้นทำให้ทราบ ผลการวิจัยเรื่องอะไร และผลการวิจัยนั้นมีประโยชน์ต่อใคร อย่างไร เช่น การระบุประโยชน์ที่เกิดจากการ นำผลการวิจัยไปใช้ ไม่ว่าจะเป็นการเพิ่มพูนความรู้ หรือนำไปเป็นแนวทางในการปฏิบัติ หรือแก้ปัญหา หรือพัฒนาคุณภาพ

- **วิธีการศึกษา (Methods)** เขียนอธิบายเป็น 2 หัวข้อใหญ่

1) **เครื่องมือ วัสดุ อุปกรณ์ในการศึกษา** ให้เขียนบอกรายละเอียดของสิ่งที่นำมาศึกษา เช่น ผู้ป่วย สัตว์ พืช แสดงจำนวน และลักษณะเฉพาะของตัวอย่างที่ศึกษา เช่น เพศ อายุ ต้องบอกถึงการอนุญาตจากผู้ ที่เข้ารับการศึกษ และผ่านการเห็นชอบให้ทำการศึกษได้จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย รวมถึงอุปกรณ์ ต่างที่ใช้ในการศึกษา

2) **วิธีการศึกษา อธิบายถึงรูปแบบ แผนการศึกษา (study design, protocol)** เช่น descriptive, quasi-experiment หรือ randomized double blind การสุ่มตัวอย่าง เช่น การสุ่มตัวอย่างแบบง่าย แบบหลายขั้นตอน วิธีการที่ใช้ศึกษา (interventions) เช่น รูปแบบการศึกษา ชนิดและขนาดยาที่ใช้รักษา อธิบายให้ผู้อ่านเข้าใจ ให้ระบุถึงเครื่องมืออุปกรณ์ที่ใช้ศึกษา และหลักการที่ใช้ในการศึกษาเชิงคุณภาพหรือการ ศึกษาเชิงปริมาณให้ชัดเจน เช่น แบบสอบถาม การทดสอบความเชื่อถือ วิธีการเก็บข้อมูล วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

- **ผลการศึกษา (Results)** เป็นการนำเสนอสิ่งที่ได้จากการศึกษาวิจัยเป็นลำดับตามหัวข้อของแผนการ ศึกษาอย่างชัดเจน ดูเข้าใจง่าย ถ้าผลศึกษาไม่ซับซ้อน มีตัวเลขไม่มาก ให้บรรยายเป็นร้อยแก้ว ถ้าตัวเลขมาก ตัวแปรหลายๆ ตัว ควรแสดงผลการศึกษาด้วย ตาราง กราฟ หรือภาพแผนภูมิประกอบการอธิบาย

- **อภิปรายผล (Discussion)** เป็นการอภิปรายผลการวิจัยว่าตรงตามวัตถุประสงค์ เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างทฤษฎีหรือเปรียบเทียบกับการศึกษา วิจัยของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบ เพื่อให้ผู้อ่านเห็นว่าผลการศึกษานี้เป็นตามหลักการหรือคัดค้านทฤษฎีที่มีอยู่เดิม สอดคล้องหรือแตกต่างจากผลการศึกษาที่เคยทำมาก่อนอย่างไร เพราะเหตุใดจึงเป็นเช่นนั้น อาจแสดงความเห็นเบื้องต้นตามประสบการณ์หรือข้อมูลที่มีอยู่เพื่ออธิบายในส่วนที่โดดเด่น แตกต่างเป็นพิเศษได้
- **สรุปผล (Conclusion)** เป็นการสรุปผลที่ได้จากการศึกษาวิจัยตรงกับวัตถุประสงค์การวิจัยหรือไม่
- **ข้อเสนอแนะ (Suggestion)** เป็นการแสดงให้เห็นถึงการนำไปใช้ประโยชน์ และการให้ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต

- **เอกสารอ้างอิง (References)** การอ้างอิงเอกสารให้ใช้ระบบ APA citation style (American Psychological Association Citation Style) 6th Edition

- การใส่เนื้อหาเพิ่มเติมอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ (Acknowledgements) มีเพียงย่อหน้าเดียว เป็นการแสดงความขอบคุณแก่ผู้ช่วยเหลือในงานวิจัยสำเร็จลุล่วงไปด้วยดีเพียงสั้นๆ เช่น ผู้บริหาร ผู้สนับสนุนทุนการวิจัย ผู้ช่วยเหลืทางเทคนิคพิเศษ เป็นต้น (อาจมีหรือไม่มี)

7. คำศัพท์ ให้ใช้ศัพท์บัญญัติตามราชบัณฑิตยสถาน

8. ตารางและภาพประกอบ (Table and Figure) ให้กำหนดหมายเลขและข้อความกำกับ ดังนี้

- **ตารางประกอบ** ให้วางจัดตารางอยู่ชิดขอบหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “**ตารางที่.....**” ไว้เหนือตารางประกอบด้านซ้าย

- **ภาพประกอบ** ให้วางอยู่กึ่งกลางหน้ากระดาษ โดยระบุคำว่า “**ภาพที่.....**” ไว้ใต้ภาพประกอบตัวอย่างการใส่ตาราง

ตารางที่ 1 แสดงผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ลำดับ	รายการ	ผลที่ได้	ค่าเฉลี่ย	หมายเหตุ

จากตารางนี้แสดงให้เห็นว่า (คำบรรยายตาราง).....

ตัวอย่างการใส่ภาพประกอบ



ภาพที่ 1 แสดงเทคนิคการส่งเสริมพัฒนาการเด็ก

รูปแบบการอ้างอิงเอกสารในวารสารสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง (ภาคกลาง)

การเขียนรายการอ้างอิงที่เป็นของคนไทยทำบทความ จะต้องแปลเป็นภาษาอังกฤษทุกรายการ โดยจัดเรียงคู่กันคือ เรียงรายการอ้างอิงภาษาอังกฤษที่แปลขึ้นก่อนและเติมคำว่า (in Thai) ต่อท้าย หลังจากนั้นให้ตามด้วยรายการอ้างอิงภาษาไทยต้นฉบับที่แปลมา

* ทั้งนี้ กองบรรณาธิการจะปรับย้ายรายการอ้างอิงที่แปลเป็นภาษาอังกฤษไปอยู่ภายใต้หัวข้อ “Translated Thai References” เอง เพื่อความถูกต้องในการตรวจสอบข้อมูลทั้งหมด

รูปแบบการเขียน

การอ้างอิงเอกสารให้เขียนบรรณานุกรมรูปแบบ APA citation style
(American Psychological Association Citation Style) 6th Edition



ศึกษารูปแบบการอ้างอิงเอกสาร
ในวารสาร เพิ่มเติม



อสม.ดีเด่น ระดับภาค ภาคกลาง ประจำปี 2568



สาขาการเฝ้าระวัง ป้องกัน
และควบคุมโรคติดต่อ

นายเตชนิธิ เมียนธรา
จังหวัดสมุทรปราการ



สาขาการส่งเสริมสุขภาพ

นางรุ่งอรุณ เนตรวิเชียร
จังหวัดชลบุรี



สาขาสุภาพจิตชุมชน

น.ส.โอ เจริญดาน
จังหวัดฉะเชิงเทรา



สาขา การป้องกันและแก้ไขปัญหา
ยาเสพติดในชุมชน

น.ส.ฉันทนา จิตกอร์จรัมย์
จังหวัดราชบุรี



สาขา การบริการใน ศสมช.
และการสร้างหลักประกันสุขภาพ

น.ส.อรุณี หงศ์สิริสุข
จังหวัดฉะเชิงเทรา



สาขา การคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพ

นางพิชชี จวอรรถ
จังหวัดราชบุรี



สาขา ภูมิปัญญาท้องถิ่นด้านสุขภาพ

นางฉัตรชนก ชูแดง
จังหวัดฉะเชิงเทรา



สาขา การป้องกันและแก้ไข
ปัญหาเอดส์ในชุมชน

นางฉะยีย หงษา
จังหวัดเพชรบุรี



สาขา การจัดการสุขภาพชุมชน
และอนามัยสิ่งแวดล้อม

นางพิชยาภรณ์ ชมยิ่ง
จังหวัดเพชรบุรี



สาขา แม่และอนามัยแม่และเด็ก

นางรัตนนา เสียวสวัสดิ์
จังหวัดฉะเชิงเทรา



สาขา ทันตสุขภาพ

น.ส.สุภาพรณ ยวงสุวรรณ
จังหวัดฉะเชิงเทรา



สาขา การป้องกันและควบคุม
โรคไม่ติดต่อ

นางพารกศล อดศิริ
จังหวัดสมุทรปราการ



สาขา วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน

น.ส.หยาดทิพย์ แก้วขาว
จังหวัดประจวบคีรีขันธ์



วิสัยทัศน์ : ศูนย์สนับสนุนบริการสุขภาพที่ 6

“เป็นองค์กรหลักในการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพ
และระบบสุขภาพภาคประชาชนในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 6
ให้มีคุณภาพ เพื่อการคุ้มครองผู้บริโภคและการพึ่งตนเอง
ด้านสุขภาพที่ยั่งยืนแบบมีส่วนร่วม”



038-397233



<http://do6.new.hss.moph.go.th:8080/index.php>



saraban-hss6@hss.mail.go.th



76 หมู่ 5 ถนนอ่างศิลา-บางแสน
ต.อ่างศิลา อ.เมืองชลบุรี จ.ชลบุรี 20000