

# วารสาร

การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ศูนย์อนามัยที่ 8 อุบลราชธานี

Journal of Health Promotion and Environmental Health Research

Health Promotion Centre 8 Udon Thani

ISSN 2985-1696 (Online)



ปีที่ 1 ฉบับที่ 4 มิถุนายน – สิงหาคม 2567

Vol. 1 No. 4 June – August 2024

## ข้อมูลเกี่ยวกับวารสาร

ภาษาอังกฤษ : Journal of Health Promotion and Environmental Health Research  
ภาษาไทย : วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม  
Online ISSN: 2985-1696  
เจ้าของวารสาร : ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข  
582 หมู่ 12 ถ.อุดร-สามพร้าว ต.สามพร้าว อ.เมืองอุดรธานี จ.อุดรธานี 41000.  
โทรศัพท์ : 0-4212-9587  
อีเมล : ar.hpc8@gmail.com

### วัตถุประสงค์การจัดทำวารสาร

1. เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ความรู้ที่ได้จากการวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตลอดจนองค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์หรือนวัตกรรมต่าง ๆ
2. เพื่อเป็นสื่อประชาสัมพันธ์ทางด้านวิชาการในการแลกเปลี่ยนความรู้ ทักษะคิดเห็นข่าวสารที่มีคุณภาพและถูกต้อง
3. เพื่อเสริมสร้างความรู้และความก้าวหน้าทางด้านวิชาการ

### นโยบายและขอบเขตการตีพิมพ์

วารสารมีนโยบาย ตีพิมพ์บทความด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ตลอดจนองค์ความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์และสังคมศาสตร์ สาขาที่เปิดรับมีดังต่อไปนี้ แม่และเด็กปฐมวัย วัยเรียนวัยรุ่น วัยทำงาน วัยสูงอายุ และอนามัยสิ่งแวดล้อมและสาขาอื่น ๆ กลุ่มเป้าหมายคือบุคคลที่สนใจ

### กระบวนการพิจารณาบทความ

บทความทุกบทความจะต้องผ่านการพิจารณาโดยผู้ทรงคุณวุฒิที่เชี่ยวชาญอย่างน้อย 2 ท่าน แบบผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แต่งไม่ทราบชื่อกันและกัน (two - blind review)

### ประเภทของบทความ

บทความวิจัย บทความวิชาการ บทความวิจัยด้านส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม และบทความด้านวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์

### ภาษาที่รับตีพิมพ์

ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

### กำหนดการตีพิมพ์

วารสารตีพิมพ์ 4 ฉบับต่อปี

- ฉบับที่ 1 ประจำเดือนสิงหาคม - พฤศจิกายน
- ฉบับที่ 2 ประจำเดือนธันวาคม - กุมภาพันธ์
- ฉบับที่ 3 ประจำเดือนมีนาคม - พฤษภาคม
- ฉบับที่ 4 ประจำเดือนมิถุนายน - สิงหาคม

## ค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์

ไม่มีค่าธรรมเนียมในการตีพิมพ์

## วิธีการส่งบทความ

ทางไปรษณีย์ : กลุ่มพัฒนาวิชาการและคาดการณ์ผลกระทบด้านสุขภาพ  
สำนักงานเลขที่ 582 หมู่ 12 ถ.อุดร-สามพร้าว ต.สามพร้าว อ.เมืองอุดรธานี  
จ.อุดรธานี 41000  
โทรศัพท์ : 0-4212-9587 โทรสาร : 0-4212-9588  
ทางจดหมายอิเล็กทรอนิกส์ :  
E-mail: ar.hpc8@gmail.com และ Atiwat\_4225@hotmail.com

## คณะผู้จัดทำวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

### ที่ปรึกษา

|                |               |                                             |
|----------------|---------------|---------------------------------------------|
| นายแพทย์กฤษฎา  | ศิริชัยสิทธิ์ | ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี        |
| ดร.ฉวีวรรณ     | ศรีดาวเรือง   | ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนขอนแก่น |
| นายแพทย์สมพงษ์ | ชัยโอภาณนท    | สำนักคณะกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิ กรมอนามัย      |

### บรรณาธิการ

|            |            |                           |
|------------|------------|---------------------------|
| ดร. ธนินสา | อนุญาตพงษ์ | ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี |
|------------|------------|---------------------------|

### ผู้ช่วยบรรณาธิการ

|                  |              |                           |
|------------------|--------------|---------------------------|
| นายอริวัฒน์      | กุลวงษ์      | ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี |
| นายชัชวาลย์      | เพชรกอง      | ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี |
| นางสาวกุลนันท์   | เหิรเมฆ      | ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี |
| นายพีรพัฒน์      | เลี้ยงประยูร | ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี |
| นางสาวภัทรานิษฐ์ | นฤวรรนท      | ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี |
| นายสิทธิชัย      | โพทะพน       | ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี |

### กองบรรณาธิการ

|                |               |                           |
|----------------|---------------|---------------------------|
| นางสุภาภรณ์    | ลมูลศิลป์     | ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี |
| นายสมภพ        | สุทัศน์วิริยะ | ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี |
| นางสาวศิริพร   | ศรีเทวณ       | ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี |
| นางสาววาสนา    | คณะวาปี       | ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี |
| นางสาวสุนิสา   | ใจทั้ง        | ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี |
| นายยุทธนา      | ชนะพันธ์      | ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี |
| นางสาววรรณพร   | สว่างบุญ      | ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี |
| นางสาวรุ่งสินี | เพิ่มพูล      | ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี |
| นางสาวพรพิมล   | บุตะลา        | ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี |
| นางสาวดวงใจ    | กันธียา       | ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี |
| นางสาวปนัดดา   | กันมัลย์      | ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี |

### ผู้ทรงคุณวุฒิ

|                                                                               |              |                                            |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------------------------|
| ดร.สุทิน                                                                      | ชนะบุญ       | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| ดร.อริณรดา                                                                    | ลาดลา        | วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น |
| ผู้ช่วยศาสตราจารย์ปิยะนุช พรหมสาขา ณ สกลนคร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุตรธานี |              |                                            |
| ดร.อนุชา                                                                      | ไทย์วงษ์     | วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม                 |
| นายธวัชชัย                                                                    | เชื่อนสมบัติ | มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรธานี                  |

### ฝ่ายจัดการ

คณะกรรมการพัฒนาวิชาการ (กพว.) ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี

### สำนักงาน

ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี

เลขที่ 582 หมู่ 12 ถ.อุตร-สามพร้าว ต.สามพร้าว อ.เมืองอุตรธานี จ.อุตรธานี 41000

โทรศัพท์ : 0-4212-9587 โทรสาร : 0-4212-9588

บทความวิชาการ

เวชศาสตร์วิถีชีวิต

1

❖ กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์, ธนินา อนุญาหงษ์

บทความวิจัย

1. ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสามร้อยยอด อำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

13

❖ พิชชากร จันทร์กลีน

2. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลไชยวาน

27

❖ จันทิมา ชาวสระใคร

3. ความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

41

❖ นวพร ปาดอนไพร

4. ประสิทธิภาพของการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตในการดำเนินโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เขตสุขภาพที่ 9

57

❖ สุจิตรา สมนนอก, ชัชฎา ประจูดปะเก, อัญชลี ภูมิจันทิก, ประดับ ศรีหมื่นไวย, นิตยติญา ดวงใจ, ดวงใจ ไทยประทุม, ดวงพร วรแสน

5. สถานการณ์สุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายวัยทำงาน อายุ 15 – 59 ปี เขตสุขภาพที่ 8

73

❖ ยุทธนา ชนะพันธ์, ธนินา อนุญาหงษ์

6. การจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 9

87

❖ สมรัฐ นัยรัมย์

7. การพัฒนารูปแบบคัดกรองค้นหาวัณโรคและวัณโรคระยะแฝงในผู้สัมผัสวัณโรค อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู

100

❖ สุภาวดี ดอนจันลา

## บทบรรณาธิการ

วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม (Journal of Health Promotion and Environmental Health Research) เดินทางมาถึง ฉบับที่ 4 แล้ว โดยเนื้อหาในฉบับนี้ ส่วนใหญ่จะเป็นงานวิจัยด้านการส่งเสริมสุขภาพและบทความด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) ซึ่งเป็นสาขาทางการแพทย์รูปแบบใหม่ที่มุ่งเน้นการป้องกันและรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) ผ่านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิต โดยใช้หลักฐานทางวิทยาศาสตร์ ประกอบด้วย 6 เสาหลัก ได้แก่ อาหารและโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับที่มีคุณภาพ การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด และการมีความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก ซึ่งมีการศึกษาวิจัยแสดงให้เห็นถึงประโยชน์ของเวชศาสตร์วิถีชีวิตในการลดความเสี่ยงของโรค NCDs ยืนยันถึงความสำคัญของสาขานี้ในวงการแพทย์ รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวทางนี้ในการแพทย์ เป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างยั่งยืนในทุกช่วงวัย เราหวังว่าแนวทางนี้จะได้รับการสนับสนุนและนำไปใช้ในวงกว้าง เพื่อประโยชน์สูงสุดของผู้ป่วยและชุมชนโดยรวม.

ทั้งนี้ ขอขอบคุณทุกท่านที่ได้ร่วมเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างสรรค์และเผยแพร่ผลงานในวารสารนี้ รวมถึงขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่าน ที่ให้ข้อเสนอแนะ ปรับปรุงแก้ไขบทความวิจัยให้มีคุณภาพมากยิ่งขึ้น กองบรรณาธิการหวังเป็นอย่างยิ่งว่า วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมจะเป็นแหล่งข้อมูลความรู้ทางด้านวิชาการเพื่อใช้สำหรับค้นคว้า ศึกษาอ้างอิง และเผยแพร่ผลงานให้มีการใช้ประโยชน์ต่อไป

(ดร.ธนิสา อนุญาหงษ์)

บรรณาธิการวารสาร

## เวชศาสตร์วิถีชีวิต

กฤษฎา ศิริชัยสิทธิ์\*, ธนินา อนุญาหงษ์\*\*

### บทคัดย่อ

เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) เป็นสาขาทางการแพทย์ที่เน้นการป้องกันและรักษาโรค โดยมีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์หรือใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตของบุคคล และชุมชน ประกอบด้วย 6 เสาหลัก ได้แก่ อาหารและโภชนาการ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การนอนหลับที่มีคุณภาพ การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด เช่น สูบบุหรี่ เครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการมีความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก เพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) รวมถึงการช่วยให้ระยะโรคของโรค NCDs กลับคืนสู่สภาพปกติ โดยการระบุถึงสาเหตุที่แท้จริงที่ทำให้เกิดปัญหาสุขภาพดังกล่าว ปัจจุบันเวชศาสตร์วิถีชีวิตได้รับการยอมรับมากขึ้นจากการศึกษาและการวิจัยที่แสดงให้เห็นถึงประโยชน์ในการลดความเสี่ยงของโรค NCDs ต่าง ๆ เช่น โรคหัวใจ โรคเบาหวาน โรคอ้วน และโรคมะเร็ง เป็นต้น ซึ่งการรักษารูปแบบนี้มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้น ทั้งนี้การนำเวชศาสตร์วิถีชีวิตมาใช้ในการแพทย์ ยังรวมถึงการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนผู้ป่วยในรูปแบบที่เป็นมิตรและเชิงรุก เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตได้อย่างยั่งยืนและมีประสิทธิภาพ ดังนั้นความสำเร็จของการรักษาแบบเวชศาสตร์วิถีชีวิต จึงขึ้นอยู่กับความร่วมมือของผู้ป่วย การสนับสนุนจากผู้ให้บริการสุขภาพ และการเข้าถึงทรัพยากรที่จำเป็น

**คำสำคัญ:** เวชศาสตร์วิถีชีวิต, โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, เทคโนโลยีทางการแพทย์

\*ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี

\*\*นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี



## Lifestyle Medicine

Krisada Sirichaisit, Tanisa Anuyahong

### Abstract

Lifestyle Medicine is a medical field that emphasizes the prevention and treatment of diseases, utilizing scientific evidence or observational evidence to modify individuals' and communities' behaviors and lifestyles. It comprises six core pillars: nutrition and diet, physical activity, stress management, quality sleep, avoidance of substance abuse such as smoking and alcohol consumption, and fostering positive social relationships. Its goal is to promote health and prevent chronic Non-Communicable Diseases (NCDs), including helping individuals with NCDs to revert from poor health status to normalcy by addressing the underlying causes of these health issues.

Currently, Lifestyle Medicine is increasingly recognized due to studies and research demonstrating its benefits in reducing the risk of various NCDs such as heart disease, diabetes, obesity, and cancer. This approach focuses on empowering patients to take more responsibility for their health. It includes medical consultation and supportive care in a friendly and proactive manner to enable sustainable and effective changes in behaviors and lifestyles. Therefore, the success of Lifestyle Medicine depends on patient engagement, support from healthcare providers, and access to essential resources.

**Keywords:** Lifestyle Medicine, Non-communicable diseases, Behavior change, Medical technology

## บทนำ

เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine; LM) เป็นเวชปฏิบัติที่ใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการป้องกันและรักษาโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases; NCDs) ซึ่งเป็นกลุ่มโรคที่เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพและการมีวิถีชีวิตที่ไม่เหมาะสม เป็นปัญหาของโลกและประเทศไทย โดยทั่วโลกตั้งเป้าหมายลดอัตราการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรด้วยโรค NCDs ลง 1 ใน 3 ของอัตราการเสียชีวิตในปัจจุบัน ภายในปี ค.ศ. 2030 หลายประเทศจึงได้พัฒนาแนวทางการต่อสู้กับปัญหาดังกล่าวด้วย LM ซึ่งประกอบด้วย 6 เสาหลัก ได้แก่ อาหารและโภชนาการ กิจกรรมทางกาย การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด เช่น การเลิกบุหรี่และการลดอันตรายจากการใช้แอลกอฮอล์ การนอนหลับ การจัดการความเครียด และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคม โดยมุ่งเน้น การป้องกันทุกระดับ ทั้งในระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิ รวมทั้งการทำให้สภาวะโรคกลับสู่ปกติ สำหรับในประเทศไทย แพทยสภาได้อนุมัติให้มีการฝึกอบรมแพทย์ประจำบ้านสาขาเวชศาสตร์ป้องกัน แขนงเวชศาสตร์วิถีชีวิต เริ่มในปี พ.ศ. 2566 โดยความร่วมมือระหว่างกรมอนามัย และสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย เพื่อพัฒนาศักยภาพของแพทย์ที่มีประสบการณ์ในการให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรค NCDs ให้มีความรู้และทักษะสำคัญในการบริหารจัดการ และพัฒนาบริการสุขภาพแนวใหม่ด้วยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวด้วยหลักการของเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยเน้นการเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ป่วยและครอบครัวในการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันโรคและดูแลตนเอง โดยมีแพทย์และทีมสหสาขาวิชาชีพเป็นผู้ให้การสนับสนุน นอกเหนือจากการได้รับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบัน รวมถึงการสร้างทีมบริการสุขภาพที่มีประสิทธิภาพ และสามารถใช้ประโยชน์จากสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและสังคมของผู้ป่วยมาประยุกต์ใช้ให้เกิดประโยชน์สูงสุด ต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและการจัดการปัญหาของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป (ศูนย์จัดการความรู้และพัฒนาวิชาการเวชศาสตร์วิถีชีวิต, 2567)

อย่างไรก็ดี LM ยังถือเป็นแนวทางใหม่ในประเทศไทย จึงยังมีการศึกษาวิจัยค่อนข้างน้อย ดังนั้นผู้เขียนจึงได้ทบทวนองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับ LM เพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานสำหรับบุคลากรที่เกี่ยวข้องและเป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ที่มีความสนใจใน LM เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs หรือสามารถลดภาวะแทรกซ้อน นำไปสู่การมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## ความหมายของเวชศาสตร์วิถีชีวิต (The definition of Lifestyle Medicine)

*เวชศาสตร์วิถีชีวิต* หมายถึง เวชปฏิบัติที่อยู่บนพื้นฐานของการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการช่วยบุคคลและชุมชนด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตอย่างครอบคลุม โดยรวมถึงอาหารและโภชนาการ การมีกิจกรรมทางกาย การจัดการความเครียด การให้การสนับสนุนทางสังคม และการสัมผัสกับสิ่งแวดล้อม เพื่อช่วยป้องกันโรค รักษา หรือช่วยให้ระยะของโรคเรื้อรังกลับคืนสู่สภาวะปกติ โดยการระบุถึงสาเหตุที่แท้จริงที่เป็นสาเหตุของปัญหาสุขภาพ (ภูติห เตชาดิวัฒน์, 2566)

*เวชศาสตร์วิถีชีวิต* หมายถึง เวชปฏิบัติหรือสาขาการแพทย์ที่ใช้วิถีชีวิตเป็นวิธีหลักในการรักษาและป้องกันโรค NCDs โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและวิถีชีวิตเพื่อลดความเสี่ยงของโรคและ/หรือใช้เป็นการรักษาเพิ่มเติม โดยมีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่มีความสอดคล้องในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคอย่างมีประสิทธิภาพ นำไปสู่การทำให้ร่างกายและจิตใจมีสุขภาพดีต่อไป (American College of Lifestyle Medicine (ACLM), 2023)

*เวชศาสตร์วิถีชีวิต* หมายถึง ศาสตร์ที่เกิดขึ้นและออกแบบมาเพื่อแก้ไขปัญหาโรค NCDs ที่มีสาเหตุมาจากวิถีชีวิตและสิ่งแวดล้อม และเนื่องด้วยเป็นวิทยาการที่เกิดขึ้นใหม่ จึงมีการปรับปรุงและพัฒนาทักษะขั้นตอนและกระบวนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ (Ewy, G.A., 2013)

**เวชศาสตร์วิถีชีวิต** หมายถึง การแพทย์ที่เน้นการจัดการที่ต้นเหตุของโรคที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต โดยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการใช้ชีวิตของคนไข้ ด้วยแนวทางที่อยู่บนพื้นฐานของหลักฐานทางการแพทย์และวิทยาศาสตร์ เพื่อป้องกันและรักษาโรค ทั้งนี้ LM ไม่ได้มุ่งแค่รักษาโรคหรือควบคุมโรคที่เรื้อรังเท่านั้น ในบางกรณีอาจทำให้โรคเรื้อรังที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ชีวิตย้อนกลับไปสู่ภาวะปกติได้ โดยอาจไม่ต้องพึ่งการใช้ยา (ACLM, 2020)

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น จึงสรุปได้ว่าเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) เป็นศาสตร์การแพทย์ที่มุ่งเน้นการรักษาและฟื้นฟู รวมถึงป้องกันโรค NCDs โดยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรม รวมถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อสุขภาพ ได้แก่ อาหารและโภชนาการ กิจกรรมทางกายและการออกกำลังกาย การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสิ่งเสพติด การมีความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก และการนอนหลับที่เพียงพอ

### หลักการสำคัญของเวชศาสตร์วิถีชีวิต (The pillar of Lifestyle Medicine)

LM เป็นแนวทางในการดูแลสุขภาพแบบบูรณาการที่เน้นการป้องกันโรค โดยรวมเอาความรู้ด้านการแพทย์ การให้บริการด้านสุขภาพ นโยบายสาธารณสุขและปัจจัยที่เกี่ยวกับสภาพแวดล้อม มุ่งเน้นการสร้างความรู้ ความเข้าใจ การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมที่ผู้ป่วยสามารถวางแผนได้ด้วยตนเอง โดยมีหลักสำคัญ 6 เสาหลัก ได้แก่

1. **การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ (Nutrition)** เน้นอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ครบถ้วน มีความหลากหลาย สมดุล เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยเน้นอาหารที่มีพืชเป็นส่วนประกอบหลัก
2. **การออกกำลังกายเป็นประจำ (Exercise)** การส่งเสริมให้บุคคลมีส่วนร่วมในกิจกรรมการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ รวมถึงการมีกิจกรรมทางกายอย่างเหมาะสม ซึ่งปรับให้เหมาะสมกับความสามารถและความชอบของแต่ละคน
3. **การนอนหลับที่เพียงพอ (Sleep)** ส่งเสริมความสำคัญของการนอนหลับที่มีคุณภาพและสร้างนิสัยการนอนที่ดีต่อสุขภาพเพื่อสนับสนุนความเป็นอยู่ที่ดีโดยรวม
4. **การจัดการความเครียด (Stress)** แนะนำเทคนิคการลดความเครียดและส่งเสริมกลไกการเผชิญปัญหาที่ดี เพื่อจัดการกับความเครียดอย่างมีประสิทธิภาพ
5. **การหลีกเลี่ยงบุหรี่และแอลกอฮอล์ (Substance Abuse)** โดยให้ความรู้แก่บุคคลเกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์มากเกินไป และให้การสนับสนุนการเลิกบุหรี่และการดื่มแอลกอฮอล์
6. **ความสัมพันธ์ทางสังคมเชิงบวก (Relationships)** มีการพึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน มีความผูกพันใกล้ชิดกับผู้อื่น รู้สึกเป็นที่รัก ห่วงใย เห็นคุณค่า การชื่นชม และมีการสนับสนุนทางอารมณ์เมื่อรู้สึกท้อแท้

### ประโยชน์และผลกระทบของเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Benefits and Impacts of Lifestyle Medicine)

เวชศาสตร์วิถีชีวิต มีประโยชน์หลายประการดังนี้ (ภูติทิ เตชาดิวัฒน์, 2566)

1. ช่วยเพิ่มผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs
2. ป้องกันโรค NCDs โดยเน้นไปที่ปัจจัยในการดำเนินชีวิต เช่น การรับประทานอาหารเพื่อสุขภาพ การออกกำลังกาย การจัดการความเครียด และการนอนหลับให้เพียงพอ
3. ลดค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล โดยการป้องกันโรค NCDs และลดความจำเป็นในการเข้ารับการรักษาทางการแพทย์ที่มีราคาสูง
4. ทำให้ผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยดีขึ้น ด้วยการระบุสาเหตุของปัญหาสุขภาพ และสามารถเพิ่มผลลัพธ์สุขภาพของผู้ป่วยและเพิ่มคุณภาพชีวิตโดยรวมได้
5. สร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการ ส่งเสริมให้เกิดวิธีการดูแลแบบเน้นการสร้าง

ความร่วมมือ โดยมีผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางซึ่งสามารถทำให้เกิดการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างผู้ป่วยและผู้ให้บริการด้านสุขภาพได้

6. สนับสนุน Well-being ของผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพ แนวทางของเวชศาสตร์วิถีชีวิตเป็นประโยชน์ต่อผู้ให้บริการด้านการดูแลสุขภาพด้วยการส่งเสริมการดูแลตนเองและลดความเครียด สนับสนุนสุขภาพภาคประชาชน โดยการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและป้องกันโรคเรื้อรัง

### แนวปฏิบัติและการให้บริการในเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Practical Approaches in Lifestyle Medicine)

การให้บริการ LM เป็นการให้บริการแบบบูรณาการและมีการประเมินในหลายๆ ด้าน ได้แก่

1. **การประเมินสุขภาพ** เป็นการประเมินประวัติทางการแพทย์ของผู้ป่วยอย่างละเอียด การตรวจร่างกาย และการทดสอบในห้องปฏิบัติการ เพื่อระบุสถานะสุขภาพปัจจุบันของผู้ป่วยและระบุปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs โดยอุปกรณ์ห้องปฏิบัติการพื้นฐานและวัตถุประสงค์ในการวัด แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 อุปกรณ์ห้องปฏิบัติการพื้นฐานในการให้บริการในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต

| ลำดับ | อุปกรณ์                                                       | การวัด/ประเมิน                                      |
|-------|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| 1     | เครื่องวัดความดันโลหิต (Blood pressure monitor)               | วัดความดันโลหิตของผู้ป่วย                           |
| 2     | เครื่องชั่งน้ำหนัก (Weight scale)                             | วัดน้ำหนักตัวของผู้ป่วยและติดตามการเปลี่ยนแปลง      |
| 3     | เครื่องวัดส่วนสูง (Height measurement)                        | วัดส่วนสูงของผู้ป่วยสำหรับการคำนวณดัชนีมวลกาย (BMI) |
| 4     | เครื่องวิเคราะห์องค์ประกอบร่างกาย (Body composition analyzer) | ประเมินเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายและมวลกล้ามเนื้อ    |

สำหรับการประเมินสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อระบุสถานะสุขภาพปัจจุบันของผู้ป่วยและระบุปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค NCDs (ภูดิท เตชาติวัฒน์, 2566) แสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การตรวจประเมินสุขภาพในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต

| ลำดับ | การตรวจประเมินสุขภาพ                                                                                                                                                                                                                                                                          | การวัด/ประเมิน                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|-------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | <b>Blood Tests</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Lipid profile</li> <li>- Blood glucose test</li> <li>- Hemoglobin A1c (HbA1c)</li> <li>- Complete blood count (CBC)</li> <li>- Liver function tests</li> <li>- Kidney function tests</li> <li>- Thyroid function tests</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินระดับคอเลสเตอรอลและการเผาผลาญไขมัน</li> <li>- ประเมินระดับน้ำตาลในเลือดสำหรับการตรวจคัดกรองและการจัดการโรคเบาหวาน</li> <li>- ประเมินระดับน้ำตาลในระยะยาวในการจัดการโรคเบาหวาน</li> <li>- ประเมินสุขภาพโดยรวม รวมทั้งจำนวนเม็ดเลือดแดงและเม็ดเลือดขาว</li> <li>- ประเมินสุขภาพและการทำงานของตับ</li> <li>- ประเมินสุขภาพและการทำงานของไต</li> <li>- ประเมินระดับฮอร์โมนไทรอยด์</li> </ul> |

| ลำดับ | การตรวจประเมินสุขภาพ                                                                                                                                                                | การวัด/ประเมิน                                                                                                                                                                                |
|-------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 2     | <b>Metabolic and Hormone Assessments</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fasting insulin</li> <li>- Fasting glucose-to-insulin ratio</li> <li>- Fasting insulin</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินภาวะดื้อต่ออินซูลินและความเสี่ยงของภาวะเมตาบอลิซึม (การเผาผลาญ)</li> <li>- ประเมินความไวของอินซูลิน</li> <li>- ประเมินระดับฮอร์โมน</li> </ul> |
| 3     | <b>Cardiovascular Assessments</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Electrocardiogram (ECG or EKG)</li> <li>- Stress test (Treadmill test)</li> </ul>                        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินสุขภาพหัวใจและตรวจหาความผิดปกติ</li> <li>- ประเมินการทำงานของหัวใจในระหว่างการออกกำลังกาย</li> </ul>                                          |
| 4     | <b>Pulmonary function testing</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Spirometer</li> </ul>                                                                                    | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินการทำงานของปอดและวินิจฉัยภาวะทางเดินหายใจ</li> </ul>                                                                                          |
| 5     | <b>Physical Activity and Fitness Monitoring</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Physical activity trackers</li> </ul>                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ตรวจสอบระดับกิจกรรมประจำวันของผู้ป่วยและกระตุ้นการออกกำลังกาย</li> </ul>                                                                             |
| 6     | <b>Sleep Assessment</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sleep study equipment</li> </ul>                                                                                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- วินิจฉัยความผิดปกติของการนอน เช่น ภาวะหยุดหายใจขณะหลับ</li> </ul>                                                                                    |
| 7     | <b>Stress and Relaxation Assessment</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Biofeedback equipment</li> <li>- Heart rate variability (HRV) monitor</li> </ul>                   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- วัดและจัดการระดับความเครียด</li> <li>- ประเมินความสมดุลของระบบประสาทอัตโนมัติและการตอบสนองต่อความเครียด</li> </ul>                                   |
| 8     | <b>Health Monitoring Technology</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mobile health apps and devices</li> </ul>                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- สำหรับติดตามโภชนาการ กิจกรรมทางกาย การนอนหลับ และข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอื่น ๆ</li> </ul>                                                       |
| 9     | <b>Health Questionnaires and Surveys</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Standardized health questionnaires</li> </ul>                                                     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินพฤติกรรมการใช้ชีวิต สุขภาพจิตและประเด็นด้านสุขภาพอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง</li> </ul>                                                              |

## 2. การให้คำปรึกษา นอกจากการประเมินสุขภาพร่างกายแล้ว การให้คำปรึกษาที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วย

หรือผู้รับบริการในประเด็นปัญหาสุขภาพต่าง ๆ เป็นการให้บริการที่สำคัญของคลินิก LM โดยรายละเอียดแสดงดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การให้คำปรึกษาในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต

| ลำดับ | ประเด็นการให้คำปรึกษา             | คำอธิบาย                                                                                                                                    |
|-------|-----------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | อาหารและโภชนาการ                  | การประเมินภาวะโภชนาการ พฤติกรรมบริโภคอาหารและภาวะโภชนาการของผู้ป่วย และให้คำแนะนำสำหรับการเปลี่ยนแปลงอาหารเพื่อส่งเสริมสุขภาพที่ดีที่สุด    |
| 2     | การออกกำลังกาย                    | คำแนะนำเกี่ยวกับโปรแกรมการออกกำลังกายที่ปลอดภัยและมีประสิทธิภาพเพื่อปรับปรุงสมรรถภาพกายและสุขภาพ                                            |
| 3     | การจัดการความเครียด               | เทคนิคและวิธีการในการลดความเครียดและการจัดการอาการที่เกี่ยวข้องกับความเครียด เช่น การนอนไม่หลับ ความเหนื่อยล้า และอาการหงุดหงิด เป็นต้น     |
| 4     | การเลิกบุหรี่และแอลกอฮอล์         | การให้คำปรึกษาและให้ความช่วยเหลือในการเลิกบุหรี่หรือการใช้ผลิตภัณฑ์ยาสูบอื่น ๆ รวมถึงการลด ละ เลิก การดื่มแอลกอฮอล์ในระดับที่อันตราย        |
| 5     | การนอนหลับ                        | การประเมินคุณภาพการนอนหลับ การตรวจการนอนหลับ รวมถึงการให้คำแนะนำเรื่องการสุขภาพการนอนหลับที่ดี สามารถจัดการกับภาวะนอนไม่หลับได้อย่างเหมาะสม |
| 6     | การจัดการโรคเรื้อรัง              | การสนับสนุนและให้คำแนะนำในการจัดการภาวะเรื้อรัง เช่น โรคหัวใจ เบาหวาน และโรคอ้วน เป็นต้น                                                    |
| 7     | การสนับสนุนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม | การสัมภาษณ์เพื่อสร้างแรงจูงใจ และเทคนิคอื่น ๆ เพื่อสนับสนุนให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตอย่างยั่งยืน                                       |

#### บทบาทของบุคลากรในการให้บริการ LM

สำหรับการให้บริการผู้ป่วยหรือผู้รับบริการในคลินิก LM ผู้ให้บริการประกอบด้วย แพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิตและทีมสหวิชาชีพ โดยมีบทบาทในการให้บริการเวชศาสตร์วิถีชีวิต แสดงดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 บทบาทและหน้าที่ของบุคลากรในคลินิกเวชศาสตร์วิถีชีวิต

| ลำดับ | ประเด็นการให้คำปรึกษา   | บทบาท/หน้าที่                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-------|-------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1     | แพทย์เวชศาสตร์วิถีชีวิต | <p>-ประเมินผู้ป่วย: ด้านนิสัยการใช้ชีวิตของผู้ป่วย เช่น อาหาร กิจกรรมทางกาย การนอนหลับ ระดับความเครียด และความสัมพันธ์ทางสังคม</p> <p>-การให้ความรู้และการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับผลกระทบของการเลือกใช้ชีวิตที่มีต่อสุขภาพ และให้คำปรึกษาส่วนบุคคลเพื่อช่วยให้พวกเขาเลือกวิถีชีวิตต่อสุขภาพมากขึ้น</p> |

| ลำดับ | ประเด็นการให้คำปรึกษา                                                                                                                 | บทบาท/หน้าที่                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       |                                                                                                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>-การพัฒนาแผนการรักษา: สร้างแผนการรักษาเฉพาะบุคคลที่เน้นการเปลี่ยนแปลงการใช้ชีวิต</li> <li>-การติดตามความก้าวหน้าของผู้ป่วยเป็นประจำและปรับแผนการรักษาตามความจำเป็นเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ดีที่สุด</li> <li>-การส่งเสริมการดูแลเชิงป้องกัน: สนับสนุนมาตรการการดูแลเชิงป้องกันและโครงการสุขภาพชุมชนที่สนับสนุนการมีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ</li> <li>-การวิจัยและการสนับสนุน: มีส่วนร่วมในการวิจัยเพื่อพัฒนาสาขา LM และสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงนโยบายที่ส่งเสริมสุขภาพสาธารณะ</li> </ul> |
| 2     | พยาบาลเวชปฏิบัติ หรือ พยาบาลวิชาชีพ<br>(Nurse Practitioner or Registered Nurse)                                                       | <ul style="list-style-type: none"> <li>-ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง โดยการรักษาด้วยการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต รวมถึงประเมินสุขภาพและติดตามสถานะสุขภาพของผู้ป่วย รวมถึงสัญญาณชีพ การรับประทานยาที่สม่ำเสมอและพฤติกรรมการใช้ชีวิตของผู้ป่วย</li> <li>-สร้างความร่วมมือกับทีมเวชศาสตร์วิถีชีวิตและช่วยเหลือในการประสานงานการดูแลผู้ป่วย</li> </ul>                                                                                                                                         |
| 3     | นักกำหนดอาหาร หรือ นักโภชนาการ<br>(Registered Dietitian or Nutritionist)                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินและให้คำปรึกษาด้านโภชนาการ เพื่อวางแผนการบริโภคอาหารที่เหมาะสม รายบุคคล</li> <li>- ให้ความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหารเพื่อการมีสุขภาพดีและการควบคุมสัดส่วนของอาหาร</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 4     | ผู้เชี่ยวชาญด้านการออกกำลังกายหรือนักกายภาพบำบัด<br>(Exercise Specialist or Physiotherapist)                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ออกแบบโปรแกรมการออกกำลังกายที่ปลอดภัย มีประสิทธิภาพ ซึ่งปรับให้เหมาะสมกับสภาวะสุขภาพ ระดับการออกกำลังกาย และเป้าหมายของผู้ป่วยแต่ละราย</li> <li>- ปรับแผนการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับผู้ป่วย</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 5     | ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต<br>(นักจิตวิทยา ที่ปรึกษา หรือนักบำบัด)<br>(Mental Health Specialist, Psychologic, Counselor, or Therapist) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- ประเมินพฤติกรรมสุขภาพและให้การสนับสนุน ให้คำปรึกษาเพื่อจัดการความเครียด ความวิตกกังวล อาการซึมเศร้า และปัญหาสุขภาพจิตอื่น ๆ</li> <li>- สร้างแรงบันดาลใจและเทคนิคการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเพื่อสนับสนุนผู้ป่วยในการตอบรับและรักษานิยามการมีวิถีชีวิตที่ดีต่อสุขภาพ</li> </ul>                                                                                                                                                                                                             |
| 6     | โค้ชสุขภาพ (Health Coach)                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- โค้ชด้านสุขภาพและการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยเพื่อให้การสนับสนุนการให้กำลังใจ และความรับผิดชอบอย่างต่อเนื่องสำหรับผู้ป่วยที่อยู่ระหว่างการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต</li> <li>- อำนวยความสะดวกในการกำหนดเป้าหมาย การวางแผนปฏิบัติการ และการแก้ปัญหาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี</li> </ul>                                                                                                                                                                     |



| ลำดับ | ประเด็นการให้คำปรึกษา                    | บทบาท/หน้าที่                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-------|------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|       |                                          | - กระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและส่งเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเอง                                                                                                                                                                                                              |
| 7     | นักสังคมสงเคราะห์ (Social Worker)        | - ประเมินความต้องการทางสังคมของผู้ป่วยและประสานเชื่อมโยงให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงทรัพยากรและภาคีเครือข่ายชุมชนและบริการสนับสนุนในชุมชน<br>- ส่งเสริมความเป็นธรรมด้านสุขภาพ                                                                                                                  |
| 8     | นักสุขภาพศึกษา (Health Educator)         | - ให้สุขภาพศึกษาและพัฒนาสื่อการเรียนรู้เพื่อแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับหลักการของเวชศาสตร์วิถีชีวิตและแนวทางปฏิบัติในการดำเนินชีวิตที่ก่อให้เกิดการมีสุขภาพดี<br>- ถ่ายทอดองค์ความรู้ กลยุทธ์การสื่อสารด้านสุขภาพให้ชัดเจนและเข้าถึงได้                                                         |
| 9     | นักกิจกรรมบำบัด (Occupational Therapist) | - ประเมินความสามารถในการทำงานของผู้ป่วย และจัดให้มีการปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมประจำวันที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี<br>- สร้างความร่วมมือกับผู้ป่วยเพื่อพัฒนากลยุทธ์ในการบูรณาการสร้างลักษณะนิสัยที่ดีต่อสุขภาพให้เข้าไปอยู่ในกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วย |

### บทบาทของเทคโนโลยีในเวชศาสตร์วิถีชีวิต (Technology in Lifestyle Medicine)

LM เป็นสาขาวิชาการใหม่ ที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตและพฤติกรรมเพื่อป้องกันและรักษาโรคเรื้อรัง เช่น โรคอ้วน โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ เป็นต้น นอกจากการได้รับคำแนะนำและการวางแผนจากแพทย์และทีมสหวิชาชีพแล้ว เทคโนโลยียังมีบทบาทสำคัญในการพัฒนาและปรับปรุงการดูแลผู้ป่วย โดยเสริมสร้างความแม่นยำและความสามารถในการให้คำปรึกษาเฉพาะบุคคล เพื่อกำกับติดตาม และสามารถรายงานสถานะสุขภาพได้ การรวมเทคโนโลยีต่าง ๆ เช่น ปัญญาประดิษฐ์ (AI), เทคโนโลยีสวมใส่, และบริการการแพทย์ทางไกล เข้ามาใช้ใน LM เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพและการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ (ACLM, 2020)

1. *ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI)* AI ได้ปฏิวัติการแพทย์และมีบทบาทใน LM โดยให้การดูแลสุขภาพเฉพาะบุคคล เครื่องมือที่ขับเคลื่อนด้วย AI สามารถวิเคราะห์ข้อมูลจำนวนมากจากประวัติผู้ป่วย พฤติกรรม วิถีชีวิตและอุปกรณ์สวมใส่เพื่อสร้างคำแนะนำด้านสุขภาพที่ปรับให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคล เช่น แผนการบริโภคอาหารและการออกกำลังกาย, เทคนิคการจัดการความเครียด และการตรวจหาโรคเรื้อรังในระยะเริ่มต้น นอกจากนี้ AI ยังสามารถให้แผนการดูแลเฉพาะบุคคล ช่วยปรับปรุงผลลัพธ์ของผู้ป่วยและส่งผลกระทบต่อเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตได้เป็นอย่างดี

2. *เทคโนโลยีสวมใส่ (Wearable Technologies)* อุปกรณ์สวมใส่ เช่น สมาร์ทวอตช์ และฟิตเนสแทรกเกอร์ สามารถตรวจวัดตัวชี้วัดด้านสุขภาพต่าง ๆ ได้ เช่น การเคลื่อนไหวทางกาย, อัตราการเต้นของหัวใจ, รูปแบบการนอน, และอื่น ๆ ซึ่งอุปกรณ์เหล่านี้ให้ข้อมูลตอบกลับแบบเป็นปัจจุบัน (Real Time) ทำให้การบริการสุขภาพสามารถติดตามความก้าวหน้าและปรับแผนการรักษาตามความจำเป็น



3. บริการการแพทย์ทางไกลและแพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัล (Telehealth and Digital Health Platforms) การให้บริการการแพทย์ทางไกลได้นำมาใช้ในเวชศาสตร์วิถีชีวิต โดยได้มีการให้บริการปรึกษาผ่านทางไกลและกำกับติดตามผู้ป่วย รวมถึงสนับสนุนผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้ แพลตฟอร์มสุขภาพดิจิทัลมีแหล่งข้อมูลการศึกษา การโค้ชเสมือน และเครื่องมือในการติดตามพฤติกรรมสุขภาพ ซึ่งเทคโนโลยีเหล่านี้มีส่วนช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับวิถีชีวิตของตนเองได้

4. เทคโนโลยีเส้นทางการดูแลอัตโนมัติ (Automated Care Path Technology) เทคโนโลยีนี้ใช้ขั้นตอนวิธีในการสร้างเส้นทางการดูแลเฉพาะบุคคลตามความต้องการ ความเชื่อ และนิสัยของผู้ป่วย เส้นทางการดูแลอัตโนมัติช่วยให้การให้คำแนะนำด้านวิถีชีวิตแบบเฉพาะบุคคลมีความยืดหยุ่นและคุ้มค่า ทำให้ผู้ป่วยได้รับการสนับสนุนที่จำเป็นในการบรรลุเป้าหมายด้านสุขภาพได้

5. การโค้ชสุขภาพและเทคโนโลยีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Health Coaching and Behavior Change Technology) แพลตฟอร์มการโค้ชดิจิทัลและเครื่องมือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ขับเคลื่อนด้วย AI สนับสนุนผู้ป่วยในการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตได้อย่างยั่งยืน โดยเทคโนโลยีเหล่านี้สามารถให้คำแนะนำรายบุคคลติดตามความก้าวหน้า และให้การสนับสนุนที่จำเป็น ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญสำหรับความสำเร็จในระยะยาวใน LM

### ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยในอนาคต (Future Directions for Research in Lifestyle Medicine)

LM เป็นสาขาวิชาการใหม่ที่มีศักยภาพในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันและรักษาโรค NCDs การผสมผสานเทคโนโลยีเข้ากับการดูแลสุขภาพ มีบทบาทสำคัญในการเพิ่มประสิทธิภาพและผลลัพธ์ของการรักษา ดังนั้นการศึกษาวิจัยในอนาคตควรมุ่งเน้นที่การปรับปรุงและพัฒนาแนวทางเหล่านี้ เพื่อการดูแลสุขภาพที่มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้

1. การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเฉพาะบุคคลและการแพทย์เฉพาะทาง (Personalization and Precision Health) การศึกษาในอนาคตควรมุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตโดยใช้ข้อมูลจากพันธุกรรม อีพิจีเนติกส์ และไมโครไบโอม เพื่อวางแผนการรักษาที่เหมาะสมกับแต่ละบุคคล (Sagner et al., 2014)

2. การบูรณาการเทคโนโลยีขั้นสูง (Integration of Advance Technologies) ควรมีการสำรวจประสิทธิภาพของการใช้เทคโนโลยีขั้นสูง เช่น ปัญญาประดิษฐ์ (Artificial Intelligence: AI) การเรียนรู้ของเครื่อง, และอุปกรณ์สวมใส่ในการตรวจสอบและปรับปรุงการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อผลลัพธ์ที่ดีขึ้น (Kohl et al., 2019)

3. การศึกษาระยะยาว (Longitudinal Studies) ควรมีการศึกษาระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนและประสิทธิผลของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในระยะยาว รวมถึงการศึกษาผลกระทบต่อกลุ่มอายุและประชากรหลากหลายเพื่อเข้าใจผลลัพธ์ด้านสุขภาพในระยะยาว (Ornish et al., 2013)

4. กลไกการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Behavioral Change Mechanisms) ควรมีการศึกษาเพื่อสำรวจกลไกทางจิตวิทยาและสังคมที่ขับเคลื่อนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เพื่อออกแบบแนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและระบบสนับสนุนที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น

5. การวิเคราะห์ความคุ้มค่าของต้นทุน (Cost-effectiveness Analysis) การศึกษาเพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต เมื่อเปรียบเทียบกับการรักษาทางการแพทย์แบบดั้งเดิม เพื่อสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงนโยบายด้านสุขภาพและการจัดสรรทรัพยากร (Devries et al., 2017)

6. การใช้ชุมชนเป็นฐานในการศึกษา (Community – Based Interventions) ควรมีการศึกษาและ

ประเมินผลกระทบของโปรแกรมเวชศาสตร์วิถีชีวิตที่ดำเนินการในชุมชน เพื่อได้ข้อมูลเชิงลึกเกี่ยวกับวิธีการขยายและปรับเปลี่ยนโปรแกรมเหล่านี้ให้เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมและเศรษฐกิจที่หลากหลาย (Campbell et al., 2004)

### บทสรุป (Conclusion)

เวชศาสตร์วิถีชีวิต (Lifestyle Medicine) เป็นสาขาการแพทย์ที่มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต ที่ได้รับการยืนยันทางวิทยาศาสตร์หรือมีหลักฐานเชิงประจักษ์ (Evidence based) เพื่อป้องกันและรักษาโรค NCDs โดยการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตาม 6 เสาหลักของเวชศาสตร์วิถีชีวิต ได้แก่ การกินอาหารที่เน้นพืชเป็นหลัก การออกกำลังกาย การนอนหลับที่ดี การจัดการความเครียด การหลีกเลี่ยงสารเสพติด และการสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมที่ดี ทั้งนี้การวิจัยในอนาคตควรมุ่งเน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เฉพาะบุคคล การใช้เทคโนโลยีขั้นสูง การศึกษาระยะยาว การวิเคราะห์ความคุ้มค่า และการใช้ชุมชนเป็นฐานในการประยุกต์ใช้หลักเวชศาสตร์วิถีชีวิต เพื่อนำไปสู่การดูแลสุขภาพที่ยั่งยืนและมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้ LM ควรมีการเชื่อมโยงกับแนวคิดใหม่ๆ ในวงการแพทย์ เช่น การใช้ AI ในการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล เพิ่มเติมนการศึกษาในระดับนานาชาติ เพื่อทำความเข้าใจผลกระทบของการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตในบริบททางวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน พร้อมทั้งเพิ่มการฝึกอบรมและพัฒนาผู้เชี่ยวชาญในสาขาเวชศาสตร์วิถีชีวิต เพื่อให้สามารถนำแนวทางเหล่านี้ไปใช้ในการปฏิบัติทางการแพทย์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

### เอกสารอ้างอิง

- ภูติพิ เตชาดิวัฒน์. (2566), *เวชศาสตร์วิถีชีวิต: หลักการ แนวคิด และบทบาทของทีมนสหวิชาชีพ*. ในเอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการระยะสั้นด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิตสำหรับสหสาขาวิชาชีพ, Pre-conference "Workshop on Lifestyle Medicine for Multi-disciplinary team" (วันที่ 18-22 กันยายน 2566, กรุงเทพมหานคร, ประเทศไทย)
- ศูนย์จัดการความรู้และพัฒนาวิชาการเวชศาสตร์วิถีชีวิต.(2567). *หลักสูตรนักรับบริหารระดับสูงด้านเวชศาสตร์วิถีชีวิต รุ่นที่ 8 ประจำปี 2567 ระหว่างวันที่ 14 มีนาคม – 18 พฤษภาคม 2567*.
- Ewy, G. A. (2013). *The future of lifestyle medicine*. *American Journal of Lifestyle Medicine*, 7(4), 263-268.
- Kerz, M., & Showrank, J. (2023). *From treatment to prevention: The evolution of digital healthcare*. *Nature*. <https://www.nature.com/articles/d41586-023-00289-1>
- American College of Lifestyle Medicine. (2023). *Technology in lifestyle medicine*. Retrieved from <https://www.lifestylemedicine.org/>
- Jones, D. S., & Shubrook, J. H. (2023). *Lifestyle medicine: A manual for clinical practice*. Springer.
- Ripley, W. (2022). *AI in healthcare: Transforming lifestyle medicine*. *Journal of Digital Health*, 14(3), 45-62.
- Smith, A. B. (2021). *Wearable technology in lifestyle medicine: Tracking and improving health*. *International Journal of Health Sciences*, 15(2), 233-245.
- Roberts, T. L. (2020). *Telehealth: The future of healthcare delivery in lifestyle medicine*. *Journal of Telemedicine and Telecare*, 12(4), 150-159.

- Campbell, M. K., et al. (2004). *Community-based health promotion and wellness programs*. Journal of Public Health Management and Practice, 10(1), 35-45.
- Devries, S., et al. (2017). *A cost analysis of a plant-based cardiometabolic risk reduction program*. American Journal of Lifestyle Medicine, 11(3), 256-266.
- Kohl, M., et al. (2019). *Wearable technology and digital health: Applications in lifestyle medicine*. American Journal of Lifestyle Medicine, 13(5), 413-420.
- Ornish, D., et al. (2013). *Intensive lifestyle changes for reversal of coronary heart disease*. JAMA Internal Medicine, 173(4), 357-367.
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). *The transtheoretical model of health behavior change*. American Journal of Health Promotion, 12(1), 38-48.
- Sagner, M., et al. (2014). *Lifestyle medicine: Implementation of a theory-driven, evidence-based approach*. Journal of Evidence-Based Complementary & Alternative Medicine, 19(1), 36-47

## ผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลสามร้อยยอด อำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์

พิชชากร จันทร์กลิ่น

### บทคัดย่อ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) โดยใช้แบบการวิจัยแบบ 2 กลุ่ม (Posttest-only design with nonequivalent groups) เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการ และเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระยะสุดท้ายระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ วัดผลครั้งเดียวภายหลังได้รับการวางแผนจำหน่าย 2 สัปดาห์ เปรียบเทียบกันระหว่างก่อนและหลังการทดลอง ใช้สถิติ Independent t-test และ เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนน กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 30 คน โดยเป็นกลุ่มก่อนการทดลองและกลุ่มหลังการทดลอง กลุ่มละ 15 คน

ผลการศึกษาพบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลภาพรวม ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ กลุ่มก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.001$ ; 95%CI: -26.53 ถึง -19.61) ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.001$ ; 95%CI: -47.56 ถึง -26.57) เห็นได้ว่าการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วยนี้ สามารถเพิ่มความพึงพอใจในงานบริการและเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยได้

**คำสำคัญ :** การวางแผนการดูแลล่วงหน้า, ผู้ป่วยระยะสุดท้าย, ความพึงพอใจ, คุณภาพชีวิต

## Impact of advance care planning on the End-of-Life Care in the inpatient ward, Sam Roi Yod Hospital, Sam Roi Yod District, Prachuap Khiri Khan Province

Pitchakorn Janglin

### ABSTRACT

This research is a quasi-experimental research using a posttest-only design with nonequivalent groups to compare satisfaction with services. And compare the quality of life of terminally ill patients before and after using the integrated end-of-life care model. The results were measured once 2 weeks after the planned discharge. Compare before and after the experiment using Independent t-test statistics and compare the difference in mean scores. The sample group totaled 30 people, consisting of a pre-experiment group and a post-experiment group of 15 people each.

The results of the study found that average score of overall nursing service satisfaction between before and after using the integrated end-of-life care model The group before the experiment had different mean scores than after the experiment. Statistically significant (p-value 0.001; 95%CI: -26.53 to -19.61) mean post-discharge quality of life score for overall quality of life. Between before and after using the integrated end-of-life care model, it was found that the pre-experiment group had different mean scores than after the experiment. Statistically significant (p-value 0.001; 95%CI: -47.56 to -26.57) it can be seen that advance care planning affects care at the end of life in this ward. It can increase service satisfaction and improve the quality of life of patients.

**Keywords:** advance care planning, terminally ill patients, satisfaction, quality of life

## บทนำ

การดูแลรักษาแบบประคับประคอง (Palliative Care) เป็นวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคที่รักษาไม่หาย โดยให้การป้องกัน บรรเทาอาการ ตลอดจนการบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เป็นการดูแลแบบองค์รวมครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ อันได้แก่ กาย ใจ ปัญญา และสังคมของผู้ป่วย สถานการณ์ Palliative Care ทั่วโลก (World Health Organization, 2020) องค์การอนามัยโลกระบุตัวเลขผู้ป่วยที่ต้องการเข้ารับบริการแบบ Palliative care ทั่วโลก แบ่งเป็นประเภทของโรค ดังนี้ โรคหัวใจและหลอดเลือด ร้อยละ 38.5 โรคมะเร็งร้อยละ 34 โรคด้านระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 10.3 AIDS ร้อยละ 5 โรคเบาหวาน ร้อยละ 4.6 นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มโรคอื่นๆ ที่ต้องการการดูแลแบบ Palliative care ด้วยเช่นกัน อาทิ ไตวาย โรคตับเรื้อรัง โรคปอดอักเสบเรื้อรัง พาร์กินสัน โรคข้ออักเสบรูมาตอยด์ กลุ่มโรคความผิดปกติทางระบบประสาท สมองเสื่อม ความพิการแต่กำเนิด วัณโรคตี้อยา (World Health Organization, 2020)

ประเทศไทยมีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลแบบ Palliative care จำนวน 193,748, 200,015 และ 99,923 คน ตามลำดับ เขตสุขภาพที่ 5 มีผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลแบบ Palliative care จำนวน 7,627, 7,334 และ 9,000 คน ตามลำดับ โรงพยาบาลสามร้อยยอดมีผู้ป่วยโรคเรื้อรังและผู้สูงอายุจำนวนมากและเริ่มเข้าสู่ระยะท้ายของโรคเพิ่มขึ้น พบผู้ป่วย Palliative care ทั้งโรคมะเร็งและโรคเรื้อรัง ที่เข้ารับไว้รักษาในโรงพยาบาล จำนวน 114, 71 และ 60 คน ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข, 2566) ความพึงพอใจของผู้รับบริการในการเยี่ยมบ้าน ปี 2563-2566 จำนวนร้อยละ 86, 82, 90 และ 90 ตามลำดับ (Thai COC, 2566) จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ต้องการการดูแลแบบ Palliative care นั้นมีจำนวนเพิ่มขึ้นอีกทั้งยังพบว่ามีข้อจำกัดของการดูแลแบบ Palliative care คือข้อบังคับที่เข้มงวดในการใช้มอร์ฟีนและกลุ่มยาบรรเทาปวดอื่นๆ สำหรับบรรเทาอาการทรมานก่อนเสียชีวิต อุปสรรคสำคัญของการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative care คือความเข้าใจและการฝึกอบรมผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่แพทย์ แต่รวมถึงพยาบาล และอาสาสมัครทางการแพทย์ในชุมชน สาเหตุที่ทั่วโลกต้องการการดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative care มากขึ้น มาจากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง หรือ NCDs (noncommunicable diseases) ที่เพิ่มขึ้น และการเดินทางเข้าสู่สังคมสูงวัยของโลก การดูแลผู้ป่วยแบบ Palliative care จะช่วยลดจำนวนผู้ป่วยในโรงพยาบาล และการใช้บริการทางสาธารณสุขที่ไม่จำเป็น สำหรับการดูแลจะเน้นที่องค์รวมทุกมิติสุขภาพ ตั้งแต่ร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่การบรรเทาอาการทางร่างกายเพียงอย่างเดียว แต่จะครอบคลุมถึงความต้องการภายในของผู้ป่วย ตลอดจนความทุกข์ของญาติ ผู้ป่วยระหว่างการรักษา และช่วยเตรียมความพร้อมสำหรับการจากไปอย่างสงบในบ้านที่คุ้นเคยของคนไข้เอง แก่นสำคัญของ Palliative care ต้องยืนอยู่บนฐานของการเคารพในสิทธิมนุษยชนบนฐานสิทธิสุขภาพ (human right to health) และควรเป็นการจัดบริการทางสาธารณสุขผ่านความต้องการเฉพาะของแต่ละบุคคลด้วย (สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.), 2563)

ผู้ป่วยที่ระยะประคับประคองที่เข้ามานอนพักรักษาในโรงพยาบาลมีความจำเป็นต้องดูแลต่อเนื่อง และจะต้องได้รับการวางแผนการดูแลล่วงหน้าที่ดี เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้ส่วนใหญ่มีภาวะพึ่งพิงสูง ผู้สูงอายุ กลุ่มโรคมะเร็งผู้ป่วยที่ต้องการการดูแลระยะสุดท้ายมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ผลการดำเนินงานวางแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ผ่านมาพบปัญหาผู้ป่วยไม่ทราบข้อมูลเรื่องโรค แผนการรักษา การดำเนินการของโรคว่าอยู่ในระยะใดและการปกปิดข้อมูลจากญาติผู้ดูแล ทำให้ผู้ป่วยไม่ได้วางแผนการใช้ชีวิตที่เหลืออยู่

อย่างเหมาะสม รวมทั้งญาติ/ผู้ดูแลผู้ดูแลขาดความรู้และทักษะการดูแลที่ถูกต้อง ถ้าขาดการเตรียมตัวและการวางแผนที่ดีจะทำให้ผู้ดูแลขาดความมั่นใจและผู้ป่วยได้รับการจัดการที่ไม่เหมาะสม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและญาติ/ผู้ดูแล (การสรุปผลงาน LTC/Palliative care, 2565) นอกจากนี้การมีเวลาในการเตรียมการจำหน่ายยังทำให้ผู้ป่วยและญาติไม่มีความพร้อมในการจำหน่าย ส่งผลให้เกิดความไม่พึงพอใจต่อการบริการ ซึ่งคุณภาพการพยาบาลสามารถสะท้อนได้จากความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย (กองการพยาบาล สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2551) สอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่า การตอบสนองความต้องการของผู้รับบริการ การให้ความมั่นใจแก่ผู้รับบริการ และการเข้าถึงจิตใจของผู้รับบริการส่งผลให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการพยาบาลเพิ่มขึ้น (พัชรมน เชื้อนาคะ, 2560)

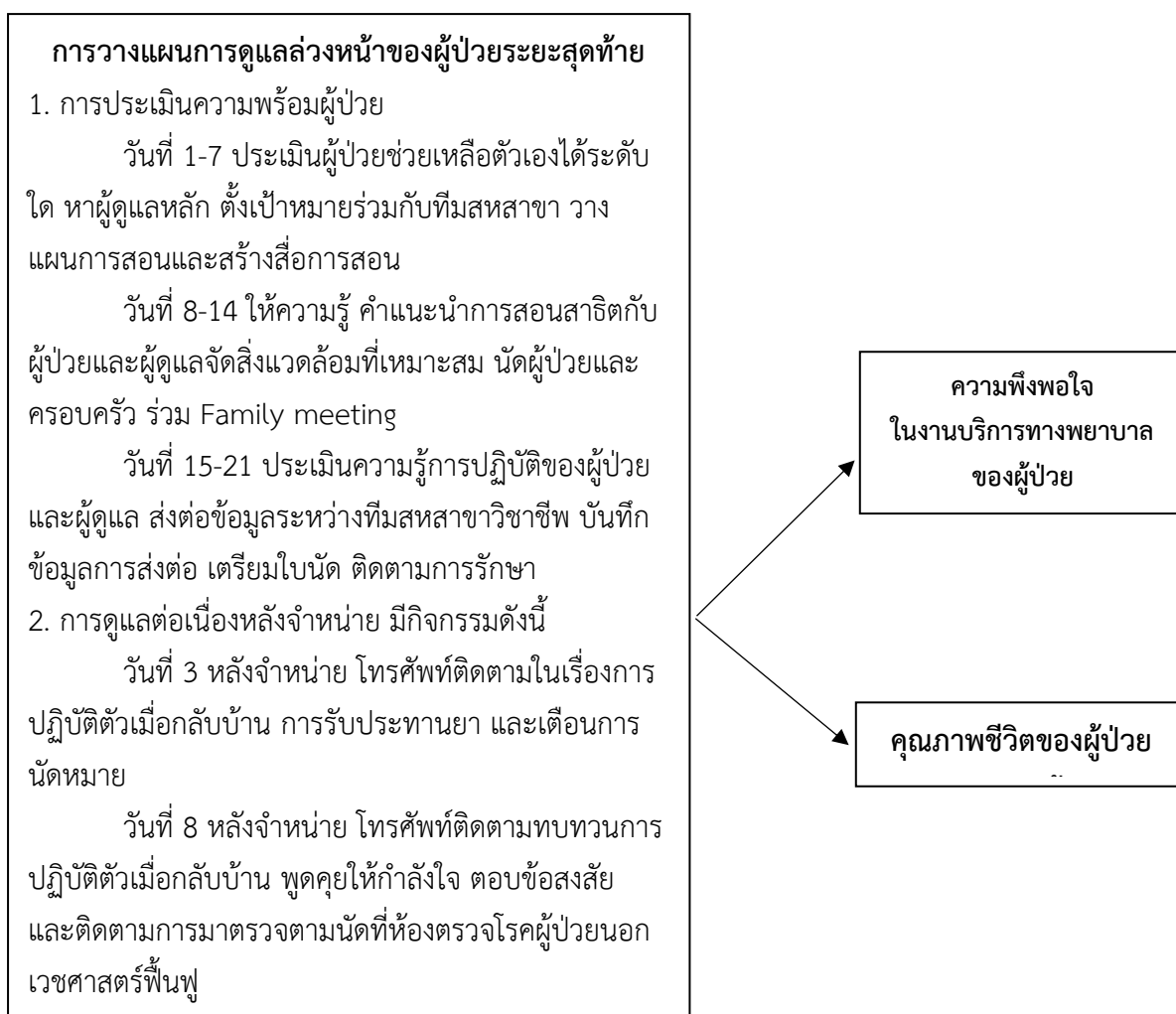
ผู้วิจัยมีหน้าที่ความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจึงมีความสนใจที่จะนำแนวคิดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่โรงพยาบาลสามร้อยยอดมาช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถตอบสนองความต้องการของผู้ใช้บริการได้อย่างครอบคลุมความเป็นองค์รวม ช่วยให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ และในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยต้องการศึกษาผลของการวางแผนการดูแลล่วงหน้าต่อการดูแลในวาระสุดท้ายของชีวิตในหอผู้ป่วย ด้านความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วย และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการพยาบาล และมุ่งหวังให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตที่บ้านได้ ข้อมูลที่ได้จะมีประโยชน์ในการนำไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งจะเป็นผลดีและมีประโยชน์ต่อทั้งผู้ให้และผู้รับบริการ และต่อการพัฒนาระบบคุณภาพบริการพยาบาลของโรงพยาบาลสามร้อยยอดต่อไป

### วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจในบริการของผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ
2. เพื่อเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ



## กรอบแนวคิด

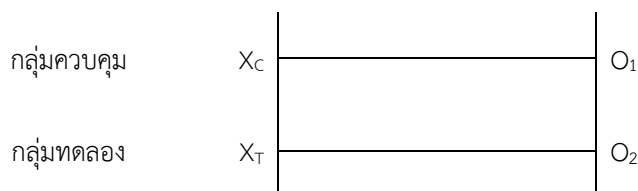


## แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีดำเนินการ

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) ซึ่งมีแผนการดำเนินการวิจัย ดังนี้

กลุ่มผู้ป่วย



โดยกำหนดให้

X<sub>C</sub>: โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายตามปกติ

X<sub>T</sub>: โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง

O<sub>1</sub>: ความพึงพอใจในบริการพยาบาล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการวางแผนจำหน่ายตามปกติ

O<sub>2</sub>: ความพึงพอใจในบริการพยาบาล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับการวางแผน

จำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วย

ผู้วิจัยเลือกพื้นที่ศึกษา คือ อำเภอสามร้อยยอด จังหวัดประจวบคีรีขันธ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มผู้ป่วยที่ถูกวินิจฉัยเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้าย อายุตั้งแต่ 20 ปี ที่ได้รับการรักษาเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลสามร้อยยอด คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยแบ่งเป็น 2 กลุ่มๆ ละ 15 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณลักษณะตามเกณฑ์เข้าเป็นกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง ทำการเก็บข้อมูลจนได้จำนวนทั้งสิ้น กลุ่มละ 15 คนจนสิ้นสุดการทดลอง และจับคู่ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในโรงพยาบาลสามร้อยยอด กลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองในหอผู้ป่วยในทั้งห้องพิเศษ และสามัญ เพื่อให้มีความคล้ายกันมากที่สุด โดยจับคู่กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศเดียวกัน อายุใกล้เคียงกัน ระดับการศึกษาใกล้เคียงกัน และระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันใกล้เคียงกัน

ผู้วิจัยทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) กำหนดอำนาจทดสอบ (Power of test) ที่ .80 ขนาดอิทธิพล (effect size) ที่ .60 ซึ่งถือเป็นขนาดอิทธิพลระดับกลาง เพื่อลดการเกิด Type I และ Type II Error (Burns & Grove, 2005) และกำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่จะต้องใช้ในการศึกษา คือ กลุ่มละ 15 ราย โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 ราย กลุ่มทดลอง 15 ราย รวมกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น จำนวน 30 ราย แบ่งขั้นตอนการดำเนินการทดลองเป็น 3 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนเตรียมการก่อนทดลอง ขั้นตอนดำเนินการทดลอง และขั้นเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาประกอบด้วย 2 ชุด คือ

1. แบบสอบถามความพึงพอใจบริการพยาบาลของผู้ป่วย มีเนื้อหา 4 ด้าน ได้แก่ ด้านความสามารถการปฏิบัติงาน ด้านการดูแลจิตใจและประสานบริการ ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร และด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามการดูแลสุขภาพ แล้วสร้างข้อคำถามโดยดัดแปลงมาจากเครื่องมือความพึงพอใจในบริการพยาบาลของ (เพ็ญนภา สมสุขจิระวัฒน์, 2564) ซึ่งวัดความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน โดยใช้แนวคิดของ Davis & Bush (1995) มีทั้งหมด 4 ด้าน 15 ข้อ

2. แบบสอบถามคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ผู้วิจัยได้เลือกใช้เครื่องมือวัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลกชุดย่อ ฉบับภาษาไทย (WHOQOL – BREF – THAI) (กระทรวงสาธารณสุข, 2545) ประกอบด้วยข้อคำถาม 2 ชนิดคือ แบบภาวะวิสัย (Perceived objective) และอัตวิสัย (self-report subjective) จะประกอบด้วยองค์ประกอบของคุณภาพชีวิต 4 ด้าน ดังนี้ 1. ด้านร่างกาย 2. ด้านจิตใจ 3. ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม และ 4. ด้านสิ่งแวดล้อม

เมื่อรวบรวมข้อมูลได้ครบถ้วนตามที่กำหนด วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ สถิติไค-สแควร์ ผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป

## ผลการศึกษา

### ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเกินครึ่งหนึ่ง เป็นเพศชาย ร้อยละ 66.7 เพศหญิง ร้อยละ 33.5 อายุเฉลี่ย 63.57 ปี สถานภาพสมรส สมรส ร้อยละ 60 หม้าย ร้อยละ 23.3 และโสด ร้อยละ 16.7 กลุ่มตัวอย่างได้รับการศึกษาสูงสุดระดับปริญญาตรี ร้อยละ 43.3 ปวช./มัธยมปลาย ร้อยละ 23.3 ประถมศึกษา ร้อยละ 16.7

ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 30.0 รับจ้างร้อยละ 26.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เกินครึ่งหนึ่งรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 60.0 และ มีรายได้ 10,001 บาท ถึง 30,000 บาท ต่อเดือน ร้อยละ 40.0 กลุ่มตัวอย่างมีรายได้เพียงพอไม่มีเงินเก็บ ร้อยละ 43.3 มีรายได้ ไม่เพียงพอ ร้อยละ 33.3 และมีรายได้ เพียงพอมีเงินเก็บ ร้อยละ 23.3 มีโรคประจำตัวอื่น ๆ รวม ร้อยละ 86.7 ส่วนจำนวนครั้งของการนอนโรงพยาบาล ส่วนใหญ่นอนโรงพยาบาลครั้งแรก ร้อยละ 83.3 นอนโรงพยาบาลครั้งที่ 2 ร้อยละ 16.7

## ส่วนที่ 2 เปรียบเทียบความพึงพอใจบริการระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

เปรียบเทียบความพึงพอใจบริการระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านความสามารถการปฏิบัติงาน ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านความสามารถการปฏิบัติงาน เท่ากับ 14.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.08 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านความสามารถการปฏิบัติงาน เท่ากับ 23.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.50 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านความสามารถการปฏิบัติงาน ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value >0.001; 95%CI: -9.76 ถึง -7.04)

ด้านการดูแลจิตใจและประสานบริการ ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านการดูแลจิตใจและประสานบริการ เท่ากับ 12.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.52 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านการดูแลจิตใจและประสานบริการ เท่ากับ 17.60 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.35 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านการดูแลจิตใจและประสานบริการ ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value >0.001; 95%CI: -6.88 ถึง -3.92)

ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร เท่ากับ 9.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.60 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร เท่ากับ 14.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.52 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value >0.001; 95%CI: -5.85 ถึง -4.02)

ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามการดูแลสุขภาพ ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามการดูแลสุขภาพ เท่ากับ 9.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.55 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามการดูแลสุขภาพ เท่ากับ 14.20 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.86 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามการดูแลสุขภาพ ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการ

ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $>0.001$ ; 95%CI: -5.27 ถึง -3.39)

ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลภาพรวม เท่ากับ 46.33 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.48 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาล เท่ากับ 69.40 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.76 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลภาพรวม ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $>0.001$ ; 95%CI: -26.53 ถึง -19.61) รายละเอียด ดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในบริการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

| ความพึงพอใจใน<br>บริการพยาบาล                          | n  | $\bar{x}$ | S.D  | Mean<br>Differ<br>ence | t       | 95%CI             | p-<br>value |
|--------------------------------------------------------|----|-----------|------|------------------------|---------|-------------------|-------------|
| ด้านความสามารถการปฏิบัติงาน                            |    |           |      |                        |         |                   |             |
| ก่อนการทดลอง                                           | 15 | 14.73     | 2.08 | -8.40                  | -12.645 | -9.76 ถึง -7.04   | > .001      |
| หลังการทดลอง                                           | 15 | 23.13     | 1.50 |                        |         |                   |             |
| ด้านการดูแลจิตใจและประสานบริการ                        |    |           |      |                        |         |                   |             |
| ก่อนการทดลอง                                           | 15 | 12.20     | 1.52 | -5.400                 | -7.461  | -6.88 ถึง -3.92   | > .001      |
| หลังการทดลอง                                           | 15 | 17.60     | 2.35 |                        |         |                   |             |
| ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร                                |    |           |      |                        |         |                   |             |
| ก่อนการทดลอง                                           | 15 | 9.53      | 1.60 | -4.933                 | -11.380 | -5.85 ถึง -4.02   | > .001      |
| หลังการทดลอง                                           | 15 | 14.47     | 0.52 |                        |         |                   |             |
| ด้านการให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านและการติดตามการดูแลสุขภาพ |    |           |      |                        |         |                   |             |
| ก่อนการทดลอง                                           | 15 | 9.87      | 1.55 | -4.333                 | -9.453  | -5.27 ถึง -3.39   | > .001      |
| หลังการทดลอง                                           | 15 | 14.20     | 0.86 |                        |         |                   |             |
| ความพึงพอใจในบริการพยาบาลภาพรวม                        |    |           |      |                        |         |                   |             |
| ก่อนการทดลอง                                           | 15 | 46.33     | 4.48 | -23.067                | -13.659 | -26.53 ถึง -19.61 | > .001      |
| หลังการทดลอง                                           | 15 | 69.40     | 4.76 |                        |         |                   |             |

Independent T-Test

**ระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ**

ระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า ก่อนการทดลองมีระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาลเฉลี่ย 46.33 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.48 เมื่อจัดระดับพบว่ามีความพึงพอใจในบริการพยาบาลส่วนใหญ่อยู่ใน

ระดับปานกลาง ร้อยละ 86.7 รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 13.3 หลังการทดลองมีระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาล เฉลี่ย 69.40 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.76 เมื่อจัดระดับพบว่ามีความพึงพอใจในบริการพยาบาลอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 73.3 รองลงมาอยู่ระดับมาก ร้อยละ 26.7 รายละเอียดดังตารางที่

**ตารางที่ 2** ระดับความพึงพอใจในบริการพยาบาลระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

| ระดับความพึงพอใจ   | จำนวน (ร้อยละ)   |                  |
|--------------------|------------------|------------------|
|                    | ก่อน             | หลัง             |
| ปานกลาง            | 13 (86.7)        | 0 (0.00)         |
| มาก                | 2 (13.3)         | 4 (26.7)         |
| มากที่สุด          | 0 (0.00)         | 11 (73.3)        |
| $\bar{x} \pm S.D.$ | $46.33 \pm 4.48$ | $69.40 \pm 4.76$ |

### ส่วนที่ 3 เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการแยกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านสุขภาพกาย ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านสุขภาพกาย เท่ากับ 20.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.54 หลังการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านสุขภาพกาย เท่ากับ 30.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 4.03 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านสุขภาพกาย ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.001$ ; 95%CI: -13.04 ถึง -7.36)

ด้านจิตใจ ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านจิตใจ เท่ากับ 17.67 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.77 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านจิตใจ เท่ากับ 26.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.76 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านจิตใจ ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.001$ ; 95%CI: -11.34 ถึง -6.40)

ด้านสัมพันธภาพทางสังคม ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านสัมพันธภาพทางสังคม เท่ากับ 9.13 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.81 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านสัมพันธภาพทางสังคม เท่ากับ 13.27 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.87 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านสัมพันธภาพทางสังคม ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} > 0.001$ ; 95%CI: -11.34 ถึง -6.40)

ด้านสิ่งแวดล้อม ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านสิ่งแวดล้อม เท่ากับ 23.87 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.81 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านสิ่งแวดล้อมเท่ากับ 35.07 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 5.01 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านสิ่งแวดล้อม ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $>0.001$ ; 95%CI: -14.53 ถึง -7.87)

ด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม เท่ากับ 77.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.99 หลังการทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม เท่ากับ 114.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.81 เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายด้านคุณภาพชีวิตโดยรวม ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า กลุ่มก่อนการทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกับหลังการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p$ -value  $>0.001$ ; 95%CI: -47.56 ถึง -26.57) รายละเอียด ดังตารางที่ 3

**ตารางที่ 3** เปรียบเทียบคุณภาพชีวิตหลังจำหน่ายระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

| คุณภาพชีวิต<br>หลังจำหน่าย | n  | $\bar{x}$ | S.D   | Mean<br>Differ<br>ence | t      | 95%CI           | p-<br>value |
|----------------------------|----|-----------|-------|------------------------|--------|-----------------|-------------|
| ด้านสุขภาพกาย              |    |           |       |                        |        |                 |             |
| ก่อนการทดลอง               | 15 | 20.67     | 3.54  | -10.200                | -7.362 | -13.04 ถึง-7.36 | > .001      |
| หลังการทดลอง               | 15 | 30.87     | 4.03  |                        |        |                 |             |
| ด้านจิตใจ                  |    |           |       |                        |        |                 |             |
| ก่อนการทดลอง               | 15 | 17.67     | 2.77  | -8.867                 | -7.357 | -11.34 ถึง-6.40 | > .001      |
| หลังการทดลอง               | 15 | 26.53     | 3.76  |                        |        |                 |             |
| ด้านสัมพันธภาพทางสังคม     |    |           |       |                        |        |                 |             |
| ก่อนการทดลอง               | 15 | 9.13      | 1.81  | -4.133                 | -6.156 | -11.34 ถึง-6.40 | > .001      |
| หลังการทดลอง               | 15 | 13.27     | 1.87  |                        |        |                 |             |
| ด้านสิ่งแวดล้อม            |    |           |       |                        |        |                 |             |
| ก่อนการทดลอง               | 15 | 23.87     | 3.81  | -4.333                 | -6.891 | -14.53 ถึง-7.87 | > .001      |
| หลังการทดลอง               | 15 | 35.07     | 5.01  |                        |        |                 |             |
| คุณภาพชีวิตโดยรวม          |    |           |       |                        |        |                 |             |
| ก่อนการทดลอง               | 15 | 77.47     | 11.99 | -                      | -7.234 | -47.56ถึง-26.57 | > .001      |
| หลังการทดลอง               | 15 | 114.53    | 15.81 | 11.200                 |        |                 |             |

Independent T-Test



### ระดับคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

ระดับคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ พบว่า ก่อนการทดลองมีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 77.47 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.99 เมื่อจัดระดับพบว่า มีระดับคุณภาพชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่กลางๆ ร้อยละ 80.0 รองลงมาอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี ร้อยละ 13.3 และระดับคุณภาพชีวิตที่ดี ร้อยละ 6.7 หลังการทดลองมีระดับคุณภาพชีวิตเฉลี่ย 114.53 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 15.81 เมื่อจัดระดับพบว่า มีระดับคุณภาพชีวิตที่ดีมากที่สุด ร้อยละ 93.3 รองลงมาอยู่ในระดับคุณภาพชีวิตที่กลางๆ ร้อยละ 6.7 รายละเอียด ดังตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** ระดับคุณภาพชีวิตระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ

| ระดับคุณภาพชีวิต    | จำนวน (ร้อยละ)    |                    |
|---------------------|-------------------|--------------------|
|                     | ก่อน              | หลัง               |
| คุณภาพชีวิตที่ไม่ดี | 2 (13.3)          | 0 (0.0)            |
| คุณภาพชีวิตที่กลางๆ | 12 (80.0)         | 1 (6.7)            |
| คุณภาพชีวิตที่ดี    | 1 (6.7)           | 14 (93.3)          |
| $\bar{x} \pm S.D.$  | $77.47 \pm 11.99$ | $114.53 \pm 15.81$ |

### อภิปรายผลการศึกษา

ผู้ป่วยมีความพึงพอใจในบริการหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานข้อที่ 1 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จุฬารัตน์ สุริยาทัย และคณะ (2566), สุริพร ศิริยะพันธุ์ และคณะ (2564), อรุณ โพธิงาม (2566), อารมย์ พรหมดี และคณะ (2563) และสุยนต์ ลวงพิมาย (2566) ที่พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการวางแผนจำหน่าย มีความพึงพอใจในบริการพยาบาลมากกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการดูแลตามปกติ

โดยรวม การที่ระดับความพึงพอใจในบริการหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ อยู่ในเกณฑ์พึงพอใจมากที่สุด อภิปรายได้ว่า การใช้การวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง โดยใช้แนวคิดการเปลี่ยนผ่านร่วมกับแนวคิดกระบวนการวางแผนจำหน่าย ที่เน้นบทบาทของพยาบาลในการจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเปลี่ยนผ่านได้ ตั้งแต่การประเมินผู้ป่วยและญาติอย่างเป็นองค์รวม เตรียมความรู้และพัฒนาทักษะผู้ป่วยและญาติ เตรียมสิ่งแวดล้อมที่เอื้ออำนวยในการให้ความรู้และฝึกทักษะ มีสื่อการสอนที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย การให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมโดยการทำ Family meeting ในกระบวนการดูแลผู้ป่วยตั้งแต่แรกรับและเข้าร่วม Team meeting โดยมีทีมสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งถือเป็นกระบวนการที่สำคัญ ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายซึ่งรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ช่วยเพิ่มความพึงพอใจต่อบริการเพิ่มขึ้น อรุณ โพธิงาม (2566), อารมย์ พรหมดี และคณะ (2563) และ (อวยพร จงสกุล, 2563)

นอกจากนั้นการมีความชัดเจนของการกำหนดขั้นตอนของการวางแผนจำหน่าย การแจ้งแผนการรักษา รวมทั้งมีคู่มือการปฏิบัติตัวให้กับผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน การอำนวยความสะดวกด้านต่าง ๆ ให้กับผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมั่นใจในการปฏิบัติตน การได้รับการตอบสนองความต้องการทำให้ผู้ป่วยเกิดความพึงพอใจต่อ



บริการ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปาจารย์ ตรีนนท์ และพลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์ และอภิญญา ศิริพิทยา คุณกิจ (2557) ที่พัฒนาโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยวัณโรคปอด พบว่า โปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยวัณโรคช่วยเพิ่มความรู้ ความพึงพอใจ และพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอดได้ ส่วนการติดตามการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องทางโทรศัพท์นั้น ทำให้ผู้ป่วยมีโอกาสได้พูดคุยปรึกษา รับคำแนะนำกับ พยาบาลโดยตรง (ณกานต์ชญาณ์ นววัชรินทร์, และคณะ, 2564) ทำให้มีความมั่นใจในการปฏิบัติตัวที่บ้าน และพึงพอใจในบริการที่ได้รับเพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจสูงขึ้นทุกด้าน อยู่ในเกณฑ์ความพึงพอใจมากที่สุด อาจเป็นไปได้ว่า ทางโรงพยาบาลสามร้อยยอดมีความตื่นตัวและสนใจในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายอย่างเต็มที่มาโดยตลอด

คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยหลังได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการสูงกว่า ก่อนใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตาม สมมุติฐานข้อที่ 2 สอดคล้องกับงานวิจัยของ ชไมพร บัวพิน, และคณะ (2562) ที่พบว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ได้รับการดูแลตามรูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการมีคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิตในระยะหลัง การทดลองสูงกว่ากลุ่มที่ได้รับการดูแลตามแผนการจำหน่ายตามปกติ อภิปรายเพิ่มเติมได้ว่า การดูแลตามรูปแบบ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการมีกระบวนการประเมินผู้ป่วยและครอบครัวตั้งแต่แรกอย่าง ครอบคลุม มีสหสาขาวิชาชีพเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ มีการ จัดกระบวนการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว พร้อมทั้งจัดสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนการสอน และมีการดูแลต่อเนื่อง โดยการติดตามทางโทรศัพท์นั้น ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดความมั่นใจในการปฏิบัติตนเมื่อกลับบ้าน หากมีข้อสงสัย หรือไม่แน่ใจสิ่งใดสามารถติดต่อสอบถามกับทีมสหวิชาชีพเพื่อขอคำแนะนำได้เสมอ ทำให้ผู้ป่วยมีระดับ คุณภาพชีวิตดีขึ้น (Lee et al, 2015)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบ 5 ด้าน ที่ค่าเฉลี่ยคะแนนคุณภาพชีวิตในกลุ่มก่อนการทดลอง และกลุ่มหลัง การทดลองแตกต่างกันในทุกด้าน อภิปรายได้ว่า ผู้ป่วยระยะสุดท้าย ส่วนมากเป็นผู้สูงอายุ ซึ่งผู้สูงอายุมักมีความ เสื่อมตามวัย มีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ถดถอยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจและสังคม การฟื้นฟูสภาพ ร่างกายจึงเป็นไปได้ช้า ทำให้ไม่สามารถทำกิจกรรมที่เคยทำได้ (มูลนิธิสถาบันวิจัย และพัฒนาผู้สูงอายุไทย, 2552) ซึ่งความสามารถในการทำกิจกรรมหรือกิจวัตรประจำวันเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของ ผู้ป่วยระยะสุดท้าย สอดคล้องกับการศึกษาของ อารมย์ พรหมดี และคณะ (2563) และประธาน ศรีจุลฮาด (2564) ที่พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยคุณภาพชีวิต และระดับความพึงพอใจ ก่อนและหลังใช้แนวทางการดูแลแบบ ประคับประคอง มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ( $p < .05$ ) อธิบายได้ว่าการดูแล ผู้ป่วยระยะสุดท้ายมีองค์ประกอบหลาย ๆ ด้าน ซึ่งทั้งหมดล้วนเกี่ยวข้องกับการดูแลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี ในระหว่างการรักษาให้ครอบครัวได้เตรียมความพร้อมทั้งด้านจิตใจและการใช้ชีวิตหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิตไป แล้ว และให้ผู้ป่วยระยะสุดท้ายได้จากไปอย่างสงบ แต่ขัดแย้งกับงานวิจัยของ สุภาพร กิตติหล้า, และคณะ (2562) ที่พบว่า ความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมีอิทธิพลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือด สมอง

## ข้อเสนอแนะ

### ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัยนี้ พบว่า การใช้รูปแบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบบูรณาการ ส่งผลให้ความพึงพอใจในบริการพยาบาลของผู้ป่วยสูงขึ้น และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยดีขึ้น ซึ่งผู้วิจัยมีข้อเสนอ ดังนี้

1. ควรนำแผนการจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องไปใช้อย่างต่อเนื่องเพื่อผลลัพธ์ที่ดีกับผู้ป่วย และพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้ดีขึ้นจนกลายเป็นมาตรฐานในการปฏิบัติงานต่อไป
2. หากต้องการผลลัพธ์ที่ดีขึ้นควรมีการพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลรายโรคเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหา และควรมีการใช้แนวทางการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอ และมีกระบวนการนิเทศทางการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ เพื่อนำผลการนิเทศมาปรับปรุงกระบวนการดูแลผู้ป่วยให้มีคุณภาพดียิ่งขึ้น
3. ควรเสนอเป็นนโยบายนำรูปแบบนี้ไปขยายผลการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในระดับจังหวัดต่อไป

### ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคอื่นๆ เช่น โรคหลอดเลือดสมอง โรคมะเร็ง เป็นต้น
2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับความพึงพอใจในบริการ และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยในการปฏิบัติการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่อง เพื่อนำมาพิจารณาปรับการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายให้สอดคล้องกับบริบทสังคม และนวัตกรรมที่มีการเปลี่ยนแปลงต่อไป
3. ควรมีการศึกษาปัจจัยด้าน Care giver ที่ส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้ป่วยระยะสุดท้าย
4. ควรมีการทำวิจัยติดตามผลการดูแลต่อเนื่องจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิต และมีการติดตามว่าแผนการดูแลล่วงหน้าของผู้ป่วยได้รับการปฏิบัติตามเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตหรือไม่

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้ได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดีจากพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน ณ หอผู้ป่วยในโรงพยาบาลสามร้อยยอด รวมทั้งได้รับความช่วยเหลือในการประสานงานจากรพ.สต. และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีจนงานวิจัยประสบความสำเร็จ และผู้วิจัยหวังว่างานวิจัยฉบับนี้จะมีประโยชน์บ้างไม่มากนักสำหรับผู้สนใจศึกษา เพื่อนำข้อมูลมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีของผู้ป่วยและญาติต่อไป

## จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การวิจัยครั้งนี้มีการดำเนินงานโดยยึดหลักการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยมีใบความยินยอมด้วย ความสมัครใจในการตอบแบบสอบถาม โดยอธิบายสร้างความเชื่อมั่นกับผู้ให้ข้อมูล ถึงการพิทักษ์สิทธิจะเก็บข้อมูลไว้เป็นความลับอย่างเคร่งครัด และการนำเสนอ ผลการวิจัยเป็นภาพรวม ไม่มีการระบุชื่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยและจะถูกทำลายทันทีตามขั้นตอนทางราชการ และได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์กับทางคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประจวบคีรีขันธ์ เลขที่โครงการวิจัย RECHHH 031/2566 รับรองวันที่ 18 ธันวาคม 2566

## เอกสารอ้างอิง

Thai COC. (2566). [Computer software].

World Health Organization. (2020). **Palliative care**. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/palliative-care>

กระทรวงสาธารณสุข. (2566). **HDC**. <https://hdcservice.moph.go.th/hdc/main/index.php>

จุฬารัตน์ สุริยาทัย, ณัฐกฤตา ไชยสาลี, ชลิตา ธนะขว้าง, ศิริลักษณ์ พันธุ์แก้ว, ภัสสร รัชตโสทธิ, & ปิยวัฒน์ รัตนพันธ์. (2566). ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคองในเครือข่ายสุขภาพอำเภอท่าวังผา จังหวัดน่าน. *Journal of Health Science-วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 32(3), 450–460.

ประธาน ศรีจุลฮาด. (2564). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายแบบประคับประคอง อำเภอร่องคำ จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ*, 14(3), 219–232.

พัชรมน เชื้อนาคะ. (2560). คุณภาพการบริการที่มีผลต่อความพึงพอใจของผู้รับบริการในแผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า.

เพ็ญภา สมสุขจิระวัฒน์. (2564). ผลของการวางแผนจำหน่ายและดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะหลังเฉียบพลัน ต่อความพึงพอใจในบริการพยาบาล คุณภาพชีวิตของผู้ป่วย และความพึงพอใจในงานของพยาบาล [คณะพยาบาลศาสตร์]. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ (สช.). (2563). **ผู้ป่วยระยะสุดท้าย 40 ล้านคนทั่วโลก มีเพียง 14% เท่านั้น ที่ได้รับการดูแลแบบ Palliative care**. Hfocus เจาะลึกระบบสุขภาพ. <https://www.hfocus.org/content/2019/05/17152>

สุยันต์ ลวงพิมาย. (2566). การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายต่อเนื่องที่บ้านแบบประคับประคองในผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลดอนจาน จังหวัดกาฬสินธุ์. *วารสารวิชาการทางการพยาบาลและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 3(1), 44–53.

สุริพร ศิริยะพันธุ์, นิธิดา ชายเกตุ, & เนตรชนก สันตรัตติ. (2564). การพัฒนารูปแบบการดูแลแบบประคับประคองสำหรับผู้ป่วยโรคไตเรื้อรังระยะสุดท้ายที่ไม่ได้รับการบำบัดทดแทนไตในโรงพยาบาลยะลา. *วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 4(2), 1–15.

อรุณ โพธิงาม. (2566). การพัฒนาแนวทางการพยาบาลผู้ป่วยแบบประคับประคอง. *วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา*, 8(2), 117–126.

อวยพร จงสกุล. (2563). รูปแบบการจัดการการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองเพื่อฟื้นฟูความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน โรงพยาบาลพลพลพยุหเสนา: OIMCCE Model. *วารสารแพทย์ เขต 4-5*, 39(3), 454–471.

อารมย์ พรหมดี, นภาพรณ จันทร์เต็ม, & มะลิเผย ผิวทอง. (2563). ผลของการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยแบบประคับประคอง โรงพยาบาลมุกดาหาร. *วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อมและสุขภาพชุมชน*, 5(3), 119–128.

## การพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลไชยวาน

นางจันทิมา ชาวสระไคร

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research : AR) ) และเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลไชยวาน ระหว่าง 15 ตุลาคม 2566 ถึง 31 ธันวาคม 2566 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคือบุคลากรในโรงพยาบาลไชยวาน ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา รวมทั้งสิ้น 59 คน แบ่งการศึกษาออกเป็น 3 ระยะ คือระยะศึกษาสถานการณ์ ระยะดำเนินการ และระยะประเมินผลโดยใช้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากดำเนินกิจกรรม ได้มีการพัฒนาแนวทางปฏิบัติสำหรับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา คะแนนความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น ผลการสังเกตการปฏิบัติที่ถูกต้อง พบว่าส่วนใหญ่สามารถปฏิบัติได้ดีขึ้นตามแนวทาง ระดับความพึงพอใจของพยาบาลบุคลากรต่อใช้แนวปฏิบัติ ร้อยละ 98-100 มีความพึงพอใจในระดับมาก ส่วนใหญ่เชื่อว่าแนวเพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลไชยวาน สามารถนำมาใช้เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาได้

**คำสำคัญ:** พัฒนาแนวปฏิบัติทางการพยาบาล, การแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

## Development of guidelines for preventing the spread of drug-resistant bacteria in Chaiwan Hospital

Chanthima Chaosakhai

### Abstract

This Participatory Action Research aimed to Development of guidelines for preventing the spread of drug-resistant bacteria in Chaiwan Hospital province during 15<sup>st</sup> October, 2023 to 31<sup>st</sup> December, 2023 . The study sample consisted of 59 personnel at Chaiwan Hospital involved in caring for patients with drug-resistant infections. This study included 3 phases there were situation study phase, action phase and evaluation phase. Descriptive statistic had been used to analyze qualitative data had been analyzed by using content analysis. The research results found that after carrying out the activity Guidelines for the care of patients with drug-resistant infections have been developed. Knowledge scores on caring for patients with drug-resistant infections increased. Results of observation of correct practice It was found that most were able to perform better according to the guidelines. The level of satisfaction of nursing staff with using the guidelines is 98-100% with a high level of satisfaction. Most believe that guidelines for developing guidelines to prevent the spread of drug-resistant germs in Chaiwan Hospital It can be used to prevent the spread of drug-resistant infections.

**Key word :** Development of guidelines, the spread of drug-resistant bacteria

## บทนำ

การติดเชื้อดื้อยาเป็นปัญหาสำคัญของโรงพยาบาล ส่งผลกระทบหลายด้าน โดยเฉพาะทำให้ผู้ป่วยมีอาการที่รุนแรงมากขึ้น ไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยยาตัวเดิมเสี่ยงต่อการเสียชีวิต ยาที่ใช้ในการรักษาเป็นยาที่หายากและมีราคาแพง ผู้ป่วยต้องนอนโรงพยาบาลนานขึ้น ผู้ป่วยและญาติขาดรายได้และเสียค่าใช้จ่ายขณะอยู่โรงพยาบาล ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการติดเชื้อดื้อยา มีทั้งด้านตัวผู้ป่วยเองที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ ประวัติการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสมหรือซื้อยากินเอง การเข้าออกโรงพยาบาลบ่อยครั้ง การได้รับการสอดใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์เข้าไปในร่างกายเพื่อการรักษาเช่นสายสวนปัสสาวะ ท่อช่วยหายใจ เป็นต้น ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อเชื้อดื้อยามีทั้งผ่านการสัมผัสทางมือของบุคลากรทางการแพทย์ เครื่องมือเครื่องใช้ขยะ และพบว่ามีเชื้อดื้อยาปนเปื้อนอยู่ในสิ่งแวดล้อมได้เป็นเวลานานหากไม่มีการทำความสะอาดให้ทั่วถึง

จากข้อมูลของแผนยุทธศาสตร์การจัดการการดื้อยาต้านจุลชีพประเทศไทย พ.ศ. 2560-2564 พบว่า ทั่วโลกมีคนเสียชีวิตจากการติดเชื้อดื้อยาประมาณปีละ 700,000 คนและหากไม่เร่งแก้ไขปัญหา ในปี 2593 (อีก 34 ปีข้างหน้า) คาดว่าการเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาจะสูงถึง 10 ล้านคน ประเทศในแถบเอเชียจะมีคนเสียชีวิตมากที่สุดคือ 4.7 ล้านคน คิดเป็นผลกระทบทางเศรษฐกิจสูงถึง 3.5 พันล้านล้านบาท (100 trillion USD) สำหรับประเทศไทย การศึกษาเบื้องต้นพบว่าการติดเชื้อแบคทีเรียดื้อยาประมาณปีละ 88,000 รายโดยเสียชีวิตประมาณปีละ 38,000 ราย คิดเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจโดยรวมสูงถึง 4.2 หมื่นล้านบาท

โรงพยาบาลไชยวาน เป็นโรงพยาบาลทุติยภูมิ ขนาด F2 มีการรับผู้ป่วยจากโรงพยาบาลที่มีศักยภาพที่สูงกว่าและโรงพยาบาลอื่นเพื่อรักษาต่อเนื่องใกล้บ้าน โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยที่มีประวัติการใช้เครื่องช่วยหายใจ ผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน ผู้ป่วยที่ได้รับยาปฏิชีวนะหลายขนาน และเป็นผู้ป่วยที่มีการรักษาที่ซับซ้อน มีโอกาสติดเชื้อดื้อยาขณะนอนโรงพยาบาล จากการเก็บข้อมูลการรับการรักษาต่อจากโรงพยาบาลอื่น ในปี พ.ศ.2560 – 2564 พบว่า มีผู้ป่วยที่ส่งต่อมาโรงพยาบาลไชยวานจำนวน 109, 155, 140 และ 166 ราย พบมีการติดเชื้อดื้อยา 28, 45, 55 และ 69 คิดเป็นร้อยละ 25.69, 29.03, 39.29 และ 49.29 ตามลำดับ เชื้อดื้อยาที่พบส่วนใหญ่เป็นเชื้อ *Acinetobacter baumannii* รองลงมาพบเชื้อ *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella* spp. และ *Pseudomonas aeruginosa* และจากการเก็บข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อในโรงพยาบาล พบว่า มีผู้ป่วยที่ติดเชื้อดื้อยาจากการนอนโรงพยาบาลจำนวน 1 รายในปี พ.ศ.2560 เชื้อที่พบเป็นเชื้อ *Escherichia coli*

การติดเชื้อดื้อยาดังกล่าว สามารถป้องกันได้หากบุคลากรผู้ดูแลผู้ป่วยมีการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อดื้อยาที่เหมาะสม แต่ในทางกลับกัน หากบุคลากรไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติหรือปฏิบัติไม่เหมาะสม จะทำให้เชื้อดื้อยามีการแพร่กระจายในโรงพยาบาลมากขึ้นอย่างกว้างขวาง โรงพยาบาลไชยวานมีแนวปฏิบัติทางการพยาบาลเพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ซึ่งจัดทำไว้ตั้งแต่ปีพ.ศ.2558 ซึ่งแนวปฏิบัตินี้เป็นระเบียบปฏิบัติโดยรวมในการป้องกันการติดเชื้อแต่ยังไม่ครอบคลุมในการปฏิบัติโดยเฉพาะเชื้อดื้อยาและไม่เป็นแนวทางเฉพาะใช้ในโรงพยาบาล แต่ละหน่วยงานมีการปฏิบัติที่หลากหลายแตกต่างกันไป

จากปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงได้มีความสนใจที่จะพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลไชยวาน บุคลากรทุกหน่วยงานสามารถนำไปใช้ปฏิบัติให้เป็นแนวทางเดียวกัน โดยการนำแนวคิดการพัฒนาคุณภาพโดยความร่วมมือมาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาส่งเสริมการปฏิบัติให้เกิดเป็นวัฒนธรรมขององค์กร โดยการมีส่วนร่วมของทุกหน่วยงานเพื่อให้การดำเนินการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อดื้อยามีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัย ลดความรุนแรงของการเจ็บป่วย ลดความสูญเสียทั้งด้านชีวิตและค่าใช้จ่ายทั้งของผู้ป่วยและของโรงพยาบาล

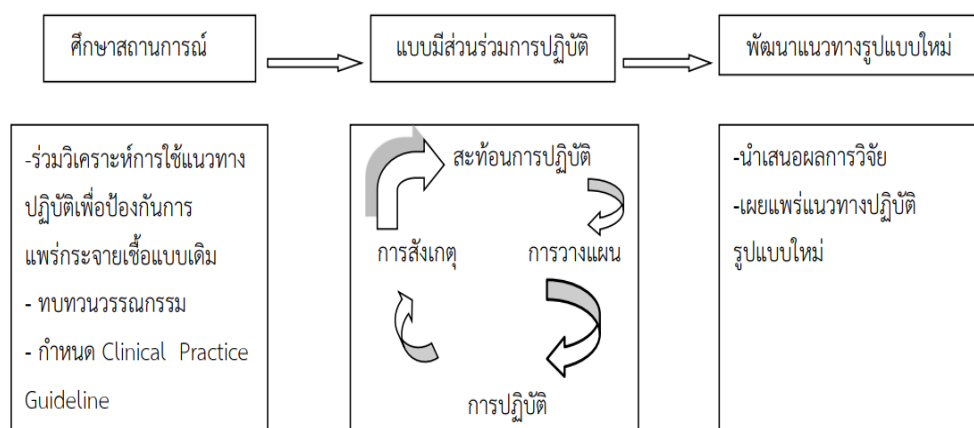
## วัตถุประสงค์

- 2.1 เพื่อพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลไชยวาน
- 2.2 เพื่อศึกษาผลของผลลัพธ์ของการใช้แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา

## วิธีดำเนินการวิจัย

### รูปแบบการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ( Action Research ) ตามแนวความคิดวงจรคุณภาพ PDCA ของเดมมิงหรือเรียก Deming's PDCA cycle (SaferPark, 2009) 4 ขั้นตอนคือ 1) การวางแผน (planning) 2) การปฏิบัติ (DO) 3) การติดตามและประเมินผลการปฏิบัติ (Check) และ 4) การพัฒนาแนวทางปฏิบัติ (Action) และเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

## ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

บุคลากรในโรงพยาบาลไชยวานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ได้แก่ แพทย์จำนวน 3 คน พยาบาลวิชาชีพ จากหน่วยงานอุบัติเหตุฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน ห้องคลอด จำนวน 27 คน เหวแปล จำนวน 5 คน พนักงานขับรถส่งต่อ จำนวน 6 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ จำนวน 10 คน พนักงานจ่ายกลาง-ซักฟอก จำนวน 5 คน เจ้าหน้าที่เอกซเรย์ จำนวน 3 คน รวมทั้งหมด จำนวน 59 คน

## เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ประกอบด้วยเครื่องมือ 2 ส่วนคือ เครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัย และเครื่องมือเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยเครื่องมือเพื่อใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแนวปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา และกระบวนการทำงาน (Flow chart) ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ส่วนเครื่องมือเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วยแบบสอบถามเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา, แบบสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่ม, แบบบันทึกการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา, แบบประเมินความพึงพอใจ และ แบบเก็บข้อมูลการติดเชื้อดื้อยา

## การสร้างและพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยได้อ้างอิงเครื่องมือวิจัยของนางสุริยา สิงคติประภา จากโรงพยาบาลกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี ซึ่งใช้ในการวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในหอผู้ป่วย โรงพยาบาลกุมภวาปี ซึ่งมีค่า Reliability 0.8 แล้วนำมาปรับปรุงพัฒนารูปแบบเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลไชยวาน จากนั้นผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของเนื้อหา ความถูกต้องของตัวอักษรและการจัด



หน้า เรียงหน้า ตรวจสอบความเข้าใจเกี่ยวกับคำชี้แจงต่าง ๆ แล้วจัดทำต้นฉบับของเครื่องมือที่ครบถ้วนสมบูรณ์ และนำเครื่องมือไปทดลองใช้ โดยสุ่มเลือกจากบุคลากรที่ขึ้นปฏิบัติงานในเวรป่วยในวันที่ผู้วิจัยเลือกในการสุ่มตัวอย่าง 1 วัน จำนวน 10 คน บันทึกข้อบกพร่องของการใช้เครื่องมือ วิเคราะห์หาคุณภาพของเครื่องมือ และปรับปรุงแก้ไข เครื่องมืออีกรอบ เพื่อให้มีความสมบูรณ์ที่สุด แล้วเตรียมเครื่องมือที่ได้เพื่อนำไปเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดไว้

**การดำเนินการวิจัย** มีขั้นตอนและวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

#### ระยะที่ 1 ระยะศึกษาสถานการณ์

1. เก็บข้อมูลการติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2566 รวมระยะ 3 ปีเพื่อศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อดื้อยา โดยใช้ฐานข้อมูลโรงพยาบาลไชยวาน และจากเวชระเบียน
2. สุ่มสังเกตการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาตามแนวปฏิบัติ
3. แจกแบบสอบถามบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา โดยรายละเอียดของแบบสอบถามจะประกอบไปด้วย ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลของบุคลากรที่ปฏิบัติงานได้แก่ เพศ อายุ ตำแหน่ง ประสบการณ์การทำงาน การได้รับความรู้/อบรมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา และส่วนที่ 2 เป็นความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา จำนวน 25 ข้อ โดยให้คณะกรรมการแต่ละหน่วยงานเป็นผู้แจกและใช้ลำดับหมายเลขแทนตัวผู้ตอบแบบสอบถามโดยไม่ระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถาม รวมทั้งสิ้น 59 คน

#### 4. ประชุมกลุ่มทำงาน

ครั้งที่ 1 : โดยประชุมคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลไชยวาน จำนวน 15 คน เพื่อชี้แจงการดำเนินการวิจัย วัตถุประสงค์และแนวทางการดำเนินงาน พร้อมด้วยนำเสนอผลสรุปข้อมูลของแบบสอบถามและแบบสังเกต เพื่อร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และทบทวนแนวทางปฏิบัติทางการพยาบาลการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาเพื่อพัฒนาปรับปรุง แนวปฏิบัติ

ครั้งที่ 2 : ผู้วิจัยนำเสนอแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลไชยวาน ที่ได้รับการพัฒนาและปรับปรุงแล้วจากข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญต่อคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาลไชยวาน และวิธีการนำไปใช้

#### ระยะที่ 2 ขั้นการดำเนินการ

1. จัดอบรมความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาและแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาแก่บุคลากรกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลไชยวาน จำนวน 2 รุ่นๆ ละ 1 วัน รวมทั้งสิ้น จำนวน 59 คน
2. แจกแบบสอบถามเรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา เพื่อวัดและประเมินความรู้ของบุคลากรหลังการอบรมแล้วนำผลการทดสอบมาเปรียบเทียบกับความรู้ก่อนและหลังการอบรม
3. สุ่มสังเกตการปฏิบัติของบุคลากรตามแนวปฏิบัติต่อผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาลงดำเนินการวิจัยเปรียบเทียบกับการปฏิบัติก่อนการวิจัย
4. นัดหมายการสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มโดยไม่เฉพาะเจาะจงผู้ให้สัมภาษณ์ สุ่มโดยการจับฉลากพร้อมนัดหมายการสนทนากลุ่ม เพื่อประเมินผลการใช้แนวปฏิบัติ และปัญหาการใช้งานเพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงให้เหมาะสมและครอบคลุมการปฏิบัติ

#### ระยะที่ 3 การประเมินผล

1. ข้อมูลทั่วไปได้แก่ เพศ อายุ อายุการทำงาน ประสบการณ์ในการอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย
2. แบบวัดความรู้ก่อนและหลังเกี่ยวกับความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงความถี่ ร้อยละ และค่าเฉลี่ย

3. ประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลไชยวานโดยเปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการวิจัยโดยการเปรียบเทียบร้อยละของการปฏิบัติที่ถูกต้องก่อนและหลังการวิจัย ส่วนต่างของร้อยละที่เพิ่มขึ้นหรือลดลง

4. ประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลไชยวานวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาแจกแจงความถี่ ร้อยละ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

5. การสัมภาษณ์และสนทนากลุ่มพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงาน จำนวน 3 ครั้งๆละ 5 คน รวม 15 คน ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ ครั้งละ 30 นาที ใช้การบันทึกการสนทนา การจดบันทึก และนำผลมาวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ

**ผลการวิจัย** รายงานผลการวิจัยเป็น 3 ส่วนตามระยะของการศึกษา ได้แก่

**ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์** สถานการณ์การติดเชื้อดื้อยา 3 ปีย้อนหลัง ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2566 มีผู้ป่วยในที่ติดเชื้อดื้อยา 21, 18 และ 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.84, 0.82 และ 1.24 ของผู้ป่วยในทั้งหมด เชื้อที่พบส่วนใหญ่เป็นเชื้อ *Escherichia coli* คิดเป็นร้อยละ 23.80, 55.55 และเพิ่มเป็นร้อยละ 76 ของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาทั้งหมด รองลงมาเป็นเชื้อ *Acinetobacter baumannii* ส่วนเชื้อดื้อยา กลุ่ม *Klebsiella spp* เคยพบสูงมากถึง ร้อยละ 38.09 ในปีงบประมาณ 2564 หลังจากนั้น ไม่พบเลยในปีงบประมาณ 2565 และ 2566 ผู้ป่วยที่พบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่รับใหม่ที่โรงพยาบาลไชยวาน มากกว่าผู้ป่วยที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น การสุ่มสังเกตการปฏิบัติงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาตามแนวปฏิบัติ พบว่ากิจกรรมที่ทำได้ดี ครบร้อยละ 100 ได้แก่ การใส่ถุงมือชนิดใช้แล้วทิ้ง การทำความสะอาดมือหลังสัมผัสสัมผัสเลือด /สารคัดหลั่ง และปิดแผลให้เรียบร้อยก่อนเคลื่อนย้าย ส่วนกิจกรรมที่ไม่ปฏิบัติเลยคือขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย บุคลากรสวมอุปกรณ์ป้องกันเหมาะสม ได้แก่ ผู้ป่วยที่ใส่ท่อช่วยหายใจ ใส่ถุงมือ ผ้าปิดปากและจมูก เสื้อคลุม และพิจารณาตามความเหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

บุคลากรที่ปฏิบัติงานในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 67.80 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.29 รองลงมาอยู่ในช่วงอายุ 41 – 50 ปี และ 20 – 30 ปี คิดเป็นร้อยละ 30.51 และ 27.12 ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการทำงานในโรงพยาบาล 11 - 15 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.89 ส่วนใหญ่จบปริญญาตรีคิดเป็นร้อยละ 54.24 และผู้ปฏิบัติงานส่วนใหญ่มีตำแหน่งพยาบาล จำนวน 28 คน คิดเป็นร้อยละ 47.46 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา บุคลากรส่วนใหญ่ เคยได้ร่วมประชุมอบรม หรือสัมมนา เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา คิดเป็นร้อยละ 76.27 และส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ในการอบรมมาแล้ว 2 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 71.19 และหน่วยงานที่จัดอบรมคือโรงพยาบาลไชยวาน การประเมินความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาก่อนดำเนินการกิจกรรมในกลุ่มแพทย์พยาบาล มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 32 คน คะแนนเต็ม 25 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 14.08 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.33 ส่วนในกลุ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้/พนักงานขับรถ/เวรเปล/เอกซเรย์/ซักฟอก มีผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 27 คน คะแนนเต็ม 20 คะแนน คะแนนเฉลี่ย 10.37 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 5.99

ในการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลไชยวาน ได้จากการทบทวนหลักฐานทางวิชาการแล้วร่วมระดมสมองในคณะกรรมการ ทำให้มีแนวทางใหม่ที่เป็นแนวทางการปฏิบัติที่ชัดเจนเฉพาะเจาะจงเชื้อดื้อยา มีการสื่อสารและเข้าใจง่าย มีแผนพับและคำแนะนำ รวมถึงมีอุปกรณ์ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาที่เพียงพอและเข้าถึงง่ายดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** แสดงการปรับปรุงแนวทางการพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลไชยวาน

| กระบวนการ                         | อ้างอิงตามหลักฐานเชิงประจักษ์                                                 | แนวทางเดิม                                                                  | แนวทางที่พัฒนาใหม่                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| -การให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วยและญาติ    | -ผู้ป่วยมีสิทธิจะได้ทราบข้อมูลอย่างครบถ้วนในการตัดสินใจ                       | -ระบุหน้าที่ไม่ชัดเจน                                                       | -ระบุหน้าที่โดยแพทย์เป็นผู้ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการติดเชื้อดื้อยา พยาบาลให้ข้อมูลเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ                                          |
| -การสื่อสารและการรักษาความลับ     | -ผู้ป่วยมีสิทธิจะได้การปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับตนเองจากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพ | -ไม่ชัดเจน                                                                  | -มีการสื่อสารการติดเชื้อดื้อยาที่บริเวณเตียงผู้ป่วยและการสื่อสารในเวชระเบียนด้วยการใช้สัญลักษณ์และตราปัม IC1 โดยไม่เปิดเผยหรือระบุว่าเป็นผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา                |
| -การปฏิบัติตาม Contact precaution | -การแยกผู้ป่วย                                                                | -มีการเว้นระยะห่างเตียงและให้จัดไว้ที่มุมห้อง                               | -ระบุเตียงที่รับผู้ป่วยซึ่งเป็นเตียงที่อยู่มุมห้องติดหน้าต่าง                                                                                                                 |
| -วางแผนจำหน่าย                    | -การแยกของใช้เฉพาะผู้ป่วยเชื้อดื้อยา                                          | -ของใช้ไม่ได้แยกเฉพาะผู้ป่วย                                                | -จัดเตรียมBox set เฉพาะเชื้อดื้อยามีอุปกรณ์ได้แก่เครื่องวัดความดัน โปรท ชุดกาวน์ คู่มือการทำความสะอาด และแอลกอฮอล์เจล                                                         |
|                                   | -การทำความสะอาดมือ                                                            | -เน้นให้คำแนะนำ                                                             | -จัดเตรียมแอลกอฮอล์เจลให้ครบทุกเตียงและบริเวณจุดสำคัญที่ต้องสัมผัสผู้ป่วย                                                                                                     |
|                                   | -ภาชนะใส่อาหารเป็นชนิดใช้ครั้งเดียวทิ้ง                                       | -ใช้ถาดอาหารร่วมกันปกติ                                                     | -จัดภาชนะอาหารเป็นอาหารกล่อง                                                                                                                                                  |
| -วางแผนจำหน่าย                    | -การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้าน                                                    | -ไม่ชัดเจน                                                                  | -แจกแผ่นพับเพื่อวางแผนจำหน่ายตั้งแต่แรกรับการประสานการส่งต่อการติดเชื้อดื้อยาไปในชุมชนและโรงพยาบาลที่รับส่งต่อทุกครั้ง พร้อมทั้งให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้าน |
| -แนวทางการปฏิบัติ                 | -มีแนวทางหรือขั้นตอนการปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา                  | -มีแนวทางปฏิบัติเดิมที่ทำไว้ตั้งแต่ปี 2561 แต่ยังไม่ได้รับการปรับปรุงแนวทาง | -ทบทวนแนวทางใหม่เพื่อให้สั้น กระชับ ครอบคลุมการปฏิบัติ<br>-จัดทำ Flow chart สำหรับผู้ป่วยเชื้อดื้อยา<br>-มีแนวทางปฏิบัติชัดเจนและเข้าใจง่าย                                   |

**ระยะที่ 2 ระยะการดำเนินการ**

ผู้วิจัยได้จัดอบรมให้ความรู้เรื่องเชื้อดื้อยาและแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาแก่บุคลากรโรงพยาบาลไชยวาน จำนวน 2 รุ่นๆ ละ 1 วัน รวมทั้งสิ้น จำนวน 59 คน ประเมินความรู้เกี่ยวกับโรคดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาก่อนดำเนินกิจกรรม และหลังดำเนินกิจกรรม พบว่า ในกลุ่มแพทย์ พยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เพิ่มขึ้นจาก 14.08 เป็น 22.38 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงจาก 6.33 เป็น 1.37 ส่วนในกลุ่มผู้ช่วยเหลือคนไข้/พนักงานขับรถ/เวรเปล/เอกซเรย์/ซักฟอก คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 10.37 เป็น 18.37 คะแนน ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานลดลงจาก 5.09 เป็น 1.50

การเข้าร่วมสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มโดยการจับฉลาก ได้ผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์ทั้งหมด 10 คน เป็นพยาบาล 3 คน, เวรเปล 2 คน, ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน, พนักงานขับรถ 1 คน, เอกซเรย์ 1 คนและงานซักฟอก 1 คน ทุกคนมีการลงชื่อยินยอมเข้าร่วมสัมภาษณ์ พบว่า ส่วนใหญ่ มีความพึงพอใจในการนำแนวทางไปใช้ในการ

ปฏิบัติ เพื่อให้ไม่มีการแพร่กระจายเชื้อและที่สำคัญตนเองจะได้ไม่ติดเชื้อและไม่นำเชื้อกลับไปแพร่กระจายที่บ้าน ด้วย และมีข้อเสนอแนะเรื่องการใช้ศัพท์ภาษาอังกฤษและการปรับตัวหนังสือให้อ่านง่าย ดังตัวอย่าง

เวอร์แปล “ผมมักหลายเดืออครับ แต่ตรงคู่มือ แปลภาษาอังกฤษให้น่าแนได้บ่ครับ บางอันผมกะบู้เรื่อง”

พยาบาล “ชอบที่แนวทางชัดเจนมากขึ้น เมื่อก่อนเป็นเอกสาร ไม่ค่อยได้อ่าน แต่ทำตามทีรุ่นพี่พาทำ ตอนนีเข้าใจ และขั้นตอนชัดเจนมากคะ”

เอกซเรย์ “ไม่ได้เป็นพยาบาลเลยไม่ค่อยได้สนใจ แต่ตอนนี้ได้ฟังความรู้แล้ว เลยเข้าใจมากขึ้น และมองว่าเราก้ต้องเคร่งครัดเหมือนเป็นคนไข้โควิด ตอนนีเข้าใจมากขึ้นเลยครับ ต่อไปจะปฏิบัติ”

งานซักฟอก “ดีๆ แต่ตัวหนังสือน้อยโพด ปรับให้ใหญ่จกหน่อยแนเด้อ แม้อ่านบ่ค่อยเห็น ดีว่ามีภาพสื่ให้อ่าน ตัวหนังสือมันให้อ่านง่าย”

### ระยะที่ 3 ระยะการประเมินผล

ประเมินผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลไชยวาน หลังการดำเนินกิจกรรม เปรียบเทียบสัดส่วนการปฏิบัติระหว่างก่อนและหลังการดำเนินการวิจัย พบว่ากิจกรรมที่ทำได้ดี ร้อยละ 100 ได้แก่ การแยกผู้ป่วยและแยกของใช้ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา, การทำความสะอาดมือหลังสัมผัสผู้ป่วยและหลัง สัมผัสเลือด / สารคัดหลั่ง, ใส่กาวกันน้ำพลาสติก สวมผ้าปิดปากและจมูกชนิด ธรรมดา และ สวมถุงมือชนิดใช้แล้วทิ้งเมื่อมีกิจกรรมที่มีการกระเด็นของเลือด/สารคัดหลั่ง/สิ่งขับถ่ายหรือสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย, เช็ดปรอทวัดไข้ด้วย 70% แอลกอฮอล์ ทุกครั้งเมื่อมีการใช้งาน, ปิดแผลให้เรียบร้อยก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เรื่องพยาธิสภาพของโรค การปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้านและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่วนกิจกรรมที่มีการพัฒนาและมีการปฏิบัติที่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดำเนินการกิจกรรม คือสวมแว่นตาหรือ Face shield และ ใส่กาวกันน้ำพลาสติกเมื่อมีกิจกรรมที่มีการกระเด็นของเลือด/สารคัดหลั่ง/สิ่งขับถ่ายหรือสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย ร้อยละ 94.12 และ 92.86 ตามลำดับ ดังแสดงในตารางที่ 2

**ตารางที่ 2** ผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม (จำนวนทั้งหมด 59 คน)

| กิจกรรมที่ปฏิบัติ                              | จำนวนการปฏิบัติทั้งหมด/จำนวนทั้งหมด |                | ร้อยละที่เพิ่มขึ้น |
|------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------|--------------------|
|                                                | ก่อน (ร้อยละ)                       | หลัง (ร้อยละ)  |                    |
| <b>หมวดที่ 1 การแยกผู้ป่วย</b>                 |                                     |                |                    |
| 1.1 มีการแยกผู้ป่วยอย่างถูกต้อง                | 8/5 (62.50)                         | 10/10 (100.00) | 37.50              |
| 1.2 มีการแยกของใช้ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา        | 8/5 (62.50)                         | 10/10 (100.00) | 37.50              |
| <b>หมวดที่ 2 การทำความสะอาดมือตามข้อบ่งชี้</b> |                                     |                |                    |
| 2.1 ก่อนสัมผัสผู้ป่วย                          | 68/18 (26.47)                       | 84/75 (89.29)  | 62.82              |
| 2.2 หลังสัมผัสผู้ป่วย                          | 68/40 (58.82)                       | 84/84 (100.00) | 41.18              |
| 2.3 ก่อนทำหัตถการ                              | 22/10 (45.45)                       | 56/48 (85.71)  | 40.26              |
| 2.4 หลัง สัมผัสเลือด / สารคัดหลั่ง             | 18/18 (100.00)                      | 24/24 (100.00) | 0.00               |
| 2.5 หลัง สัมผัสสิ่งแวดล้อมรอบๆตัวผู้ป่วย       | 74/22 (29.73)                       | 92/85 (92.39)  | 62.66              |

**ตารางที่ 2** ผลการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล ก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม (จำนวนทั้งหมด 59 คน) (ต่อ)

| กิจกรรมที่ปฏิบัติ                                                                     | จำนวนการปฏิบัติทั้งหมด/จำนวนทั้งหมด |                | ร้อยละที่เพิ่มขึ้น |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------|----------------|--------------------|
|                                                                                       | ก่อน (ร้อยละ)                       | หลัง (ร้อยละ)  |                    |
| หมวดที่ 3 การใส่อุปกรณ์ป้องกันส่วนบุคคล                                               |                                     |                |                    |
| เมื่อมีกิจกรรมที่มีการกระเด็นของเลือด/สารคัดหลั่ง/สิ่งขับถ่ายหรือสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย |                                     |                |                    |
| 3.1 ใส่กาวน์กันน้ำพลาสติก                                                             | 14/1 (7.14)                         | 34/34 (100.00) | 92.86              |
| 3.2 สวมผ้าปิดปากและจมูกชนิด ธรรมดา                                                    | 14/12 (85.71)                       | 34/34 (100.00) | 14.29              |
| 3.2 สวมแว่นตาหรือ Face shield                                                         | 14/0 (0.00)                         | 34/32 (94.12)  | 94.12              |
| 3.3 สวมถุงมือชนิดใช้แล้วทิ้ง                                                          | 14/14 (100.00)                      | 34/34 (100.00) | 0.00               |
| 3.4 เปลี่ยนถุงมือในการดูแลผู้ป่วยแต่ละราย                                             | 14/2 (14.29)                        | 34/32 (94.12)  | 79.83              |
| หมวดที่ 4 จัดการสิ่งแวดล้อม อุปกรณ์และของที่ใช้กับผู้ป่วย อย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง      |                                     |                |                    |
| 4.1 เช็ดบริเวณเตียง ราวเตียงและโต๊ะข้างเตียง ด้วยโซเดียมไฮโปคลอไรท์                   | 18/2 (11.11)                        | 48/24 (50.00)  | 38.89              |
| 4.2 เช็ดหุฟ่งด้วย 70% แอลกอฮอล์                                                       | 18/10 (55.56)                       | 48/30 (70.83)  | 6.94               |
| 4.3 เช็ดปรอทวัดไข้ด้วย 70% แอลกอฮอล์                                                  | 18/10 (55.56)                       | 48/48 (100.00) | 44.44              |
| 4.4 เช็ดบริเวณที่สะอาดก่อนบริเวณที่สกปรก                                              | 18/10 (55.56)                       | 48/34 (70.83)  | 15.27              |
| หมวดที่ 5 การจัดการผ้าเปื้อนและมูลฝอย ติดเชื้อ                                        |                                     |                |                    |
| 5.1 เก็บเครื่องผ้าที่ใช้กับผู้ป่วยโดยวิธีม้วนเก็บบริเวณสกปรกไว้ด้านใน                 | 16/8 (50.00)                        | 48/24 (50.00)  | 0.00               |
| 5.2 ทิ้งถุงมือและกาวน์กันน้ำพลาสติกหลังใช้กับผู้ป่วยทุกครั้ง                          | 16/4 (25.00)                        | 48/32 (66.67)  | 41.67              |
| หมวดที่ 6 การเคลื่อนย้ายผู้ป่วย                                                       |                                     |                |                    |
| 6.1 แจ้งหน่วยงานอื่นให้ทราบก่อนล่วงหน้า                                               | 10/2 (20.00)                        | 16/12 (75.00)  | 55.00              |
| 6.2 นัดเวลาล่วงหน้ากับหน่วยงานที่จะเคลื่อนย้ายผู้ป่วยไป                               | 10/2 (20.00)                        | 16/12 (75.00)  | 55.00              |
| 6.3 ขณะเคลื่อนย้ายผู้ป่วย บุคลากรสวมอุปกรณ์ป้องกันเหมาะสม                             | 10/0 (0.00)                         | 16/14 (87.50)  | 87.50              |
| 6.4 กรณีมีแผลให้ปิดแผลให้เรียบร้อยก่อนเคลื่อนย้าย                                     | 2/2 (100.00)                        | 4/4 (100.00)   | 0.00               |
| หมวดที่ 7 การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ                                              |                                     |                |                    |
| 7.1 แนะนำการปฏิบัติตัวขณะอยู่โรงพยาบาล                                                | 8/4 (50.00)                         | 10/10 (100.00) | 50.00              |
| 7.2 แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่อกลับไปอยู่บ้าน                                             | 8/2 (25.00)                         | 10/10 (100.00) | 75.00              |
| 7.3 แนะนำเรื่องพยาธิสภาพของโรค                                                        | 8/4 (50.00)                         | 10/10 (100.00) | 50.00              |

การประเมินความพึงพอใจต่อการใช้นแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาโรงพยาบาล ไซยวนพบว่าคะแนนความพึงพอใจส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก ได้แก่ ยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการนำไปใช้ และมีความพึงพอใจต่อการใช้น Flow chart ร้อยละ 96 รองลงมาคือ ความพึงพอใจต่อการใช้นแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา, สามารถนำไปใช้เป็นแนวทางในการนิเทศการปฏิบัติงานแก่เจ้าหน้าที่ในหน่วยงาน และสามารถนำไปใช้ในการสอนหรือปฐมนิเทศแก่เจ้าหน้าที่ใหม่ ร้อยละ 95 โดยค่าเฉลี่ยของคะแนนอยู่ที่ระหว่าง 2.97 – 3.00 คะแนน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานอยู่ที่ระหว่าง 0.10 – 0.17 คะแนน ดังแสดงในตารางที่ 3



**ตารางที่ 3** ร้อยละของความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา โรงพยาบาลไชยวาน (จำนวนทั้งหมด 59 คน)

| กิจกรรม                                                                      | ระดับความพึงพอใจ |          | ค่าเฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน |
|------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------|-----------|----------------------|
|                                                                              | จำนวน (ร้อยละ)   | ปานกลาง  |           |                      |
| 1. ความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา     | 95 (98.96)       | 1 (1.04) | 2.99      | 0.10                 |
| 2. ความพึงพอใจต่อการใช้ Flow chart                                           | 96 (100.00)      | 0 (0.00) | 3.00      | 0.00                 |
| 3. แนวทางมีความสำคัญและมีประโยชน์นำไปใช้เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา | 93 (96.88)       | 3 (3.12) | 2.97      | 0.17                 |
| 4. เมื่อพบผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาช่วยให้ปฏิบัติได้ง่าย สะดวก และรวดเร็ว        | 93 (96.88)       | 3 (3.12) | 2.97      | 0.17                 |
| 5. สามารถนำไปใช้ได้กับทุกหน่วยงาน                                            | 93 (96.88)       | 3 (3.12) | 2.97      | 0.17                 |
| 6. นำไปใช้เป็นแนวทางในการนิเทศการปฏิบัติงาน                                  | 95 (98.96)       | 1 (1.04) | 2.99      | 0.10                 |
| 7. สามารถนำไปใช้ในการสอนหรือปฐมนิเทศแก่เจ้าหน้าที่ใหม่                       | 95 (98.96)       | 1 (1.04) | 2.99      | 0.10                 |
| 8. ท่านยินดีที่จะให้ความร่วมมือในการนำไปใช้                                  | 96 (100.00)      | 0 (0.00) | 3.00      | 0.00                 |

### 3.5 ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ และการสนทนากลุ่ม

การสัมภาษณ์และการสนทนากลุ่มเพื่อประเมินผลการใช้แนวทางปฏิบัติและปัญหาการใช้งานเพื่อนำมาพัฒนาปรับปรุงให้เหมาะสมและครอบคลุมการปฏิบัติ โดยเลือกผู้ให้สัมภาษณ์จากการสุ่มจับฉลากโดยผู้วิจัยเป็นผู้จับฉลาก เป็นการสนทนากลุ่มจำนวน 3 ครั้งๆละ 5 คน รวม 15 คน ใช้ระยะเวลาในการสัมภาษณ์ครั้งละ 30 นาที และผู้ให้สัมภาษณ์ยินดีให้ข้อมูลการวิจัย พบประเด็นสำคัญ ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ผู้ให้สัมภาษณ์ทั้งหมด 15 คน เป็นพยาบาลวิชาชีพ 7 คน เหวแปล 3 คน พนักงานขับรถ 2 คน เจ้าหน้าที่เอกซเรย์ 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 2 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 66.67 เพศชายร้อยละ 33.33 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี คิดเป็นร้อยละ 40 รองลงมาคืออายุระหว่าง 31 – 40 ปี และ 41 – 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 33.33 และ 26.67 ตามลำดับ

2) ด้านประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ พบว่าส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา ตั้งแต่แรกรับจากผู้ป่วยนอกและห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน แต่ส่วนใหญ่ไม่ได้ปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโดยเฉพาะการทำความสะอาดมือตามข้อบ่งชี้ การใส่อุปกรณ์ป้องกันและการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมเมื่อให้การพยาบาลผู้ป่วยแต่ละราย ดังตัวอย่าง “ผมเช็ดบั้นตอกครับ คนไข้หลาย ฟัวรับคนไข้คนต่อไป พอแต่เซ็นแปลมาคนใหม่กะใช้ต่อ” (การบริการเซ็นแปล), “หนูทำไม่ทันค่ะ พอคนไข้จำหน่าย คนใหม่ก็มานอนต่อ” (ผู้ช่วยเหลือคนไข้ไม่ได้ใช้เตียงก่อนรับผู้ป่วยรายต่อไป), “ใส่ถุงมือฉีดยาค่ะ แต่ไม่ได้เปลี่ยนตอนฉีดยาคนใหม่ หนูฉีดเสร็จค่อยถอดทีเดียว” (พยาบาล)

3) ความคิดเห็นต่อการใช้นโยบายปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา จากการสัมภาษณ์พบว่าทุกคนมีความพึงพอใจต่อการใช้นโยบายปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือด ทั้งแบบแนวทางและ Flow chart โดยแสดงความเห็นว่า เอกสารคู่มือที่เป็นแนวทางใช้สำหรับอ่านรายละเอียด Flow chart ทำให้เข้าใจง่าย ดังตัวอย่าง “ผมมักหลายเคสครับ เพราะตะกิมี่ตะว่าเชื้อดื้อยา แต่ผมกะบ่รู้ว่ามันอันตรายขนาดนี้ พอได้ฟังความรู้แล้ว ผมกะย่านติดเชื้อมันก็กัน ตอนนี้อยู่กะล้างมือตลอดเลยครับ” (เวรแปล), “ดีค่ะ ชอบ เพราะแต่ก่อนก็ไม่ว่าพวกหนูจะดูแนวทางจากไหน เอกสารอยู่ในตู้แฟ้ม มันเยอะหายาก” (พยาบาล), “ดีอยู่ค่ะพี่ โดยเฉพาะมี Flow chart ช่วยให้เข้าใจง่ายค่ะ” และ “ดีมากเลยคะ อ่านเข้าใจง่าย อัน

เดิมพวกหนูยังไม่เคยเห็น อาจจะมีในแฟ้ม แต่ยังไม่เคยดูเลยคะ” “พอไปอบรมการดูแลกับวิธีใช้แนวปฏิบัติ พวกหนูถึงรู้ว่าที่ผ่านมาทำได้ไม่ถูกต้องคะ” (พยาบาล) ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของเกรริน บุญเลิศ (2559) ที่พบว่าการใช้สื่อโปสเตอร์ช่วยส่งเสริมความรู้และทัศนคติให้เพิ่มขึ้น

**4) อุปสรรคในการปฏิบัติ** ส่วนใหญ่เห็นด้วยในการนำแนวทางไปใช้เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา แต่ด้วยภาระงานที่เร่งด่วนและผู้ป่วยมากขึ้นทำให้เป็นอุปสรรคการปฏิบัติตามแนวทาง ดังตัวอย่าง “ก่อนจะจับคนไข้กับหลังจากคนไข้เสร็จผมใช้แอลกอฮอล์ล้างมืออยู่ครับ แต่เช็ดเพียงไม่กี่วินาทีจริง ๆ ผมอยู่คนเดียว” (จนท เอกซเรย์), “ตอนจะไปปรับคนไข้ผมใช้แอลกอฮอล์ล้างมืออยู่ครับ แต่พอเสร็จไม่ได้ล้าง มารับคนต่อไป ผมลืมแต่ก็รีบด้วย”(เวรเปล)

**5) ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา** จากการแสดงความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติ อยากให้มีการแจ้งที่พนักงานเปลด้วยว่าจะรับส่งกลับผู้ป่วยเชื้อดื้อยา เพราะเปลไม่ทราบ และพนักงานขับรถก็ไม่ทราบ ดังตัวอย่าง คำกล่าว “อยากให้พยาบาลมาบอกพวกผมหน่อยว่าจะรับคนไข้เชื้อดื้อยามากจากอุดร พวกผมจะได้เตรียมตัว” และ “ถ้าพยาบาลบอกว่าเป็นคนไข้เชื้อดื้อยา พวกผมก็จะทำเหมือนรับคนไข้โควิดเลยครับ”

## การอภิปรายผล

1. ในการศึกษาสถานการณ์ ระยะแรกของการวิจัย ผู้วิจัย ได้เก็บรวบรวมข้อมูลการติดเชื้อดื้อยาของผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลไชยวานเพื่อศึกษาสถานการณ์การติดเชื้อดื้อยา โดยใช้ฐานข้อมูลโรงพยาบาลไชยวาน และจากเวชระเบียน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2563 ถึง 30 กันยายน 2566 รวมระยะ 3 ปี ย้อนหลัง พบว่า ในปีงบประมาณ 2564, 2565 และ 2566 มีผู้ป่วยในติดเชื้อดื้อยา 21, 18 และ 25 ราย คิดเป็นร้อยละ 0.84, 0.82 และ 1.24 ของผู้ป่วยในทั้งหมด เชื้อที่พบส่วนใหญ่เป็นเชื้อ *Escherichia coli* คิดเป็นร้อยละ 23.80, 55.55 และเพิ่มเป็นร้อยละ 76 ของผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยาทั้งหมด ในปีงบประมาณ 2566 ผู้ป่วยที่พบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และมีอายุมากกว่า 60 ปีขึ้นไป และเป็นกลุ่มผู้ป่วยที่รับใหม่ที่โรงพยาบาลไชยวานมากกว่าผู้ป่วยที่รับส่งต่อจากโรงพยาบาลอื่น สอดคล้องกับการศึกษาผลกระทบจากการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพในไทย โดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้ศึกษาข้อมูลผู้ป่วยที่รักษาตัวในโรงพยาบาลทุกระดับ และข้อมูลการติดเชื้อในโรงพยาบาลทุกระดับทั่วประเทศจำนวน 1,023 แห่ง ในปี 2553 พบว่าเชื้อจุลชีพ 5 ชนิดที่พบบ่อยในโรงพยาบาลและมักดื้อยาปฏิชีวนะหลายขนาน ได้แก่ อันดับ 1. *Escherichia coli* ที่ทำให้เกิดโรคติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะและทางเดินอาหาร รองลงมาเป็น *Klebsiella pneumoniae* ทำให้เกิดโรคระบบทางเดินหายใจ โรคปอดอักเสบ 3. *Acinetobacter baumannii* เป็นโรคติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ 4. *Pseudomonas aeruginosa* ทำให้เกิดโรคติดเชื้อหลายระบบของร่างกาย และ 5. *Staphylococcus aureus* ที่ดื้อต่อยาเมทิซิลิน และ สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศเซอร์เบียที่พบว่าในกลุ่มผู้ป่วยสูงอายุ เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อดื้อยาในระบบทางเดินปัสสาวะ 4.23 เท่า<sup>12</sup> และอายุที่เพิ่มขึ้นเพิ่มความเสี่ยงของการติดเชื้อดื้อยาเพิ่มขึ้น 1.44 เท่า (Eshetis S, Unakal C, Gelaw A, Ayelign B, Endris M, Moges F.,2015;4:12)

2. การพัฒนาแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาโดยศึกษาและทบทวนวรรณกรรม ร่วมกับการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-Depth Interview) การประชุมกลุ่มในทีมสหวิชาชีพ และคณะกรรมการควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาลเพื่อร่วมกันจัดทำและพัฒนาแนวทางปฏิบัติ โดยนำแนวทางปฏิบัติเดิมที่มีอยู่ มาปรับปรุงใหม่ให้เนื้อหาครอบคลุมการพยาบาลโดยอาศัยแนวทางจากการศึกษาค้นคว้า เอกสารวิชาการและเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ จากแนวทางของสถาบันต่างๆ ได้แก่ แนวปฏิบัติการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาและการติดเชื้อจากการสอดใส่อุปกรณ์การแพทย์ของ รศ.ดร.อะเคื้อ อุณหเลขกะและคณะ, การป้องกันการติดเชื้อดื้อยาในหอผู้ป่วย ของรศ.ดร.อะเคื้อ อุณหเลขกะและคณะ และ คู่มือ



ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล จากสถาบันบำราศนราดูร แล้วนำมาปรับปรุงพัฒนา รูปแบบเพื่อให้สอดคล้องกับบริบทการปฏิบัติงานของบุคลากรโรงพยาบาลไชยวานพร้อมทั้งจัดทำคู่มือประกอบ เพื่อให้สามารถนำไปใช้ได้จริง และเกิดประโยชน์สูงสุดต่อผู้ปฏิบัติงาน ซึ่งนอกจากต้องอ้างอิงหลักวิชาการแล้วยัง ต้องเกิดจากการทบทวนโดยผู้ปฏิบัติงาน ดังที่ อัจฉรา คามะทิตย (2021) กล่าวไว้ในการใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ทางโรงพยาบาลว่า บุคลากรทางพยาบาลที่ปฏิบัติงานบนหอผู้ป่วยควรทบทวนความรู้เกี่ยวกับการผลิตผลงานที่เกี่ยวข้องกับหลักฐานเชิงประจักษ์เพื่อนำไปสู่การสร้างมาตรฐานทางการพยาบาลจากข้อค้นพบที่เกิดขึ้น

3. การวัดความรู้ก่อนและหลังการดำเนินการวิจัย พบว่า ในกลุ่มแพทย์ พยาบาล มีคะแนนเฉลี่ยของความรู้เพิ่มขึ้นจาก 14.08 เป็น 22.38 คะแนน ส่วนเป็ยเบนมาตรฐานลดลงจาก 6.33 เป็น 1.37 ส่วนในกลุ่ม ผู้ช่วยเหลือคนไข้/พนักงานขับรถ/เวรเปล/เอกซเรย์/ซักฟอก คะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก 10.37 เป็น 18.37 คะแนน ส่วนเป็ยเบนมาตรฐานลดลงจาก 5.09 เป็น 1.50 แสดงให้เห็นว่า การส่งเสริมในด้านความรู้ทาง วิชาการ โดยการสอทั้งทฤษฎี และการสอนให้เห็นถึงสำคัญในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยา จะช่วยให้บุคลากรและครอบครัวปลอดภัยจากการติดเชื้อ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการได้รับเชื้อดื้อยา มีการแจกคู่มือ และมีการให้ความรู้ในการปฏิบัติที่หน้างานขณะสอนการใช้แนวทางการปฏิบัติ ที่จะช่วยให้การทำงานง่ายขึ้น และเป็นการทบทวนอย่างต่อเนื่องซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีความต้องการของมาสโลว์ (ประกัสสร วัฒนา, 2560 น. 4-20) ที่อธิบายไว้ว่ามนุษย์มีระดับความต้องการพื้นฐาน 5 ชั้น ตามธรรมชาติ เริ่มจากขั้นพื้นฐานคือความ ต้องการทางกาย ความต้องการความปลอดภัย ความต้องการความรัก ความต้องการได้รับการยอมรับจากผู้อื่น และขั้นสูงสุดคือขั้นความต้องการที่จะพัฒนาศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่ ซึ่งหากได้รับการตอบสนองความ ต้องการพื้นฐานอย่างเพียงพอในแต่ละขั้นแล้วกลุ่มตัวอย่างก็พร้อมที่จะเรียนรู้ และมีการพัฒนาตนเองเพื่อเพิ่ม ศักยภาพของตนเองอย่างเต็มที่

4. การส่งเสริมการปฏิบัติ จากการสุ่มสังเกตการปฏิบัติตามแนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจาย เชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลไชยวานหลังการดำเนินกิจกรรม พบว่ากิจกรรมที่ทำได้ดี ร้อยละ 100 ได้แก่ มีการแยก ผู้ป่วยและแยกของใช้ผู้ป่วยติดเชื้อดื้อยา, การทำความสะอาดมือหลังสัมผัสผู้ป่วยและหลัง สัมผัสเลือด /สารคัด หลั่ง, ใส่กาวน์กันน้ำพลาสติก สวมผ้าปิดปากและจมูกชนิด ธรรมดา และ สวมถุงมือชนิดใช้แล้วทิ้งเมื่อมีกิจกรรม ที่มีการกระเด็นของเลือด/สารคัดหลั่ง/สิ่งขับถ่ายหรือสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย, เช็ดปรอทวัดไข้ด้วย 70% แอลกอฮอล์ ทุกครั้งเมื่อมีการใช้งาน, ปิดแผลให้เรียบร้อยก่อนเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เรื่อง พยาธิสภาพของโรค การปฏิบัติตัวขณะอยู่บ้านและเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ส่วนกิจกรรมที่มีการพัฒนาและมีการ ปฏิบัติที่เพิ่มขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนดำเนินกิจกรรมคือสวมแว่นตาหรือ Face shield และ ใส่กาวน์กันน้ำ พลาสติกเมื่อมีกิจกรรมที่มีการกระเด็นของเลือด/สารคัดหลั่ง/สิ่งขับถ่ายหรือสัมผัสใกล้ชิดผู้ป่วย ร้อยละ 94.12 และ 92.86 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นว่า การจัดเตรียมอุปกรณ์ให้เพียงพอ และพร้อมใช้ จะช่วยให้บุคลากรมี ความสะดวกในการใช้งาน และการปฏิบัติเพื่อให้เกิดความปลอดภัยจะช่วยให้บุคลากรตระหนักในการปฏิบัติเพื่อ ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาเพื่อไม่ให้ตนเองมีการติดเชื้อ และป้องกันการแพร่กระจายหาผู้ป่วยหรือ บุคลากรคนอื่นด้วย สอดคล้องกับการศึกษา การรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วยในของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย เชียงใหม่ของ สุทธิรา พุคคำ และคณะ (2564)ว่า การจัดเตรียมสำรองเครื่องมือและวัสดุทางการแพทย์ที่จำเป็น มี การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ในการการรับรู้ความปลอดภัยของผู้ป่วยและการใช้งานอุปกรณ์เครื่องมืออุปกรณ์ทาง การแพทย์และการพยาบาลจะช่วยให้สามารถเพิ่มความปลอดภัยในการดูแลผู้ป่วยเพิ่มขึ้น

#### จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้วิจัยได้นำเสนอโครงร่างวิจัยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ตามรหัสโครงการ UDREC 2367

## เอกสารอ้างอิง

- กัลยาณี ศุระศรางค์, กุลยา นาคสวัสดิ์, สมหวัง ด้านชัยวิจิตร, กนกรัตน์ ศิริพานิชกร, ดุสิต สุจิรารัตน์, ยงค์ รงค์ รุ่งเรือง, และภัทรชัย กิรติสิน. (2550). ปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อดื้อยา *Acinetobacter baumannii* ในโรงพยาบาลศิริราช. วารสารจดหมายเหตุทางการแพทย์, 90(8), 1633-1638.
- จุฑามาศ อินทร์ชัย. (2543). การติดเชื้อสแตปฟีโลคอคคัสออเรียสที่ดื้อต่อยาเมธิซิลลินในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยนครเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลการควบคุมการติดเชื้อ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- ชุติมา อ่อนสะอาด. (2554). ผลของโปรแกรมการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อสแตปฟีโลคอคคัสออเรียสที่ดื้อต่อยาเมธิซิลลินต่อความรู้และการปฏิบัติของพยาบาลในหอผู้ป่วยหนักทารกแรกเกิด. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- นลินี อัคราโกศิ. (2542). สถานการณ์การดื้อยาปฏิชีวนะในประเทศไทย. ใน นลินี อัคราโกศิ, สุรณี เทียนกริม, ศศิธร ลิขิตนุกูล และอัษฎา วิภากุล (บรรณาธิการ), ประสพการณ์ด้านโรคติดเชื้อในประเทศไทย. (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับลิชชิง.
- บุญญรัตน์ รัตนประภา. (2562). ศึกษาการพัฒนาระบบการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาควบคุมพิเศษโรงพยาบาลศรีสังวรสุโขทัย. วารสารการพยาบาลสุขภาพและสาธารณสุข, 2(1), 1-17.
- พรพิมล อรรถพรกุล, พรนภา เอี่ยมล่อ, จิราภรณ์ คุ่มศรี, สันจัย เชื้อนเพชร, นิภาพร ช่างเสนา. (2562). ศึกษาผลลัพธ์ของการใช้แนวปฏิบัติการพยาบาลในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อดื้อยาด้านจุลชีพโรงพยาบาลนพรัตนราชธานี. APHEIT Journal of Nursing and Health, 3(3), 1-15.
- วิจิตย์ ทองแสน. (2564). การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการปฏิบัติป้องกันการติดเชื้อดื้อยาของบุคลากรพยาบาลอำเภอโพธารนย์ จังหวัดหนองคาย. วารสารการพยาบาลสุขภาพและการศึกษา, 4(1), 19-28.
- วิไลลักษณ์ วงศ์จุลาชาติ. (2560). การใช้กลวิธีหลากหลายเพื่อส่งเสริมการปฏิบัติตามแนวทางป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. วารสารวิชาการแพทย์เขต 11, 31(3). 441-456.
- ศูนย์เฝ้าระวังภัยด้านจุลชีพแห่งชาติ, (2555). บทสรุปผู้บริหาร: สถานการณ์เชื้อดื้อไทย. ค้นเมื่อ 22 มกราคม 2556 จาก <http://narst.dmsc.moph.go.th>.
- สถาบันบำราศนราดูร. (2551). แนวปฏิบัติการทำความสะอาดมือสำหรับบุคลากรสุขภาพในโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ.
- สมหวัง ด้านชัยวิจิตร และ ไพฑูรย์ บุญมา. (2547). การควบคุมโรคติดเชื้อและการแก้ปัญหาเชื้อดื้อยาในโรงพยาบาล. ค้นเมื่อ 14 มกราคม 2556 จาก <http://narst.dmsc.moph.go.th/another/meeting/1/5.doc>.
- สมหวัง ด้านชัยวิจิตร, ศิริวรรณ สิริกวิน, ปรีชา ตันธนาธิป, และ คัคณางค์ นาคสวัสดิ์. (บรรณาธิการ), (2550). คู่มือปฏิบัติเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาล. ค้นเมื่อ 16 พฤษภาคม 2556 จาก [http://www.bamras.org/userfiles/10\\_.pdf](http://www.bamras.org/userfiles/10_.pdf).
- เสงี่ยม สกฤณี และพรทิพย์ คำอ้วน. (2550). โรคติดเชื้อในโรงพยาบาลในแผนกกุมารเวชกรรม ของโรงพยาบาลขอนแก่น. ขอนแก่นวารสาร, 31(2), 144-155.
- อะเคื้อ อุนทเลทกะ. (2554). หลักและแนวปฏิบัติการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. เชียงใหม่: มิ่งเมืองนวัตน์. อะเคื้อ อุนทเลทกะ. (2556). ระบาดวิทยาและแนวปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล. เชียงใหม่: มิ่งเมืองนวัตน์.

- Al-Hamed, A. & Maxwell, S. (2008). *How clean is clean? Proposed methods for hospital cleaning assessment*. Journal of Hospital Infection, 70(4), 328-334
- Centers for Disease Control and Prevention. (2006). *Management of multidrug-resistant organisms in healthcare settings*. Retrieved December 14, 2012.from: <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/MDRO/MDROGuideline2006.pdf>.
- Easton, P. M., Sarma, A., Williams, F. L., Marwick, C. A., Phillips, G., & Nathwani, D.(2007). *Infection control and management of MRSA: assessing the knowledge of staff in an acute hospital setting*. Journal of Hospital Infection,66, 29-33.
- Eshetie S, Unakal C, Gelaw A, Ayelign B, Endris M, Moges F. *Multidrug resistant and carbapenemase producing Enterobacteriaceae among patients with urinary tract infection at referral Hospital, Northwest Ethiopia*. Antimicrob Resist Infect Control. 2015;4:12-.
- SaferPak. (2009). *Plan Do Study Act*. From <http://www.saferpak.com/pdsa.htm>.
- World Health Organization. (2009). *WHO Guidelines on Hand hygiene in Health Care: a Summary, 2009*. Retrieved November 22, 2013. from [www.who.int](http://www.who.int). doi: 10.1086/600379.
- World Health Organization.(2018). *Antibiotic resistance*. Available at: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/antibiotic-resistance/en/>. Accessed April 15, 2018.
- World Health Organization. (2023). Sepsis. สืบค้นเมื่อ 25 กรกฎาคม 2566 จาก <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sepsis>.

## ความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

นวพร ปาดอนไพร

### บทคัดย่อ

การศึกษาความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก ในพื้นที่อำเภอสรรพยา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก และเพื่อนำเสนอแนวทางการพัฒนาความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท โดยกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ (1) ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท จำนวน 292 คน เครื่องมือในการศึกษาวิจัยเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน จำนวน 73 ข้อ ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling) และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean:  $\bar{X}$ ) ร้อยละ (Percentile) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) มาตรฐานส่วนประมาณค่า (Rating scale) และสถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบแบบขั้นตอน (Stepwise) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท มีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 44.01$ , SD = 7.89) มีระดับความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 93.95$ , SD = 22.43) และมีระดับความรอบรู้ด้านภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 90.87$ , SD = 23.37) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก คือ อายุ ( $\beta = -0.299$ ,  $t = -0.510$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ( $\beta = 3.44$ ,  $t = 2.37$ ,  $p\text{-value} = 0.18$ ) ลักษณะของครอบครัว ( $\beta = 1.46$ ,  $t = 2.13$ ,  $p\text{-value} = 0.34$ ) และแหล่งที่มาของความรู้และวิธีการเลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ( $\beta = 0.27$ ,  $t = 2.58$ ,  $p\text{-value} = 0.10$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

**คำสำคัญ:** ความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการ, ภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี, ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก

## Heath Literacy of Development Promotion and Nutritional in Children aged 0-5 years of Parents of Early Childhood at Sapphaya District, Chainat Province

Nawapron Padonprai

### Abstract

The objective of studying Heath Literacy of Development Promotion and Nutritional in Children aged 0-5 years of Parents of Early Childhood at Sapphaya District, Chainat Province to study the level of heath literacy in promoting development and nutritional and to study factors that influence heath literacy in promoting development and nutritional status nutrition in children aged 0-5 years of parents raising children and to present guidelines for developing heath literacy in promoting development and nutritional status in children aged 0-5 years of parents raising children. In the area of Sapphaya District Chainat Province. The sample size were parents raising children aged 0-5 years living in Sapphaya District. Chainat Province, numbering 292 people. The research instrument was a questionnaire consisting of 5 parts, 73 questions, using multi-stage random sampling, and data were analyzed using descriptive statistics, including mean: ( $\bar{x}$ ) percentage, standard deviation, rating scale and multiple linear regression analysis with a statistically significant level of 0.05.

The results of the study found that parents who care for children aged 0-5 years in the Sapphaya District area Chainat Province There are behaviors promoting development and nutritional status in children aged 0-5 years overall at a fair level ( $\bar{x} = 44.01$ , SD = 7.89). There is a level of knowledge in promoting development in children aged 0-5 years overall. It is at a fair level ( $\bar{x} = 93.95$ , SD = 22.43) and the overall level of nutritional knowledge in children aged 0-5 years is at a fair level ( $\bar{x} = 90.87$ , SD = 23.37). The factors that are Influences on knowledge in promoting development in children aged 0-5 years of parents raising children are age ( $\beta = -0.299$ ,  $t = -0.510$ , p-value = 0.001), average monthly income ( $\beta = 3.44$ ,  $t = 2.37$ , p-value = 0.18), family characteristics ( $\beta = 1.46$ ,  $t = 2.13$ , p-value = 0.34) and sources of knowledge and methods for raising children aged 0-5 years ( $\beta = 0.27$ ,  $t = 2.58$ , p-value = 0.10) with statistical significance at 0.05.

**Keywords:** Heath Literacy of Development Promotion, Nutritional in Children aged 0 - 5 years, Parents of Early Childhood

## บทนำ

ช่วงวัยตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี เป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญมาก เนื่องจากเป็นช่วงวัยที่มีพัฒนาการในทุกด้านอย่างรวดเร็ว ซึ่งนับว่าเป็นเวลาทองของชีวิต เป็นช่วงระยะเวลาที่สำคัญในการเรียนรู้ต่างๆ ทั้งด้านพัฒนาการทางกาย พัฒนาการทางสติปัญญา พัฒนาการทางอารมณ์ พัฒนาการทางสังคม และพัฒนาการด้านจิตวิญญาณ โดยพัฒนาการเหล่านี้เป็นการเสริมสร้างให้เกิดการเจริญเติบโตที่เต็มศักยภาพในช่วงอายุนี้นี้ ซึ่งเป็นรากฐานที่สำคัญอันจะนำไปสู่การเติบโตเป็นเยาวชนและพลเมืองที่ดี และพร้อมตอบสนองต่อความต้องการพื้นฐานที่เปลี่ยนไปตามช่วงวัยได้อย่างเหมาะสมและสมดุลกันทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สติปัญญา และสังคม ครอบครัวจึงเป็นกลไกหลักที่สำคัญในการดูแลและส่งเสริมให้เด็กในช่วงวัยตั้งแต่แรกเกิดจนถึงอายุ 5 ปี มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย แต่ในปัจจุบันวิถีการดำเนินชีวิตของสังคมไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วตามสภาพเศรษฐกิจและเทคโนโลยี ทำให้การอบรมเลี้ยงดูเด็กของครอบครัวเปลี่ยนไป พ่อแม่เด็กมีภาระหน้าที่หลายอย่าง หลายครอบครัวจึงให้ปู่ย่า หรือตายาย เป็นผู้เลี้ยงดูเด็กเป็นหลัก ซึ่งการเลี้ยงดูส่วนใหญ่มักให้ความสำคัญกับเด็กในการส่งเสริมการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย และปล่อยให้พัฒนาการของเด็กเกิดขึ้นเองตามวัย ส่งผลให้เด็กมีพัฒนาการล่าช้าและไม่สมวัย (มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ, 2563)

การดำเนินงานที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้ใช้แนวทางการพัฒนาระบบบริการสุขภาพของกระทรวงสาธารณสุขสู่ความเป็นเลิศ 4 ด้าน (4 Excellences) ภายใต้แผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข ระยะ 20 ปี (พ.ศ. 2560 – 2579) ได้แก่ 1) ด้านส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และคุ้มครองผู้บริโภคเป็นเลิศ (PP&P Excellence) 2) ด้านบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) 3) ด้านบุคลากรเป็นเลิศ (People Excellence) และ 4) ด้านบริหารเป็นเลิศด้วยธรรมาภิบาล (Governance Excellence) โดยได้พิจารณาความสอดคล้องเชื่อมโยงกับยุทธศาสตร์ชาติ แผนแม่บทภายใต้ยุทธศาสตร์ชาติ ฯลฯ เพื่อขับเคลื่อนการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล โดยในแผนระดับที่ 2 ในประเด็นที่ 13 การเสริมสร้างให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดี ซึ่งมีเป้าหมายให้คนไทยมีสุขภาวะที่ดีขึ้นและมีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น โดยมีการขับเคลื่อนนโยบายที่มุ่งเน้นการส่งเสริมสุขภาพของประชาชนทุกกลุ่มวัย การสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนสามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม พร้อมทั้งเฝ้าระวังและจัดการความรู้ทางสุขภาพที่ไม่ถูกต้องและปัญหาการอบรมเลี้ยงดูและพัฒนาการเด็กปฐมวัยก็ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ โดยเฉพาะเด็กในวัยแรกเกิด - 5 ปีแรก ซึ่งเป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลง อย่างรวดเร็ว ทั้งการเจริญเติบโต พัฒนาการทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์สังคมและสติปัญญา โดยมีครอบครัวเป็นกลไกหลักในการดูแลและส่งเสริมให้มีการเจริญเติบโตและพัฒนาการสมวัย บิดามารดาและคนในครอบครัวรวมทั้งครู/ผู้ดูแลเด็กปฐมวัยจะต้องมีความรู้และการปฏิบัติเกี่ยวกับการอบรมเลี้ยงดู และส่งเสริมพัฒนาการเด็กที่เหมาะสม (กองยุทธศาสตร์และแผนงาน, 2564)

ในขณะที่ผลการดำเนินงานพัฒนาการเด็กปฐมวัยอายุ 0-5 ปี ในปี 2565 ของจังหวัดชัยนาท พบว่า จังหวัดชัยนาทมีเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 8,558 คน ได้รับการคัดกรองพัฒนาการจำนวน 8,101 คน คิดเป็นร้อยละ 94.66 พบพัฒนาการล่าช้าจำนวน 1,296 คน คิดเป็นร้อยละ 16.00 ซึ่งไม่เป็นไปตามค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ (เป้าหมายไม่น้อยกว่าร้อยละ 20) การติดตามเด็กที่สงสัยพัฒนาการล่าช้า ภายใน 30 วัน จำนวน 1,240 คน คิดเป็นร้อยละ 96.50 มีพัฒนาการสมวัยทั้งหมด 8,017 คน คิดเป็นร้อยละ 93.68 ความครอบคลุมการคัดกรองพัฒนาการได้ตามเป้าหมายทุกอำเภอ โดยอำเภอที่มีการคัดกรองสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอนิคมพัฒนา อำเภอนาโพธิ์ และอำเภอมโนรมย์ คิดเป็นร้อยละ 98.78 97.04 และ 96.13 ตามลำดับ ซึ่งพบพัฒนาการสงสัยล่าช้า

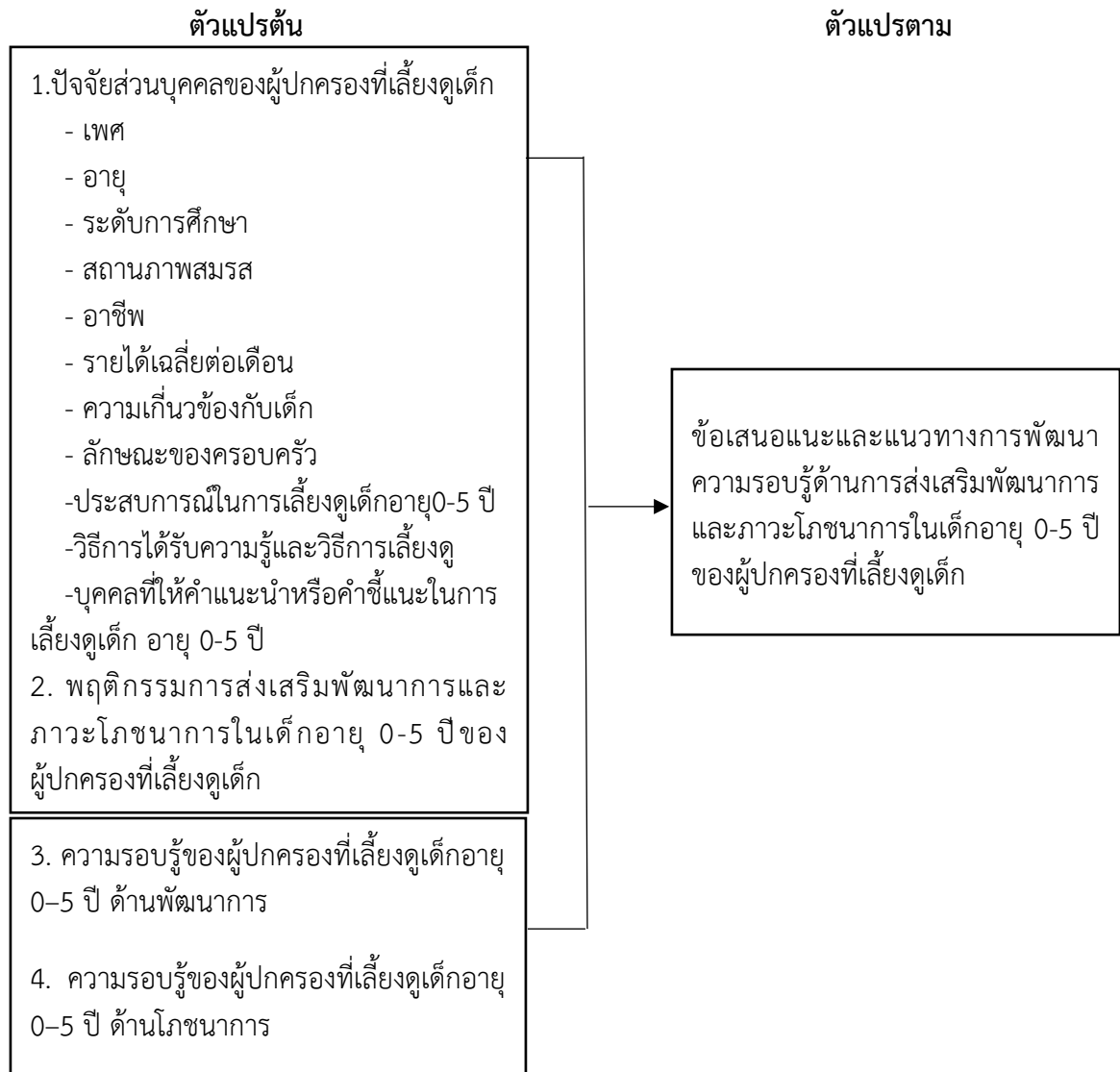


ยังไม่ได้ตามเป้าหมายในทุกอำเภอ โดยอำเภอที่พบพัฒนาการสงสัยล่าช้าต่ำสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอวัดสิงห์ อำเภอเมืองชัยนาท และอำเภอสรรพยา คิดเป็นร้อยละ 9.06, 11.55 และ 15.94 ตามลำดับ เด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้รับการติดตามภายใน 30 วัน ดำเนินการได้ตามเป้าหมายทุกอำเภอ โดยอำเภอที่ติดตามเด็กที่พัฒนาการสงสัยล่าช้าได้สูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอสรรพยา อำเภอเนินขาม และอำเภอเมืองชัยนาท คิดเป็นร้อยละ 99.28, 98.94 และ 98.28 ตามลำดับ ในขณะที่เด็กมีพัฒนาการสมวัยนั้น เป็นไปตามเป้าหมายทุกอำเภอ อำเภอที่มีเด็กพัฒนาการสมวัยสูงสุด 3 อันดับแรก ได้แก่ อำเภอเนินขาม อำเภอวัดสิงห์ และอำเภอหนองมะโมง คิดเป็นร้อยละ 98.37, 95.65 และ 95.48 ตามลำดับ เมื่อแยกพัฒนาการสงสัยล่าช้ารายด้าน แยกรายอำเภอ พบว่า ในปี 2565 มีเด็กที่ได้รับการกระตุ้นพัฒนาการแล้วยังพบมีพัฒนาการสงสัยล่าช้าจำนวน 26 คน โดยพัฒนาการด้านที่สงสัยล่าช้าที่พบมากเป็นอันดับที่ 1 คือ ด้านการใช้ภาษาจำนวน 22 ราย รองลงมา คือ ด้านการเข้าใจภาษาจำนวน 13 ราย ด้านการช่วยเหลือตนเองและสังคม จำนวน 10 ราย ด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็ก จำนวน 9 ราย และด้านการเคลื่อนไหว จำนวน 5 ราย โดยอำเภอที่พบปัญหาพัฒนาการสงสัยล่าช้าทุกด้านสูงที่สุดคือ อำเภอสรรพยา จำนวน 9 คน รองลงมาคืออำเภอสรรพยา จำนวน 5 คน ในขณะที่ผลการดำเนินงานเด็กอายุ 0-5 ปี สูงดีสมส่วนปี 2565 ภาพรวมจังหวัดชัยนาท ร้อยละ 55.20 พบว่าผลการดำเนินงานยังไม่เป็นไปตามเป้าหมายในทุกอำเภอ (ไม่น้อยกว่าร้อยละ 64) โดยพบภาวะอ้วนร้อยละ 12.63 ภาวะเตี้ยร้อยละ 11.99 และภาวะผอมร้อยละ 5.5 (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท, (2565) ในขณะที่ผลการดำเนินงานการตรวจคัดกรองพัฒนาการสมวัยของโรงพยาบาลสรรพยา ในปี 2565 พบว่า มีเด็กที่พัฒนาล่าช้าสูงเกินกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดโดยมีเด็กที่มีพัฒนาการสงสัยล่าช้าในการตรวจคัดกรองครั้งแรกร้อยละ 27.59 และเมื่อมีการกระตุ้นพัฒนาการตามแผนการดำเนินงานครบ 1 เดือน พบว่ามีเด็กที่พัฒนาการกลับมาสมวัยเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 89.70 จากร้อยละ 72.50

จากประสบการณ์การดำเนินงานที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่า พื้นที่อำเภอสรรพยา พบปัญหาด้านพัฒนาการสงสัยล่าช้า พัฒนาการสมวัยและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี สูงเป็นอันดับต้น ๆ ของจังหวัดชัยนาท ซึ่งการจะแก้ไขปัญหาด้านพัฒนาการสงสัยล่าช้าและภาวะโภชนาการให้ลดลงได้นั้น พ่อแม่และผู้ที่เกี่ยวข้องจะต้องมีความรู้ความเข้าใจในการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการอย่างถูกต้องและเหมาะสมเสียก่อนถึงจะสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็กให้มีพัฒนาการและภาวะโภชนาการสมวัยได้จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ไปใช้ในการกำหนดนโยบายและกำหนดแนวทางในการส่งเสริมความรอบรู้ด้านพัฒนาการและภาวะโภชนาการสำหรับเด็กอายุ 0-5 ปี ที่จำเป็นและสำคัญที่ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กจะต้องรู้ เข้าใจ และปฏิบัติตามอย่างเคร่งครัด อันจะนำไปสู่การแก้ไขปัญหาพัฒนาการสงสัยล่าช้าและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของพื้นที่อำเภอสรรพยาจังหวัดชัยนาทได้ต่อไปในอนาคต

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยเรื่องความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาทผู้วิจัยได้ใช้แนวคิดการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยแบบจำลอง V-Shape ซึ่งมีทั้งหมด 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การเข้าถึงข้อมูล (2) ความรู้ความเข้าใจ (3) การตรวจสอบและตัดสินใจ (4) การจัดการตนเอง และ (5) การสื่อสารระหว่างบุคคล ดังแสดงในภาพที่ 1.1



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการวิจัย

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

- เพื่อศึกษาระดับความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท
- เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท
- เพื่อนำเสนอแนวทางการพัฒนาความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

### วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ (N) ได้แก่ ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท โดยอ้างอิงจำนวนตามระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุขปีงบประมาณ พ.ศ. 2566 ณ วันที่ 31 พฤษภาคม 2566 จำนวน 827 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาค้นครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 กลุ่ม คือ (1) ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท จำนวน 265 คน ซึ่งได้มาจากการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ตารางของเครจซี่และมอร์แกน (Krejcie & Morgan, 1970) และเพื่อป้องกันความคลาดเคลื่อนในขณะเก็บรวบรวมข้อมูลและลดปัญหาการตอบกลับของแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์หรือน้อยกว่าที่กำหนด หรือมีข้อมูลสูญหาย (Missing data) ซึ่งคาดว่าจะเกิดขึ้นร้อยละ 10 ผู้วิจัยจึงปรับขนาดตัวอย่างใหม่เป็น 292 คน และ (2) กลุ่มผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ต้นแบบประจำตำบล ซึ่งได้มาจากการศึกษาและทบทวนข้อมูลพัฒนาการและภาวะโภชนาการสมัยและเป็นไปตามมาตรฐานของเด็กที่อยู่ในความดูแล รวมทั้งมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ จำนวน 5 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาค้นครั้งนี้ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage random sampling)

### เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือในการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยประยุกต์จาแบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก ที่สถาบันพัฒนาเด็กปฐมวัยแห่งชาติ กรมอนามัย พัฒนาขึ้นจากแนวคิดของ Nutbeam ร่วมกับแนวคิดกระบวนการส่งเสริมความรู้ด้านสุขภาพด้วยแบบจำลอง V-Shape ของ วชิระ เพ็งจันทร์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และผู้วิจัยได้ทำการศึกษาทบทวนแนวคิดทฤษฎีและเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและพัฒนาปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เนื้อหาเกิดความเหมาะสมและชัดเจน ประกอบด้วย 5 ส่วน จำนวน 73 ข้อ ดังนี้

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี จำนวน 25 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง จำนวน 3 ข้อ

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ ทำการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) จากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน เพื่อหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of itemobjective congruence: IOC) และเลือกข้อคำถามที่มีค่า IOC เท่ากับหรือมากกว่า 0.50 มาเป็นข้อคำถาม หลังจากผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ ซึ่งจากการให้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ได้ค่า IOC อยู่ที่ 0.89 ถือว่าแบบสอบถามมีความสมบูรณ์

ภายหลังการปรับแก้เนื้อหาของเครื่องมือตามข้อเสนอแนะของผู้เชี่ยวชาญ ผู้วิจัยได้นำไปทดลองใช้ (try out) กับผู้เลี้ยงดูหลักของเด็กอายุ 0-5 ปีที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือฉบับทดลองใช้ พร้อมทั้งตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) ความเชื่อมั่นมีค่าตั้งแต่ 0.75 ขึ้นไป ซึ่งค่าความเชื่อมั่นรวมของแบบสอบถามทั้งฉบับ เท่ากับ 0.89 ซึ่งมีความเชื่อมั่นที่เชื่อถือได้

### การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคลของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าเฉลี่ย (Mean:  $\bar{X}$ ) ร้อยละ (Percentile) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก วิเคราะห์โดยการนำคะแนนจากคำตอบที่เลือกตอบแบบถูกผิด มาจัดมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 3 ระดับ ดังนี้

คะแนน <60% ของคะแนนเต็ม หมายถึง มีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี อยู่ในระดับ ไม่ดีพอ

คะแนน  $\geq 60\%$  - <80% ของคะแนนเต็ม หมายถึง มีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี อยู่ในระดับ พอใช้

คะแนน  $\geq 80\%$  ของคะแนนเต็ม หมายถึง มีพฤติกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี อยู่ในระดับ ดี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี และ ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความรู้ด้านภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี วิเคราะห์โดยการนำคะแนนจากคำตอบที่เลือกตอบแบบถูกผิดเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating scale) 5 ระดับดังนี้

คะแนน <60% ของคะแนนเต็ม หมายถึง มีความรอบรู้ในระดับ ต้องปรับปรุง

คะแนน  $\geq 60\%$  ของคะแนนเต็ม หมายถึง มีความรอบรู้ในระดับพอใช้

คะแนน  $\geq 80\%$  ของคะแนนเต็ม หมายถึง มีความรอบรู้ในระดับดี

ส่วนที่ 5 แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง วิเคราะห์ข้อมูลโดยการสรุปเชิงพรรณนาและความถูกต้องของข้อมูลเชิงเนื้อหา และวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กโดยใช้สถิติถดถอยพหุคูณเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) ด้วยวิธีการคัดเลือกตัวแบบแบบขั้นตอน (Stepwise) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

### ผลการวิจัย

จากการศึกษาความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปีของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมด จำนวน 292 คน เป็นเพศหญิงจำนวน 256 คน คิดเป็นร้อยละ 87.67 เพศชายจำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 12.33 ส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 18 – 34 ปี จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 41.44 รองลงมาคือ อายุ 35-59 ปี จำนวน 109 คน คิดเป็นร้อยละ 37.33 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. จำนวน 161 คน คิดเป็นร้อยละ 55.14 มีสภาพสมรส จำนวน 214 คน คิดเป็นร้อยละ 73.29 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป จำนวน 100 คน คิดเป็นร้อยละ 34.25 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 – 15,000 บาท จำนวน 142 คน คิดเป็นร้อยละ

48.63 โดยมีความสัมพันธ์เป็นแม่ของเด็ก จำนวน 164 คน คิดเป็นร้อยละ 56.16 มีลักษณะครอบครัวขยาย (พ่อแม่+ลูก+ปู่ย่า/ตายาย) จำนวน 196 คน คิดเป็นร้อยละ 67.12 เคยเลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปีมาแล้ว 2 คน จำนวน 86 คน คิดเป็นร้อยละ 29.45 โดยแหล่งที่มาของความรู้และวิธีการเลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี คือ เลี้ยงดูตามวิถีชีวิตที่สืบทอดกันมา จำนวน 226 คน คิดเป็นร้อยละ 77.40 สำหรับแหล่งข้อมูลหรือบุคคลที่ขอคำปรึกษาในการเลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 160 คน คิดเป็นร้อยละ 54.79 รองลงมาคือ แพทย์/พยาบาล/หรือเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ และศึกษาและหาข้อมูลด้วยตนเองจากเว็บไซต์และสื่อออนไลน์ต่างๆ จำนวน 79 คน คิดเป็นร้อยละ 27.05

ผลการศึกษาพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท พบว่า มีพฤติกรรมกรรมการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 44.01$ ,  $SD = 7.89$ ) มีระดับความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 93.95$ ,  $SD = 22.43$ ) และมีระดับความรู้ด้านภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 90.87$ ,  $SD = 23.37$ ) โดยปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก คือ อายุ ( $\beta = -0.299$ ,  $t = -0.510$ ,  $p\text{-value} = 0.001$ ) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ( $\beta = 3.44$ ,  $t = 2.37$ ,  $p\text{-value} = 0.18$ ) ลักษณะของครอบครัว ( $\beta = 1.46$ ,  $t = 2.13$ ,  $p\text{-value} = 0.34$ ) และแหล่งที่มาของความรู้และวิธีการเลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ( $\beta = 0.27$ ,  $t = 2.58$ ,  $p\text{-value} = 0.10$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สามารถสรุปผลการศึกษาตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยได้ ดังนี้

1) ระดับความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

ระดับความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท มีระดับความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 93.95$ ,  $SD = 22.43$ ) โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า (1) ความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี มีความรู้อยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 18.25$ ,  $SD = 4.93$ ) (2) ความรู้ด้านความรู้ความเข้าใจการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี มีความรู้อยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 19.30$ ,  $SD = 4.94$ ) (3) ความรู้ด้านการตรวจสอบและตัดสินใจในการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี มีความรู้อยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 18.60$ ,  $SD = 5.14$ ) (4) ความรู้ด้านการจัดการตนเองในการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี มีความรู้อยู่ในระดับต้องปรับปรุง ( $\bar{X} = 19.01$ ,  $SD = 4.78$ ) และ (5) ความรู้ด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลในการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี มีความรู้อยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 18.88$ ,  $SD = 4.79$ ) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ผลการศึกษาระดับความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท (n=292)

| ประเด็นความรู้                                                             | $\bar{X}$ | S.D.  | จำนวน (ร้อยละ) |                |                | ระดับความรู้ |
|----------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|----------------|----------------|----------------|--------------|
|                                                                            |           |       | ต้องปรับปรุง   | พอใช้          | ดี             |              |
| 1. ความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี         | 18.25     | 4.93  | 72<br>(24.66)  | 120<br>(41.10) | 100<br>(34.25) | พอใช้        |
| 2. ความรู้ด้านความรู้ความเข้าใจการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี        | 19.30     | 4.94  | 56<br>(19.18)  | 100<br>(34.25) | 136<br>(46.58) | พอใช้        |
| 3. ความรู้ด้านการตรวจสอบและตัดสินใจในการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี  | 18.60     | 5.14  | 73<br>(25.00)  | 104<br>(35.62) | 115<br>(39.38) | พอใช้        |
| 4. ความรู้ด้านการจัดการตนเองในการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี         | 19.01     | 4.78  | 58<br>(19.86)  | 112<br>(38.36) | 122<br>(41.78) | ต้องปรับปรุง |
| 5. ความรู้ด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลในการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี | 18.88     | 4.78  | 61<br>(20.89)  | 118<br>(40.41) | 113<br>(38.70) | พอใช้        |
| คะแนนรวมเฉลี่ยด้านการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี                     | 93.95     | 22.43 | 51<br>(17.47)  | 112<br>(38.36) | 127<br>(43.49) | พอใช้        |

ระดับความรู้ด้านภาวะโภชนาการผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท มีระดับความรู้ด้านภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 90.87$ ,  $SD = 23.37$ ) โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า (1) ความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี มีความรู้อยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 18.66$ ,  $SD = 5.01$ ) (2) ความรู้ด้านความรู้ความเข้าใจภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี มีความรู้อยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 18.02$ ,  $SD = 5.20$ ) (3) ความรู้ด้านการตรวจสอบและตัดสินใจด้านภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี มีความรู้อยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 18.56$ ,  $SD = 5.28$ ) (4) ความรู้ด้านการจัดการตนเองด้านภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี มีความรู้อยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 17.53$ ,  $SD = 4.91$ ) และ (5) ความรู้ด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลด้านภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี มีความรู้อยู่ในระดับพอใช้ ( $\bar{X} = 18.10$ ,  $SD = 4.96$ ) รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1.2

**ตารางที่ 2** ผลการศึกษาระดับความรู้ด้านภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท (n=292)

| ประเด็นความรู้                                               | $\bar{X}$ | S.D. | จำนวน (ร้อยละ) |                |                | ระดับความรู้ |
|--------------------------------------------------------------|-----------|------|----------------|----------------|----------------|--------------|
|                                                              |           |      | ต้องปรับปรุง   | พอใช้          | ดี             |              |
| 1. ความรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี  | 18.66     | 5.01 | 69<br>(23.63)  | 118<br>(40.41) | 105<br>(35.96) | พอใช้        |
| 2. ความรู้ด้านความรู้ความเข้าใจภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี | 18.02     | 5.20 | 86<br>(29.45)  | 113<br>(38.70) | 93<br>(31.85)  | พอใช้        |



| ประเด็นความรอบรู้                                                            | $\bar{x}$ | S.D.  | จำนวน (ร้อยละ)   |                |                | ระดับ<br>ความรู้ |
|------------------------------------------------------------------------------|-----------|-------|------------------|----------------|----------------|------------------|
|                                                                              |           |       | ต้อง<br>ปรับปรุง | พอใช้          | ดี             |                  |
| 3. ความรอบรู้ด้านการตรวจสอบและตัดสินใจด้าน<br>ภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี  | 18.56     | 5.28  | 75<br>(25.68)    | 106<br>(36.30) | 111<br>(38.01) | พอใช้            |
| 4. ความรอบรู้ด้านการจัดการตนเองด้านภาวะ<br>โภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี         | 17.53     | 4.91  | 98<br>(33.56)    | 118<br>(40.41) | 76<br>(26.03)  | พอใช้            |
| 5. ความรอบรู้ด้านการสื่อสารระหว่างบุคคล<br>ด้านภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี | 18.10     | 4.96  | 81<br>(27.74)    | 121<br>(41.44) | 90<br>(30.82)  | พอใช้            |
| คะแนนรวมเฉลี่ยด้านภาวะโภชนาการ<br>ในเด็กอายุ 0-5 ปี                          | 90.87     | 23.37 | 68<br>(23.29)    | 120<br>(41.10) | 104<br>(35.62) | พอใช้            |

2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ อายุ ( $\beta = -0.299, t = -0.510, p\text{-value} = 0.001$ ) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ( $\beta = 3.44, t = 2.37, p\text{-value} = 0.18$ ) ลักษณะของครอบครัว ( $\beta = 1.46, t = 2.13, p\text{-value} = 0.34$ ) และแหล่งที่มาของความรู้และวิธีการเลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ( $\beta = 0.27, t = 2.58, p\text{-value} = 0.10$ ) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการ จำแนกรายด้าน พบว่า

2.1 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก มีจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะของครอบครัว และแหล่งที่มาของความรู้และวิธีการเลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี สามารถพยากรณ์ได้ ร้อยละ 6.1

2.2 ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก มีจำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และแหล่งที่มาของความรู้และวิธีการเลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี สามารถพยากรณ์ได้ ร้อยละ 4.5 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1.3

**ตารางที่ 1.3** ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท (n=292)

| ตัวแปร                                                                                | Model 1 | Model 2 | Model 3 |
|---------------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|
| <b>ความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก</b> |         |         |         |
| อายุ                                                                                  | 0.694*  | 0.593*  | -0.510* |
| รายได้เฉลี่ยต่อเดือน                                                                  |         | 1.091*  | 1.186*  |
| ลักษณะของครอบครัว                                                                     |         |         | 0.463*  |
| แหล่งที่มาของความรู้และวิธีการเลี้ยงดู                                                | -0.549* | -0.512* |         |
| ค่าคงที่ (Constant)                                                                   | 29.364* | 27.053* | 24.844* |
| R <sup>2</sup>                                                                        | 0.028   | 0.046   | 0.061   |
| Adj.R <sup>2</sup>                                                                    | 0.025   | 0.041   | 0.053   |
| SEE                                                                                   | 4.609   | 4.571   | 4.542   |
| F                                                                                     | 10.628* | 8.938*  | 7.956*  |

| ตัวแปร                                                                         | Model 1 | Model 2 | Model 3 |
|--------------------------------------------------------------------------------|---------|---------|---------|
| <b>ความรอบรู้ด้านภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก</b> |         |         |         |
| อายุ                                                                           | 0.339*  | -0.299* |         |
| รายได้เฉลี่ยต่อเดือน                                                           |         | 0.433*  |         |
| แหล่งที่มาของความรู้และวิธีการเลี้ยงดู                                         | -0.627* | -0.587* |         |
| ค่าคงที่(Constant)                                                             | 12.923* | 12.006* |         |
| R <sup>2</sup>                                                                 | 0.031   | 0.045   |         |
| Adj.R <sup>2</sup>                                                             | 0.029   | 0.040   |         |
| SEE                                                                            | 2.119   | 2.107   |         |
| F                                                                              | 12.020* | 8.696*  |         |

\*ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

### 3) ข้อมูลเชิงคุณภาพของกลุ่มผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ต้นแบบประจำตำบล

จากการดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ต้นแบบประจำตำบล ซึ่งได้มาจากการศึกษาและทบทวนข้อมูลพัฒนาการและภาวะโภชนาการสมวัยและเป็นไปตามมาตรฐานของเด็กที่อยู่ในความดูแล รวมทั้งมีผลงานเป็นที่ประจักษ์ จำนวน 5 คน มีรายละเอียด ดังนี้

(1) ท่านอยากให้ลูกหลานที่ท่านเลี้ยงดูเป็นเด็กอย่างไร พบว่า กลุ่มผู้ปกครองคาดหวังให้เด็กอายุ 0-5 ปี ที่อยู่ในความดูแลโดยใจความสำคัญในบทสัมภาษณ์ของกลุ่มผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ต้นแบบประจำตำบล ได้กล่าวไว้ว่า

ผู้ปกครอง : คาดหวังให้เขา “เป็นเด็กดีของสังคม, เรียนหนังสือเก่ง ๆ, มีชีวิตที่มั่นคง”

ผู้ปกครอง: “เป็นคนดี มีน้ำใจ อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข ไม่เบียดเบียนใคร มีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์เป็นคนมีวินัย ตรงต่อเวลา”

ผู้ปกครอง: “อยากให้ลูกสุขภาพแข็งแรง ร่าเริงแจ่มใส ทำงานหรือกิจกรรมต่างๆได้อย่างว่องไว กล้าแสดงออก มีระเบียบวินัยและรักษาเวลา สามารถเข้ากับคนอื่นได้ดี และเรียนหนังสือเก่ง ๆ”

(2) ท่านมีวิธีในการเลี้ยงดูลูกหลานที่มีอายุ 0-5 ปี ให้เจริญเติบโตสมวัย สุขภาพแข็งแรงได้อย่างไรบ้าง พบว่า กลุ่มผู้ปกครองคาดหวังให้เด็กอายุ 0-5 ปี ที่อยู่ในความดูแลโดยใจความสำคัญในบทสัมภาษณ์ของกลุ่มผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ต้นแบบประจำตำบล ได้กล่าวไว้ว่า

ผู้ปกครอง: “ด้านการดูแลสุขภาพก็จะชวนออกกำลังกายในช่วงเช้า ในช่วงที่เราทำอาหารให้เขา”

ผู้ปกครอง: “ส่วนใหญ่จะชวนเล่นกิจกรรมที่เป็นการส่งเสริมพัฒนาการและกล้ามเนื้อมัดเล็ก เพื่อให้เขาเติบโตได้สมวัย ฉลาด และมีสุขภาพที่ดี”

(3) ท่านคิดว่ามีปัจจัยหรือวิธีการเลี้ยงดูอะไรบ้างที่ทำให้ลูกหลานที่มีอายุ 0-5 ปี โตสมวัย แข็งแรง พบว่า กลุ่มผู้ปกครองคาดหวังให้เด็กอายุ 0-5 ปี ที่อยู่ในความดูแลโดยใจความสำคัญในบทสัมภาษณ์ของกลุ่มผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ต้นแบบประจำตำบล ได้กล่าวไว้ว่า

ผู้ปกครอง: “การมีเวลาให้กับเด็กเป็นสิ่งสำคัญมาก เราจะมีเวลาได้สังเกตการเจริญเติบโตของเขาทางด้านร่างกาย และได้พาทำกิจกรรมส่งเสริมพัฒนาการต่าง ๆ ตามที่เราได้เรียนรู้มา”

ผู้ปกครอง: “ที่บ้านจะให้ความสำคัญกับเรื่องของอาหาร เราจะทำอาหารสำหรับเด็กต่างหากแทบจะทุกมื้อเลยทีเดียว จะไม่ได้ให้เขาทานอาหารแบบที่ผู้ใหญ่อย่างเราทาน และเราจะเน้นให้เด็กได้ดื่มนมตลอด ”

ผู้ปกครอง: “เวลาที่เราสงสัยเกี่ยวกับพัฒนาการของเขา หรือพฤติกรรมแปลกๆตามช่วงวัยของเขาเนี่ย เราก็จะถามพยาบาลหรือคุณหมอที่ รพ.สต. เลยนะ จะไม่ได้ศึกษาจากสื่อโซเชียลอย่างเดียวคือถ้าสงสัยก็จะถามเลยกลัวเขาจะมีปัญหาด้านสุขภาพหรือไม่ปกติเหมือนกับลูกคนอื่นๆในวัยเดียวกัน”

4) แนวทางการพัฒนาความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท

จากผลการศึกษาที่แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กมีความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติหน้าที่ถูกต้องและเหมาะสมในการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ที่อยู่ในความดูแล จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในทุกด้านที่พบว่ามีความรู้ที่อยู่ในระดับพอใช้และระดับต้องปรับปรุง รวมถึงพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ถูกต้องและเหมาะสม เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ไปสู่การปฏิบัติได้อย่างถูกต้อง เหมาะสมนั้น ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะแนวทางการพัฒนา ดังนี้

(1) หน่วยงานวิชาการระดับกระทรวงและกรมควรมีการกำหนดให้การพัฒนาความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก อายุ 0-5 ปี เป็นนโยบายในการขับเคลื่อนการดำเนินงานที่สำคัญและต้องเร่งดำเนินการ

(2) หน่วยงานวิชาการระดับกรม และศูนย์วิชาการในพื้นที่ควรให้ความสำคัญและกำหนดให้มีการเสริมสร้างศักยภาพบุคลากรสาธารณสุขทุกระดับให้มีความเชี่ยวชาญในการเสริมสร้างความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการที่ถูกต้อง เหมาะสม แก่ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก อายุ 0-5 ปี ในพื้นที่

(3) ศูนย์วิชาการและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรผลักดันและสนับสนุนให้หน่วยงานสาธารณสุขในระดับพื้นที่เห็นความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร สาธารณสุขทุกระดับ ให้มีความเชี่ยวชาญในการทำงานเสริมสร้างความรู้ด้านพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี และพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็ก อายุ 0-5 ปี ที่ถูกต้องและเหมาะสมแก่ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก

(4) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรมีการกำหนดแผนระยะยาว เช่น แผน 4 ปี โดยบูรณาการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ในการเสริมสร้างความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กภายในชุมชน ด้วยการให้แต่ละพื้นที่เป็นผู้กำหนดแผนของตนเองตามความพร้อมหรือเงื่อนไขของชุมชน

(5) หน่วยงานวิชาการระดับจังหวัด (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด/สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ) ควรผลิตชุดความรู้ในรูปแบบสื่อออนไลน์ที่สามารถเข้าถึงครอบครัวและผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก อายุ 0-5 ปี โดยต้องคำนึงถึงข้อจำกัดด้านความสามารถ การรับรู้ข้อมูล และการเข้าถึงข้อมูลตามช่วงอายุและประสบการณ์ในการเลี้ยงดูเด็ก อายุ 0-5 ปีเป็นหลัก

(6) โรงพยาบาลประจำอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ควรมีการวางแผนพัฒนาความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลี้ยงดูให้แก่ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก อายุ 0-5 ปี เป็นประจำรายไตรมาสหรืออย่างน้อยปีละ 3 ครั้ง โดยเน้นให้สามารถปฏิบัติตามได้ง่ายและสามารถใช้ได้จริงในการดำเนินชีวิตประจำวันตามบริบทของพื้นที่

(7) โรงพยาบาลประจำอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล ควรมีการพัฒนาศักยภาพ นวัตกรรม และการวิจัยพัฒนาด้านการสื่อสารพฤติกรรม การเลี้ยงดู ความรู้ด้านพัฒนาการและโภชนาการในการ เลี้ยงดูเด็ก อายุ 0-5 ปี ให้แก่ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กตามบริบทของพื้นที่

(8) โรงพยาบาลประจำอำเภอ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบล สนับสนุนการเสริมสร้าง พฤติกรรมการเลี้ยงดู และความรอบรู้ด้านพัฒนาการและภาวะโภชนาการในการเลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ในพื้นที่ โดยเน้นความรอบรู้ในภาพรวมและรายด้านให้กับผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก

(9) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลในแต่ละพื้นที่ควรมีกิจกรรมสร้างความรอบรู้ติดต่อกันอย่าง น้อย 3-5 ครั้ง แต่ละครั้งห่างกันไม่เกิน 1-2 สัปดาห์ โดยเน้นการฝึกกระบวนการคิด และทักษะให้ครบทุก องค์ประกอบของความรอบรู้เรื่องพัฒนาการ โภชนาการ และพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็ก อายุ 0-5 ปี ด้วยเทคนิคการ จัดการเรียนรู้ที่หลากหลาย เช่น การบรรยาย การสาธิต การฝึกปฏิบัติจริง การทำกิจกรรมกลุ่มโดยใช้สถานการณ์ จำลอง การฝึกทักษะการสื่อสารเชิงบวกด้วยการเจรจาต่อรอง การฝึกพูดโน้มน้าวใจให้บุคคลในครอบครัวและ บุคคลในชุมชน เห็นความสำคัญของการส่งเสริมพัฒนาการ โภชนาการ และพฤติกรรมเลี้ยงดูที่ถูกต้อง เหมาะสม และยั่งยืนโดยกำหนดเนื้อหาตามองค์ประกอบให้ครบทั้ง 5 ด้าน

### สรุปผลและอภิปราย

จากการศึกษาความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปีของผู้ปกครอง ที่เลี้ยงดูเด็ก ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก ทั้งหมด จำนวน 292 คน เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.67 เพศชาย ร้อยละ 12.33 ส่วนใหญ่ มีอายุอยู่ระหว่าง 18 – 34 ปี ร้อยละ 41.44 มีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. ร้อยละ 55.14 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 34.25 มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนอยู่ระหว่าง 5,001 – 15,000 บาท ร้อยละ 48.63 มีความสัมพันธ์เป็นแม่ของเด็ก ร้อยละ 56.16 มีลักษณะครอบครัวขยาย (พ่อแม่+ลูก+ปู่ย่า/ตายาย) ร้อยละ 67.12 ส่วนใหญ่ เคยเลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปีมาแล้ว 2 คน ร้อยละ 29.45 โดยแหล่งที่มาของความรู้และวิธีการเลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี คือ เลี้ยงดูตามวิถี ชีวิตที่สืบทอดกันมา ร้อยละ 77.40 สำหรับแหล่งข้อมูลหรือบุคคลที่ขอคำปรึกษาในการเลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 54.79 รองลงมาคือ แพทย์/พยาบาล/หรือ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ และศึกษาและหาข้อมูลด้วยตนเองจากเว็บไซต์และสื่อออนไลน์ต่างๆ ร้อยละ 27.05 โดยสามารถสรุปและอภิปรายผลการศึกษาของการวิจัยได้ ดังนี้

ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท มีระดับความรอบรู้ด้านการส่งเสริม พัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ คือ มีความรอบรู้ที่ถูกต้องบ้างแต่ยังไม่ดีพอต่อการ ปฏิบัติตนในการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า (1) ความรอบรู้ด้านการ เข้าถึงข้อมูลการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี มีความรอบรู้ในระดับพอใช้ (2) ความรอบรู้ด้านความรู้ ความเข้าใจการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี มีความรอบรู้ในระดับพอใช้ (3) ความรอบรู้ด้านการ ตรวจสอบและตัดสินใจในการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี มีความรอบรู้ในระดับพอใช้ (4) ความรอบรู้ ด้านการจัดการตนเองในการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี มีความรอบรู้ในระดับต้องปรับปรุง คือ มีการ จัดการตนเองด้านการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ไม่ดีพอ และ (5) ความรอบรู้ด้านการสื่อสารระหว่าง บุคคล ในการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี มีความรอบรู้ในระดับพอใช้ และมีระดับความรอบรู้ด้าน ภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ในภาพรวมอยู่ในระดับพอใช้ คือ มีความรอบรู้ด้านภาวะโภชนาการที่ถูกต้อง

บ้างแต่ยังไม่ดีพอต่อการปฏิบัติตนในการส่งเสริมภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า (1) ความรอบรู้ด้านการเข้าถึงข้อมูลภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี มีความรอบรู้อยู่ในระดับพอใช้ (2) ความรอบรู้ด้านความรู้ความเข้าใจภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี มีความรอบรู้อยู่ในระดับพอใช้ (3) ความรอบรู้ด้านการตรวจสอบและตัดสินใจด้านภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี มีความรอบรู้อยู่ในระดับพอใช้ (4) ความรอบรู้ด้านการจัดการตนเองด้านภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี มีความรอบรู้อยู่ในระดับพอใช้ และ (5) ความรอบรู้ด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลด้านภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี มีความรอบรู้อยู่ในระดับพอใช้

ซึ่งจะเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก อยู่ในระดับมีความรอบรู้ที่ถูกต้องบ้างแต่ยังไม่ดีพอต่อการปฏิบัติตนในการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ทั้งนี้อาจเนื่องจากผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กมีการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษา/ปวช./ปวส. และประถมศึกษา ซึ่งเป็นปัจจัยมีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยภาพรวม สอดคล้องกับการศึกษาของ กันยา โพธิ์ปิติ (2565) ที่พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ร้อยละ 59.5 เมื่อแยกรายด้าน พบว่า มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยระดับต่ำ ในด้านการค้นหาข้อมูล การตรวจสอบและตัดสินใจ และด้านการสื่อสารระหว่างบุคคลร้อยละ 58.0, 58.0, และ 52.1 ตามลำดับ ในขณะที่ผลการศึกษาศาสนาการมีความรอบรู้ในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย ของสถาบันพัฒนาอนามัยเด็กแห่งชาติ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ผู้เลี้ยงดูหลัก มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยโดยรวม อยู่ในระดับพอใช้มากที่สุดร้อยละ 48.3 และระดับไม่ดีพอ ร้อยละ 12.9 ซึ่งจะเห็นได้ว่าความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลักมากกว่าครึ่งหนึ่งอยู่ในระดับต่ำ ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัย รวมถึงค่านิยมของพ่อแม่ผู้เลี้ยงดูเด็กในปัจจุบันที่ ความคาดหวังให้เด็กเป็นคนเก่งฉลาด จึงเน้นทางด้านวิชาการทำให้ขาดโอกาสในการฝึกวินัยและการช่วยเหลือตนเอง ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดปัญหาในการอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมเมื่อเด็กเติบโตขึ้นซึ่งในปัจจุบันมีการสื่อสารข้อมูลข่าวสารในรูปแบบของสื่อออนไลน์ต่างๆ หรือทางอินเทอร์เน็ตที่เข้าถึงได้ง่าย อาจทำให้ข้อมูลที่ได้รับมีความน่าเชื่อถือ น้อยกว่าจึงทำให้ระดับความรอบรู้ในภาพรวมยังไม่ดีเพียงพอ

ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะของครอบครัว และแหล่งที่มาของความรู้และวิธีการเลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และเมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการ จำแนกรายด้าน พบว่า (1) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก มีจำนวน 4 ตัวแปร ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะของครอบครัว และแหล่งที่มาของความรู้และวิธีการเลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี สามารถพยากรณ์ได้ ร้อยละ 6.1 (2) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก มีจำนวน 3 ตัวแปร ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน และแหล่งที่มาของความรู้และวิธีการเลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี สามารถพยากรณ์ได้ ร้อยละ 4.5 ซึ่งจะเห็นได้ว่าปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ลักษณะของครอบครัว และแหล่งที่มาของความรู้และวิธีการเลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กันยา โพธิ์ปิติ (2565) ที่พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์กับเด็ก และลักษณะครอบครัว อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ ) โดยผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก



ที่มีการศึกษาสูงย่อมมีโอกาสและสามารถประกอบอาชีพที่ดีด้วย ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก มีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม มีการรับรู้ ค้นหาข้อมูล และได้รับการสื่อสารข้อมูลด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะ โภชนาในเด็กอายุ 0-5 ปี รวมถึงการได้รับการสนับสนุนข้อมูลในการเลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ที่แตกต่างกันตาม ที่ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กได้ประกอบอาชีพนั้นๆ โดยผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กที่ประกอบอาชีพที่มีฐานะทางสังคมไม่ดี หรือไม่ได้ประกอบอาชีพ จะมีกระบวนการหรือโอกาสในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพการส่งเสริมพัฒนาการ และภาวะโภชนาในเด็กอายุ 0-5 ปี ได้น้อยกว่ากลุ่มผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กที่มีประกอบอาชีพที่มีฐานะทางสังคม ดีกว่า และจากภาวะเศรษฐกิจ ค่าใช้จ่ายในครอบครัว ทำให้การส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาในเด็กอายุ 0-5 ปี มีเวลาในการเลี้ยงดูเด็กได้ไม่เต็มที่ และขาดโอกาสในการแสวงหาความรู้เพื่อค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับการดูแล สุขภาพ การส่งเสริมพัฒนาการ และการส่งเสริมโภชนาการ ซึ่งจะเห็นได้จากแหล่งที่มาของความรู้และวิธีการเลี้ยง ดูเด็กอายุ 0-5 ปี คือ เลี้ยงดูตามวิถีชีวิตที่สืบทอดกันมา ร้อยละ 77.40 สำหรับแหล่งข้อมูลหรือบุคคลที่ขอ คำปรึกษาในการเลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี พบว่าศึกษาและหาข้อมูลด้วยตนเองจากเว็บไซต์และสื่อออนไลน์ต่างๆ ร้อยละ 27.05 อธิบายได้ว่าข้อมูลที่ได้รับมีความน่าเชื่อถือน้อยกว่าจึงทำให้ระดับความรู้ในภาพรวมยังไม่ดี เพียงพอ ส่งผลต่อการเลือกตัดสินใจปฏิบัติและมีพฤติกรรมในการเลี้ยงดูเด็กที่ไม่เหมาะสมตามวัย

#### **การพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย**

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จังหวัดชัยนาท รหัส โครงการวิจัย REC No. 025/2566E ระหว่างวันที่ 20 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 19 ตุลาคม 2567

#### **ข้อเสนอแนะจากการศึกษา**

จากการศึกษาความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปีของผู้ปกครอง ที่เลี้ยงดูเด็ก ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

#### **ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย**

(1) กำหนดให้หน่วยงานสาธารณสุขทุกภาคส่วนให้ความสำคัญกับรูปแบบ กระบวนการให้ความรู้และรูปแบบ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก โดยคำนึงถึงข้อจำกัดด้านความสามารถในการรับรู้ข้อมูล และการเข้าถึงข้อมูลของประชาชนตามช่วงอายุเป็นหลัก

#### **ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ**

1) จากผลการศึกษาความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ของ ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก ในพื้นที่อำเภอสรรพยา จังหวัดชัยนาท ที่แสดงให้เห็นว่าผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กมีความรู้ ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี อยู่ในระดับพอใช้ ซึ่งยังไม่เพียงพอต่อการ ปฏิบัติตนที่ถูกต้องและเหมาะสมในการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในเด็กอายุ 0-5 ปี ที่อยู่ในความ ดูแล จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาความรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในทุกด้าน ที่พบว่ามีความรู้ในระดับพอใช้และต้องปรับปรุง รวมถึงพฤติกรรมเลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี ที่ถูกต้องและ เหมาะสมแก่ผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก

2) ควรพัฒนาโปรแกรมเสริมสร้างความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 0-5 ปี ด้านอื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อเป็นการถ่ายทอดความรู้ต่างๆ และเพื่อให้กลุ่มผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กมีการตื่นตัวและ มีความตระหนักต่อการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 0-5 ปีที่อยู่ในความรับผิดชอบให้มากขึ้น



(3) ควรมีการถอดบทเรียนในกลุ่มผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กที่สามารถส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการได้อย่างถูกต้องตามช่วงวัย เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการวางแผนพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่ต่อไปในอนาคต

#### ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

(1) การศึกษาความรอบรู้เรื่องความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการของเด็กอายุ 0-5 ปี ของผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็ก ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนและครอบคลุมประเด็นที่ศึกษาเพิ่มมากขึ้น

(2) ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างความรอบรู้ด้านการส่งเสริมพัฒนาการและภาวะโภชนาการในกลุ่มผู้ปกครองที่เลี้ยงดูเด็กอายุ 0-5 ปี โดยใช้ข้อมูลจากผลการศึกษานี้ร่วมกับข้อมูลในแต่ละพื้นที่ เพื่อให้สอดคล้องกับปัญหาและความต้องการตามบริบทของพื้นที่

#### เอกสารอ้างอิง

1. มหาวิทยาลัยมหิดล วิทยาเขตอำนาจเจริญ. (2563). คู่มือแนวทางการฝึกอบรม อสม. เชี่ยวชาญ นักส่งเสริมพัฒนาการเด็ก 0-5 ปี หลักสูตร 12 ชั่วโมง. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อ 20 กรกฎาคม 2566. เข้าถึงได้จาก <https://am.mahidol.ac.th>.
2. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน. 2564. แผนปฏิบัติการกระทรวงสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2565. กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อวันที่ 30 มิถุนายน 2566. เข้าถึงได้จาก <https://www.rajavithi.go.th>.
3. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท. (2565). รายงานประจำปี 2565 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยนาท ANNUAL REPORT 2022. [อินเทอร์เน็ต]. สืบค้นเมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2566. เข้าถึงได้จาก [chromeextension://efaidnbmninnnibpcjpcglclefindmkaj/http://203.157.210.2/upload\\_files](chromeextension://efaidnbmninnnibpcjpcglclefindmkaj/http://203.157.210.2/upload_files).
4. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. (1970). Determining sample sizes for research activities. Educational and Psychological Measurement. 30, 607-610.
5. กันยา โพธิ์ปิติ. (2565). ความรอบรู้ด้านสุขภาพในการเลี้ยงดูเด็กปฐมวัยของผู้เลี้ยงดูหลัก และครู/ผู้ดูแลเด็ก ในเขตสุขภาพที่ 5. วารสารศูนย์อนามัยที่ 7 ขอนแก่น. ปีที่ 15 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2565 - มกราคม 2566.

## ประสิทธิผลของการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ในการดำเนินโครงการหัตถจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เขตสุขภาพที่ 9

สุจิตรา สมนนอก\*, ชัชฎา ประจวบเกษ\*, อัญชลี ภูมิจันทร์\*\*\*, ประดับ ศรีหมื่นไวย\*\*\*\*,  
นิตยัตติญา ดวงใจ\*\*\*\*\*, ดวงใจ ไทยประทุม\*\*\*\*\*, ดวงพร วรแสน\*\*\*\*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยพัฒนามีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อพัฒนาคู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตในการดำเนินโครงการหัตถจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตเขตสุขภาพที่ 9; 2) เพื่อศึกษาผลการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตในการดำเนินโครงการหัตถจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เขตสุขภาพที่ 9 พื้นที่วิจัยประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2565 จำนวน 217 คนเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย และผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 37 คนโดยคัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามและการสนทนากลุ่ม ระยะเวลาศึกษามกราคม - มิถุนายน 2565 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติทดสอบไคสแควร์ และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ผลการตรวจสอบคุณภาพคู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตในการดำเนินโครงการหัตถจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตจากผู้ทรงคุณวุฒิ ด้านความเหมาะสมและสอดคล้องของเนื้อหา มีความเหมาะสมในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.71$ , S.D. = 0.78) ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1 ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อคู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต โดยรวมในระดับมากที่สุด ( $\bar{X} = 3.86$ , S.D. = 0.86) และ หลังการใช้คู่มือ อัตราหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ อัตราหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ อัตราเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน เด็กอายุ 9 เดือน-2 ปีได้รับยารักษาโรคหลัก เด็กอายุ 0-2 ปีมีพัฒนาการสมวัยและสูงดีสมส่วน เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 และอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัมลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ส่วนอัตราหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางพบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ

สรุป คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตเขตสุขภาพที่ 9 มีประสิทธิผลในการดำเนินโครงการหัตถจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต จึงควรขยายผลให้มีการใช้ในพื้นที่อื่นๆต่อไป

**คำสำคัญ :** ประสิทธิภาพ, คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต, การดำเนินโครงการ

\* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ, ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

\*\*\* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ, ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

\*\*\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

\*\*\*\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

\*\*\*\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

\*\*\*\*\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา

Corresponding author: สุจิตรา สมนนอก Email: aornaja.10@gmail.com

## The Efficacy of Utilizing the First 1000 Days of Life Manual for Implementing the Miracle First 1000 Days of Life Project in Health Region 9

Suchitra Sumonnok<sup>\*</sup>, Chatchada Prachuttake<sup>\*\*</sup>, Aunchalee Phumjuntuk<sup>\*\*\*</sup>,  
Pradub Srimuenwai<sup>\*\*\*\*</sup>, Duangjai Thaipratum<sup>\*\*\*\*\*</sup>, Nittiya Duangjai<sup>\*\*\*\*\*</sup>, Duangporn worasan<sup>\*\*\*\*\*</sup>

### Abstract

The aims of this research and development study were 1) To develop a manual of the first 1,000 days of life to implement the Miraculous Project 1,000 First Days of Life in Health Region 9; 2) To study the efficacy of utilizing the First 1,000 Days of Life Manual for implementing the Miracle First 1,000 Days of Life Project in Health Region 9. The study areas included Nakhon Ratchasima, Chaiyaphum, Buriram and Surin province. The 217 Child and Family Care Team (CFT) in health region 9 were selected by simple random sampling and 37 experts by purposive. Data were collected from questionnaires and focus groups discussions between January and June 2022. Quantitative data were analyzed using percentage, mean, standard deviation, and chi-square test. Content analysis was used in qualitative data.

Results: The quality inspection of the First 1,000 Days of Life Manual in the Miraculous First 1,000 Days of Life Project from experts in appropriateness and consistency of the content were appropriate at a high level ( $\bar{X} = 3.71$ , S.D. = 0.78). The IOC value is equal to 1 that can be used. The CFT were satisfied with the First 1,000 Days of Life Manual in overall at the highest level ( $\bar{X} = 3.86$ , S.D. = 0.86). After using the Manual, the prevalence of early antenatal care visit, the prevalence of 5 antenatal care visits, the prevalence of exclusive breastfeeding for 6 months, the prevalence of children aged 9 months-2 years received iron-fortified liquids, the prevalence of appropriately development children aged 0-2 years, and the prevalence of proportional height for weight children aged 0-2 years were significantly increased at the 0.05 level. The prevalence of low birth weight infant (less than 2,500 grams) was significantly decreased at the 0.05 level. There was no statistical difference in the prevalence of anemia in pregnant woman.

Conclusion: The First 1,000 Days of Life Manual in health region 9 is effective in implementing the Miraculous First 1,000 Days of Life Project. Thus, the results should be expanded to be used in other areas.

**Keywords:** Efficacy, The First Miraculous 1,000 Days Manual, Project implementation

\* Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Health Promotion Center region 9

\*\*Registered Nurse, Senior Professional Level, Health Promotion Center region 9

\*\*\* Public Health Technical Officer, Senior Professional Level, Health Promotion Center region

\*\*\*\* Registered Nurse, Professional Level, Health Promotion Center region 9

\*\*\*\*\* Registered Nurse, Professional Level, Health Promotion Center region 9

\*\*\*\*\* Registered Nurse, Professional Level, Health Promotion Center region 9

\*\*\*\*\* Registered Nurse, Professional Level, Health Promotion Center region 9

Corresponding author: Suchitra Sumonnok Email: aornaja.10@gmail.com

## บทนำ

ประเทศไทยกำลังก้าวไปสู่การเป็นประเทศที่มั่นคง มีความมั่งคั่ง ยั่งยืน ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข ระบบสุขภาพยั่งยืน สร้างคนไทยรุ่นใหม่ 4.0 ในศตวรรษที่ 21 ให้มีสุขภาพแข็งแรงและปราศจากโรค ทรัพยากรมนุษย์หรือทุนมนุษย์ (Human capital) จึงมีความสำคัญต่อการขับเคลื่อนประเทศในอนาคต ดังนั้น การพัฒนาคนในทุกมิติตามความเหมาะสมในแต่ละช่วงวัยให้มีความสมบูรณ์ เป็นคนดีมีวินัย เห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม ทั้งส่งเสริมการพัฒนาเด็กปฐมวัย โดยจัดให้มีระบบพัฒนาเด็กแรกเกิดอย่างต่อเนื่องจนถึงเด็กวัยเรียนให้มีโอกาสพัฒนาตามศักยภาพ ให้มีปัญญาเฉียบแหลม มีสุขภาพแข็งแรงและมีจิตใจที่งดงาม ต้องเริ่มในช่วงเวลา 1,000 วันแรกของชีวิต เพราะเป็นช่วงเวลาทอง (Golden period) ในการพัฒนาทั้งด้านร่างกาย สติปัญญา อารมณ์และสังคมของเด็ก ทั้งนี้ 1,000 วันแรกของชีวิตคือ ช่วงเวลาตั้งแต่การปฏิสนธิ และตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด (270 วัน) รวมกับช่วงเวลาตั้งแต่แรกคลอดจนถึงอายุ 2 ปีบริบูรณ์ (730 วัน) ถือเป็นรากฐานสำคัญของชีวิต เนื่องจากกระบวนการสร้างเซลล์สมองควบคู่กับการสร้างเส้นใยประสาทเร็วที่สุด การได้รับโภชนาการที่เหมาะสมร่วมกับความรักความอบอุ่นจากการเลี้ยงดูที่ถูกต้อง จะทำให้ทารกเจริญเติบโตและมีพัฒนาเป็นผู้ใหญ่ที่มีศักยภาพสูงได้ (กรมอนามัย, 2563)

กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้ดำเนินโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตตั้งแต่ปี 2560 โดยกรมอนามัยได้จัดทำแนวทางการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตในปี 2561 เพื่อให้มีการขับเคลื่อนโครงการฯ และนำไปสู่เด็กอายุ 0-2 ปี มีสถิติสมส่วนพัฒนาการสมวัย เขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ได้ดำเนินการขับเคลื่อนตามนโยบายพร้อมกันทั้ง 4 จังหวัด ครอบคลุมกลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์ และเด็กอายุ 0-2 ปี เมื่อพิจารณาสถานการณ์การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2563 พบว่า 1) หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ร้อยละ 77.6 2) หญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ร้อยละ 69.5 3) หญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางร้อยละ 23.8 4) หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาเม็ดเสริมไอโอดีนและรับประทานทุกวันร้อยละ 94.6 ค่ามัธยฐานไอโอดีนในปัสสาวะหญิงตั้งครรภ์ยังต่ำกว่ามาตรฐานทั้ง 4 จังหวัด 5) เด็กทารกกินนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือนร้อยละ 75.4 6) การได้รับยารักษาธาตุเหล็กในเด็กร้อยละ 70.2 7) เด็ก 0-2 ปี มีพัฒนาการสมวัยร้อยละ 91.5 (ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา, 2563) 8) ทารกแรกเกิดที่มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัมร้อยละ 8.6 (กองบริหารการสาธารณสุข, 2563) 9) เด็ก 0-5 ปี สูงดีสมส่วนร้อยละ 47.8 มีภาวะเตี้ยร้อยละ 28.8 อ้วนร้อยละ 14.6 ผอมร้อยละ 8.3 (Rapid Survey, 2561) จากข้อมูลดังกล่าวพบว่ามีหลายประเด็นที่ยังไม่บรรลุเป้าหมายเนื่องจาก 1) นโยบายมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ขาดการบูรณาการในระดับกระทรวงที่ชัดเจน ทำให้การขับเคลื่อนในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบลเป็นไปได้ช้า เนื่องจากหน่วยงานอื่นๆ นอกกระทรวงสาธารณสุขยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กปฐมวัยเป็นอันดับต้นๆ 2) ยังไม่สามารถดำเนินงานครอบคลุมทุกตำบลและขาดความเชื่อมโยงกันของทุกฝ่าย 3) ขาดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน ซึ่งปัจจุบันมีเพียงแนวทางการดำเนินงานในระดับประเทศ (ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา, 2561)

ดังนั้นเพื่อให้เกิดการดำเนินงานที่เหมาะสมกับสภาพปัญหา จึงจำเป็นต้องหามาตรการหรือแนวทางแก้ไข ปัญหา ซึ่งการดำเนินงานที่มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียว ไม่สามารถดำเนินงานได้ประสบผลสำเร็จและยั่งยืน ต้องอาศัยการบูรณาการของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง (ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา, 2559) จึงมีกรอบแนวคิดในการแก้ไขปัญหาโดยใช้ครอบครัวและชุมชนเป็นฐาน (Family and Community based) โดยทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว (Child and Family care Team : CFT) หรือเรียกว่า ทีมผู้ดูแลเด็กในชุมชน ร่วมสร้างความเข้มแข็งของสถาบันครอบครัวให้รับรู้และตระหนักในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และเด็ก โดยคาดหวังให้เด็กมีการเจริญเติบโตมีความ

พร้อมและสมบูรณ์ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ เก่ง ดี มีทักษะชีวิตและสุขภาพดี เติบโตในครอบครัวที่มีความรักความผูกพัน โดยมีกระบวนการดูแลตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และหลังคลอด เพื่อส่งผลให้ลูกเกิดรอด แม่ปลอดภัย และเด็กมีพัฒนาการสมวัย สูงดีสมส่วน แนวทางการขับเคลื่อนมี 4 ด้าน คือ 1) การยกระดับคุณภาพของคลินิกฝากครรภ์ (ANC) และคลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC) 2) การยกระดับการให้บริการ 3) การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน ท้องถิ่น และภาคีเครือข่าย 4) การขยายขอบเขตการให้บริการให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย โดยมีตัวชี้วัดที่สำคัญคือการเปลี่ยนแปลงของส่วนสูง น้ำหนัก และพัฒนาการของเด็กอายุ 0-2 ปีที่เหมาะสมกับวัย จากสภาพปัญหาดังกล่าว ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมาและภาคีเครือข่าย จึงเห็นสมควรที่จะศึกษาประสิทธิภาพของการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตในการดำเนินโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เขตสุขภาพที่ 9 เพื่อพัฒนาคุณภาพก่อนนำไปใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแห่งชีวิตให้บรรลุเป้าหมายต่อไป

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนาคู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตในการดำเนินโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เขตสุขภาพที่ 9
2. เพื่อศึกษาผลการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตในการดำเนินโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เขตสุขภาพที่ 9

### การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้องและกรอบแนวคิดการวิจัย

#### การศึกษาเอกสารที่เกี่ยวข้อง

1. แนวคิดการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วัน ดำเนินการในรูปของพระราชรัฐซึ่งบูรณาการทั้งงานส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมได้แก่ โภชนาการ พัฒนาการ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขภาพช่องปาก สุขภาพโภชนาการและน้ำอนามัยสิ่งแวดล้อม โดยใช้กลไกของคณะกรรมการพัฒนานามัยแม่และเด็ก (Maternal and Child Health Board) ผู้รับผิดชอบแผนงานกลุ่มวัยสตรีและเด็กระดับจังหวัด (Child Project Manager : CPM) และ Primary Care Cluster (PCC) ให้เกิดคลินิกฝากครรภ์ (ANC) คุณภาพ และคลินิกสุขภาพเด็กดี (WCC) คุณภาพ ครอบครัวคุณภาพ ร่วมกับการเพิ่มกิจกรรมทางสังคม เช่น การกอด การอ่านเล่านิทาน ฟีกวินัย มีทักษะมีมาตรการทางสังคมในชุมชน/หมู่บ้าน มีทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว โดยท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมลงทุนและมีส่วนร่วมขับเคลื่อนงาน ผ่านคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพระดับอำเภอ (พขอ.) ระบบและกลไกการดำเนินงานส่งเสริมเด็กอายุ 0-2 ปี ให้สูงดีสมส่วนและพัฒนาการสมวัย

2. แนวทางการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เป็นการลงทุนในช่วง 1,000 วันแรกของชีวิต ถือเป็นการลงทุนที่คุ้มค่ามากที่สุด เพราะจะได้ผลตอบแทนกลับมา 18-40 เท่าของเงินที่ลงทุน จึงต้องร่วมกันขับเคลื่อนงานในทุกระดับ (กรมอนามัย, 2561)

#### บทบาทเขตสุขภาพ/ระดับจังหวัด/ระดับอำเภอ

1. กำหนดและประกาศนโยบายมหัศจรรย์ 1,000 วัน เป็นลายลักษณ์อักษรพร้อมทั้งถ่ายทอดสู่พื้นที่ทุกระดับ
2. จัดทำระบบและกลไกการบริหารจัดการและการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ผ่านคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพระดับอำเภอ (พขอ.)
3. จัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม การขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ดำเนินงานตามแผนฯ กำกับติดตามและประเมินผล พร้อมทั้งวิเคราะห์และสังเคราะห์ผลมาปรับปรุงแก้ไข
4. จัดทำแผนพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้องทุกระดับ

5. สร้างกระแสสังคมและสื่อสารสาธารณะทุกช่องทาง ให้เห็นความสำคัญของการดูแลเด็กในช่วง 1,000 วันแรกของชีวิต ให้แก่หญิงตั้งครรภ์ พ่อแม่หรือผู้เลี้ยงดูเด็กปฐมวัย รวมถึงหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง

6. พัฒนาระบบฐานข้อมูลสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัยให้มีคุณภาพ ครอบคลุม ถูกต้อง และทันเวลา

7. รวบรวมการดำเนินงานที่ได้ผลดี (best practice) พร้อมเผยแพร่ประชาสัมพันธ์

#### บทบาทระดับตำบล (PCU/ รพช./รพ.สต.)

1. จัดทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวระดับตำบลและหมู่บ้าน ประกอบด้วย บุคลากรภาครัฐ-ภาคเอกชนผู้นำในพื้นที่ ผู้นำทางศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน อสม. และประชาชน เป็นลักษณะประชารัฐ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมพัฒนา เพื่อให้เด็กอายุ 0-2 ปี สูงดีสมส่วนและพัฒนาการสมวัย รวมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่

2. พัฒนาศักยภาพทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวระดับตำบลและหมู่บ้านให้มีความรู้และทักษะในเรื่อง โภชนาการ กิจกรรมทางกาย การนอน สุขภาพช่องปาก พัฒนาการ การอ่านเล่านิทาน สุขาภิบาลอาหารและน้ำ และอนามัยสิ่งแวดล้อม เป็นต้น

3. จัดทำแผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม กำกับติดตามและประเมินผล พร้อมทั้งวิเคราะห์ สังเคราะห์ และนำผลมาปรับปรุง

4. จัดทำทะเบียนรายชื่อหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร เด็กอายุ 0-5 เดือน เด็กอายุ 6-11 เดือน เด็กอายุ 1-2 ปี ทุกคน (type 1 และ 3) เป็นรายหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน และปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันทุกไตรมาส

5. จัดทำแผนที่เดินดินระบุกลุ่มเป้าหมาย พร้อมรายชื่อ อสม.ที่รับผิดชอบ

#### ระบบติดตามและประเมินผล

##### ระบบติดตาม

1. จัดตั้งทีมติดตามและประเมินผลระดับจังหวัดและระดับอำเภอ

2. ติดตามการดำเนินงาน

2.1 ระดับจังหวัด ติดตามการดำเนินงานระดับอำเภอดังนี้

2.1.1 ระบบและกลไกการบริหารจัดการและการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ผ่านคณะกรรมการพัฒนาเด็กปฐมวัยระดับจังหวัด คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตและสุขภาพระดับอำเภอ (พขอ.)

2.1.2 แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต พร้อมผลดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

2.1.3 แผนและผลการพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

2.1.4 ผลการสร้างกระแสสังคมและสื่อสารสาธารณะ

2.1.5 ระบบข้อมูลสุขภาพสตรีและเด็กปฐมวัย : ครอบคลุม ครบถ้วน ถูกต้อง และทันเวลา

2.2 ระดับอำเภอ ติดตามการดำเนินงานระดับตำบลดังนี้

2.2.1 การจัดตั้งทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวระดับตำบลและหมู่บ้าน

2.2.2 ผลพัฒนาศักยภาพทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวระดับตำบลและหมู่บ้าน

2.2.3 แผนงาน/โครงการ/กิจกรรมการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต พร้อมผลดำเนินการตามแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม

2.2.4 ทะเบียนรายชื่อหญิงตั้งครรภ์ หญิงให้นมบุตร เด็กอายุ 0 - 5 เดือน เด็กอายุ 6 - 11 เดือน

2.2.5 แผนที่เดินดินระบุกลุ่มเป้าหมาย พร้อมรายชื่อ อสม.ที่รับผิดชอบ



## ระบบประเมินผล

1. ระดับตำบลรวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงาน ผลที่คาดหวัง ผลผลิต และผลลัพธ์ ส่งให้ระดับอำเภอรายไตรมาส
2. ระดับอำเภอรวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงาน ผลที่คาดหวัง ผลผลิต และผลลัพธ์ นำเสนอในการประชุม พขอ. และส่งให้ระดับจังหวัด รายไตรมาส
3. ระดับจังหวัดรวบรวมและวิเคราะห์สถานการณ์การดำเนินงาน ผลที่คาดหวัง ผลผลิต และผลลัพธ์

**ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว (Child and Family Team : CFT)** ประกอบด้วยผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ฝ่ายการศึกษา เกษตร สาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ ผู้นำ/กรรมการชุมชน ผู้นำทางศาสนา ปราชญ์ชาวบ้าน และกลุ่มองค์กรในชุมชน/หมู่บ้านหรือจิตอาสา ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอละตำบล มีบทบาทหน้าที่ดังนี้

1. เยี่ยมบ้านสตรีตั้งครรภ์ เด็กและครอบครัว รวมทั้งสร้างการเข้าถึงระบบการดูแลด้านสุขภาพและสังคมตามที่รัฐจัดให้ เพื่อรับฟังปัญหาและทำการประเมินกาย - จิต - สังคม (Bio - Psycho - Social Assessment) และนำปัญหาที่ได้มาจัดทำแผนการดูแล (Care plan) การเยี่ยมบ้านมี 2 ลักษณะคือ เยี่ยมเพื่อให้กำลังใจด้วยการไปเยี่ยมตั้งแต่เมื่อรู้ว่ตั้งครรภ์ โดยกำหนดให้มีการเยี่ยมบ้าน 3 ระยะได้แก่ ระยะตั้งครรภ์เยี่ยมอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง จนกระทั่งคลอด ระยะคลอดและหลังคลอด 3 ครั้ง และเยี่ยมทารกหรือเด็กอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้งจนครบอายุ 2 ปี
2. ค้นหาและรวบรวมปัญหาหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวที่อาจส่งผลกระทบต่อเด็ก ทั้งในด้านสุขภาพและสังคม พร้อมกันหาแนวทางแก้ไข โดยอาจขอความช่วยเหลือจากชุมชน หน่วยงานราชการระดับตำบลและอำเภอ
3. สร้างโอกาสในการพัฒนาให้เด็กมีศักยภาพและความสามารถที่จะแข่งขันเพื่อความเป็นเลิศในด้านต่างๆ
4. กิจกรรมอื่นๆ ที่เกิดประโยชน์กับหญิงตั้งครรภ์และเด็ก

**หัวใจแห่งความสำเร็จของทีม CFT** ความมหัศจรรย์จะเกิดขึ้นหรือไม่ขึ้นอยู่กับการทำงานของทีม CFT ทั้ง 3 ระดับคือ อำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน ทีม CFT ที่อยู่ใกล้ชิดหญิงตั้งครรภ์และเด็กมากที่สุดคือ ทีม CFT ตำบลและหมู่บ้าน ทีมนี้จึงถูกคาดหวังในความสำเร็จซึ่งมีหลักการทำงาน 3 ประการคือ

1. การทำงานเป็นทีม (Teamwork) มีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการคือมีวัตถุประสงค์ (Purpose) ที่ชัดเจน มีการจัดลำดับความสำคัญ (Priority) ของงานและมีผลงานเกิดขึ้น (Performance) การทำงานเป็นทีมประกอบด้วยหัวหน้าทีมและสมาชิกในทีม มีการแบ่งงานกันทำตามความรู้ความถนัด ช่วยเหลือและพึ่งพาซึ่งกันและกัน การทำงานเป็นทีมเกิดขึ้นทั้งในแนวดิ่งและแนวราบ โดยการนำของนายอำเภอในการกำหนดยุทธวิธีสู่ความสำเร็จ ชี้แจงผ่านการประชุมหัวหน้าส่วนราชการระดับอำเภอ ผู้นำระดับตำบลและหมู่บ้าน มีการทำประชาคมเพื่อชี้แจงโครงการฯ และแสวงหาจิตอาสาสมัครร่วมทีม CFT

2. การทำงานร่วมกัน (Collaboration) หรือ “การร่วมแรงร่วมใจกันทำงาน” ในการแก้ปัญหาของทีม CFT ให้กับหญิงตั้งครรภ์และเด็ก มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และสร้างข้อตกลงโดยมีเป้าหมายเดียวกัน สมาชิกมีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และนำความคิดจากมุมมองที่หลากหลายมาหารือ คัดวิเคราะห์และลงมือทำตามความถนัดหรือหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายของจนนำไปสู่วิถีทางแก้ปัญหาใหม่ๆ

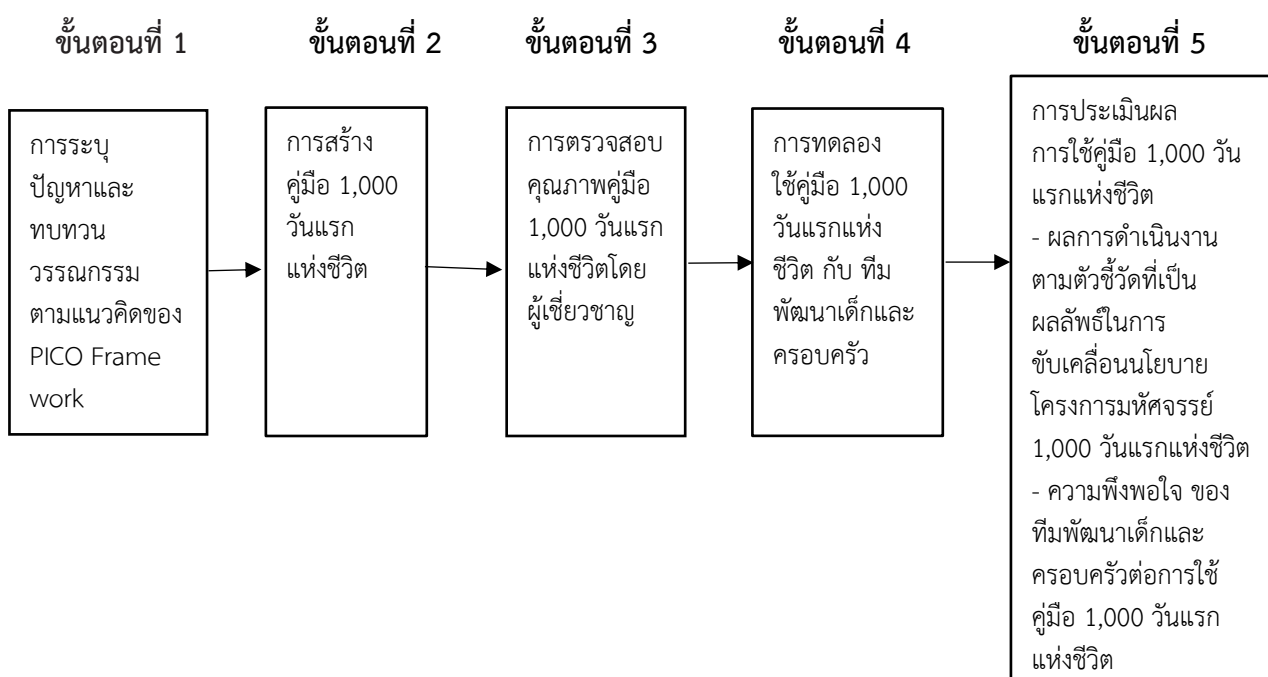
3. กองทุน (Fund) กองทุนต่างๆที่มีอยู่แล้วในหมู่บ้านหรือตำบลหรืออำเภอ จะเป็นแหล่งงบประมาณที่สามารถนำมาใช้จ่ายได้ เช่น การแก้ไขปัญหาหน้าหนักเด็กแรกคลอดที่มีน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม จำเป็นต้องให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคน ได้รับโภชนาการเสริมด้วยการดื่มนมจืดวันละ 1 ถ้วย ถ้วยละ 250 มิลลิลิตรเป็นเวลา 90 วันในหลายๆพื้นที่ มีการนำงบประมาณจากกองทุนสุขภาพประจำตำบลมาใช้ดำเนินการ ภายใต้การสนับสนุนของนายก

องค์การบริหารส่วนตำบล ทีม CFT จึงมีความจำเป็นต้องหารือกัน เพื่อหาแหล่งทุนมาใช้จ่ายในการดำเนินงานอาจจัดตั้งเป็นกองทุนหรือมูลนิธิ รวมทั้งอาจมีการจัดกิจกรรมเพื่อระดมทุน

แนวคิดในการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตคือ การให้ความสำคัญกับปัจจัยทางสังคมที่เป็นกลไกสำคัญในการขับเคลื่อนให้เกิดความมหัศจรรย์ กับเด็กทุกคนโดยไม่ทิ้งใครสักคนไว้ข้างหลัง การรวมตัวกันสร้างกลไกการดูแลเด็กในชุมชน จึงเริ่มต้นจากคนที่มีความรู้ความสามารถทั้งในแนวคิดและแนวราบ ดังนั้นกลไกการดำเนินงานให้ประสบความสำเร็จจึงประกอบด้วย ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว หรือ “ ทีม CFT” ในระดับอำเภอ ตำบลและหมู่บ้าน

### กรอบแนวคิดการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนาคู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตในการดำเนินโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน สรุปเป็นกรอบแนวคิดได้ดังนี้



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) เพื่อพัฒนาและศึกษาผลการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตในการดำเนินโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เขตสุขภาพที่ 9 แบ่งการวิจัย เป็น 5 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การระบุปัญหาและทบทวนวรรณกรรม ขั้นตอนที่ 2 การสร้างคู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพคู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ขั้นตอนที่ 4 การทดลองใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต มีวิธีดำเนินการวิจัย ดังนี้

1. พื้นที่การวิจัย พื้นที่เป้าหมายเป็นทางการศึกษาเป็นพื้นที่ตำบลนำร่องโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันปี 2565 เขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 39 ตำบล ในพื้นที่ 4 จังหวัด คือ จังหวัดนครราชสีมาจำนวน 17 ตำบล ชัยภูมิ จำนวน 9 ตำบล บุรีรัมย์จำนวน 6 ตำบล และสุรินทร์จำนวน 7 ตำบล

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

2.1 ประชากร ประกอบด้วย 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คือ ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวระดับอำเภอและตำบล ปี 2565 ในพื้นที่ 4 จังหวัด 39 ตำบล จำนวน 507 คน ประกอบด้วยจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 221 คน ชัยภูมิจำนวน 117 คน บุรีรัมย์จำนวน 79 คน และสุรินทร์จำนวน 90 คน และ กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 37 คน เป็นคณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ 9

2.2 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 2 กลุ่ม กลุ่มที่ 1 คือ ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว ระดับอำเภอและตำบล ปี 2565 ที่พร้อมเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 217 คน ประกอบด้วยจังหวัดนครราชสีมาจำนวน 94 คน ชัยภูมิจำนวน 50 คน บุรีรัมย์จำนวน 34 คน และสุรินทร์จำนวน 39 คน ขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางของ เครซี่ซี และมอร์แกน (Krejcie and Morgan) (มาเรียม นิลพันธ์, 2553: 120) การเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple Sampling) ตามสัดส่วนแต่ละจังหวัด และ กลุ่มที่ 2 คือ ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 37 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จากตัวแทนวิชาชีพจากคณะกรรมการพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วย สูติแพทย์ กุมารแพทย์ นักโภชนาการ พยาบาลคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กดี

3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ คือแบบสอบถาม ความพึงพอใจของทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวต่อการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต แบบประเมินคุณภาพคู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ของผู้เชี่ยวชาญความสอดคล้องเชิงโครงสร้างและเนื้อหา (IOC) แบบบันทึกข้อมูล เป็นแบบรวบรวมผลงานตามโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตเขตสุขภาพที่ 9 และ เครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ คือแบบสนทนากลุ่ม และคู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต การหาคุณภาพเครื่องมือ โดยนำแบบสอบถามและแบบประเมินคุณภาพคู่มือ 1000 วันแรกแห่งชีวิต ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความสอดคล้องเชิงโครงสร้างและเนื้อหา (IOC) ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องเท่ากับ 1.00 ทุกชุด และตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน คำนวณค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) ผลการตรวจความตรงของเนื้อหาของเครื่องมือเชิงปริมาณ แบบสอบถามชุดที่ 1 ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.89 ส่วนเครื่องมือในการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย แบบการสนทนากลุ่ม นำไปทดลองสัมภาษณ์ผู้ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 5 รายแล้วปรับแก้ไขก่อนการเก็บรวบรวมข้อมูลจริง

4. ขั้นตอนดำเนินการวิจัย แบ่งออกเป็น 5 ขั้นตอน ดังนี้

4.1 ขั้นตอนที่ 1 การระบุปัญหาและทบทวนวรรณกรรม ศึกษาวิเคราะห์และการกำหนดปัญหาและขอบเขตของปัญหา โดยประชุมกลุ่มทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว (CFT) ระดับอำเภอและตำบล จำนวน 69 คนที่เป็นตัวแทนของ 4 จังหวัด และประชุมผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 37 คน ที่เป็นคณะกรรมการพัฒนาอนามัยแม่และเด็กเขตสุขภาพที่ 9 โดยประชุมทีละกลุ่ม เพื่อ 1) วิเคราะห์ปัญหาและหาสาเหตุของปัญหาในการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เขตสุขภาพที่ 9 ที่ไม่บรรลุตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดไว้ 2) กำหนดวัตถุประสงค์ เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติในการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เขตสุขภาพที่ 9 3) กำหนดผลลัพธ์ระยะสั้น คือ แนวปฏิบัติที่สร้างขึ้นมีความตรงเชิงเนื้อหาและมีความเป็นไปได้ในการนำไปใช้รวมทั้งผู้ใช้แนวปฏิบัติมีความพึงพอใจ 4)

การสืบค้นและประเมินคุณค่าของหลักฐานเชิงประจักษ์ ผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการสืบค้นใช้แนวคิดของ PICO Frame work (National Health and Medical Research Council, 1998)

4.2 ขั้นตอนที่ 2 การสร้างคู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต โดยใช้แนวทางในการสืบค้นตามแนวคิดของ PICO Frame work ดังนี้ 2.1) กำหนดประเด็นการสืบค้น ประกอบด้วยการพัฒนาแนวปฏิบัติการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เขตสุขภาพที่ 9 2.2) กำหนดคำสำคัญในการสืบค้น ประกอบด้วยประชากร (Population) คือ ทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว (Intervention) คือ การพัฒนาแนวปฏิบัติการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เขตสุขภาพที่ 9 ให้เป็นคู่มือดำเนินงาน 2.3) การเปรียบเทียบ (Comparison) คือ เปรียบเทียบผลงานตามตัวชี้วัดก่อนและหลังใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต และ 2.4) ผลลัพธ์ของการศึกษา (Outcome) คือ ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดตามเกณฑ์เป้าหมาย และความพึงพอใจของทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวต่อการใช้คู่มือ 1000 วันแรกแห่งชีวิต

4.3 ขั้นตอนที่ 3 การตรวจสอบคุณภาพคู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต นำคู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต โดยการตรวจสอบความสอดคล้องเชิงโครงสร้างและเนื้อหา (IOC) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน คือ สูติแพทย์ กุมารแพทย์ นักโภชนาการ พยาบาลคลินิกฝากครรภ์และคลินิกเด็กดี เพื่อตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหา ความถูกต้องตามหลักวิชาการ ความเหมาะสมของภาษาที่ใช้ความชัดเจนของข้อความถาม แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขแล้วนำมาประเมินคุณภาพโดยผู้เชี่ยวชาญอีกครั้งตามประเด็นต่อไปนี้ คือ ความถูกต้อง ความเหมาะสม ความสอดคล้อง และความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ และ หลังใช้คู่มือ ประเมินความพึงพอใจของของทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวระดับอำเภอและตำบล ต่อการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต

4.4 ขั้นตอนที่ 4 การทดลองใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต นำคู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตไปทดลองใช้กับทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวระดับอำเภอและตำบล จำนวน 217 คนเพื่อดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตในพื้นที่ตนเอง

4.5 ขั้นตอนที่ 5 การประเมินผลการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต 1) เปรียบเทียบผลงานตามตัวชี้วัดก่อนและหลังใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต 2) ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเทียบตามเกณฑ์เป้าหมาย และ 3) ความพึงพอใจของทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวต่อการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล ขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้บริหารของหน่วยงานทุกระดับ โดยชี้แจง ขออนุญาต และขอความยินยอมในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง

6. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ใช้สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปและข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติทดสอบไคสแควร์ ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

## ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว (CFT) ระดับอำเภอและตำบล ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 63.33 รองลงมา เพศชาย ร้อยละ 36.67 ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 41-50 ปี ร้อยละ 66.67 สถานภาพสมรส ร้อยละ 81.67 อาชีพหลัก รับราชการ ร้อยละ 83.33 การศึกษาสูงสุด ปริญญาตรี 75.00

2. การพัฒนาคู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตในการดำเนินโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตพัฒนาขึ้นมาจากการระบุปัญหาที่พบว่า 1) นโยบายมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ขาดการบูรณาการในระดับกระทรวงที่ชัดเจน 2) ยังไม่สามารถดำเนินงานครอบคลุมทุกตำบล 3) ขาดแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนและสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ จึงมีความสำคัญอย่างยิ่งในการจัดทำคู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตในการดำเนินโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เขตสุขภาพที่ 9 เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายและมีประสิทธิภาพ ซึ่งผู้ทรงคุณวุฒิที่เป็นคณะกรรมการพัฒนานาแม่และเด็กและ CFT ได้กำหนดเนื้อหาของคู่มือเป็น 12 Module คือ Module 1 ประกอบด้วย 1) ความสำคัญของ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต 2) การดำเนินโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตเขตสุขภาพที่ 9 3) การฝากครรภ์คุณภาพ Module 2 ประกอบด้วย 1) โภชนาการของหญิงวัยเจริญพันธุ์ หญิงตั้งครรภ์และหญิงให้นมบุตร 2) การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ Module 3 ประกอบด้วย 1) การใช้ยาเบื้องต้นในสตรีมีครรภ์ หญิงหลังคลอด และเด็ก Module 4 ประกอบด้วย 1) โรคที่พบบ่อยในขณะตั้งครรภ์ Module 5 ประกอบด้วย 1) การประเมินดูแลสุขภาพจิตหญิงตั้งครรภ์หญิงหลังคลอด และเด็ก Module 6 ประกอบด้วย 1) การเจริญเติบโตของเด็กแรกเกิดถึง 2 ปี Module 7 ประกอบด้วย 1) กิน (การดูแลสุขภาพ) กอด (ความผูกพัน) เล่น (การเล่นเพื่อ ส่งเสริมพัฒนาการ) เล่า (การเล่านิทาน) 2) การนอน 3) สุขภาพฟัน 4) แนวทางการตรวจเลือด CBC/HCT ในเด็ก Module 8 ประกอบด้วย 1) พัฒนาการเด็ก Module 9 ประกอบด้วย 1) โรคที่พบบ่อยในเด็ก Module 10 ประกอบด้วย 1) มหัศจรรย์ 1,000 วันผูกพันลูกรัก Module 11 ประกอบด้วย 1) แนวคิด Positive Parenting Module 12 ประกอบด้วย 1) การเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ หญิงหลังคลอดและเด็ก 2) การให้คำปรึกษา 3) ขุดสิทธิประโยชน์ของหญิงตั้งครรภ์และเด็ก 0-5 ปี

3. ผลการประเมินคุณภาพของร่างคู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตในการดำเนินโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตโดย ผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน พบว่า ค่าดัชนีความสอดคล้องมีค่าเท่ากับ 1.00 ซึ่งสามารถนำไปใช้ได้ และค่าคุณภาพของร่างคู่มือ 1000 วันแรกแห่งชีวิตในการดำเนินโครงการมหัศจรรย์ 1000 วันแรกแห่งชีวิต โดยรวมอยู่ในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.71$  S.D. = 0.78) เมื่อพิจารณาในแต่ละด้านอยู่ในระดับมากทุกด้าน ด้านที่มีค่าเฉลี่ยลำดับแรกคือด้านความเป็นไปได้ ( $\bar{X} = 3.76$  S.D. = 0.77) รองลงมาคือ ด้านความเหมาะสม ด้านความสอดคล้องและด้านความถูกต้อง ตามลำดับ ( $\bar{X} = 3.71, 3.68$  และ  $3.66$  S.D. = 0.68, 0.89 และ 0.76)

4. ผลการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตในการดำเนินโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต โดยการเปรียบเทียบผลลัพธ์การดำเนินงานการขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต ก่อนและหลังการใช้คู่มือพบว่า อัตราหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 77.49 เป็นร้อยละ 94.89 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.000$ ) อัตราหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ หลังการใช้คู่มือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 73.08 เป็นร้อยละ 92.45 เมื่อทดสอบความแตกต่าง พบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-Value} = 0.000$ ) อัตราหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางหลังการใช้คู่มือลดลงจากร้อยละ 16.62 เป็นร้อยละ 14.30 เมื่อทดสอบความแตกต่าง พบว่าไม่มีความแตกต่างทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.343$ ) อัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม หลังการใช้คู่มือลดลงจากร้อยละ 6.10 เป็นร้อยละ 4.28 เมื่อทดสอบความแตกต่าง พบว่ามีความแตกต่างทางสถิติ ( $p\text{-Value} = 0.000$ ) อัตราเด็กอายุ 9 เดือน-2 ปีได้รับการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็กหลังการใช้คู่มือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 83.62 เป็นร้อยละ 91.22 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.000$ ) อัตราการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่นาน 6 เดือนหลังการใช้คู่มือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 62.28 เป็นร้อยละ 72.42 เมื่อทดสอบความแตกต่าง พบว่ามีความแตกต่างทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.000$ ) เด็กอายุ 0-2 ปี มีพัฒนาการสมวัย หลังการใช้คู่มือเพิ่มขึ้นจากร้อยละ



83.89 เป็นร้อยละ 92.37 เมื่อทดสอบความแตกต่าง พบว่ามีความแตกต่างทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.000$ ) และเด็ก 0-2 ปีมีรูปร่างดีสมส่วน เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 77.49 เป็นร้อยละ 84.62 เมื่อทดสอบความแตกต่าง พบว่ามีความแตกต่างทางสถิติ ( $p\text{-value} = 0.000$ ) ดังตารางที่ 1-8 และความพึงพอใจของทีมงานเด็กและครอบครัวต่อการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต โดยรวมในระดับมาก ( $\bar{X} = 3.86$  S.D. = 0.86) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน มีความพึงพอใจในระดับมากทุกด้าน ได้แก่ ด้านรูปเล่ม ( $\bar{X} = 3.68$  S.D. = 0.66) ด้านเนื้อหา ( $\bar{X} = 3.85$  S.D. = 0.82) และด้านการนำไปใช้ประโยชน์ ( $\bar{X} = 3.92$  S.D. = 0.91)

**ตารางที่ 1** ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างอัตราหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์เมื่ออายุครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ ก่อนและหลังหลังการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต

| ผลการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต          | การฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ |                                       | รวม<br>ราย (ร้อยละ) |
|-----------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------|
|                                               | ฝากก่อน 12 สัปดาห์         | ฝากครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ |                     |
|                                               | ราย (ร้อยละ)               | ราย (ร้อยละ)                          |                     |
| ก่อนการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตปี 2564 | 1,529 (77.49)              | 444 (22.51)                           | 1,973 (100)         |
| หลังการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตปี 2565 | 1,785 (94.89)              | 96 (5.11)                             | 1,881 (100)         |
| <b>รวม</b>                                    | <b>3,314 (85.98)</b>       | <b>540 (14.02)</b>                    | <b>3,854 (100)</b>  |

$X^2 = 6.372$  ,  $df = 1$  ,  $p\text{-value} = 0.000$

**ตารางที่ 2** ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของอัตราหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ก่อนและหลังหลังการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต

| ผลการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต           | การฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้ง |                    | รวม<br>ราย (ร้อยละ) |
|------------------------------------------------|------------------------------|--------------------|---------------------|
|                                                | ฝากครบ                       | ฝากไม่ครบ          |                     |
|                                                | ราย (ร้อยละ)                 | ราย (ร้อยละ)       |                     |
| ก่อนการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ปี 2564 | 1,442 (73.08)                | 531 (26.92)        | 1,973 (100)         |
| หลังการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตปี 2565  | 1,739 (92.45)                | 88 (7.55)          | 1,881 (100)         |
| <b>รวม</b>                                     | <b>3,181 (85.98)</b>         | <b>619 (14.02)</b> | <b>3,854 (100)</b>  |

$X^2 = 9.857$  ,  $df = 1$  ,  $p\text{-value} = 0.000$

**ตารางที่ 3** ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างอัตราหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจาง ก่อนและหลังการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต

| ผลการใช้คู่มือ 1000 วันแรกแห่งชีวิต            | ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ |                      | รวม<br>ราย (ร้อยละ) |
|------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------|---------------------|
|                                                | มีภาวะโลหิตจาง              | ไม่มีภาวะโลหิตจาง    |                     |
|                                                | ราย (ร้อยละ)                | ราย (ร้อยละ)         |                     |
| ก่อนการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ปี 2564 | 328 (16.62)                 | 1,645 (83.38)        | 1,973 (100)         |
| หลังการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตปี 2565  | 269 (14.30)                 | 1,612 (85.7)         | 1,881 (100)         |
| <b>รวม</b>                                     | <b>507 (13.16)</b>          | <b>3,257 (86.84)</b> | <b>3,854 (100)</b>  |

$X^2 = 0.899$  ,  $df = 1$  ,  $p\text{-value} = 0.343$



**ตารางที่ 4** ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างอัตราทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ก่อนและหลังการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต

| ผลการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต           | ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม |                              | รวม<br>ราย (ร้อยละ) |
|------------------------------------------------|---------------------------------------|------------------------------|---------------------|
|                                                | น้อยกว่า 2,500 กรัม<br>ราย (ร้อยละ)   | ≥ 2,500 กรัม<br>ราย (ร้อยละ) |                     |
| ก่อนการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ปี 2564 | 118 (6.10)                            | 1,815 (93.85)                | 1,933 (100)         |
| หลังการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตปี 2565  | 79 (4.28)                             | 1,763 (95.72)                | 1,842 (100)         |
| รวม                                            | 197 (5.83)                            | 3,178 (94.17)                | 3,375 (100)         |

$\chi^2 = 7.859$  ,  $df = 1$   $p\text{-value} = 0.000$

**ตารางที่ 5** ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างอัตราเด็กอายุ 9 เดือน-2 ปีได้รับการจ่ายยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก ก่อนและหลังการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต

| ผลการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต           | เด็กอายุ 9 เดือน-2 ปีได้รับยาน้ำเสริมธาตุเหล็ก |                        | รวมราย<br>(ร้อยละ) |
|------------------------------------------------|------------------------------------------------|------------------------|--------------------|
|                                                | ได้รับ ราย (ร้อยละ)                            | ไม่ได้รับ ราย (ร้อยละ) |                    |
| ก่อนการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ปี 2564 | 837 (83.62)                                    | 164 (16.38)            | 1001 (100)         |
| หลังการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตปี 2565  | 797 (91.22)                                    | 121 (8.78)             | 918 (100)          |
| รวม                                            | 1,634 (85.15)                                  | 285 (14.18)            | 1,919 (100)        |

$\chi^2 = 6.324$  ,  $df = 1$  ,  $p\text{-value} = 0.000$

**ตารางที่ 6** ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างอัตราเด็กกินนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน ก่อนและหลังการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต

| ผลการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต           | การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน |                     | รวม<br>ราย (ร้อยละ) |
|------------------------------------------------|--------------------------------------------|---------------------|---------------------|
|                                                | ได้ ราย (ร้อยละ)                           | ไม่ได้ ราย (ร้อยละ) |                     |
| ก่อนการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ปี 2564 | 1,204 (62.28)                              | 729 (37.72)         | 1,933 (100)         |
| หลังการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตปี 2565  | 1,334 (72.42)                              | 508 (27.58)         | 1,842 (100)         |
| รวม                                            | 2,538 (75.20)                              | 1,237 (24.80)       | 3,375 (100)         |

$\chi^2 = 9.354$  ,  $df = 1$   $p\text{-value} = 0.000$

**ตารางที่ 7** ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างเด็กอายุ 0-2 ปีมีพัฒนาการสมวัย ก่อนและหลัง การใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต

| ผลการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต           | เด็กอายุ 0-2 ปี มีพัฒนาการสมวัย |                          | รวม<br>ราย(ร้อยละ) |
|------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------|--------------------|
|                                                | สมวัย<br>ราย (ร้อยละ)           | ไม่สมวัย<br>ราย (ร้อยละ) |                    |
| ก่อนการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ปี 2564 | 1,912 (83.89)                   | 367 (16.11)              | 2,279 (100)        |
| หลังการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตปี 2565  | 2,011 (92.37)                   | 161 (7.63)               | 2,172 (100)        |
| รวม                                            | 3,923 (88.14)                   | 528 (11.86)              | 4,451 (100)        |

$\chi^2 = 6.897$  ,  $df = 1$   $p\text{-value} = 0.000$

**ตารางที่ 8** ผลการเปรียบเทียบความแตกต่างเด็ก 0-2 ปีสูงตีสมส่วน ก่อนและหลัง การใช้คู่มือ ,1000 วันแรกแห่งชีวิต

| ผลการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต           | เด็กอายุ 0-2 ปี สูงตีสมส่วน |                                | รวม<br>ราย(ร้อยละ) |
|------------------------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|--------------------|
|                                                | สูงตีสมส่วน<br>ราย (ร้อยละ) | ไม่สูงตีสมส่วน<br>ราย (ร้อยละ) |                    |
| ก่อนการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต ปี 2564 | 1,780 (77.49)               | 517 (22.51)                    | 2,297 (100)        |
| หลังการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตปี 2565  | 1,838 (84.62)               | 334 (15.38)                    | 2,172 (100)        |
| รวม                                            | 3,618 (80.96)               | 851(19.04)                     | 4,469 (100)        |

$\chi^2 = 6.897$ ,  $df = 1$   $p$ -value = 0.000

### อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัย ประสิทธิภาพของการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตในการดำเนินโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เขตสุขภาพที่ 9 มีประเด็นที่น่าสนใจอภิปรายผลได้ดังนี้

1. ประสิทธิภาพของการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตในการดำเนินโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตเขตสุขภาพที่ 9 ก่อนและหลังการใช้คู่มือพบว่า ผลการดำเนินงานหลังใช้คู่มือดีขึ้นทุกกิจกรรม และที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติคือ อัตราหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ก่อน 12 สัปดาห์ การฝากครรภ์คุณภาพครบ 5 ครั้งตามเกณฑ์ ทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม เด็กอายุ 9 เดือน - 2 ปีได้รับยารักษาโรคหลัก การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียวนาน 6 เดือน อายุ 0-2 ปี มีพัฒนาการสมวัย และเด็ก 0-2 ปีมีสูงตีสมส่วน ส่วนอัตราหญิงตั้งครรภ์มีภาวะโลหิตจางไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ อรุณ ประจิตร (2562) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตอำเภอพิมาย จังหวัดนครราชสีมา แนวทางการดำเนินงานประกอบด้วย 1) การดูแลสุขภาพกลุ่มสตรีที่ต้องการมีบุตร 2) แนวทางการส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก 3) ปัจจัยความสำเร็จพัฒนาการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต 4) แนวทางการบริหารงานคุณภาพการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต และ 5) ชุดเอกสารความรู้การดำเนินงาน เมื่อประเมินผลการหลังพัฒนาแนวทางพบว่า กลุ่มสตรีที่ต้องการมีบุตรมีความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และความเข้าใจขั้นตอนการส่งเสริมสุขภาพตามเกณฑ์มาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็กดีขึ้น เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้ความเข้าใจในการดูแลตนเอง และความเข้าใจขั้นตอนการส่งเสริมสุขภาพ ระหว่างสตรีที่ต้องการมีบุตรและพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็กหลังดำเนินการพบว่า แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้ง 2 หัวข้อ และยังสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Suthimanus et al.(2014) ที่ได้พัฒนาคู่มือสำหรับผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ควบคุมความดันโลหิตไม่ได้พบว่า ผู้ดูแลผู้สูงอายุมีความรู้และการรับรู้สมรรถนะแห่งตนสูงกว่าก่อนใช้คู่มืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.05$ ) และผลการศึกษาของ Sooksart-art et al. (2017) ซึ่งได้ใช้คู่มือให้ความรู้แก่ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมพบว่า ภายหลังการใช้คู่มือผู้ดูแลผู้ป่วยมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการจัดการโรคและการใช้ยาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P < 0.001$ )

ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผลการดำเนินงานโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิตเป็นไปตามเกณฑ์เป้าหมายที่กำหนดหลังการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต แสดงให้เห็นว่า CFT ได้ปฏิบัติตามแนวคิดและนำองค์ความรู้ที่ได้จากคู่มือมาใช้ในการดำเนินโครงการฯ ทั้งนี้อาจไม่ได้เกิดจากคู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตเพียงอย่างเดียว แต่อาจเกิดจากความร่วมมือของ CFT ที่เห็นความสำคัญ และมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการตามแนวทางที่

กำหนดไว้ในคู่มือ ซึ่งผู้วิจัยได้ชี้แจงทำความเข้าใจให้ทราบวัตถุประสงค์ ความสำคัญของปัญหา ความจำเป็นที่ต้องนำคู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตมาใช้ในการดำเนินโครงการฯ และชี้ให้เห็นถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นหากดำเนินโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตไม่เป็นไปตามเป้าหมาย รวมทั้งยังมีส่วนร่วมกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงาน ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจตรงกัน ส่วนภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ยังเป็นปัญหาสาธารณสุขในพื้นที่นั้น ควรดำเนินการเน้นหนักในหญิงวัยเจริญพันธุ์โดยเฉพาะในกลุ่มพร้อมที่จะตั้งครรภ์เช่น การให้ความรู้และวิตามินเสริมธาตุเหล็กและกรดโฟลิกกับหญิงวัยเจริญพันธุ์ รวมทั้งการรับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง ตามการศึกษาของ สุนิสา ศุภเลิศมงคลชัยและคณะ(2563) ที่ได้ศึกษาประสิทธิภาพการเสริมวิตามินธาตุเหล็กและกรดโฟลิกในหญิงวัยเจริญพันธุ์โครงการสาวไทยแถมแดง กรณีศึกษาสถานประกอบการ 6 แห่ง โดยให้ความรู้เกี่ยวกับธาตุเหล็กและกรดโฟลิก รวมทั้งให้กินวิตามินเสริมธาตุเหล็ก 60 มิลลิกรัมและกรดโฟลิก 2.8 มิลลิกรัม สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ต่อเนื่องจนครบ 12 สัปดาห์พบว่า หลังดำเนินการหญิงวัยเจริญพันธุ์มีความรู้เกี่ยวกับธาตุเหล็กและโฟลิกสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p=0.000$ ) และมีปริมาณโฟเลตเพียงพอในการป้องกันภาวะหลอดประสาทไม่ปิดในทารก(Neural Tube Defect) ส่วนความชุกของภาวะโลหิตจางหลังรับประทาน มีภาวะโลหิตจางเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 21.8 เป็นร้อยละ 24.0 เนื่องจากการเสริมธาตุเหล็ก 60 มิลลิกรัมต่อสัปดาห์ เป็นปริมาณเพียงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับความต้องการในชีวิตประจำวัน และหญิงวัยเจริญพันธุ์มีการสูญเสียธาตุเหล็กทางประจำเดือนด้วยประมาณ 6-179 มิลลิกรัมต่อครั้ง จึงต้องการธาตุเหล็กสูงและมีโอกาสเกิดภาวะโลหิตจาง นอกจากนี้ควรมีการติดตามผลการดำเนินงานโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์อย่างต่อเนื่อง เพราะอาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเช่น คลอดก่อนกำหนดและตกเลือดหลังคลอด Finkelstein et al. (2020) รวมทั้งทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อย และติดเชื้อง่าย Pavord et al. (2020)

2. ความพึงพอใจของทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวต่อการใช้คู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต โดยรวมในระดับมาก เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่ามีความพึงพอใจในระดับมากทุกด้านได้แก่ ด้านรูปเล่ม ด้านเนื้อหาและด้านการนำไปใช้ประโยชน์ ทั้งนี้เนื่องจากทีมพัฒนาเด็กและครอบครัว ได้รับการเตรียมความพร้อมโดยผู้วิจัยได้ชี้แจงให้เห็นความสำคัญ และทีมพัฒนาเด็กและครอบครัวมีส่วนร่วมแสดงความคิดเห็นในการพัฒนาคู่มือให้เหมาะสมกับการปฏิบัติในการในพื้นที่ตั้งแต่เริ่มแรก ทำให้เกิดความรู้สึกมีส่วนร่วม เห็นถึงความเหมาะสมความชัดเจนของคู่มือว่าเนื้อหาชัดเจน เข้าใจง่าย ไม่ยุ่งยากซับซ้อนมีประโยชน์ต่อหน่วยงาน และมีความเป็นไปได้ในการนำคู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตไปใช้จริงในพื้นที่ สอดคล้องการการศึกษาของ รุ่งนภา คำผาง และคณะ (2561) ที่ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระยะที่ 2 โดยดำเนินการพัฒนามาตรฐานคุณภาพสำหรับบริการด้านการฝากครรภ์ พบว่า โรงพยาบาลสามารถนำมาตราฐานคุณภาพมาใช้ในการติดตามผลการดำเนินงาน รวมทั้งใช้อ้างอิงวิธีการดำเนินงานหรือปรับปรุงงาน และผู้รับบริการสามารถใช้มาตรฐานคุณภาพเป็นแหล่งอ้างอิงคุณภาพบริการที่พึงประสงค์ได้ ทั้งนี้มาตรฐานที่อ่านเข้าใจง่ายจะช่วยให้ประชาชนมีทักษะในการดูแลตัวเองได้ดีขึ้น และการศึกษาของอรุณ ประจิจิตร (2562) ที่พัฒนาแนวทางการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต อำเภอฟิมาย จังหวัดนครราชสีมา ตามวงจรคุณภาพ PDCA พบว่า พยาบาลปฏิบัติงานด้านอนามัยแม่และเด็กที่มีส่วนร่วมในการพัฒนา มีความพึงพอใจในการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตหลังดำเนินการแตกต่างกับก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปใช้
  - 1.1 ผู้เกี่ยวข้องควรนำคู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตไปใช้ดำเนินงานตามโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ในเขตสุขภาพที่ 9
  - 1.2 ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา ควรมีการติดตามกำกับและประเมินผลคู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความเหมาะสมสอดคล้องกับบริบทและความต้องการที่แท้จริงของผู้ใช้คู่มือ
2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป
  - 2.1 ควรขยายการพัฒนาคู่มือ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตสู่ 2,500 วันคือ เด็กอายุ 0-5 ปี
  - 2.2 พัฒนาคู่มือโดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชนและภาคประชาชน
3. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย
  - 3.1 ภาคีเครือข่ายร่วมกำหนดนโยบายให้โลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์เป็นปัญหาสำคัญเชิงพื้นที่ (Area based)
  - 3.2 พัฒนาศักยภาพบุคลากรและภาคีเครือข่ายตามสภาพปัญหาของเขตสุขภาพที่ 9
  - 3.3 ขับเคลื่อนแนวทางการดำเนินงานพัฒนางานอนามัยแม่และเด็กเป็นส่วนหนึ่งของระบบสุขภาพ

## เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย.(2561). แนวทางการขับเคลื่อนมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกของชีวิต. กรุงเทพฯ : เอวิโปรแกรสซีฟ.
- กรมอนามัย.(2563). รายงานประจำปี 2563. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.
- กองบริหารการสาธารณสุข. (2563). สถิติสาธารณสุข ปี 2563. นนทบุรี : สำนักงานปลัดกระทรวง  
กระทรวงสาธารณสุข.
- มาเรียม นิลพันธ์.(2553). วิจัยทางการศึกษา.นครปฐม : ศูนย์วิจัยและพัฒนาทางการศึกษา.
- รุ่งนภา คำผางและคณะ. (2561). การพัฒนาแนวทางมาตรฐานคุณภาพ (Quality standard: QS) สำหรับบริการ  
สร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคระยะที่ 2. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ มูลนิธิเพื่อ  
การประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. นนทบุรี: กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.
- ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา.(2559). แผนยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคสู่ความเป็นเลิศ  
พ.ศ. 2560-2579 เขตสุขภาพที่ 9. นครราชสีมา : ศูนย์อนามัยที่ 9.
- ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา.(2561). การขับเคลื่อนโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิตของ เขตสุขภาพที่ 9.  
นครราชสีมา: ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา.
- ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา.(2563). โครงการพัฒนาอนามัยสตรีและเด็กปฐมวัย เพื่อลูกเกิดรอดแม่ปลอดภัย  
สู่ดีสมส่วนและพัฒนาการสมวัย.นครราชสีมา : ศูนย์อนามัยที่ 9.
- สุนิสา ศุภเลิศมงคลชัย, สายพิน โขติวิเชียร, กรุณี ขวัญบุญจัน, อาพันธ์ชนิด เทพอวยพร, ณัฏฐิชา พรหมยศ.  
ประสิทธิภาพการเสริมวิตามินธาตุเหล็กและกรดโฟลิกในหญิงวัยเจริญพันธุ์ โครงการการสาวไทยแถมแดง:  
กรณีศึกษาสถานประกอบการ 6 แห่ง. วารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม. 2565; 45(2): 107-  
117.
- อรุณ ประจิตร. การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานมหัศจรรย์พันวันแรกแห่งชีวิต อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดนครราชสีมา.  
วารสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา 2562; 5(2): 67-87.

- Finkelstein, J. et al. (2020). Anemia and iron deficiency in pregnancy and adverse perinatal outcomes in Southern India. *European Journal of Clinical Nutrition*, 74(1), 112-125.
- National Health and Medical Research Council. (1998). A guide to the development implementation and evaluation of clinical practice guidelines. [cited 2023 November] Available from: <http://www.nhmrc.gov>.
- Pavord, S. et al. (2020). UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. *British Journal of Haematology*, 188(6), 819-830.
- Sooksa-art, J., T. Thipraksa, R. Hanrinth, P. Kerdchantuk and S. Suttiruksa. (2017). Outcomes of pharmaceutical care in outpatients with Alzheimer's disease: A pilot study. *Thai Journal of Pharmacy Practice*, 10(1): 129-141. (in Thai)
- Suthimanus, Y., W. Durongrittichai and T. Kasipol. (2014). The development of a clinical nursing practice guideline for caregiver of uncontrolled hypertensive elderly patients. *Journal of Public Health Nursing*, 28(2): 81-91. (in Thai)

## สถานการณ์สุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายวัยทำงาน อายุ 15 – 59 ปี เขตสุขภาพที่ 8

ยุทธนา ชนะพันธ์ \*

ธนินา อนุญาหงษ์ \*\*

### บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 8 กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนวัยทำงาน อายุ 15-59 ปี จำนวน 2,017 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage Sampling) และใช้แบบสอบถามประเมินตนเอง (Self-assessment) เป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูล ทำการศึกษาระหว่างเดือน มกราคม-พฤษภาคม 2564 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติเชิงอนุมานไคสแควร์ (Chi-square test) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่าง เป็นเพศหญิง จำนวน 1,313 คน คิดเป็นร้อยละ 65.10 มีค่าดัชนีมวลกายปกติ คิดเป็นร้อยละ 42.84 มีโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 13.70 และมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 4 ด้าน ดังนี้ ด้านที่ 1 พฤติกรรมการบริโภค ทานอาหารกลุ่มผัก วันละ 5 ทักพี ตั้งแต่ 4 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 79.12 ด้านที่ 2 พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง มีกิจกรรมทางกายมากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 73.18 ด้านที่ 3 พฤติกรรมการนอนหลับสนิท 7-9 ชั่วโมงต่อวัน ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ คิดเป็นร้อยละ 91.32 และด้านที่ 4 พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก แปรงฟันก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวันนาน อย่างน้อย 2 นาที คิดเป็นร้อยละ 71.79 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รอบเอว และการมีโรคประจำตัว พบว่ามีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายวัยทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p$ -value <0.001), ( $p$ -value =0.007), ( $p$ -value =0.007) และ ( $p$ -value <0.001) ตามลำดับ โดยปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง การมีกิจกรรมทางกายมากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ และพฤติกรรมเสี่ยงโรคมะเร็ง การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายวัยทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ( $p$ -value =0.027) และ ( $p$ -value =0.020)

ข้อเสนอแนะจากผลการศึกษาครั้งนี้ ควรส่งเสริมให้ประชาชนวัยทำงานมีพฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรงในระดับที่เพียงพอ และลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ซึ่งจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกาย และควรศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อให้ได้รูปแบบหรือพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพ และการออกกำลังกายสำหรับวัยทำงานอายุ 15-59 ปี เขตสุขภาพที่ 8 ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

**คำสำคัญ :** พฤติกรรมสุขภาพ, ดัชนีมวลกาย, วัยทำงาน

\* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรดิตถ์ กรมอนามัย

\*\* นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรดิตถ์ กรมอนามัย

Email: Chanaphan.ck1988@gmail.com



## HEALTH SITUATION AND FACTORS RELATED TO BODY MASS INDEX AMONG WORKING AGE POPULATION AGED 15-59 YEARS IN REGIONAL HEALTH AREA 8

Yutthana Chanaphan, Tanisa Anuyahong

### Abstract

This research is a cross-sectional analytical study was to determined the health situation and related factors to body mass index among working age population aged 15-59 years in regional health area 8. The sample group was 2,017 people of working age aged 15-59 years were selected by multi-stage random sampling. and using a self-assessment questionnaire is a tool for collecting data. study during the month January-May 2021. Data were analyzed descriptive statistics. and inferential statistics analyzed the relationship by chi-square test, the level of significance was set at 0.05. The study found that The sample consisted of 1,313 females (65.10 %), with a normal body mass index. (42.84 %) with underlying disease accounted for 13.70 % and had 4 health behaviors as follows Part 1 : Consumption behavior Eat 5 servings of vegetables per day for 4 or more days per week 79.12 %. Part 2 : More than or equal to 150 minutes of physical activity per week 73.18 %. Part 3 : Behavior of deep sleep 7-9 hours per day from 3 days or more per week 91.32 % and Part 4 : oral care behavior Brush your teeth before bedtime with fluoride toothpaste every day for at least 2 minutes, 71.79 %. The results of the analysis of factors that correlate with individual body mass index were gender, age, waist circumference, and the presence of congenital disease. It was found to be correlated with working-age body mass index. statistically significant at the 0.05 level (p-value <0.001), (p-value =0.007), (p-value =0.007) and (p-value <0.001), respectively. by health behavioral factors vigorous movement behavior physical activity greater than or equal to 150 minutes per week and cancer risk behaviors, smoking, were associated with working-age body mass index. statistically significant at the 0.05 level (p-value = 0.027) and (p-value = 0.020).

Recommendations from the results of this study People of working age should be encouraged to exercise behavior at an adequate level. and reduce smoking behavior This will affect the change in BMI. Action research should be carried out in order to obtain a model or develop a health and exercise promotion model for working age 15-59 years, Health Region 8 that is suitable for the context of the area.

**Keywords:** *Health behavior, Body mass index, Working age*

---

\* Public Health Technical Officer, Professional Level, Health Promotion Center 8 Udonthani, Department of Health

\*\* Public Health Technical Officer, Special Professional Level, Health Promotion Center 8 Udonthani, Department of Health  
Email: Chanaphan.ck1988@gmail.com

## บทนำ

วัยทำงาน เป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีบทบาทสำคัญต่อการขับเคลื่อนกลไกในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ปัจจุบันพบว่าปัญหาสุขภาพของประชากรวัยทำงานส่วนใหญ่มีสาเหตุมาจากการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Noncommunicable diseases : NCDs) โดยกลุ่มโรค NCDs ที่พบว่าเป็นสาเหตุการเสียชีวิตมากที่สุด ได้แก่ โรคหัวใจและหลอดเลือด 17.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 44 รองลงมาคือ โรคมะเร็ง 9.0 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 22 โรคทางเดินหายใจเรื้อรัง 3.8 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 9 และโรคเบาหวาน 1.6 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 4 ซึ่งในแต่ละปีพบผู้เสียชีวิตจากโรค NCDs ในกลุ่มอายุ 30-69 ปี หรือเรียกว่า “การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร” มากถึง 15 ล้านคน โดยร้อยละ 85 เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศที่มีรายได้ต่ำและกลุ่มประเทศที่มีรายได้ปานกลาง ปัญหาดังกล่าวก่อให้เกิดความสูญเสียสุขภาพและส่งผลกระทบต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมอย่างรุนแรง (กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค, 2562)

จากรายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.2557 พบว่า 1 ใน 3 ของประชาชนไทย ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ป่วยด้วยโรค NCDs (วิชัย เอกพลากร, 2557) สาเหตุสำคัญประการหนึ่งของการเกิดโรค NCDs คือ โรคอ้วน โดยคนที่มีดัชนีมวลกายเกินหรือน้ำหนักเกินและอ้วนมีโอกาสป่วยด้วยโรค NCDs มากกว่าคนที่ไม่อ้วน 2-3 เท่า ซึ่งภาวะน้ำหนักเกินหรืออ้วนถือได้ว่าเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ โดยปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้มีภาวะน้ำหนักตัวเกินและอ้วน เกิดจากความไม่สมดุลของพลังงานที่ได้รับจากการบริโภคอาหารมีมากกว่าพลังงานที่ถูกนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน ร่างกายจึงมีการสะสมส่วนเกินไว้ในอวัยวะต่าง ๆ ซึ่งสามารถแบ่งปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดภาวะน้ำหนักตัวเกินและอ้วนเป็น 2 ประเภท คือ ปัจจัยที่ไม่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ กรรมพันธุ์ เชื้อชาติ เพศ อายุ การเปลี่ยนแปลงของระดับฮอร์โมน และปัจจัยที่สามารถปรับเปลี่ยนได้ ได้แก่ พฤติกรรมการบริโภคไม่เหมาะสม การออกกำลังกายไม่เพียงพอ ครอบครัวยุคใหม่และการเลี้ยงดู อารมณ์และความเครียด การนอนไม่เพียงพอ การสูบบุหรี่และการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม, 2557) สถานการณ์สุขภาพวัยทำงาน อายุ 18 - 59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 8 พบว่าความชุกภาวะอ้วนลงพุงของวัยทำงาน ปี 2561-2563 คิดเป็นร้อยละ 29.88, 29.26 และ 44.78 ตามลำดับ (Health data center, 2561-2563)

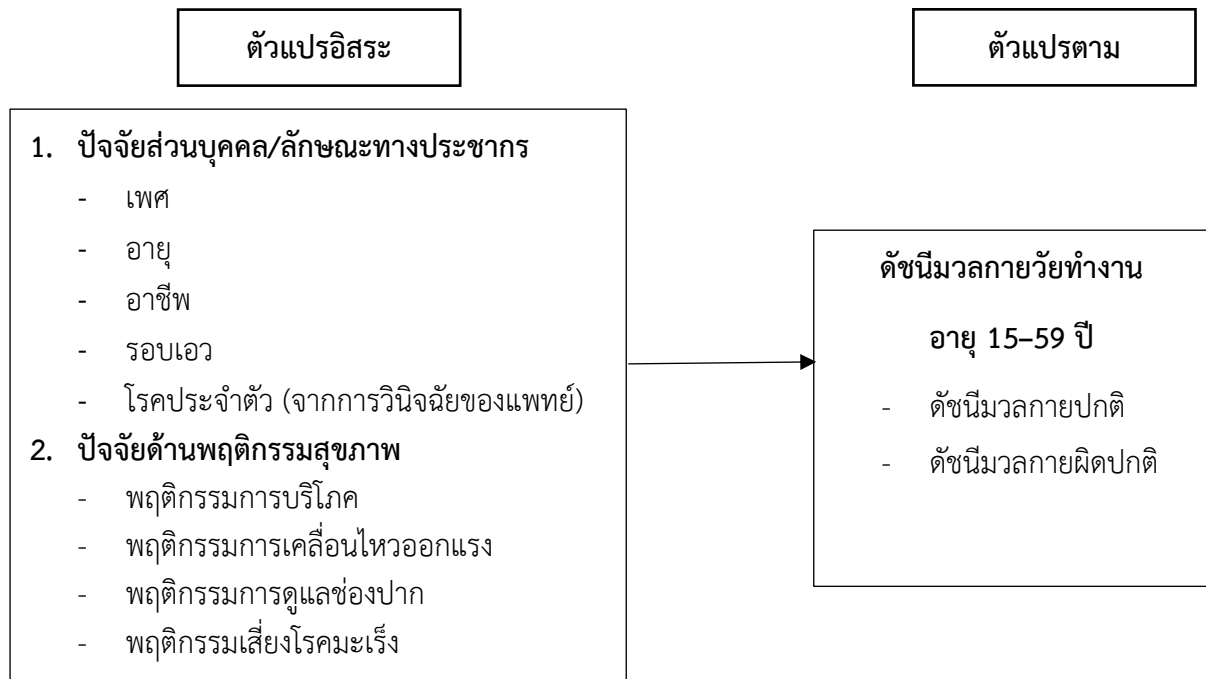
จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่าภาวะอ้วนลงพุงของวัยทำงานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายวัยทำงาน อายุ 15 - 59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 8 เพื่อให้ทราบสถานการณ์พฤติกรรมสุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายวัยทำงาน และนำข้อมูลที่ได้ไปวางแผนการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพประชาชนวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 8 ได้อย่างครอบคลุมและสอดคล้องกับสภาพปัญหาแต่ละพื้นที่ โดยมีเป้าหมายเพื่อให้วัยทำงานฉลาดรอบรู้ สุขภาพแข็งแรง มีพฤติกรรมสุขภาพ ที่พึงประสงค์ และลดการเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรค NCDs อันจะส่งผลกระทบต่ออายุที่ยืนยาวและก้าวสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดี

## วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 8

### กรอบแนวคิดในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาสถานการณ์สุขภาพและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายวัยทำงาน อายุ 15 – 59 ปี เขตสุขภาพที่ 8 ได้กรอบแนวคิดงานวิจัย ดังนี้



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีการดำเนินวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytical study) เพื่อศึกษาสถานการณ์สุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายวัยทำงาน อายุ 15 – 59 ปี โดย กลุ่มตัวอย่างเป็นประชาชนวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ที่มีภูมิลำเนาอาศัยอยู่ในเขตสุขภาพที่ 8 ทั้ง 7 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดเลย หนองบัวลำภู อุดรธานี หนองคาย บึงกาฬ สกลนคร และนครพนม คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับประชากรขนาดใหญ่ (Wayne W., D.1995) มีกลุ่มตัวอย่างที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าจำนวน 2,017 คน เก็บข้อมูลโดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามประเมินตนเอง (Self-assessment) ที่พัฒนาขึ้นโดยกรมอนามัย ทำการศึกษาระหว่างเดือน มกราคม – พฤษภาคม 2564 ใช้สถิติเชิงพรรณณานำเสนอข้อมูลสถานการณ์สุขภาพวัยทำงานและวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติเชิงอนุมานไคสแควร์ Chi-square test นำเสนอด้วยค่า p-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

### ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2,017 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 1,313 คน คิดเป็นร้อยละ 65.10 เพศชาย จำนวน 704 คน คิดเป็นร้อยละ 34.90 มีค่าดัชนีมวลกายปกติ ร้อยละ 42.84 และมีโรคประจำตัว ร้อยละ 13.70 มีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ 4 ด้าน ดังนี้ 1) พฤติกรรมการบริโภค ทานอาหารกลุ่มผัก วันละ 5 ทัพพี ตั้งแต่ 4 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ ร้อยละ 79.12 2) พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง มีกิจกรรมทางกายมากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ ร้อยละ 73.18 3) พฤติกรรมการนอนหลับสนิท 7-9 ชั่วโมงต่อวัน ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ ร้อยละ 91.32 และ 4) พฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปาก แปรงฟันก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวันนานอย่างน้อย 2 นาที ร้อยละ 71.79 (แสดงดังตารางที่1)

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์วัยทำงาน (n=2,017)

| พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์วัยทำงาน             | จำนวน (คน) | ร้อยละ |
|-------------------------------------------------|------------|--------|
| <b>การกินอาหารกลุ่มผัก วันละ 5 ท็อป</b>         |            |        |
| ประมาณ 4 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์                    | 1,596      | 79.12  |
| ประมาณ 1-3 วันต่อสัปดาห์                        | 411        | 20.38  |
| ไม่กินเลย                                       | 10         | 0.50   |
| <b>กิจกรรมทางกาย</b>                            |            |        |
| มากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์           | 1,476      | 73.18  |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์          | 541        | 26.82  |
| <b>การนอนหลับ 7-9 ชั่วโมงต่อวัน</b>             |            |        |
| ประมาณ 3 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์                    | 1,842      | 91.32  |
| ประมาณ 0-2 วันต่อสัปดาห์                        | 175        | 8.68   |
| <b>การแปรงฟันก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์</b> |            |        |
| แปรงฟันทุกวัน นานอย่างน้อย 2 นาที               | 1,448      | 71.79  |
| แปรงฟันทุกวัน แต่ไม่ถึง 2 นาที                  | 390        | 19.34  |
| แปรงฟันบางวัน                                   | 155        | 7.68   |
| ไม่แปรงฟันก่อนนอนเลย                            | 24         | 1.19   |

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายที่เป็นปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รอบเอว และการมีโรคประจำตัว พบว่ามีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายวัยทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001), (p-value =0.007), (p-value =0.007) และ (p-value <0.001) ตามลำดับ โดยปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ พบว่าพฤติกรรมเคลื่อนไหวออกแรง การมีกิจกรรมทางกายมากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ และพฤติกรรมเสี่ยงโรคมะเร็ง การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายวัยทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.027) และ (p-value =0.020) (แสดงดังตารางที่ 2 และ3)

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายวัยทำงาน อายุ 15 – 59 ปี (n=2,017)

| ปัจจัยส่วนบุคคล             | กลุ่มที่มี |        | กลุ่มที่ไม่มี |        | $\chi^2$ | p-value |
|-----------------------------|------------|--------|---------------|--------|----------|---------|
|                             | จำนวน      | ร้อยละ | จำนวน         | ร้อยละ |          |         |
| <b>เพศ</b>                  |            |        |               |        | 7.025    | 0.007   |
| หญิง                        | 534        | 41.36  | 779           | 58.64  |          |         |
| ชาย                         | 330        | 46.88  | 347           | 53.12  |          |         |
| <b>ช่วงอายุ</b>             |            |        |               |        | 40.213   | <0.001  |
| วัยทำงานตอนต้น อายุ 15–29ปี | 207        | 55.50  | 166           | 44.50  |          |         |
| วัยทำงานตอนต้น อายุ 30–44ปี | 292        | 44.78  | 360           | 55.22  |          |         |
| วัยทำงานตอนต้น อายุ 45–59ปี | 365        | 36.79  | 627           | 63.21  |          |         |
| <b>รอบเอว</b>               |            |        |               |        | 361.450  | <0.001  |
| รอบเอวเกิน                  | 634        | 64.20  | 353           | 35.80  |          |         |
| รอบเอวปกติ                  | 230        | 22.30  | 800           | 77.70  |          |         |
| <b>โรคประจำตัว</b>          |            |        |               |        | 21.727   | <0.001  |
| ไม่มี                       | 871        | 50.06  | 959           | 49.94  |          |         |
| มี                          | 83         | 29.96  | 194           | 70.04  |          |         |

**ตารางที่ 3** ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพที่มีความสัมพันธ์ กับดัชนีมวลกายวัยทำงาน อายุ 15–59 ปี (n=2,017)

| ปัจจัยด้านพฤติกรรมสุขภาพ                            | กลุ่มที่มี<br>ดัชนีมวลกายปกติ |        | กลุ่มที่มี<br>ดัชนีมวลกายไม่ปกติ |        | $\chi^2$ | p-value |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------|--------|----------------------------------|--------|----------|---------|
|                                                     | จำนวน                         | ร้อยละ | จำนวน                            | ร้อยละ |          |         |
| <b>กิจกรรมทางกาย</b>                                |                               |        |                                  |        | 4.876    | 0.027   |
| มากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาที/สัปดาห์                 | 654                           | 44.31  | 822                              | 55.69  |          |         |
| น้อยกว่าหรือเท่ากับ 150 นาที/สัปดาห์                | 210                           | 38.82  | 331                              | 61.18  |          |         |
| <b>การสูบบุหรี่</b>                                 |                               |        |                                  |        | 7.792    | 0.020   |
| สูบบุหรี่ในช่วง 30 นาที<br>ถึง 1 ชั่วโมงหลังตื่นนอน | 63                            | 52.07  | 58                               | 47.93  |          |         |
| สูบบุหรี่หลัง 1 ชั่วโมงขึ้นไปหลังตื่นนอน            | 63                            | 50.00  | 63                               | 50.00  |          |         |
| ไม่สูบบุหรี่                                        | 738                           | 41.69  | 1,032                            | 58.31  |          |         |

## อภิปรายผลการวิจัย

### 1. ลักษณะทางประชากร

จากการศึกษาประชากรวัยทำงานกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2,017 คน พบเป็นเพศหญิง จำนวน 1,313 คน คิดเป็นร้อยละ 65.10 เพศชาย จำนวน 704 คน คิดเป็นร้อยละ 34.90 มีอายุอยู่ในช่วงวัยทำงานตอนต้น อายุ 15-29 ปี จำนวน 373 คน คิดเป็นร้อยละ 18.50 วัยทำงานตอนกลาง อายุ 33-44 ปี จำนวน 652 คน คิดเป็นร้อยละ 32.30 และวัยทำงานตอนปลาย อายุ 45-59 ปี จำนวน 992 คน คิดเป็นร้อยละ 49.20 อายุเฉลี่ย 41.85 (S.D.=11.47 ) ประกอบอาชีพเป็น เกษตรกร จำนวน 986 คน คิดเป็นร้อยละ 48.88 ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว/รับจ้างทั่วไป จำนวน 417 คน คิดเป็นร้อยละ 20.68 ข้าราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ/ลูกจ้างภาครัฐ จำนวน 272 คน คิดเป็นร้อยละ 13.49 พนักงาน/ลูกจ้างเอกชน จำนวน 159 คน คิดเป็น ร้อยละ 7.88 พ่อบ้าน/แม่บ้าน/ว่างงาน/ ไม่มีงานทำ/อื่นๆ จำนวน 113 คน คิดเป็นร้อยละ 5.61 และนักเรียน / นิสิต / นักศึกษา จำนวน 70 คน คิดเป็นร้อยละ 3.47 ส่วนใหญ่มีค่าดัชนีมวลกายปกติ จำนวน 864 คน คิดเป็นร้อยละ 42.80 อ้วนระดับ 1 จำนวน 476 คน คิดเป็นร้อยละ 23.60 น้ำหนักเกิน จำนวน 403 คน คิดเป็นร้อยละ 19.98 อ้วน ระดับ 2 จำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 7.68 และน้ำหนักน้อยหรือผอม จำนวน 119 คน คิดเป็นร้อยละ 5.90 ค่าดัชนีมวลกายเฉลี่ย 23.75 กก./ม<sup>2</sup> (S.D.=4.10 ) ภาวะอ้วนลงพุง (ความยาวเส้นรอบเอวน้อยกว่าหรือเท่ากับส่วนสูงหาร 2) มีภาวะอ้วนลงพุง จำนวน 1,030 คน คิดเป็นร้อยละ 51.07 ไม่มีภาวะอ้วนลงพุง จำนวน 987 คน คิดเป็นร้อยละ 48.93 ความยาวเส้นรอบเอวเฉลี่ย 80.95 (S.D.=10.98) ไม่มีโรคประจำตัว จำนวน 1,740 คน คิดเป็นร้อยละ 86.30 และมีโรคประจำตัว จำนวน 277 คน คิดเป็นร้อยละ 13.70 เมื่อพิจารณาจากข้อมูลดังกล่าว พบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 51.25 มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ปกติ และยังมีภาวะอ้วนลงพุง ร้อยละ 51.07 ทั้งนี้อาจเนื่องจากการที่กลุ่มตัวอย่าง ไม่สามารถออกกำลังกายหรือกำหนดรูปแบบการออกกำลังกายได้อย่างเหมาะสม และไม่มีความต้องการสม่ำเสมอ ประกอบกับพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารที่พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 72.28 มีพฤติกรรมการเติมเครื่องปรุงรสเค็ม และร้อยละ 78.84 มีพฤติกรรมการเติมเครื่องดื่มรสหวาน จึงเป็นผลให้เกิดปัญหาค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์และเกิดภาวะอ้วนลง

พุง สอดคล้องกับการศึกษา พฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า เป็นเพศหญิงร้อยละ 50.2 อายุระหว่าง 30-44 ปีร้อยละ 34.8 มีค่าดัชนีมวลกายปกติ (BMI=18.5-22.9 กก./กก./ม<sup>2</sup>) ร้อยละ 41.1 เพศชายมีรอบเอวปกติ ( $\leq 90$  ซม.) ร้อยละ 80.3 เพศหญิงมีรอบเอวปกติ ( $\leq 80$  ซม.) ร้อยละ 53.6 สถานภาพสมรส ร้อยละ 53.1 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 78.9 แต่พบว่า ส่วนใหญ่เป็นวัยทำงานตอนกลางอายุระหว่าง 30-44 ปี ร้อยละ 34.8 และมีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 29.1 (ศิริลักษณ์ ชณะฤกษ์ และคณะ, 2561) และสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของคนทำงานในสถานประกอบการเขตเมืองใหญ่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ (BMI =18.50-22.9 กก./ม<sup>2</sup>) ร้อยละ 45.00 (มงคล การุณงามพรรณ และคณะ, 2555) สอดคล้องกับการสำรวจประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า น้ำหนักของประชากรไทยที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่าผู้ชายร้อยละ 10.0 และผู้หญิงร้อยละ 8.6 จัดอยู่กลุ่มที่มีน้ำหนักน้อยกว่าเกณฑ์ (BMI < 18.50 กก./ม<sup>2</sup>) และผู้ชายร้อยละ 57.2 และผู้หญิงร้อยละ 49.6 มีน้ำหนักระหว่าง (BMI =18.50-22.9 กก./ม<sup>2</sup>) ความชุกของภาวะอ้วนในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า เพศชายร้อยละ 32.9 และเพศหญิงร้อยละ 41.8 จัดว่า อ้วน ( $\geq 25$  กก./ม<sup>2</sup>) โดยความชุกสูงสุดในกลุ่มอายุ 45-59 ปี (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2557) จากการวิเคราะห์ข้อมูล จะเห็นได้ว่า เพศ และอายุ เป็นไปตามโครงสร้างของสัดส่วนประชากรวัยทำงานในเขตสุขภาพที่ 8 และข้อมูลในระดับประเทศ ซึ่งพบว่าส่วนใหญ่เป็นประชากรเพศหญิง มีอายุอยู่ในช่วงวัยทำงานตอนปลายช่วงอายุ 45-59 ปี (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2557) และการประกอบอาชีพขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละภูมิภาค ที่แตกต่างกันออกไป ถึงแม้ว่าประชากรส่วนใหญ่จะมีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในระดับปกติ ถึงร้อยละ 42.80 แต่ยังพบว่ามีกลุ่มวัยทำงานของเขตสุขภาพที่ 8 ที่มีดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 1 น้ำหนักเกิน และอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 23.60, 19.98, 7.68 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มนี้ควรได้รับรู้สถานะสุขภาพของตนเอง และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ซึ่งจากสถานการณ์ดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพที่ดีของประชากรวัยทำงาน ทำให้มีสุขภาพที่ไม่ดี ประสิทธิภาพในการทำงานลดลง ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศ เพิ่มความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ทำให้ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่าย ในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้เพิ่มมากขึ้น

## 2.พฤติกรรมการบริโภค

พฤติกรรมการบริโภค การกินอาหารกลุ่มผัก วันละ 5 ทัพพี ใน 1 สัปดาห์ กินทุกวัน จำนวน 1,077 คน คิดเป็นร้อยละ 53.40 กินผักประมาณ 4-6 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 519 คน คิดเป็นร้อยละ 25.72 กินผักประมาณ 1-3 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 411 คน คิดเป็นร้อยละ 20.38 และ ไม่กินผักเลยจำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 0.50 การเติมเครื่องปรุงรสเค็มเพิ่มในอาหารที่ปรุงสุกแล้ว เติมบางครั้ง ร้อยละ 63.36 ไม่เติมเครื่องปรุงรสเค็มเลย จำนวน 556 คน คิดเป็นร้อยละ 27.72 และเติมทุกครั้ง จำนวน 180 คน คิดเป็นร้อยละ 8.92 การดื่มเครื่องดื่มที่มีรสหวาน 1-3 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 866 คน คิดเป็นร้อยละ 42.90 ไม่ดื่มเลยจำนวน 426 คน คิดเป็นร้อยละ 21.12 ประมาณ 4-6 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 378 คน คิดเป็นร้อยละ 18.74 และดื่มทุกวัน จำนวน 347 คน คิดเป็นร้อยละ 17.20 จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างวัยทำงาน ในเขตสุขภาพที่ 8 มีพฤติกรรมพึงประสงค์ด้านการบริโภคผักที่เพียงพอมากถึง ร้อยละ 79.12 อาจเนื่องจากวิถีชีวิตของประชากรส่วนใหญ่ของภาคภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประกอบอาชีพเกษตรกรรม บริโภคอาหารพื้นบ้าน บางส่วนประกอบอาหารรับประทานเอง ปลูกผักกินเอง หรือเก็บผักได้ตามธรรมชาติ แต่ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 72.28 มีพฤติกรรมการเติมเครื่องปรุงรสเค็ม และ ร้อยละ 78.84 มีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มรสหวาน



อาจเนื่องจาก ประชากรภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปรงอาหารด้วยน้ำปลาร้า และรับประทานอาหารรสจัด เค็มจัด หวานจัด เช่น ส้มตำ เป็นต้น ประกอบกับประชากรวัยทำงาน ซึ่งถือเป็นประชากรหลักที่มีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมของประเทศ และเป็นกลุ่มที่ต้องทำหน้าที่ดูแลประชากรในกลุ่มวัยอื่นๆ ที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง แต่ด้วยความรีบเร่งในการดำเนินชีวิตประจำวัน การเปลี่ยนแปลงของเศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งกลยุทธ์ทางการตลาดของธุรกิจอาหาร ที่สะดวก รวดเร็ว เข้าถึงง่าย การมีแหล่งอาหารที่ไม่เหมาะสมกับสุขภาพเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว และสถานที่สำหรับการมีกิจกรรมทางกายไม่เหมาะสม รวมถึงการไม่มีเวลาออกกำลังกาย เพราะต้องทำงานเลี้ยงครอบครัว จึงส่งผลให้การดูแลสุขภาพตนเองน้อยลงด้วย สอดคล้องกับการศึกษา พฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า มีการกินผักอย่างน้อย 5 ทัฟฟิตต่อวันทุกวัน ร้อยละ 34.70 เติมเครื่องปรุงรสเค็มเลย ร้อยละ 77.80 ดื่มเครื่องดื่มรสหวานเลย ร้อยละ 81.9 (ศิริลักษณ์ ชณะฤกษ์ และคณะ, 2561) สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการรับประทานอาหารในกลุ่มวัยทำงาน พบว่ากลุ่มวัยทำงาน รับประทานอาหารที่มีไขมันสูง และบริโภคผัก ผลไม้ น้อย (ปานบติ เอกะจัมปะกะ และนิธิศ วัฒนมะโน, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาปัจจัยสำคัญที่ทำให้คนไทยมีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน พบว่า ปัจจัยการรับประทานอาหารหรือเครื่องดื่มที่มีรสหวาน รสมัน อาหารประเภททอด (Mozaffarian, Hao, Rimm, Willett, and Hu, 2011) ดังนั้นควรมุ่งไปที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการสื่อสารเพื่อให้ประชาชน ลดการบริโภคอาหารรสเค็มจัด และรสหวานจัด โดยให้ประชาชนเห็นโทษของพฤติกรรมดังกล่าว และตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ตลอดจนหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญ และจัดการแก้ไข ปัญหาเชิงนโยบายด้วย

### 3.พฤติกรรมเคลื่อนไหวนอกแรง

พฤติกรรมการเคลื่อนไหวนอกแรง มีกิจกรรมทางกายมากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์จำนวน 1,476 คน คิดเป็นร้อยละ 73.18 มีกิจกรรมทางกายน้อยกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์จำนวน 541 คน คิดเป็นร้อยละ 26.82 มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง 3-5 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 901 คน คิดเป็นร้อยละ 44.67 ประมาณ 0-2 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 733 คน คิดเป็นร้อยละ 36.34 ประมาณ 6-7 วันต่อสัปดาห์จำนวน 383 คน คิดเป็นร้อยละ 18.99 จากการศึกษาพฤติกรรมการเคลื่อนไหวนอกแรง จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างวัยทำงาน ในเขตสุขภาพที่ 8 มีพฤติกรรมการออกกำลังกายที่เพียงพอมากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ ร้อยละ 73.18 อาจเนื่องจาก กระแสการดูแลสุขภาพ และสื่อต่างๆที่ประชากรวัยทำงานเข้าถึงได้ง่ายมีการสื่อสารให้ประชาชนหันมาออกกำลังกายดูแลสุขภาพมากขึ้น ประกอบกับการมีนโยบายส่งเสริมการออกกำลังกาย เช่น การแข่งขันวิ่งมาราธอน หรือ การวิ่งสะสมระยะทาง ผ่านแพลตฟอร์มออนไลน์ ต่างๆ ซึ่งจัดขึ้นในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 แต่ยังคงพบว่าประชาชนกลุ่มตัวอย่าง มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง 3-7 วันต่อสัปดาห์มากถึง ร้อยละ 63.66 ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพของวัยทำงานในระยะยาวได้ ควรให้ความสำคัญและมีการศึกษาผลกระทบดังกล่าวในระยะยาวด้วย ตลอดจนการสื่อสาร ประชาสัมพันธ์ข้อมูลองค์ความรู้ผ่านสื่อที่เข้าถึงวัยทำงานได้ง่ายเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สอดคล้องกับการสำรวจประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 42.6 ของประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายระดับมาก และร้อยละ 38.2 ในเกณฑ์ปานกลาง โดยรวมร้อยละ 80.8 ของประชากรไทย 15 ปีขึ้นไป มีกิจกรรมทางกายระดับเพียงพอ โดยในผู้ชายมีร้อยละ 81.6 ส่วนในผู้หญิง มีร้อยละ 80.0 สัดส่วนของคนที่มีความกิจกรรมทางกายเพียงพอมีสูงสุดในช่วงอายุ 30-59 ปี และลดลงตามอายุที่เพิ่มขึ้น คนที่อาศัยอยู่นอกเขตเทศบาลมีร้อยละ 82.8

มีกิจกรรมทางกายสูงกว่าในเขต ซึ่งมีร้อยละ 78.4 (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2557) มีพฤติกรรมเนือยนิ่ง 3-5 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 901 คน คิดเป็นร้อยละ 44.67 ประมาณ 0-2 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 733 คน คิดเป็นร้อยละ 36.34 ประมาณ 6-7 วันต่อสัปดาห์จำนวน 383 คน คิดเป็นร้อยละ 18.99 สอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า มีพฤติกรรมการนั่ง หรือ เอนกายเฉยๆติดต่อกันนานเกิน 2 ชั่วโมงบางวัน ร้อยละ 51.7 และนั่ง หรือ เอนกายเฉยๆ นานเกิน 2 ชั่วโมงทุกวัน ร้อยละ 35.0 โดยรวมมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์ในการนั่ง หรือ เอนกายเฉยๆ ติดต่อกันนานเกิน 2 ชั่วโมง (บางวันและ ทุกวัน) ร้อยละ 86.7 (ศิริลักษณ์ ชณะฤกษ์ และคณะ, 2561)

การนอนหลับ 7-9 ชั่วโมงต่อวัน ประมาณ 6-7 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 1,059 คน คิดเป็นร้อยละ 52.50 ประมาณ 3-5 วันต่อสัปดาห์ จำนวน 783 คน คิดเป็นร้อยละ 38.82 และประมาณ 0-2 วันต่อสัปดาห์จำนวน 175 คน คิดเป็นร้อยละ 8.68 จากการศึกษาพฤติกรรมการนอนหลับ เมื่อเปรียบเทียบกับเกณฑ์พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ด้านการนอน ร้อยละ 91.32 มีการนอนหลับ 7-9 ชั่วโมงต่อวัน ประมาณ 3-7 วันต่อสัปดาห์ แสดงว่าวัยทำงานกลุ่มตัวอย่าง มีการนอนที่เพียงพอ พฤติกรรมภายหลังการนอนหลับเหมาะสม จะไม่มีอาการง่วง สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามปกติ พฤติกรรมในระหว่างนอนหลับคือ การเอนตัวลงนอนและสงบนิ่ง (Buysse et al.,1989) กล่าวว่า คุณภาพการนอนหลับเป็นปรากฏการณ์ที่ซับซ้อน ยากต่อการให้ความหมายที่ชัดเจนแน่นอน ประกอบด้วย 2 ลักษณะคือการนอนหลับเชิงปริมาณ และการนอนหลับเชิงคุณภาพ ซึ่งเป็นสิ่งที่สามารถบอกได้โดยบุคคลนั้น เช่น นอนหลับสนิท นอนหลับเพียงพอ สอดคล้องกับการศึกษา พฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า มีการนอนหลับ 7-9 ชั่วโมงต่อวัน ร้อยละ 59.7 (ศิริลักษณ์ ชณะฤกษ์ และคณะ, 2561) และสอดคล้องกับการศึกษาคุณภาพการนอนหลับ กล่าวว่า คุณภาพการนอนหลับ หมายถึง การรับรู้และความรู้สึกของบุคคล ที่รู้สึกรู้สึกว่านอนเพียงพอระยะเวลาในการนอนเหมาะสมเฉลี่ยประมาณ 6-8 ชั่วโมง ระหว่างการนอนหลับไม่มีสิ่งรบกวน เช่น การละเมอการสะดุ้งตื่นเป็นช่วงๆ เป็นต้น (จรีพรรณ เจริญพร, 2549)

#### 4.พฤติกรรมการดูแลช่องปาก

พฤติกรรมการดูแลช่องปาก แปรงฟันก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน นานอย่างน้อย 2 นาที จำนวน 1,448 คน คิดเป็นร้อยละ 71.79 แปรงฟันก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน แต่ไม่ถึง 2 นาที จำนวน 390 คน คิดเป็นร้อยละ 19.34 แปรงฟันก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์บางวัน จำนวน 155 คน คิดเป็นร้อยละ 7.68 และไม่แปรงฟันก่อนนอนเลย จำนวน 24 คน คิดเป็นร้อยละ 1.19 ในปีที่ผ่านมาไม่ไปรับบริการทันตกรรม จำนวน 1,320 คน คิดเป็นร้อยละ 65.44 และไปรับบริการทันตกรรม จำนวน 697 คน คิดเป็นร้อยละ 34.56 จากการศึกษาด้านพฤติกรรมการดูแลช่องปาก วัยทำงานกลุ่มตัวอย่าง แปรงฟันก่อนนอนด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ทุกวัน นานอย่างน้อย 2 นาที มากถึงร้อยละ 71.79 ทั้งนี้ อาจเป็นเพราะประชาชนหันมาให้ความสำคัญในการดูแลสุขภาพช่องปากมากขึ้น เพราะไม่สามารถไปรับบริการทันตกรรมได้ตามปกติ และการสูญเสียฟันจนทำให้เกิดปัญหาการ บดเคี้ยว ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะโภชนาการและสุขภาพร่างกายแล้ว ที่สำคัญโรคในช่องปากยังอาจเป็นสาเหตุร่วม ทำให้โรคทางระบบที่เป็นอันตรายหลายๆ โรคมีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นช่วงวัยทำงานตอนต้นความสัมพันธ์ของปัญหาสุขภาพช่องปากกับโรคทางระบบอาจเห็นได้ไม่ชัดเจน แต่เมื่อเข้าสู่วัยกลางคนอวัยวะภายในร่างกายที่เสื่อมเกือบทุกระบบเริ่มแสดงอาการ ทำให้พบปัญหาโรคทางระบบต่างๆ เช่นโรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคความดันโลหิตสูง โรคไต และโรคทางสมอง (การ

สำรวจสภาวะสุขภาพช่องปากระดับประเทศ ครั้งที่ 6 พ.ศ. 2549 – 2550) ในปีที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่ไปรับบริการทันตกรรม มากถึง ร้อยละ 65.44 อาจเนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 สถานบริการด้านทันตกรรม มีการปิดให้บริการ และให้บริการเฉพาะผู้ป่วยตามความจำเป็น แต่ทั้งนี้ กรมอนามัย ได้มีการสื่อสารนโยบายการส่งเสริมให้ประชาชนดูแลสุขภาพช่องปาก ที่ให้ประชาชนดูแลสุขภาพช่องปาก โดยใช้สูตร 2 2 2 คือ แปรงฟันวันละ 2 ครั้ง ด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ โดยเน้นช่วงก่อนนอน แปรงฟันนานอย่างน้อย 2 นาทีให้สะอาดทั่วทั้งปาก ทุกซี่ ทุกด้าน และไม่กินขนมหรืออาหารหวานหลังแปรงฟัน 2 ชั่วโมง เพื่อช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำความสะอาด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา พฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างแปรงฟันก่อนนอน นาน 2 นาทีทุกวัน ร้อยละ 40.0 และไปรับบริการทันตกรรม ร้อยละ 33.2 (ศิริลักษณ์ ชณะฤกษ์ และคณะ, 2561) และสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพช่องปากและชนิดของบริการ ทันตกรรม ผลการวิเคราะห์ชนิดของบริการทันตกรรม พบว่า ช่วงวัยที่เป็นจุดเปลี่ยนของสัดส่วนชนิดบริการที่ใช้บริการทันตกรรมเป็นอันดับแรกจากบริการอุดฟันน้ำลายและอุดฟันที่ไม่ทำให้สูญเสียฟัน มาเป็นการถอนซึ่งทำให้สูญเสียฟัน คือ การเปลี่ยนจากวัยทำงานตอนกลางสู่วัยทำงานตอนปลาย (วรมน อัครสูตร, 2556) ดังนั้นวัยทำงานตอนกลางจึงเป็นช่วงวัยสำคัญที่ควรส่งเสริมให้ตระหนักถึงปัญหาสุขภาพช่องปากและมาใช้บริการทันตกรรมก่อนที่โรคในช่องปากจะลุกลามจนไม่สามารถรักษาโดยเก็บฟันไว้ได้และต้องถอนเกิดการสูญเสียฟัน

### 5. พฤติกรรมเสี่ยงโรคมะเร็ง

**การสูบบุหรี่** ไม่สูบบุหรี่ จำนวน 1,770 คน คิดเป็นร้อยละ 87.75 สูบบุหรี่มวนแรกหลัง 1 ชั่วโมงขึ้นไปหลังตื่นนอน จำนวน 126 คน คิดเป็นร้อยละ 6.25 สูบบุหรี่มวนแรกในช่วง 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมงหลังตื่นนอน จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 6 จากการศึกษาด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ของวัยทำงาน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ไม่สูบบุหรี่ แต่พบว่ามีกลุ่มตัวอย่างที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 12.25 ในกลุ่มนี้ ร้อยละ 6 สูบบุหรี่มวนแรกหลัง 1 ชั่วโมงขึ้นไปหลังตื่นนอน แสดงว่า เสพติดสารประกอบต่างๆ ในบุหรี่ เช่น สารนิโคติน (Nicotine) เป็นต้น และ ร้อยละ 6.25 สูบบุหรี่มวนแรกในช่วง 30 นาทีถึง 1 ชั่วโมงหลังตื่นนอน การสูบบุหรี่เป็นการติดสิ่งเสพติดอย่างหนึ่งการเลิกสูบบุหรี่จึงยากทั้ง ๆ ที่มีผลการ ศึกษาถึงโทษและพิษภัยของการสูบบุหรี่ การทดลองใช้โครงการสุขศึกษารูปแบบต่าง ๆ เพื่อช่วยให้ผู้สูบบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่มานานหลายปีแต่ก็ยังมีผู้สูบบุหรี่อีกเป็นจำนวนมากที่ยังสูบบุหรี่ ทั้งนี้เนื่องจากไม่สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ถึงแม้จะพยายามแล้วและทั้งที่ไม่เคยพยายามที่จะเลิกก็ตาม (เสาวนีย์ อินมั่นคง, 2551) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา พฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า สูบบุหรี่ร้อยละ 16.50 และดื่มเบียร์เกิน 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่หรือสุราเกิน ½ แบน ร้อยละ 24.7 (ศิริลักษณ์ ชณะฤกษ์ และคณะ, 2561) และสอดคล้องกับการสำรวจประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ความชุกของการสูบบุหรี่ในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ผู้ที่สูบบุหรี่ในปัจจุบันมีร้อยละ 19.5 ผู้สูบบุหรี่เป็นประจำมีร้อยละ 16.0 การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกประมาณ 5 ล้านคนต่อปี โดยเฉลี่ยผู้ชาย 1 ใน 5 คน และผู้หญิง 1 ใน 20 คน เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ ในประเทศไทยการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีการสูญเสียสุขภาพมากเป็นอันดับสามของปัจจัยเสี่ยงทางสุขภาพ (สูญเสีย DALY ร้อยละ 4.4 ในผู้ชาย และร้อยละ 0.5 ในผู้หญิง) เพื่อเฝ้าระวังความชุกการสูบบุหรี่ของประชากร จึงต้องมีการสำรวจการบริโภคยาสูบ และการได้รับควันบุหรี่มือสองในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป การดื่มใน 30 วันที่ผ่านมา ร้อยละ 27.5 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ชายร้อยละ 43.2

หญิงร้อยละ 12.7) อายุที่ดื่มมากที่สุดคือ 30-44 ปี ร้อยละ 35.0 รองมาคือ 45-59 ปี ร้อยละ 29.2 และอายุ 15-29 ปี ร้อยละ 27.8 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากร และคณะ, 2557) และสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ร้อยละ 83.9 และอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.2 ทำให้ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมไม่สูบบุหรี่หรือยาเส้น (มงคล การุณงามพรรณและคณะ, 2555) ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีระบบการบำบัดรักษาผู้ติดบุหรี่ หรือ ผู้ที่สูบบุหรี่แล้วต้องการเลิกสูบ เพื่อเป็นทางเลือกในการเลิกบุหรี่ที่ถูกต้องตามกระบวนการบำบัดรักษา และควบคู่ไปกับการสื่อสารข้อมูลโทษของบุหรี่ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ทั้งตนเองและผู้อื่น

**การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์** (ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ดื่มเปียร์เกิน 4 กระป๋องหรือ 2 ขวดใหญ่ หรือสุราเกิน ½ แบนขึ้นไป) ไม่เคยดื่มเลย จำนวน 1,229 คน คิดเป็นร้อยละ 60.90 ดื่มเดือนละ 1-4 ครั้ง จำนวน 695 คน คิดเป็น ร้อยละ 34.49 และดื่มทุกวันหรือเกือบทุกวัน จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 4.61 จากการศึกษาด้านพฤติกรรมกรรมการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ในปริมาณที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพในระยะยาว วิทยาลัยกลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.90 ไม่เคยดื่มแอลกอฮอล์เลย และดื่มแอลกอฮอล์ ร้อยละ 39.1 กลุ่มที่ดื่มแอลกอฮอล์ แบ่งเป็นดื่มเดือนละ 1-4 ครั้ง ร้อยละ 34.49 และดื่มทุกวันหรือเกือบทุกวัน ร้อยละ 4.61 แอลกอฮอล์มีฤทธิ์กระบบประสาทส่วนกลางผู้ที่กินเหล้าในปริมาณไม่มากจะรู้สึกผ่อนคลายเนื่องจาก แอลกอฮอล์ไปกดจิตได้สำนึกที่คอยควบคุมตนเอง ทำให้กล้าแสดงออกมากขึ้น แต่เมื่อกินมากขึ้นก็จะกดสมอง บริเวณอื่นๆ ทำให้เสียการทรงตัว พูดไม่ชัดจนแม้กระทั่งหมดสติในที่สุด (อารีกุล พวงสุวรรณ, 2553) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา พฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ในเขตสุขภาพที่ 5 พบว่า ดื่มเปียร์เกิน 4 กระป๋อง หรือ 2 ขวดใหญ่หรือสุราเกิน ½ แบน ร้อยละ 24.7 (ศิริลักษณ์ ณะฤกษ์ และคณะ, 2561) และสอดคล้องกับการสำรวจประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ร้อยละ 27.5 ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ชายร้อยละ 43.2 หญิงร้อยละ 12.7) อายุที่ดื่มมากที่สุดคือ 30-44 ปี ร้อยละ 35.0 รองมาคือ 45-59 ปี ร้อยละ 29.2 และอายุ 15-29 ปี ร้อยละ 27.8 ตามลำดับ (วิชัย เอกพลากร และ คณะ, 2557) และสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานในสถานประกอบการ เขตสาทร กรุงเทพมหานคร ส่วนใหญ่ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 83.9 และอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนมากเป็นเพศหญิง ร้อยละ 65.2 ส่วนใหญ่จึงมีพฤติกรรม ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 55.2 (มงคล การุณงามพรรณและคณะ, 2555) สอดคล้องกับการศึกษา พฤติกรรมการดื่มสุรา ในโรงงานขนาดกลางของจังหวัดสงขลา พบว่า ลูกจ้าง มีพฤติกรรมการไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 76.7 เพศชายจะดื่มสุรามากกว่าเพศหญิงและพบว่าปัจจัยด้านเพศ เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดื่มสุรา (มาหะมะ กาสอ และคณะ, 2552) และสอดคล้องกับผลสำรวจพฤติกรรมการสูบบุหรี่และการดื่มสุราของประชากรไทยอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ปี 2557 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2557) พบว่า กลุ่มอายุ 25 – 59 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่อยู่ในวัยทำงาน เป็นกลุ่มที่มีอัตราการดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุดร้อยละ 38.2 กลุ่มตัวอย่าง เคยประสบอุบัติเหตุเนื่องจากเมาแล้วขับ ร้อยละ 16.9 และการปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่ดื่มเครื่องดื่มที่มี แอลกอฮอล์ก่อนขับซึ่งรถยนต์ หรือจักรยานยนต์ 1 ชั่วโมง คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 3.22 เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จะไปกดประสาทส่วนกลาง ทำให้การรับรู้เรื่องราวต่างๆ ช่าง และ ส่งกระทบผล ต่อบริการตัดสินใจ จึงยัง ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ อย่างมีประสิทธิภาพ จึงทำให้เกิดอุบัติเหตุจากการขับขีได้สูงมาก (สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ, 2558) ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีระบบการบำบัดรักษาผู้ติดแอลกอฮอล์หรือ ผู้ต้องการเลิกดื่ม

แอลกอฮอล์ เพื่อเป็นช่องทางในการเลิกที่ต้องตามกระบวนการบำบัดรักษาและควบคู่ไปกับการสื่อสารข้อมูล โฆษณาการดื่มแอลกอฮอล์ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและผลเสียด้านต่างๆ

### 6. พฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์วัยทำงาน

การปฏิบัติตัวที่เกี่ยวข้องกับการปฏิบัติพฤติกรรมดูแลสุขภาพของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน อายุ 15 – 59 ปี ประกอบด้วย 4 พฤติกรรม ดังนี้ (กรมอนามัย, 2564) พฤติกรรมการกินผักวันละ 5 ท็อปส์ ตั้งแต่ 4 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ จำนวน 1,596 คน คิดเป็นร้อยละ 79.12 การมีกิจกรรมทางกายมากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ จำนวน 1,476 คน คิดเป็นร้อยละ 73.18 การนอนหลับ 7-9 ชั่วโมงต่อวัน ตั้งแต่ 3 วันขึ้นไปต่อสัปดาห์ จำนวน 1,842 คน คิดเป็นร้อยละ 91.32 การแปรงฟันก่อนนอนทุกวันด้วยยาสีฟันผสมฟลูออไรด์ นานอย่างน้อย 2 นาที จำนวน 1,448 คน คิดเป็นร้อยละ 71.79 จากการศึกษาพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์วัยทำงาน จะเห็นได้ว่าประชากรวัยทำงานกลุ่มตัวอย่าง ในเขตสุขภาพที่ 8 มีพฤติกรรมทั้ง 4 อยู่ในเกณฑ์ที่ดี แสดงให้เห็นว่ามีพฤติกรรมแต่ละด้านพึงประสงค์ ควรส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมที่พึงประสงค์แต่ละด้านในระดับที่ดีต่อไปให้ต่อเนื่อง และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องส่งเสริมและสนับสนุนประชาชนด้วยเช่นเดียวกัน ทั้งนโยบายส่งเสริมสุขภาพ การจัดระบบบริการสุขภาพ และการสื่อสารข้อมูลด้านสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดีต่อไป แต่อย่างไรก็ตามหน่วยงานที่เกี่ยวข้องยังต้องดูแลสุขภาพของบุคคลแบบองค์รวม ให้มีความสมบูรณ์ ทั้งสุขภาพ กาย จิตใจ และสังคม ตลอดจนมีพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ และลดการเกิด การเจ็บป่วยด้วยโรค NCDs อันจะส่งผลต่อการมีอายุที่ยืนยาวและก้าวสู่วัยผู้สูงอายุที่มีคุณภาพชีวิตที่ดีในอนาคต

### 7. การวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายวัยทำงาน อายุ 15 – 59 ปี เขตสุขภาพที่ 8 โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน ไคสแควร์ (Chi-square test)

ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายวัยทำงานอายุ 15 – 59 ปี ปัจจัยส่วนบุคคล เพศ อายุ ภาวะอ้วนลงพุง และการมีโรคประจำตัว มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายวัยทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value <0.001), (p-value =0.007), (p-value =0.007) และ (p-value <0.001) ตามลำดับ ผลการวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายวัยทำงานอายุ 15 – 59 ปี ปัจจัยด้าน พฤติกรรมสุขภาพ พฤติกรรมการเคลื่อนไหวออกแรง การมีกิจกรรมทางกายมากกว่าหรือเท่ากับ 150 นาทีต่อสัปดาห์ และ พฤติกรรมเสี่ยงโรคเมเริง การสูบบุหรี่ มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายวัยทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value =0.027) และ (p-value =0.020) ตามลำดับ สอดคล้องกับการศึกษา ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อภาวะอ้วนลงพุงของพนักงาน สถานประกอบการขนาดใหญ่ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออก ผลการศึกษาพบว่า เพศหญิง ( $\beta = 0.193$ ) พฤติกรรมการมีกิจกรรมทางกาย ( $\beta = -0.165$ ) และ อายุ ( $\beta = 0.15$ ) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อ ภาวะอ้วนลงพุงของพนักงานสถานประกอบการขนาดใหญ่ในเขตพื้นที่ภาคตะวันออก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < .005$ ) ซึ่งมีอิทธิพลร่วมทำนายโดย Adjusted  $R^2 = 0.099$  ซึ่งปัจจัยทั้งสาม สามารถทำนายภาวะอ้วนลงพุงได้ร้อยละ 9.90 (ทิพรดา ประสิทธิแพทย์ และคณะ, 2560) และ สอดคล้องกับการศึกษา ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนลงพุงในวัยทำงาน (15-59 ปี) อำเภอกุดจับ จังหวัดอุดรธานีพบว่า เพศหญิงเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าเพศชาย 2.68 เท่า (OR<sub>adj</sub>=2.68, 95% CI; 1.54-4.67) การกินเนื้อสัตว์ไขมันสูง เนื้อสัตว์ติดมัน เป็นประจำ เสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าไม่เคยกิน 4.15 เท่า (OR<sub>adj</sub>=4.15, 95% CI; 1.20-14.27) การศึกษาต่ำกว่าระดับ



มัธยมศึกษาเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงมากกว่าระดับการศึกษาสูงกว่ามัธยมศึกษา 3.85 เท่า (ORadj= 3.85, 95% CI; 1.07-13.79) การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันภาวะอ้วนลงพุงสูง (OR adj=0.12, 95% CI; 0.02-0.53) การปรุงอาหารกินเองบางครั้ง (ORadj=0.51, 95% CI; 0.28-0.92) การออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวันบางครั้ง (ORadj=0.02, 95% CI; 0.003-0.076) และออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวันเป็นประจำ (ORadj=0.003, 95% CI; 0.0006-0.0169) สามารถลดความเสี่ยงต่อการเกิดภาวะอ้วนลงพุงได้ (ภัทรพร ชูศรี, 2562)

### ข้อเสนอแนะ

ควรส่งเสริมให้ประชาชนวัยทำงานมีพฤติกรรมเคลื่อนไหวออกแรงในระดับที่เพียงพอ และลดพฤติกรรมสูบบุหรี่ ซึ่งจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงค่าดัชนีมวลกาย และควรมีการศึกษาในเชิงคุณภาพเพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงลึกถึงขนาดความสัมพันธ์ของปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อดัชนีมวลกายวัยทำงาน รวมถึงศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อให้ได้รูปแบบหรือพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการออกกำลังกายวัยทำงานอายุ 15-59 ปี เขตสุขภาพที่ 8 ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ต่อไป

### กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จสมบูรณ์ได้ด้วยความกรุณาอย่างดียิ่งจากบุคคลหลายท่านโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้วิจัยขอขอบพระคุณ แพทย์หญิงทิพา ไกรลาศ ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ ๘ อุดรธานี ที่อำนวยความสะดวกและให้คำแนะนำในการทำวิจัยครั้งนี้ และ ดร.ธนิสา อนุญาหงษ์ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาการส่งเสริมสุขภาพวัยทำงาน-สูงอายุ และนางสาวภัทรพร ชูศรี นักโภชนาการชำนาญการ ซึ่งกรุณาให้คำปรึกษา แนะนำ เสียสละเวลาในการให้คำปรึกษาชี้แนะ การตรวจแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ด้วยความเอาใจใส่อย่างยิ่ง ส่งผลให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จได้อย่างภาคภูมิใจ ทำให้ผู้วิจัยได้เกิดแรงบันดาลใจและดำเนินการแก้ไข พัฒนาตนเอง ในการทำงานวิจัยนี้อย่างต่อเนื่องจนเกิดความสำเร็จในครั้งนี้

### จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

การศึกษาสถานการณ์สุขภาพ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับดัชนีมวลกายวัยทำงานอายุ 15 – 59 ปี เขตสุขภาพที่ 8 วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จาก โครงการพัฒนาระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ ความรอบรู้ และปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อสุขภาพวัยทำงาน ปี 2564 กรมอนามัย ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเกี่ยวกับมนุษย์ กรมอนามัย เลขที่ 446/2564

### เอกสารอ้างอิง

Health data center กระทรวงสาธารณสุข. ความชุกภาวะอ้วนลงพุงของวัยทำงาน. ค้นเมื่อ 18 พฤษภาคม 2564, จาก <https://hdcservice.moph.go.th>.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2561). การส่งเสริมสุขภาพกลุ่มวัยทำงาน 6 ประเทศ. กรุงเทพฯ: สำนักคณะกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิ.

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. เอกสารการบรรยายการดำเนินงานระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพวัยทำงาน. ค้นเมื่อ 13 พฤษภาคม 2564, จาก <https://www.dental2.anamai.moph.go.th>  
กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานประจำปี 2562 . ค้นเมื่อ 18 พฤษภาคม



2564, จาก <http://www.thaincd.com/2016/media-detail.php?id=13800&tid=30&gid=1-015-005>.

วิชัย เอกพลากร และคณะ. (2557). การสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ.

2557. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. 2557. ชุมชนท้องถิ่นจัดการตนเองสู่การปฏิรูปประเทศ  
จากฐานราก. พิมพ์ครั้งที่ 1. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

ภัทรพร ชูสร. (2562). ความสุขและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะอ้วนลงพุงในวัยทำงาน (15-59 ปี)

อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชน  
ศาสตร์เพื่อสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

มงคล การุณงามพรรณ และคณะ. (2555). พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของคนทำงาน ในสถาน  
ประกอบการเขตเมืองใหญ่ : กรณีศึกษาพื้นที่เขตสาทร กรุงเทพมหานคร. วารสารพยาบาลสงขลา  
นครินทร์, 32(3).

ศิริลักษณ์ ชณะฤกษ์ และอุบล จันทรเพชร. (2562). พฤติกรรมสุขภาพของวัยทำงานอายุ 15-59 ปี ในเขต  
สุขภาพที่ 5. วารสารช่อพะยอม, 30(1), 155-164

## การจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 9

สมรัฐ นัยรัมย์

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวางมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการสิ่งปฏิกูลและเปรียบเทียบการจัดการสิ่งปฏิกูลของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล เขตสุขภาพที่ 9 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 305 แห่ง แยกเป็นเทศบาล จำนวน 93 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 212 แห่ง เก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ที่ผู้วิจัยประยุกต์จากเครื่องมือของกรมอนามัย สุ่มตัวอย่างโดยความสะดวก (Convenience sampling) ใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ใช้สถิติ t-test และไครว์สแควร์เพื่อวิเคราะห์ความแตกต่างของการจัดการสิ่งปฏิกูลระหว่างเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล

ผลการศึกษา พบว่า ค่าคะแนนการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p < 0.05$ ) โดยการจัดการสิ่งปฏิกูลของเทศบาลมีคะแนนเฉลี่ย 3.88 คะแนน องค์การบริหารส่วนตำบลมีค่าคะแนนเฉลี่ย 3.05 คะแนน เทศบาลออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเพื่อควบคุมการจัดการสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 90.30 ให้บริการสุขาภิบาลสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 91.40 และมีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 2.15 ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบลออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเพื่อควบคุมการจัดการสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 83.49 ให้บริการสุขาภิบาลสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 80.19 และมีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 2.83

ข้อค้นพบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีแนวโน้มดีขึ้น มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกหลักสุขาภิบาลค่อนข้างน้อย พบปัญหาการลักลอบทิ้งสิ่งปฏิกูลในพื้นที่ จึงมีข้อเสนอแนะสำหรับเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลที่ยังไม่มีข้อบัญญัติท้องถิ่นควรออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเพื่อควบคุมกำกับและบังคับใช้อย่างมีประสิทธิภาพ พร้อมทั้งสนับสนุนและจัดสรรงบประมาณสำหรับการก่อสร้างระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุขลักษณะต่อไป

**คำสำคัญ :** สิ่งปฏิกูล, การจัดการสิ่งปฏิกูล, องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น, เขตสุขภาพที่ 9

## Waste management of local government organizations Health Regional 9

Somrut Nairam

### Abstract

The objective of this cross-sectional survey research was to investigate the sewage management situation and to compare the sewage management of municipalities and Subdistrict Administrative Organizations (SAOs) in Health Area 9. 305 samples divided into 93 municipalities and 212 Subdistrict Administrative Organizations. Data were collected by using an online questionnaire which the researcher further adjusted from the Department of Health with convenience sampling method. Descriptive statistics were used to analyze general data. The t-test and chi-square test were used to analyze the differences in sewage management between municipalities and Subdistrict Administrative Organizations.

The results of the study found that the sewage management scores of the municipalities and Subdistrict Administrative Organizations were statistically significantly different ( $p < 0.05$ ). The municipalities had an average score for sewage management of 3.88 points, while the Subdistrict Administrative Organization had an average score for sewage management of 3.05 points. 90.30% of the municipalities have issued their ordinances to control sewage management and 91.40% of them provided the transport services. Only 2.15% of them had the sewage treatment systems. For the Subdistrict Administrative Organizations, 80.49% of them have issued the ordinances, 83.49% of them provided sewage transport services, and had a sewage treatment system with 2.83%.

Sewage management of local government organizations tends to be improved. However, the sewage treatment plant is not sufficient, there is still illegal dumping of sewage in those area of municipality and Subdistrict Administrative Organizations. Therefore, the local administrative organizations did not have the ordinances. They should issue their laws and regulations to control and supervise sewage management and also enforce effective compliance with local ordinances. Beside this, they should support the budget for the construction of sewage treatment system.

**Keywords:** *Sewage, Sewage management, Local Governmental Organization, Health area 9*

## บทนำ

สิ่งปฏิกูล หมายถึง อุจจาระหรือปัสสาวะของคนหรือสิ่งอื่นใดที่ปนเปื้อนอุจจาระหรือปัสสาวะ (กรมอนามัย, 2557) ประกอบด้วยของแข็งและน้ำ มีสารอินทรีย์ อนินทรีย์ เชื้อจุลินทรีย์ก่อโรคและไม่ก่อโรค หากไม่ได้รับการจัดการอย่างถูกสุขลักษณะจะก่อให้เกิดผลกระทบต่อสิ่งแวดล้อม ส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคติดต่อ เช่น โรคอาหารและน้ำเป็นสื่อ และโรคพยาธิ (กรมอนามัย, 2559) การจัดการสิ่งปฏิกูลตามกฎหมายกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 เป็นกระบวนการดำเนินการตั้งแต่ระบบการรองรับ การเก็บ การขน และการกำจัดสิ่งปฏิกูล รวมถึงการนำผลพลอยได้จากการบำบัดไปใช้ประโยชน์ที่จะต้องคำนึงถึงความปลอดภัยจากเชื้อโรคและหนอนพยาธิ (กรมอนามัย, 2563)

การจัดการสิ่งปฏิกูลตามพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม มาตรา 18 และกระทรวงสาธารณสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ให้การจัดการสิ่งปฏิกูลอยู่ในการควบคุมดูแลของราชการส่วนท้องถิ่น ที่ได้กำหนดให้การเก็บ ขน หรือกำจัดสิ่งปฏิกูลในเขตราชการส่วนท้องถิ่นใดให้เป็นอำนาจของราชการส่วนท้องถิ่นนั้น ซึ่งท้องถิ่นสามารถที่จะดำเนินการได้ 4 รูปแบบ คือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นดำเนินการเอง ร่วมกับหน่วยงานของรัฐหรือท้องถิ่นอื่นดำเนินการภายใต้ข้อตกลงร่วมกัน (มาตรา 18 วรรคสอง) มอบให้บุคคลใดดำเนินการแทนภายใต้การควบคุมดูแลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (มาตรา 18 วรรคสาม) และอนุญาตให้บุคคลใดเป็นผู้ดำเนินการ รับทำการเก็บ ขน หรือกำจัดสิ่งปฏิกูลโดยทำเป็นธุรกิจหรือโดยได้รับประโยชน์ตอบแทนด้วยการคิดค่าบริการ ทั้งนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องออกข้อบัญญัติท้องถิ่น เรื่องการจัดการสิ่งปฏิกูล เพื่อบังคับใช้ในเขตพื้นที่รับผิดชอบของตนเอง ภายใต้ขอบเขตของพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม (กรมอนามัย, 2563)

จากรายงานสถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2563 ของกรมอนามัย (2563) พบว่า ประเทศไทยมีรถสูบล้างสิ่งปฏิกูลที่ขึ้นทะเบียนถูกต้องตามกฎหมาย จำนวน 1,005 คัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติท้องถิ่น เรื่อง การจัดการสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 17.32 ออกข้อบัญญัติท้องถิ่น เรื่อง การจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย ร้อยละ 73.46 (กรมอนามัย, 2564) มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล จำนวน 199 แห่ง คิดเป็นเพียงร้อยละ 2.56 สำหรับเขตสุขภาพที่ 9 มีรายงานการศึกษาสถานการณ์การจัดการสิ่งปฏิกูลของเทศบาล พบว่าการออกเทศบัญญัติมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2559 มีเทศบาลที่ออกเทศบัญญัติเกี่ยวกับสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 88.10 เทศบาลจัดให้มีบริการเก็บขนสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 60.10 มีเทศบาลเพียง 2 แห่งที่มีระบบบำบัด/กำจัดสิ่งปฏิกูล และสามารถใช้ได้เพียง 1 แห่ง คือ เทศบาลนครนครราชสีมา มีลักษณะเป็นระบบบ่อแบบหมักไร้อากาศหมักร่วมกับมูลฝอยอินทรีย์ ส่วน เทศบาลอีก 1 แห่ง พบว่าระบบชำรุดไม่สามารถใช้งานได้ แสดงให้เห็นว่ามีปริมาณสิ่งปฏิกูลที่ได้รับการกำจัดอย่างถูกหลักสุขาภิบาลจากระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลของเทศบาลนครราชสีมา เพียง 147,132.5 ลิตรต่อวัน ส่วนที่เหลือ 1,218,125.6 ลิตรต่อวันได้รับการกำจัด ที่ไม่ถูกต้องพบการลักลอบทิ้งสิ่งปฏิกูลในที่หรือทางสาธารณะ มีการนำสิ่งปฏิกูลไปทิ้งในที่สวน ไร่ นา หรือแม่น้ำนำไปใช้ทำปุ๋ยบำรุงพืชโดยไม่มีการบำบัดหรือทำให้ปราศจากเชื้อจุลินทรีย์ก่อโรคซึ่งอาจจะส่งผลกระทบต่อสุขภาพในอนาคต (สมรัฐ นัยรัมย์, 2561)

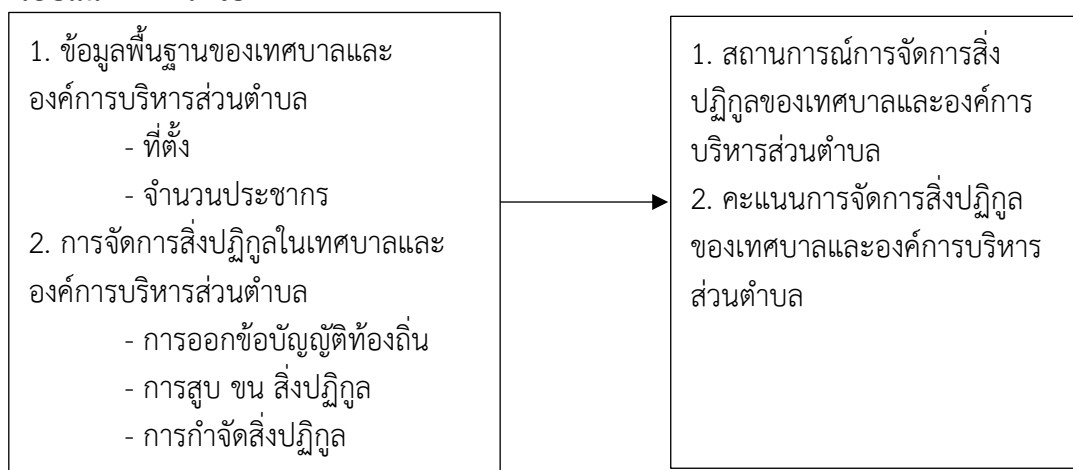
ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะที่มีบทบาทด้านการอภิบาลระบบส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมได้ขับเคลื่อนการดำเนินงานจัดการสิ่งปฏิกูลในพื้นที่รับผิดชอบ 4 จังหวัด ประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ มีแนวทางการขับเคลื่อนการกำจัดสิ่งปฏิกูลโดยใช้ พ.ร.บ.การสาธารณสุข พ.ศ. 2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม กฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561 ดำเนินงานผ่านกลไกระดับจังหวัด เช่น คณะกรรมการสาธารณสุขจังหวัด (คสจ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต (พชอ.) และระบบบริการอนามัยสิ่งแวดล้อม (Environmental Health

Accreditation: EHA) แต่ยังคงพบปัญหาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ออกข้อบัญญัติท้องถิ่นแล้วยังไม่สามารถบังคับใช้กฎหมายในพื้นที่ตนเองได้ ท้องถิ่นและเอกชนไม่สามารถก่อสร้างระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลที่ถูกสุกลักษณะจากสาเหตุการขาดพื้นที่ก่อสร้าง ขาดงบประมาณ และขาดบุคลากรรับผิดชอบดูแล ตลอดจนการให้ความสำคัญของผู้บริหารระดับท้องถิ่นที่มองว่าการจัดการสิ่งปฏิกูลเป็นงานสำคัญอันดับรอง ในขณะที่ท้องถิ่นที่มีศักยภาพในการพัฒนายังขาดพี่เลี้ยงให้การสนับสนุน ขาดบุคลากรที่มีความรู้ความสามารถ ขาดข้อมูลเชิงวิชาการ และเพื่อเป็นการสนับสนุนการดำเนินงานและใช้ข้อมูลเพื่อชี้แนะผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เห็นถึงความสำคัญ ร่วมขับเคลื่อนการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกหลักสุขาภิบาล ศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา จึงได้ดำเนินการศึกษาวิจัยการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 9 ขึ้น

### วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 9
2. เพื่อเปรียบเทียบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระหว่างเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.)

### กรอบแนวคิดการวิจัย



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

### วิธีวิจัย

#### 1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยเชิงสำรวจแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey study)

#### 2. สถานที่ทำการวิจัย

พื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วย จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์

#### 3. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### 3.1 ประชากร

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ประกอบด้วยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ รวมจำนวน 855 แห่ง แยกเป็นเทศบาล จำนวน 217 แห่ง และองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 638 แห่ง โดยกำหนดผู้ให้ข้อมูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นบุคลากรในตำแหน่งนายกเทศมนตรี นายก

องค์การบริหารส่วนตำบล รองนายกเทศมนตรี รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบล ปลัดเทศบาล ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม หัวหน้างานสาธารณสุข/สิ่งแวดล้อม ผู้รับผิดชอบงานอนามัยสิ่งแวดล้อมหรือผู้รับผิดชอบงานการจัดการสิ่งปฏิกูลของหน่วยงาน

### 3.2 กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยเป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตสุขภาพที่ 9 กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ให้ข้อมูลหน่วยงานละ 1 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรสัดส่วนประมาณค่า

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

เมื่อ

N = 855 แห่ง

n = จำนวนตัวอย่าง

Z  $\alpha/2$  = ค่ามาตรฐานใต้โค้งปกติที่ความเชื่อมั่น 95 % เท่ากับ 1.96

d = ค่าความคลาดเคลื่อน เท่ากับ 5 % หรือ 0.05

P = สัดส่วนของเทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบลที่มีการจัดการสิ่งปฏิกูลโดยพิจารณาจากสัดส่วนของการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น เท่ากับ 0.71

เมื่อแทนค่าลงในสูตร ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 232 แห่ง และเพื่อการป้องกันการสูญเสียของกลุ่มตัวอย่างได้กำหนดกลุ่มตัวอย่างเพิ่ม ร้อยละ 10 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 256 แห่ง ดำเนินการเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างแบบสะดวก (Convenience sampling) และกำหนดหลักเกณฑ์ของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

#### 1) เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)

(1) เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่อยู่ในเขตสุขภาพที่ 9 คือ ตั้งอยู่ในจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์

(2) ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะต้องครบถ้วน

(3) เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ให้ข้อมูลภายในระยะเวลาที่กำหนด

(4) เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ยินยอมให้ข้อมูล

#### 2) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)

(1) ให้ข้อมูลรายละเอียดไม่ครบถ้วน

(2) เป็นองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้ให้ข้อมูลภายในระยะเวลาที่กำหนด

กลุ่มตัวอย่างที่ให้ข้อมูลภายในระยะเวลาที่กำหนด และมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า รวมได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 305 แห่ง

### 4. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

4.1 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างเป็นแบบสอบถามประยุกต์ใช้จากสำนักอนามัยสิ่งแวดล้อม กรมอนามัย โดยผู้วิจัยได้นำมาคัดเลือกระเด็นที่สำคัญด้วยการวิเคราะห์และศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพิ่มเติม จัดทำเป็นแบบสอบถามออนไลน์ (google form) แบ่งออกเป็น 4 ส่วน จำนวน 12 ข้อ รายละเอียดดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (จำนวน 4 ข้อ)



ส่วนที่ 2 ข้อมูลการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น (จำนวน 2 ข้อ)

ส่วนที่ 3 ข้อมูลการสูบ ขนสิ่งปฏิกูล ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (จำนวน 4 ข้อ)

ส่วนที่ 4 ข้อมูลการกำจัดสิ่งปฏิกูล ในเขตพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (จำนวน 2 ข้อ)

#### 4.2 การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้วิจัยนำเครื่องมือผ่านการตรวจความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน และปรับปรุงแก้ไขเพื่อให้เกิดความเหมาะสมและชัดเจน

### 5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

5.1 ผู้วิจัยทำหนังสือราชการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย และขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยกลุ่มตัวอย่างจะต้องสมัครใจเข้าร่วมโครงการ และยินยอมให้ข้อมูล

5.2 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามออนไลน์ (google form) และดำเนินการจัดทำหนังสือราชการพร้อมแนบคิวอาร์โค้ดในหนังสือราชการไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่งเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามออนไลน์ (google form)

5.3 กลุ่มตัวอย่างบันทึกข้อมูลลงในแบบสอบถามออนไลน์ (google form)

5.4 ผู้วิจัยดำเนินการตรวจสอบข้อมูล หากไม่ครบถ้วนจะประสานงานกลับเพื่อให้ได้ข้อมูลเพิ่มเติมที่มีความสมบูรณ์ครบถ้วน

5.5 ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม 2565 ถึงเดือนธันวาคม 2565

### 6. การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปด้วยสถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สถิติไคสแควร์ (Chi square test) ผู้วิจัยคัดเลือกข้อคำถามเกี่ยวกับการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แยกเป็นการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น การสูบ ขน และกำจัดสิ่งปฏิกูล จำนวน 7 ข้อ คิดเป็นคะแนนเต็ม 10 คะแนน นำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการจัดการสิ่งปฏิกูลของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลด้วยสถิติทีแบบกลุ่มตัวอย่างที่เป็นอิสระต่อกัน (Independent t-test) กำหนดค่าระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

### 7. การพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย

ผู้วิจัยได้ชี้แจงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิเคราะห์ และการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์โดยทำเป็นหนังสือราชการแจ้งไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทั้งหมด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะดำเนินการตอบข้อคำถามด้วยความสมัครใจ ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะเป็นความลับไม่มีการเปิดเผยให้เกิดผลกระทบต่อหน่วยงานและจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น

### ผลการศึกษา

#### 1. ข้อมูลประชากรและการออกข้อบัญญัติท้องถิ่นของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาข้อมูลประชากรและการออกข้อบัญญัติท้องถิ่นของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เทศบาลกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีประชากร น้อยกว่า 10,000 คน คิดเป็นร้อยละ 65.59 มีประชากรเฉลี่ย จำนวน 9,054.00 คน เทศบาลที่มีประชากรมากที่สุดมีจำนวนประชากร จำนวน 35,492 คน ประชากรน้อยที่สุดจำนวน 1,637 คน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่เป็นองค์การบริหารส่วนตำบล พบว่า ส่วนใหญ่มีประชากรน้อยกว่า

10,000 คน คิดเป็น ร้อยละ 77.36 มีประชากรเฉลี่ย จำนวน 7,660.80 คน มีองค์การบริหารส่วนตำบลที่มีประชากรมากที่สุด จำนวน 25,727 คน และมีประชากรน้อยที่สุด จำนวน 1,193 คน ซึ่งมีความแตกต่างกันระหว่างประชากรกลุ่มเทศบาลและกลุ่มองค์การบริหารส่วนตำบล เปรียบเทียบการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น เรื่อง การจัดการสิ่งปฏิกูลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า เทศบาลส่วนใหญ่ออกข้อบัญญัติท้องถิ่น เรื่อง การจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย คิดเป็นร้อยละ 59.14 และออกข้อบัญญัติท้องถิ่น เรื่อง การจัดการสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 31.18 ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ออกข้อบัญญัติท้องถิ่น เรื่อง การจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอย คิดเป็นร้อยละ 61.32 และออกข้อบัญญัติท้องถิ่น เรื่อง การจัดการสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 22.17 ซึ่งไม่มีความแตกต่างกัน แต่มีความแตกต่างด้านการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น เรื่อง อัตราค่าธรรมเนียมใบอนุญาตและค่าธรรมเนียมการเก็บ ขน และกำจัดสิ่งปฏิกูล ที่พบว่า ส่วนใหญ่เทศบาลออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเฉพาะอัตราค่าธรรมเนียมใบอนุญาตและค่าธรรมเนียมการกำจัดสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 68.82 รองลงมาคือ มีข้อบัญญัติท้องถิ่น เฉพาะอัตราค่าธรรมเนียมใบอนุญาตและค่าธรรมเนียมการเก็บ ขนสิ่งปฏิกูล ยังไม่มีข้อบัญญัติท้องถิ่น และมีข้อบัญญัติท้องถิ่น เรื่อง อัตราค่าธรรมเนียมใบอนุญาตและค่าธรรมเนียมการเก็บ ขน และกำจัดสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 15.05 10.75 และ 4.38 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มองค์การบริหารส่วนตำบลพบว่า ส่วนใหญ่ออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเฉพาะอัตราค่าธรรมเนียมใบอนุญาตและค่าธรรมเนียมการกำจัดสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 52.61 รองลงมาคือ ยังไม่มีข้อบัญญัติท้องถิ่น มีข้อบัญญัติท้องถิ่นเฉพาะอัตราค่าธรรมเนียมใบอนุญาตและค่าธรรมเนียมการเก็บ ขนสิ่งปฏิกูล และมีข้อบัญญัติท้องถิ่น เรื่อง อัตราค่าธรรมเนียมใบอนุญาตและค่าธรรมเนียมการเก็บ ขน และกำจัดสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 26.07 17.54 และ 3.79 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

**ตารางที่ 1** ข้อมูลประชากรและการออกข้อบัญญัติท้องถิ่นของกลุ่มตัวอย่าง

| ข้อมูลทั่วไป                     | เทศบาล (n=93)<br>จำนวน (ร้อยละ) | อบต. (n=212)<br>จำนวน (ร้อยละ) | p-value |
|----------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------|
| 1. ประชากร                       |                                 |                                |         |
| - น้อยกว่า 10,000                | 61 (65.59)                      | 164 (77.36)                    | 0.015*  |
| - 10,001-20,000                  | 27 (29.03)                      | 47 (22.17)                     |         |
| - มากกว่า 20,000                 | 5 (5.38)                        | 1 (0.47)                       |         |
| Min-Max=1,193-35,492 คน          | Min-Max =1,637- 35,492 คน       | Min-Max=1,193-25,727 คน        |         |
| $\bar{X}$ = 8,085.61 คน          | $\bar{X}$ = 9,054.00 คน         | $\bar{X}$ = 7,660.80 คน        |         |
| S.D. = 4,446.65 คน               | S.D. = 6,048.74 คน              | S.D. = 3,455.47 คน             |         |
| 2. การออกข้อบัญญัติท้องถิ่น      |                                 |                                |         |
| เรื่อง การจัดการสิ่งปฏิกูล       |                                 |                                |         |
| - ไม่มี                          | 9 (9.68)                        | 35 (16.51)                     | 0.119*  |
| - มี (ข้อบัญญัติท้องถิ่น         | 55 (59.14)                      | 130 (61.32)                    |         |
| เรื่องการจัดการสิ่งปฏิกูล และมูล |                                 |                                |         |
| ฝอย)                             |                                 |                                |         |
| - มี (ข้อบัญญัติท้องถิ่น         | 29 (31.18)                      | 47 (22.17)                     |         |
| เรื่อง การจัดการสิ่งปฏิกูล)      |                                 |                                |         |
| 3. การออกข้อบัญญัติท้องถิ่น      |                                 |                                |         |
| เรื่อง อัตราค่าธรรมเนียม         |                                 |                                |         |
| ใบอนุญาตและค่าธรรมเนียมการ       |                                 |                                |         |
| เก็บ ขน และกำจัดสิ่งปฏิกูล       |                                 |                                |         |

| ข้อมูลทั่วไป                                                                       | เทศบาล (n=93)<br>จำนวน (ร้อยละ) | อบต. (n=212)<br>จำนวน (ร้อยละ) | p-value |
|------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------|
| - ไม่มี                                                                            |                                 |                                |         |
| - มี อัตราค่าธรรมเนียม<br>ใบอนุญาตและค่าธรรมเนียมการ<br>เก็บ ขน และกำจัดสิ่งปฏิกูล | 10 (10.75)                      | 55 (26.07)                     | 0.014*  |
| - มี เฉพาะอัตรา<br>ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตและ<br>ค่าธรรมเนียมการเก็บ ขนสิ่งปฏิกูล     | 5 (5.38)                        | 8 (3.79)                       |         |
| - มี เฉพาะอัตรา<br>ค่าธรรมเนียมใบอนุญาตและ<br>ค่าธรรมเนียมการกำจัดสิ่งปฏิกูล       | 14 (15.05)                      | 37 (17.54)                     |         |
|                                                                                    | 64 (68.82)                      | 111 (52.61)                    |         |

\*วิเคราะห์ความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Chi square test

## 2. การสูบ ขนสิ่งปฏิกูลในเขตพื้นที่ของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล

การสูบ ขนสิ่งปฏิกูลในพื้นที่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล พบว่ามีการกำหนดหน่วยงานภายในรับผิดชอบและดำเนินการสูบ ขนสิ่งปฏิกูลแตกต่างกัน คือ เทศบาลส่วนใหญ่กำหนดให้สำนัก/กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการสูบ ขนสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 52.69 รองลงมา คือ สำนัก/กองช่าง และ ไม่ได้กำหนดหน่วยงานรับผิดชอบ คิดเป็นร้อยละ 46.24 และ 1.08 ตามลำดับ ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบลได้กำหนดให้สำนัก/กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเป็นหน่วยงานรับผิดชอบการสูบ ขนสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 69.81 รองลงมา คือ สำนัก/กองช่าง และ ไม่ได้กำหนดหน่วยงานรับผิดชอบ คิดเป็นร้อยละ 23.11 และ 7.09 ตามลำดับ ด้านการให้บริการสูบ ขนสิ่งปฏิกูล พบว่า มีการให้บริการสูบ ขนสิ่งปฏิกูลไม่แตกต่างกันกล่าวคือ เทศบาลจัดให้ให้มีบริการสูบ ขนสิ่งปฏิกูลในพื้นที่ ร้อยละ 91.40 ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบล มีการให้บริการสูบ ขนสิ่งปฏิกูลในพื้นที่ ร้อยละ 80.19 แต่ลักษณะของการดำเนินการสูบ ขนสิ่งปฏิกูลในพื้นที่ที่มีความแตกต่างกัน คือ เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยเอกชนที่ได้รับอนุญาต ร้อยละ 69.89 และ 65.57 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาการลักลอบทิ้งสิ่งปฏิกูล พบว่า เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลมีการลักลอบทิ้งสิ่งปฏิกูลไม่แตกต่างกัน คือ พบการทิ้งสิ่งปฏิกูลในเขตเทศบาล ร้อยละ 27.96 และ ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 18.40 รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การสูบ ขนสิ่งปฏิกูล ในเขตพื้นที่ของเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล

| การสูบ ขนสิ่งปฏิกูล                                   | เทศบาล (n=93)<br>จำนวน (ร้อยละ) | อบต. (n=212)<br>จำนวน (ร้อยละ) | p-value |
|-------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------|
| 1. หน่วยงานในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่<br>รับผิดชอบ |                                 |                                |         |
| - ไม่มี/ไม่ได้กำหนด                                   | 1 (1.08)                        | 15 (7.08)                      | 0.000*  |
| - สำนัก/กองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม                    | 49 (52.69)                      | 148 (69.81)                    |         |
| - สำนัก/กองช่าง                                       | 43 (46.24)                      | 49 (23.11)                     |         |
| 2. การให้บริการสูบ ขนสิ่งปฏิกูลในพื้นที่              |                                 |                                |         |
| - ไม่มี                                               | 8 (8.60)                        | 42 (19.81)                     | 0.055*  |

| การสูบบุหรี่                                   | เทศบาล (n=93)<br>จำนวน (ร้อยละ) | อบต. (n=212)<br>จำนวน (ร้อยละ) | p-value |
|------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------|
| - มี                                           | 85 (91.40)                      | 170 (80.19)                    |         |
| 3. การดำเนินการให้บริการสูบบุหรี่              |                                 |                                |         |
| - ไม่มีการดำเนินการ                            | 8 (8.60)                        | 42 (19.81)                     | 0.020*  |
| - ดำเนินการเอง                                 | 5 (5.38)                        | 2 (0.94)                       |         |
| - ดำเนินการร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่น | 1 (1.08)                        | 0 (0.00)                       |         |
| - เอกชนที่ได้รับอนุญาต                         | 65 (69.89)                      | 139 (65.57)                    |         |
| - เอกชนที่ไม่ได้รับอนุญาต                      | 9 (9.68)                        | 21 (9.91)                      |         |
| - มอบให้บุคคลอื่นดำเนินการ                     | 5 (5.38)                        | 8 (3.77)                       |         |
| 4. การลักลอบทั้งสิ่งปลูกสร้าง                  |                                 |                                |         |
| - มี                                           | 26 (27.96)                      | 39 (18.40)                     | 0.055*  |
| - ไม่มี                                        | 67 (72.04)                      | 173 (81.60)                    |         |

\*วิเคราะห์ความแตกต่างของกลุ่มตัวอย่างด้วยสถิติ Chi square test

### 3. การกำจัดสิ่งปลูกสร้างในพื้นที่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล

การกำจัดสิ่งปลูกสร้างในเขตเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล พบว่า เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลมีระบบกำจัดสิ่งปลูกสร้างไม่แตกต่างกัน โดยร้อยละ 2.15 ของเทศบาล และร้อยละ 2.83 ขององค์การบริหารส่วนตำบลมีระบบกำจัดสิ่งปลูกสร้างและทั้งหมดเป็นระบบกำจัดสิ่งปลูกสร้างประเภทลานทรายกรอง ในกรณีที่ไม่มีการกำจัดสิ่งปลูกสร้าง ผลการศึกษาพบว่า เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลมีการจัดการแตกต่างกันโดยส่วนใหญ่เทศบาลมีการจัดการสิ่งปลูกสร้างด้วยการนำสิ่งปลูกสร้างไปทิ้งในพื้นที่เกษตร/สวน/ไร่/นา มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 32.26 รองลงมา คือ เอกชนดำเนินการเอง ไม่ทราบแหล่งกำจัด ทั้งในกำจัดขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเอง ทั้งในบ่อบำบัดของเทศบาล และอื่นๆ เช่น เอกชนที่มีที่กำจัดของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 24.73 21.51 9.68 5.38 และ 4.30 ตามลำดับ ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบล พบว่า ส่วนใหญ่ยังไม่ทราบถึงแหล่งกำจัดสิ่งปลูกสร้าง มากที่สุด ร้อยละ 39.62 รองลงมา นำสิ่งปลูกสร้างไปทิ้งในพื้นที่เกษตร/สวน/ไร่/นา เอกชนดำเนินการเอง ทั้งในกำจัดขยะขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กำจัดด้วยวิธีอื่นๆ เช่น เอกชนที่มีที่กำจัดของตนเอง และทั้งในบ่อบำบัดของเทศบาล ร้อยละ 27.83 20.75 6.60 1.89 และ 0.47 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 การกำจัดสิ่งปลูกสร้างในพื้นที่เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล

| ข้อมูลทั่วไป                                 | เทศบาล (n=93)<br>จำนวน (ร้อยละ) | อบต. (n=212)<br>จำนวน (ร้อยละ) | p-value |
|----------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------|
| 1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีระบบกำจัด    |                                 |                                |         |
| - ไม่มีระบบกำจัด                             | 92 (97.85)                      | 206 (97.17)                    | 0.539*  |
| - มีระบบกำจัด                                | 2 (2.15)                        | 6 (2.83)                       |         |
| 2. วิธีกำจัดสิ่งปลูกสร้าง                    |                                 |                                |         |
| - ไม่ทราบ/ไม่ตอบ                             | 20 (21.51)                      | 84 (39.62)                     | 0.001*  |
| - ลานทรายกรอง                                | 2 (2.15)                        | 6 (2.83)                       |         |
| - ทิ้งสิ่งปลูกสร้างในพื้นที่เกษตร/สวน/ไร่/นา | 30 (32.26)                      | 59 (27.83)                     |         |
|                                              | 9 (9.68)                        | 14 (6.60)                      |         |

| ข้อมูลทั่วไป                  | เทศบาล (n=93)<br>จำนวน (ร้อยละ) | อบต. (n=212)<br>จำนวน (ร้อยละ) | p-value |
|-------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|---------|
| - ings ในที่กำจัดขยะขององค์กร |                                 |                                |         |
| ปกครองส่วนท้องถิ่น            | 23 (24.73)                      | 44 (20.75)                     |         |
| - เอกชนดำเนินการ              | 5 (5.38)                        | 1 (0.47)                       |         |
| - ings บ่อำบัดของเทศบาล       | 4 (4.30)                        | 4 (1.89)                       |         |
| - อื่นๆ                       |                                 |                                |         |

#### 4. เปรียบเทียบคะแนนการจัดการสิ่งปฏิกูลระหว่างเทศบาลกับองค์การบริหารส่วนตำบล

เปรียบเทียบค่าคะแนนการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล พบว่า เทศบาลมีคะแนนเฉลี่ยของการจัดการสิ่งปฏิกูล 3.88 คะแนน ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบลมีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการสิ่งปฏิกูล 3.05 คะแนน ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ รายละเอียดดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนการจัดการสิ่งปฏิกูลของเทศบาลกับองค์การบริหารส่วนตำบล

| คะแนนการจัดการสิ่ง<br>ปฏิกูล | n   | ค่าคะแนน<br>เฉลี่ย | ส่วนเบี่ยงเบน<br>มาตรฐาน | t     | df  | p-value |
|------------------------------|-----|--------------------|--------------------------|-------|-----|---------|
| เทศบาล                       | 93  | 3.88               | 1.62                     | 4.286 | 303 | 0.000*  |
| อบต.                         | 212 | 3.05               | 1.53                     |       |     |         |

\*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

#### สรุปและอภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 9 ในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และเพื่อเปรียบเทียบการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ระดับเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล ผลการศึกษา พบว่า เทศบาลมีค่าคะแนนเฉลี่ยของการจัดการสิ่งปฏิกูล 3.88 คะแนน ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบลมีค่าคะแนนเฉลี่ยการจัดการสิ่งปฏิกูล 3.05 คะแนน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าภาพรวมของการจัดการสิ่งปฏิกูลตั้งแต่กระบวนการเก็บ ขน กำจัด และการออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเพื่อควบคุมการจัดการสิ่งปฏิกูลในพื้นที่เทศบาลมีการจัดการที่ดีกว่าในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบล

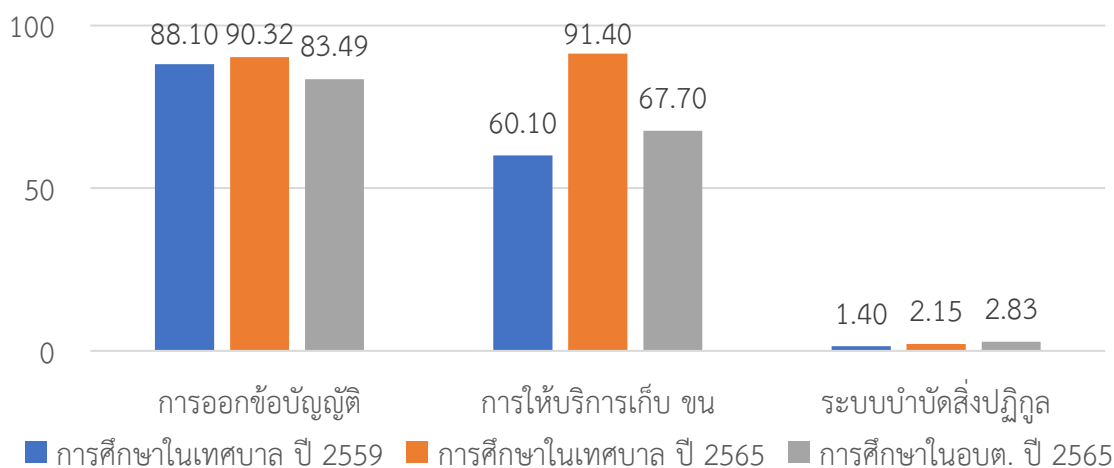
พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535 และที่แก้ไขเพิ่มเติม และกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ.2561 ได้กำหนดบทบาทหน้าที่ในการจัดการสิ่งปฏิกูลเป็นขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่จะต้องดำเนินการเก็บ ขน และกำจัดสิ่งปฏิกูลให้ถูกหลักสุขาภิบาล ด้วยการออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเพื่อกำหนดสุขลักษณะในการบริหารจัดการสิ่งปฏิกูล ผลการศึกษานี้ พบว่า เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลในเขตสุขภาพที่ 9 ออกข้อบัญญัติท้องถิ่นด้านการจัดการสิ่งปฏิกูลไม่แตกต่างกัน คือ เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลออกข้อบัญญัติท้องถิ่น เรื่อง การจัดการสิ่งปฏิกูล คิดเป็น ร้อยละ 89.25 และ 73.93 ตามลำดับ แยกเป็นข้อบัญญัติท้องถิ่น เรื่อง การจัดการสิ่งปฏิกูลและมูลฝอยมากที่สุด ร้อยละ 60.66 ข้อบัญญัติท้องถิ่นเฉพาะเรื่องสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 24.91 และที่ยังไม่ออกข้อบัญญัติท้องถิ่น คิดเป็นร้อยละ 14.43 เปรียบเทียบจากการสำรวจข้อมูลของกองกฎหมาย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2564) พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเฉพาะเรื่องสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 63.27 ออกข้อบัญญัติท้องถิ่นรวมระหว่างการจัดการมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ร้อยละ 63.27 แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการออกข้อบัญญัติ

ท้องถิ่น เรื่องการจัดการสิ่งปฏิกูลที่เพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะการออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเฉพาะ เรื่อง การจัดการสิ่งปฏิกูล เมืองครุฑปกครองส่วนท้องถิ่นบางส่วน คิดเป็นร้อยละ 9.68 ของเทศบาล และ ร้อยละ 16.51 ขององค์การบริหารส่วนตำบลที่ยังไม่ออกข้อบัญญัติท้องถิ่น เรื่อง การจัดการสิ่งปฏิกูลและองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นที่ออกข้อบัญญัติท้องถิ่นรวมบางส่วนยังไม่ได้กำหนดสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูลจะส่งผลให้เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลไม่สามารถควบคุม กำกับสุขลักษณะของการจัดการสิ่งปฏิกูลในเขตพื้นที่รับผิดชอบได้ ส่วนการออกข้อบัญญัติท้องถิ่น เรื่อง อัตราค่าธรรมเนียมใบอนุญาตและค่าธรรมเนียมการเก็บ ขน และกำจัดสิ่งปฏิกูล พบว่า ร้อยละ 10.75 ของเทศบาล และ ร้อยละ 26.07 ขององค์การบริหารส่วนตำบลยังไม่มีออกข้อบัญญัติท้องถิ่น เรื่อง อัตราค่าธรรมเนียมใบอนุญาตและค่าธรรมเนียมการเก็บ ขน และกำจัดสิ่งปฏิกูล

การสุบ และขนส่งสิ่งปฏิกูลไปยังแหล่งกำจัด จากการศึกษา พบว่าเทศบาลจัดให้มีการบริการเก็บ ขนสิ่งปฏิกูลไม่แตกต่างจากองค์การบริหารส่วนตำบลโดยเทศบาลจัดให้มีบริการสุบ ขนสิ่งปฏิกูลในพื้นที่ ร้อยละ 91.40 ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบลจัดให้มีบริการสุบ ขน ในพื้นที่ ร้อยละ 80.19 เมื่อพิจารณาการลักลอบทิ้งสิ่งปฏิกูล พบว่า ในเขตเทศบาลและเขตองค์การบริหารส่วนตำบลมีการลักลอบทิ้งสิ่งปฏิกูลไม่แตกต่างกัน คือ พบการลักลอบทิ้งสิ่งปฏิกูลในเขตเทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 27.96 และ 18.40 ตามลำดับ ด้านการกำจัดหรือบำบัดสิ่งปฏิกูล พบว่า เขตสุขภาพที่ 9 มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลในพื้นที่เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล รวมจำนวน 8 แห่ง ในเขตเทศบาล จำนวน 2 แห่ง ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 2.15 และ 2.83 ตามลำดับ ไม่มีความแตกต่างกัน โดยระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลทั้งหมดเป็นระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลประเภทลานทรายกรอง ในกรณีที่ในพื้นที่ที่ยังไม่มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูล เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลมีการจัดการสิ่งปฏิกูลที่แตกต่างกันโดยเทศบาลส่วนใหญ่พบการทิ้งสิ่งปฏิกูลในพื้นที่เกษตร/สวน/ไร่/นา มากที่สุด ร้อยละ 32.26 ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบลยังไม่ทราบและยังไม่สามารถระบุถึงแหล่งกำจัดหรือที่ทิ้งสิ่งปฏิกูลได้ ร้อยละ 39.62 ผลการศึกษานี้สอดคล้องกับรายงานการศึกษาของนิพนธ์ เสียงเพราะ (2561) ที่พบว่า ร้อยละ 44.4 ของเทศบาลในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 2 ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่ากำจัดสิ่งปฏิกูลอย่างไร รองลงมาทราบว่ามีการทิ้งสิ่งปฏิกูลในสวน ไร่/นา ป่าเขา ที่สาธารณะ ร้อยละ 37.7 ทั้งนี้การทิ้งสิ่งปฏิกูลโดยขาดการบำบัดจะส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อโรคต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับอาหารและน้ำเป็นสื่อ โรคหนองพยาธิที่จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของประชากรที่อาศัยอยู่ใกล้เคียงพื้นที่นั้น (กรมอนามัย, 2559) แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบผลการศึกษา กับรายงานการศึกษาของสมรัฐ นัยรัมย์ (2559) ที่ได้สำรวจการจัดการสิ่งปฏิกูลในเขตเทศบาล พื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ในปี 2559 พบว่าเทศบาลมีแนวโน้มของการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ดีขึ้น โดยเทศบาลออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 90.32 มีการให้บริการเก็บขนสิ่งปฏิกูลเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 60.10 เป็นร้อยละ 91.40 มีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลในเขตเทศบาล จำนวน 2 แห่ง และมีระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลในเขตองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 6 แห่ง รวมเป็น 8 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 2.15 และ 2.83 ตามลำดับ ดังภาพที่ 2

ร้อยละ





แผนภาพที่ 2 เปรียบเทียบผลการศึกษาวิจัยการจัดการสิ่งปฏิกูล ปี 2559 และปี 2565

### ข้อเสนอแนะ

จากสถานการณ์การจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นระดับเทศบาลและระดับองค์การบริหารส่วนตำบล เขตสุขภาพที่ 9 ยังพบปัญหาการจัดการสิ่งปฏิกูลที่ยังไม่เป็นไปตามข้อกำหนดและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตและสุขภาพของประชาชน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้

#### 1. ข้อเสนอต่อการวิจัย

- 1) เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลควรออกข้อบัญญัติท้องถิ่นโดยการใช้แนวทางการจัดการสิ่งปฏิกูลจากกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561
- 2) เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลที่ออกข้อบัญญัติท้องถิ่นเรื่องการจัดการสิ่งปฏิกูลแล้ว ควรจัดสรรงบประมาณเพื่อก่อสร้างระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลโดยพิจารณาความเหมาะสมของสถานที่ก่อสร้าง
- 3) เทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลควรควบคุม กำกับ และบังคับใช้กฎหมายเพื่อการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างมีประสิทธิภาพ

#### 2. ข้อเสนอในการทำวิจัยครั้งต่อไป

- 1) ศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานจัดการสิ่งปฏิกูลตามกฎกระทรวงสุขลักษณะการจัดการสิ่งปฏิกูล พ.ศ. 2561
- 2) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละระดับ
- 3) ศึกษาความคุ้มค่า และต้นทุนของการก่อสร้างระบบบำบัดสิ่งปฏิกูลในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

### กิตติกรรมประกาศ

รายงานการศึกษาวิจัย เรื่อง การจัดการสิ่งปฏิกูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เขตสุขภาพที่ 9 สำเร็จลุล่วงด้วยความร่วมมือและการสนับสนุนการดำเนินงานของผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 9 นครราชสีมา แพทย์หญิงทิพา ไกรลาศ การสนับสนุนข้อมูลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ การติดตามข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้รับผิดชอบงานจัดการสิ่งปฏิกูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ให้ความร่วมมือในการประสานงานและติดตามข้อมูลจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ขอขอบคุณผู้บริหารเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบลทุกท่านที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูล และขอขอบคุณทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้ง

เบื้องหน้าและเบื้องหลัง และที่ไม่ปรากฏชื่อในรายงานวิจัยที่ให้ความอนุเคราะห์ และสนับสนุนการจัดทำรายงานการวิจัยจนประสบผลสำเร็จ

### เอกสารอ้างอิง

- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2557) คู่มือ พระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ.2535. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ.โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2559) คู่มือการจัดการสิ่งปฏิกูลอย่างถูกหลักสุขาภิบาลเพื่อป้องกันปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. โรงพิมพ์มหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2563) คู่มือเทคโนโลยีการจัดการสิ่งปฏิกูล. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ. บริษัทสามเจริญพาณิชย์ (กรุงเทพ) จำกัด
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2563) รายงานสถานการณ์อนามัยสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2563. [Online]. Retrieved April, 2023 from <https://www.oic.go.th/FILEWEB/CABINFOCENTER17/DRAWER002/GENERAL/DATA0004/00004106.PDF>
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2564) สถานการณ์การออกข้อบัญญัติท้องถิ่นปี2564.[Online]. Retrieved April, 2023 from [https://laws.anamai.moph.go.th/th/status-local-rules64/download?id=87051&mid=35370&mkey=m\\_document&lang=th&did=23418](https://laws.anamai.moph.go.th/th/status-local-rules64/download?id=87051&mid=35370&mkey=m_document&lang=th&did=23418)
- นัยรัมย์,สมรัฐ. (2561) การจัดการสิ่งปฏิกูลในเขตเทศบาล พื้นที่เขตสุขภาพที่ 9. วารสารศูนย์อนามัยที่ 9 วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม, 12(29): (83-98)
- เสียงเพราะ, นิพนธ์. (2561) การจัดการสิ่งปฏิกูลของเทศบาลในเขตสุขภาพที่ 2. วารสารวิชาการป้องกันควบคุมโรค สคร.2 พิษณุโลก, 5(3): (15-28)
- ศูนย์วิจัยและสนับสนุนเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน ม.ธรรมศาสตร์. (2565) ข้อมูลเบื้องต้นเกี่ยวกับ SDGs. [Online]. Retrieved May, 2023 from <https://www.sdgmovement.com/intro-to-sdgs/>

## การพัฒนารูปแบบคัดกรองค้นหาวัณโรคและวัณโรคระยะแฝงในผู้สัมผัสวัณโรค อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู

สุภาวดี ดอนจันลา

### บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน และศึกษาประสิทธิภาพของรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน โรงพยาบาลโนนสัง อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างเดือนมกราคม-มิถุนายน 2567 กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรค จำนวน 114 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถาม ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป CVI = 1, ความรู้ KR20=0.94, พฤติกรรมการป้องกันวัณโรค  $\alpha = 0.89$  วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา Wilcoxon signed ranks test และ Paired t-test

ผลการวิจัยพบว่า รูปแบบคัดกรองค้นหาวัณโรคและวัณโรคระยะแฝงในผู้สัมผัสวัณโรค มีดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพ อสม.และเครือข่าย 2) อบรมผู้สัมผัสร่วมบ้าน 3) แนะนำผู้สัมผัสร่วมบ้าน และ 4) การประเมินผล หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยความรู้โดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -4.220$ ,  $p < .001$ ) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -4.829$ ,  $p < .001$ ) มากที่สุด คือ ด้านการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ ( $t = -3.209$ ,  $p = 0.002$ ) การสัมผัสทางเสมหะ ( $t = -2.748$ ,  $p = 0.007$ ) และน้อยที่สุดด้านการหาความรู้และการแนะนำ ( $t = -2.113$ ,  $p = 0.037$ ) ตามลำดับ

สรุป การพัฒนารูปแบบคัดกรองค้นหาวัณโรคและวัณโรคระยะแฝงในผู้สัมผัสวัณโรค หลังพัฒนาส่งผลให้มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคเพิ่มขึ้น

**คำสำคัญ:** การป้องกันการติดเชื้อวัณโรค, กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน

\* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลโนนสัง อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู

Email: Supa9876@gmail.com

## Development of screening model to search for tuberculosis and latent tuberculosis in people exposed to tuberculosis in Non Sang District Nong Bua Lamphu Province

Supawadee Donjanla

### Abstract

This action research aimed to study develop model for preventing tuberculosis infection among people contact with disease in their households and study effectiveness of preventing tuberculosis infection model among people in contact with the disease in the household, Non Sang Hospital, Non Sang District, Nong Bua Lamphu Province. Between January and June 2024, sample group consisted of 114 household contacts of tuberculosis-infected patients. Tools used were questionnaires: general information CVI = 1, knowledge KR20 = 0.94, tuberculosis prevention behavior alpha = 0.89. Data were analyzed using statistics: descriptive statistic, Wilcoxon signed ranks test, and Paired t-test.

Result: was found that develop model for preventing tuberculosis infection among people contact with activities as follows: 1) Potential development Village health volunteers and their networks 2) training housemates 3) Introduce to household contacts and 4) evaluate results. After development had average knowledge increased statistically significant ( $Z = -4.220$ ,  $p < .001$ ). Mean overall behavior to prevent tuberculosis infection increased significantly ( $t = -4.829$ ,  $p < .001$ ). Greatest increase was staff support ( $t = -3.209$ ,  $p = 0.002$ ), followed by aspect of mucus contact ( $t = -2.748$ ,  $p = 0.007$ ) and least in area of seeking knowledge and advice ( $t = -2.113$ ,  $p = 0.037$ ) respectively.

Conclusion: Development service system to search for new and recurrent tuberculosis patients among household contacts, after development, there was increase in behavior to prevent tuberculosis infection.

**Keywords:** Preventing Tuberculosis Infection, Household Contacts

---

Professional Registered Nurse, Non Sang Hospital, Non Sang District, Nong Bua Lamphu Province Email: Supa9876@gmail.com

## บทนำ

วัณโรคคือยาหลายขนานก็เป็นปัญหาที่สำคัญเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง (ประมาณ 150,000 บาทต่อราย) เมื่อเทียบกับวัณโรคที่ไม่ดื้อยา (ประมาณ 2,200 บาทต่อราย) ในขณะที่อัตรารักษาหายต่ำ ถึงแม้ปัจจุบัน จะมีการเร่งรัดการดำเนินงาน แต่ในภาพรวมยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร การป้องกันและรักษาการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง การดำเนินงานนี้เพื่อค้นหาผู้ป่วยและนำเข้าสู่ระบบการรักษา ป้องกันการป่วยเป็นวัณโรคในอนาคต โดยเน้นกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านและกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ใน ปีงบประมาณ 2561-2563 พบว่ามีการตรวจพบการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝง ในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน จำนวน 679 ราย 590 ราย และ 599 ราย ตามลำดับ รักษา จำนวน 462 ราย 453 ราย และ 513 ราย ตามลำดับ และตรวจพบการติดเชื้อวัณโรคระยะแฝงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 0 ราย 37 ราย และ 60 ราย ตามลำดับ รักษา จำนวน 0 ราย 25 ราย และ 17 ราย ตามลำดับ ซึ่งยังดำเนินการได้น้อยและยังไม่ครอบคลุมในทุกพื้นที่<sup>1</sup> ปัจจุบันยังพบปัญหา ได้แก่ การสัมผัสกับผู้ติดเชื้อ ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยเฉพาะการติดเชื้อ HIV ผู้ติดยาเสพติด และโรคขาดอาหาร ผู้ที่ติดเชื้อแบคทีเรีย TB มีความเสี่ยง 5-10% ตลอดชีวิตที่จะป่วยด้วยวัณโรค ผู้ที่มีระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ขาดสารอาหารหรือ เบาหวาน หรือผู้ที่ใช้ยาสูบ มีความเสี่ยงสูงที่จะล้มป่วย<sup>2</sup> ประชากรที่เสี่ยงต่อการป่วยเป็นวัณโรค แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ตามลักษณะความเสี่ยงของการรับเชื้อและความเสี่ยงของการเกิดโรคได้ง่ายกว่าประชากรทั่วไป ได้แก่ 1) ประชากรที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อจากการอาศัยหรือทำงานในสถานที่ที่มีความสุขของผู้ป่วยวัณโรคสูง เช่น ผู้ต้องขังในเรือนจำ และทัณฑสถาน (รวมทั้งเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานด้วย) บุคลากรสาธารณสุขที่ปฏิบัติงานใน สถานพยาบาลที่ให้บริการตรวจและรักษาผู้ป่วยวัณโรค ผู้สัมผัสกับผู้ป่วยวัณโรค โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้สัมผัส ที่เป็นเด็ก ผู้ที่อาศัยในชุมชนแออัด 2) ประชากรด้อยโอกาสที่เข้าถึงบริการสาธารณสุขได้ยากเช่น แรงงาน เคลื่อนย้าย โดยเฉพาะผู้ที่มาจากประเทศที่มีความสุขของวัณโรคสูง ผู้ป่วยเรื้อรังที่อยู ผู้สูงอายุ ผู้พิการ และด้อยสมรรถภาพทางกายหรือทางจิตใจที่อาศัยอยู่ในสถานสงเคราะห์ต่าง ๆ 3) ผู้ที่มีภาวะหรือมีโรคที่ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่องเช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ป่วย silicosis ผู้ป่วยที่มีโรคที่ได้รับยากด ภูมิคุ้มกัน ผู้ที่มีภาวะทุพโภชนาการ ผู้ป่วยโรคไต ผู้ป่วยโรคทางเดินหายใจเรื้อรังจากการสูบบุหรี่ ผู้ที่มี อาการผิดปกติจากการติดเชื้อ หรือติดยาเสพติด<sup>3</sup>

ผลงานบริการผู้ป่วยวัณโรค อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างปี พ.ศ. 2563 – 2566 ตามโปรแกรม NTIP online จำนวนผู้ป่วยวัณโรคทั้งหมด เท่ากับ 45, 56, 55 และ 57 คน ตามลำดับ จำแนกเป็นวัณโรคปอด จำนวน 32, 43, 41, 41 คน ผู้ป่วยวัณโรคปอดกลับเป็นซ้ำ จำนวน 2, 5, 9, 9 คน วัณโรคนอกปอด จำนวน 7, 7, 5, 5 คน ผู้ป่วยวัณโรคนอกปอดกลับเป็นซ้ำ จำนวน 0, 0, 0, 1 คน ตามลำดับ success rate ร้อยละ 95.12, 93.88, 97.37, 85.71 (ค่าเป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 88), coverage ร้อยละ 54.25, 52.63, 52.63, 50.53 (ค่าเป้าหมายมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 85), การ คัดกรองในกลุ่มสัมผัสร่วมบ้าน สัมผัสใกล้ชิด ร้อยละ 48.3, 38.2, 36.4, 48.6 (ค่าเป้าหมายมากกว่าหรือ เท่ากับร้อยละ 90)<sup>4</sup>

ผลงานบริการผู้ป่วยวัณโรค อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ได้แก่ 1) ความครอบคลุม (coverage) ไม่ผ่านเกณฑ์มาตลอด 2) กลุ่มเสี่ยงสูง (สัมผัสร่วมบ้าน สัมผัสใกล้ชิด) ไม่มาตรวจคัดกรองวัณ โรค 3) ระบบบริการมีความยุ่งยาก ใช้เวลารอนาน 4) ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการปฏิบัติงาน และ 5) กลุ่มสัมผัสร่วมบ้าน/สัมผัสใกล้ชิดมารับบริการตรวจคัดกรองต่ำกว่าเกณฑ์ ปัญหาความเสี่ยงของกลุ่มสัมผัส ร่วมบ้าน/สัมผัสใกล้ชิด ได้แก่ 1) กลุ่มเสี่ยง ขาดความรู้ความเข้าใจในการเข้ารับการตรวจวัณโรค 2) กลุ่ม

เสี่ยง ส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุ เดินทางไม่สะดวก ขาดยานพาหนะ 3) เจ้าหน้าที่ขาดความเข้าใจในระบบการดูแลคัดกรองผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงวัณโรค 4) ระบบบริการ ยุ่งยาก ซับซ้อน และ 5) ไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนในการปฏิบัติงานคัดกรองวัณโรค ของโรงพยาบาลโนนสัง

สำหรับปัญหาด้านการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มสัมผัสร่วมบ้าน/สัมผัสใกล้ชิด ได้แก่ ความรู้เรื่องโรควัณโรค การสัมผัสกับผู้ติดเชื้อร่วมบ้านผู้ป่วยได้รับเชื้อเพิ่มขึ้นหากไม่ได้แยกห้องนอนออกจากผู้ป่วย สภาพปัญหา คือ สัมผัสร่วมบ้าน/สัมผัสใกล้ชิดไม่กล้าตรวจเนื่องจากอายและกลัวได้รับแจ้งข่าวร้าย ทำให้การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายลำบากขึ้น การพัฒนาระบบบริการเพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่และกลับเป็นซ้ำในกลุ่มสัมผัสร่วมบ้าน/สัมผัสใกล้ชิด อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ในครั้งนี้ จะแก้ปัญหาปัญหาของการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มสัมผัสร่วมบ้าน/สัมผัสใกล้ชิด ได้แก่ ความรู้เรื่องโรควัณโรค การสัมผัสกับผู้ติดเชื้อร่วมบ้านผู้ป่วยได้รับเชื้อเพิ่มขึ้นหากไม่ได้แยกห้องนอนออกจากผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพจากปัญหาดังกล่าว จึงเป็นเหตุผลให้ทำวิจัยเรื่อง การพัฒนารูปแบบคัดกรองค้นหาวัณโรคและวัณโรคระยะแฝงในผู้สัมผัสวัณโรค อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ในครั้งนี้

### วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มสัมผัสร่วมบ้าน/สัมผัสใกล้ชิด
2. เพื่อศึกษาประสิทธิผลของรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มสัมผัสร่วมบ้าน อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู

### วิธีการศึกษา

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (action research)

ศึกษาในเขต อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ระหว่างเดือนมกราคม - มิถุนายน 2567

2. ประชากรที่ศึกษา เกณฑ์การคัดเข้า (inclusion criteria) คือ กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรค ที่ขึ้นทะเบียนรักษาในโปรแกรม NTIP online อาศัยอยู่ในพื้นที่ อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ช่วงอายุ 18 ปีขึ้นไป หลังคาเรือนละ 2 คน สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย

เกณฑ์การแยกกาสาสัมผัสออกจากโครงการ (Exclusion criteria) คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรคกลุ่มเสี่ยงผู้สัมผัสผู้ป่วยโรควัณโรค ที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค หรือให้ข้อมูลไม่ครบตามตัวแปรที่กำหนดไว้ในการศึกษา

3. กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยติดเชื้อวัณโรค จำนวน 114 คน ใช้สูตรเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยประชากรที่ไม่เป็นอิสระต่อกัน<sup>5</sup>

**เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล** เป็นแบบสอบถามผ่านการตรวจสอบคุณภาพจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ได้แก่ แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค KR-20= 0.94 และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อวัณโรค alpha= 0.89

### วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บข้อมูลผู้ป่วย ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยวิจัยทำการเก็บข้อมูลภาคสนามด้วยตนเอง ในขณะการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ใช้เวลา 1 ชั่วโมง ก่อนพัฒนาเดือนมกราคม 2567 หลังพัฒนาเดือนมิถุนายน 2567

### การวิเคราะห์ข้อมูล



ใช้สถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลทั่วไปแสดงค่า ความถี่ ร้อยละ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้ ระหว่างก่อนและหลังอบรม ด้วยสถิติ Wilcoxon signed ranks test และวิเคราะห์ผลต่างค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อไวรัส ด้วย Paired t-test

### จริยธรรมการวิจัย

งานวิจัยนี้ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู โครงการเลขที่ 01/2567 ลงวันที่ 8 มกราคม-มิถุนายน 2567

### ผลการศึกษา

1. การพัฒนารูปแบบคัดกรองค้นหาไวรัสและวัณโรคระยะแฝงในผู้สัมผัสวัณโรค อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ครั้งนี้ รูปแบบคัดกรองค้นหาไวรัสและวัณโรคระยะแฝงในผู้สัมผัสวัณโรค มีดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพ อสม.และเครือข่าย 2) อบรมให้ความรู้การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง 3) ออกแนะนำกลุ่มเสี่ยงและผู้สัมผัสร่วมบ้าน 4) การประเมินผล

2. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัส พบว่า หลังการอบรมผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโดยรวมเพิ่มขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $Z = -4.220$ ,  $p < .001$ ) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อไวรัส เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการอบรม (n=114)

| ความรู้ | Mean  | SD   | Mean Rank | Sum of Ranks | Z      | p-value |
|---------|-------|------|-----------|--------------|--------|---------|
| ก่อน    | 9.81  | 1.92 | 12.00     | 276.00       | -4.220 | <.001*  |
| หลัง    | 10.39 | 2.05 |           |              |        |         |

\*p-value <.05, Wilcoxon Signed Ranks Test

3. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัส พบว่าหลังพัฒนาผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านมีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $t = -4.829$ ,  $p < .001$ ) เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ ด้านการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ ( $t = -3.209$ ,  $p = 0.002$ ) รองลงมาคือ ด้านการสัมผัสทางเสมหะ ( $t = -2.748$ ,  $p = 0.007$ ) และน้อยที่สุดด้านการหาความรู้และการแนะนำ ( $t = -2.113$ ,  $p = 0.037$ ) ตามลำดับ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัส เปรียบเทียบระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา (n=114)

| พฤติกรรมการป้องกัน               | ก่อนพัฒนา        | หลังพัฒนา        | df  | t      | p-value |
|----------------------------------|------------------|------------------|-----|--------|---------|
|                                  | $\bar{X} \pm SD$ | $\bar{X} \pm SD$ |     |        |         |
| 1. ด้านการสัมผัสทางอากาศ         | 9.89±3.06        | 10.11±3.04       | 113 | -2.446 | .016*   |
| 2. ด้านการสัมผัสทางเสมหะ         | 12.12±2.45       | 12.29±2.49       | 113 | -2.748 | .007*   |
| 3. ด้านการดูแลสุขภาพ             | 9.73±3.39        | 9.85±3.48        | 113 | -2.829 | .006*   |
| 4. ด้านการหาความรู้และการแนะนำ   | 8.31±2.59        | 8.42±2.60        | 113 | -2.113 | .037*   |
| 5. ด้านการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ | 15.49±3.02       | 15.66±3.18       | 113 | -3.209 | .002*   |
| เฉลี่ยทุกด้าน                    | 55.56±10.45      | 56.36±10.73      | 113 | -4.829 | <.001*  |

\*p-value <.05, Paired t-test

## อภิปรายผล

1. การพัฒนารูปแบบคัดกรองค้นหาวัณโรคและวัณโรคระยะแฝงในผู้สัมผัสวัณโรค อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ครั้งนี้ ผู้วิจัยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR<sup>6-7</sup> ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ วางแผน (Plan) ปฏิบัติ (Act) สังเกต (Observation) และ สะท้อนผล (Reflection) รูปแบบคัดกรองค้นหาวัณโรคและวัณโรคระยะแฝงในผู้สัมผัสวัณโรค มีดังนี้ 1) การพัฒนาศักยภาพ อสม.และเครือข่าย 2) อบรมให้ความรู้การหลีกเลี่ยงความเสี่ยง 3) ออกแนะนำกลุ่มเสี่ยงและผู้สัมผัสร่วมบ้าน 4) การประเมินผล ทั้งนี้เนื่องจาก หลังการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน ตลอดจนมีการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน จึงทำให้หลังพัฒนาในกลุ่มผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านมีการปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ อัญญา เอี่ยมปิยะกุล<sup>8</sup> ทำการประเมินความเสี่ยงของโรควัณโรคพร้อมกับการควบคุมการติดเชื้อในชุมชนด้วยการเอ็กซเรย์ปอด เพื่อตรวจหาผู้ป่วยโรควัณโรคในระยะไม่มีอาการ พบว่าในตำบลที่มีความเสี่ยงสูงต่อสำหรับโรควัณโรค อาจเหมาะสมกับการใช้เอ็กซเรย์ปอด การศึกษาของ Jaramillo, et al<sup>9</sup> ในประเทศฟิลิปปินส์พบข้อจำกัดที่เป็นอุปสรรคของการบริการดูแลผู้ป่วยวัณโรคคือยาให้ประสบความสำเร็จ โดยใช้ข้อมูลสำคัญและพัฒนาความรู้สำหรับเจ้าหน้าที่ด้านหน้ารวมถึงการพยาบาลในประเทศฟิลิปปินส์ จะสามารถลดความเหลื่อมล้ำที่เกี่ยวข้องกับการเข้าถึงบริการและการปฏิบัติตามการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ ในการคัดกรองโรคไม่ติดต่อและปัจจัยเสี่ยงของโรคในระหว่างการประเมินวัณโรคเพื่อวินิจฉัยระยะแรก การเริ่มต้นสู่การรักษา และการจัดการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังเพื่อผลสำเร็จของการลดการติดเชื้อวัณโรคเพิ่มขึ้น<sup>10</sup> วัณโรคคือยาหลายขนาน (Multidrug-resistant TB ; MDR-TB) สาเหตุมาจากกลุ่มที่ขาดยาต่อเนื่อง สาเหตุจากมีที่อยู่ไม่แน่นอน<sup>11</sup> และมีค่าใช้จ่ายในการรักษาสูง<sup>1</sup> การรักษาอย่างมีประสิทธิภาพอาจเกิดจากการคัดกรองวัณโรคร่วมอื่นทุกราย เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเบาหวานและผู้สูงอายุ<sup>12</sup> การวินิจฉัยอย่างรวดเร็วและการรักษาที่ตรงเป้าหมาย<sup>13</sup> มีการกำหนดแผนการส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด การส่งเสริมสมาชิกในครอบครัวสนับสนุนการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด การส่งเสริมทีมสุขภาพในการคัดกรองและการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยวัณโรคปอด<sup>14</sup>

2. ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค พบว่า หลังพัฒนามีคะแนนความรู้ มากที่สุดคือ ผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านและผู้สัมผัสใกล้ชิด ต้องได้รับการตรวจคัดกรองวัณโรค รองลงมาคือวัณโรคสามารถรักษาให้หายขาดได้โดยการกินยาให้ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ และมีความรู้เพิ่มขึ้นน้อยที่สุด คือเชื้อวัณโรคสามารถติดที่ปอดได้เท่านั้น ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับวัณโรคปอด หลังการฝึกอบรมโดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้เนื่องจาก รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้าน โรงพยาบาลโนนสัง อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ครั้งนี้ มีการจัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน ตลอดจนมีการติดตามเยี่ยมบ้านกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน การแนะนำหรือการกระตุ้นให้ดูแลทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้อากาศถ่ายเทและแนะนำการปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยงบ้านใกล้เคียงในเด็ก คนชราและผู้มีโรคประจำตัว จึงทำให้หลังพัฒนาในกลุ่มผู้สัมผัสวัณโรคร่วมบ้านมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น ซึ่งความท้าทายที่สำคัญที่จะต้องมีการพัฒนาบริการการรักษาและป้องกันวัณโรคที่ไม่เหมาะสมบริการตรวจคัดกรองและตรวจวินิจฉัยวัณโรคจำเป็นต้องเพิ่มขึ้น การขับเคลื่อนหลักของวัณโรคยังคงอยู่ที่

ภาวะโภชนาการต่ำ ความยากจน โรคเบาหวาน การสูบบุหรี่ และมลพิษทางอากาศในครัวเรือน สิ่งเหล่านี้จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขเพื่อให้บรรลุเป้าหมายการดูแลและป้องกันวัณโรคขององค์การอนามัยโลก พ.ศ. 2578<sup>15</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สมลักษณ์ หนูจันทร์<sup>16</sup> การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน พบว่า มีการออกแบบระบบติดตามผู้สัมผัสเข้ารับการรักษา และเยี่ยมดูแลต่อเนื่องจนผลการรักษาคืบคลาน เสนาเครือข่ายชุมชนไว้วัณโรคเข้ากับการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบลเพื่อให้เกิดพลังในการขับเคลื่อน เปิดระบบบริการทางด่วน TB ในโรงพยาบาล ตามวัน เวลา ที่กลุ่มเสี่ยงสะดวก ส่วนด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรควัณโรค และด้านพฤติกรรมป้องกันตนเองหลังดำเนินการมีคะแนนมากกว่าก่อนดำเนินการ

**3. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค** พบว่า หลังพัฒนามีค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค มากที่สุด คือ ได้รับการติดตามเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อยู่ในระดับสูง รองลงมาคือได้รับคำแนะนำให้ไปรับการตรวจคัดกรองหาวัณโรค และน้อยที่สุด คือ ปฏิบัติตามคำแนะนำให้หลีกเลี่ยงความเครียดและทำจิตใจให้อารมณ์ดีแล้วจะไม่ติดเชื้อวัณโรค จึงตัดสินใจนอนในห้องเดียวกันกับผู้ป่วยวัณโรคในบ้าน ตามลำดับ ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรค โดยรวมเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เพิ่มขึ้นมากที่สุด คือ ด้านการสนับสนุนของเจ้าหน้าที่ รองลงมาคือ ด้านการสัมผัสทางเสมหะ และน้อยที่สุดด้านการหาความรู้และการแนะนำ ตามลำดับ ทั้งนี้เนื่องจากการได้รับคำแนะนำหรือการกระตุ้นจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อสม.และเครือข่ายในชุมชน ให้ไปรับการตรวจคัดกรองวัณโรคโดยการตรวจเสมหะและ/หรือเอกซเรย์ปอดทุก 6 เดือน มีส่วนทำให้ปฏิบัติตาม และการติดตามเยี่ยมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีส่วนทำให้ตัดสินใจลงมือปฏิบัติพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดเชื้อวัณโรคได้อย่างถูกต้อง

ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคมีความสัมพันธ์กับความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยวัณโรคประเทศยูกันดา พบว่าการติดตามผู้สัมผัสร่วมบ้านผู้ป่วยวัณโรคควรดำเนินการอย่างสม่ำเสมอ ไม่เพียงแต่เพื่อค้นหาผู้ป่วยวัณโรครายใหม่เท่านั้น แต่ยังส่งเสริมความสำเร็จในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคได้ด้วย<sup>17</sup> การค้นหาผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะแพร่กระจายเชื้อได้เร็วสามารถลดการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคได้ โดยการคัดกรองจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการป่วยเป็นวัณโรคพบว่า การมีประวัติอยู่ร่วมบ้านหรือที่ทำงานกับผู้ป่วยวัณโรคที่กำลังรักษา การมีโรคประจำตัวที่ทำให้ภูมิคุ้มกันต่ำ การมีประวัติรักษาวัณโรคไม่สม่ำเสมอ หรือหยุดยาก่อนกำหนด<sup>18</sup>

## สรุปผล

การพัฒนารูปแบบคัดกรองค้นหาวัณโรคและวัณโรคระยะแฝงในผู้สัมผัสวัณโรคโรงพยาบาลโนนสัง อำเภอนโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ในครั้งนี้ มีการอบรมให้ความรู้การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดในกลุ่มผู้สัมผัสร่วมบ้าน มีการติดตามเยี่ยมบ้าน การแนะนำหรือการกระตุ้นให้ดูแลทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในบ้าน จึงทำให้หลังพัฒนาในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านมีความรู้และปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น

## ข้อเสนอแนะ

1. ด้านผู้ให้บริการ การพัฒนาและใช้รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโรงพยาบาลโนนสัง อำเภอนโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ครั้งนี้ หน่วยบริการในพื้นที่อื่นที่มีบริบทใกล้เคียงกัน ควรนำไปใช้จัดกิจกรรมอบรมให้ความรู้การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอดในกลุ่มผู้สัมผัสร่วม

บ้าน ติดตามเยี่ยมบ้าน การแนะนำหรือการกระตุ้นให้ดูแลทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมในบ้านและแนะนำ การปฏิบัติตัวของกลุ่มเสี่ยงบ้านใกล้เคียงในเด็ก คนชราและผู้มีโรคประจำตัว จะทำให้กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วม บ้านมีความปลอดภัยเพิ่มขึ้น

2. ด้านผู้รับบริการ ผู้สัมผัสร่วมบ้าน (household contact) และผู้สัมผัสใกล้ชิด (close contact) โดยการให้ความรู้การป้องกันการติดเชื้อวัณโรคปอด รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่ม ผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโรงพยาบาลโนนสัง อำเภอโนนสัง จังหวัดหนองบัวลำภู ให้มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการ ติดเชื้อวัณโรคและปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเพิ่มขึ้นเป็นการลดผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ที่มีประสิทธิภาพ

3. ข้อเสนอแนะด้านการศึกษาค้างต่อไป

ควรศึกษาละเอียดในเชิงลึกถึงช่วงอายุของการตรวจพบเชื้อวัณโรค และการศึกษาด้านระบบ การบริหารจัดการและการประสานการทำงานร่วมกันอย่างเป็นเอกภาพ และนำเข้าสู่วาระของ คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล (พชต.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ตลอดจนนำเสนอผลการวิจัยต่อที่ประชุมคณะกรรมการบริหารกองทุนหลักประกันสุขภาพระดับ ท้องถิ่นเพื่อบรรจุไว้ในแผนงาน/โครงการประจำปี อันจะส่งผลให้การดำเนินงานควบคุมโรควัณโรคประสบ ผลสำเร็จและประชาชนสามารถพึ่งตนเองได้

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ คณะผู้บริหารของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองบัวลำภู ที่ได้อนุมัติและให้โอกาส ในการทำวิจัยครั้งนี้

## เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8. รายงานผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค. [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 7 มกราคม 2567]. เข้าถึงจาก: <https://ddc.moph.go.th/odpc8/>
2. World Health Organization. WHO global lists of high burden countries for TB, multidrug/rifampicin resistant TB (MDR/RR-TB) and TB/HIV, 2021–2025. Geneva: WHO, 2023. [Cited March 27, 2023] form: <https://www.who.int/health-topics/tuberculosis>
3. กรมควบคุมโรค. การคัดกรองวัณโรคและวัณโรคติดต่อฯ พิมพ์ครั้งที่ 2. [อินเทอร์เน็ต]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 7 มกราคม 2567]. เข้าถึงจาก: <https://www.tbthailand.org>
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 8. รายงานผลสำเร็จของการรักษาผู้ป่วยวัณโรค. [อินเทอร์เน็ต]. 2567. [เข้าถึงเมื่อ 7 มกราคม 2567]. เข้าถึงจาก: <https://ddc.moph.go.th/odpc8>
5. อรุณ จิรวรรณกุล. สถิติในงานวิจัย เลือกใช้อย่างไรให้เหมาะสม. กรุงเทพฯ: วิทย์พัฒน์, 2557.
6. นันทน์ภัส สุขใจ, รัฐธินันท์ ธนเศรษฐ. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดัน โลหิตสูงในโรงงาน. วารสาร ศคร. 9, 2565; 28(1): 38-49.
7. พิชิต แสนเสนา, สมลักษณ์ หนูจันทร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคใน กลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ อำเภอหนอง เรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น 2565; 4(2): 291-304.
8. อัญญา เอี่ยมปิยะกุล. การประเมินความเสี่ยงของโรควัณโรคด้วยการใช้รูปแบบสถิติ พื้นที่อำเภอเมือง สตุล จังหวัดสตุล. Disease Control Journal 2020; 46(4): 494-504.

9. Jaramillo J, Endo Y, Yadav RP. Clinician perspectives of drug-resistant tuberculosis care services in the Philippines. *Indian Journal of Tuberculosis* 2023; 70(1): 107-14.
10. Adegbite B, Edoa J, Agbo Achimi Abdul J, et al. Non-communicable disease co-morbidity and associated factors in tuberculosis patients: A cross-sectional study in Gabon. *eClinicalMedicine* 2022; 45: 10131-6.
11. Singlor T. SDG Updates. ส่องสถานการณ์วัณโรคไทย: หนึ่งปัญหาโรคติดต่อ (จากคนสู่คนผ่านทางอากาศ) ที่อยู่กับเรามานาน. *SDG Move*. [Internet]. 2021. [Cited 2023 March 27]. Available from: <https://www.sdgmovement.com/2021/02/04/sdgs-thai>
12. เสถียร เชื้อลี. สาเหตุการเสียชีวิตของผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ในเขตสุขภาพที่ 10. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี 2018; 16(1): 16-24.
13. Suárez I, Fünfer SM, Kröger S, Rademacher J, Fätkenheuer G, Rybníček J. The Diagnosis and Treatment of Tuberculosis. *Dtsch Arztebl Int*. 2019; 116(43): 729-735.
14. จงกล ธิมิกานนท์. การพัฒนาแนวทางการดำเนินแผนงานวัณโรคของจังหวัดนครพนม เพื่อการดูแลผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่ที่เสี่ยงต่อการเสียชีวิตระหว่างรักษาวัณโรค จังหวัดนครพนม. วารสารโรงพยาบาลนครพนม 2564; 6(2): 28-35.
15. Chakaya J, Khan M, Ntoumi F, et al. Global Tuberculosis Report 2020 – Reflections on the Global TB burden, treatment and prevention efforts. *International Journal of Infectious Diseases* 2021; 113: 7-12.
16. สมลักษณ์ หนูจันทร์. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้สัมผัสโรคร่วมบ้าน โดยชุมชนมีส่วนร่วม โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจระเข้ อำเภอนหนองเรือ จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2565; 31(4): 665-73.
17. Baluku JB, Kabamooli RA, Kajumba N, et al. Contact tracing is associated with treatment success of index tuberculosis cases in Uganda. *International Journal of Infectious Diseases* 2021; 109: 129-36.
18. สิริหญิง ทิพศรีราช, ทรงยศ คำชัย, กษมน ชำหา, ภัสสรุา ซาลิซส์. การพัฒนารูปแบบการค้นหาผู้ป่วยวัณโรคในพื้นที่เขตเมือง โดยการประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี 2565; 20(2): 84-96.

## คำแนะนำสำหรับการเตรียมผลงานเพื่อลงตีพิมพ์

วารสารส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี เป็นวารสารที่ตีพิมพ์เผยแพร่ผลงานวิชาการวิจัยและบทความวิชาการด้านการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อมร่วมสมัยทั้งในและต่างประเทศ โดยบทความที่ส่งมาเพื่อพิจารณาตีพิมพ์จะต้องไม่เป็นผลงานวิจัย วิชาการที่เคยได้รับการเผยแพร่ในวารสารใดมาก่อน หรือไม่อยู่ในระหว่างการพิจารณาตีพิมพ์ของวารสารอื่น บทความทุกบทความที่ตีพิมพ์ลงในวารสารฉบับนี้จะต้องผ่านการพิจารณาจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่านต่อหนึ่งบทความ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการแก้ไขต้นฉบับและการพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง โดยมีข้อเสนอแนะในการส่งบทความ ดังนี้

### การเตรียมผลงานลงตีพิมพ์

1. ชื่อเรื่อง มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ใช้อักษร ตัวหนา ขนาด 18 นิ้ว
2. ชื่อผู้วิจัย ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ต้องใส่คำนำหน้านาย/นางสาว) ใส่เฉพาะยศ (ถ้ามี) ใช้อักษรขนาด 16 นิ้ว
3. หน่วยงานของผู้เขียน ระบุชื่อหน่วยงาน จังหวัด รหัสไปรษณีย์ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
4. บทคัดย่อ มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ ความยาวไม่เกิน 350 คำ และระบุคำสำคัญ จำนวนไม่เกิน 3 คำ ทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
5. บทนำ แสดงถึงความสำคัญและปัญหาของงานวิจัย การทบทวนงานวิจัยหรือเอกสารเกี่ยวข้อง และวัตถุประสงค์ของงานวิจัย
6. วิธีการศึกษา เรียบเรียงโดยแสดงวิธีการศึกษาตามขั้นตอน อธิบายวิธีการทดลองและแผนการทดลองที่ใช้ แสดงสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์และระบุสถานที่ศึกษาหรือสถานที่เก็บข้อมูล (สถานที่ทดลองหรือเก็บตัวอย่าง)
7. ผลการศึกษา แสดงผลการศึกษาพร้อมอธิบาย โดยแสดงภาพหรือตารางผลการศึกษา และเขียนหมายเลขกำกับภาพหรือตารางให้ชัดเจน
8. ภาพประกอบ ควรแนบไฟล์ต้นฉบับพร้อมเขียนคำอธิบายภาพ และควรเขียนหมายเลขกำกับภาพเพื่อความถูกต้องและง่ายต่อการเรียงข้อมูล
9. กิตติกรรมประกาศ (มีหรือไม่มีก็ได้) เรียบเรียงย่อหน้าเดียวแบบกระชับ ระบุแหล่งทุนวิจัย บุคคลและหน่วยงานที่ให้ความอนุเคราะห์หรือมีส่วนร่วมในงานวิจัย
10. เอกสารอ้างอิง เรียงลำดับเอกสารอ้างอิงตามตัวอักษรของนามสกุลผู้แต่งคนแรก ทั้งนี้ ผู้แต่งต้องตรวจสอบจำนวนเอกสารอ้างอิงให้ตรงกับในเนื้อหา (ใช้รูปแบบการอ้างอิงของ APA (American Psychological Association))
11. เนื้อหาบทความทั้งหมด ใช้รูปแบบตัวอักษรขนาด 16 นิ้ว มาตรฐานกระดาษขนาด A 4 มีความยาวไม่เกิน 8-15 หน้า

Template  
บทความวิจัย

ชื่อเรื่องบทความ (ภาษาไทย) (ขนาด 18) \*

ชื่อเรื่องบทความ (ภาษาอังกฤษ) (ขนาด 18)



ชื่อผู้แต่งภาษาไทย (ชื่อผู้แต่ง - ภาษาอังกฤษ) (ขนาด 16) \*\*

ชื่อผู้ร่วมบทความภาษาไทย (ชื่อผู้ร่วมบทความ - ภาษาอังกฤษ) (ขนาด 16) \*\*\*

บทคัดย่อ (ไม่เกิน 350 คำ)

(ขนาด 16).....

.....

.....

คำสำคัญ : คำที่ 1, คำที่ 2, ....(ไม่เกิน 5 คำ)....

Abstract (ไม่เกิน 350 คำ)

(ขนาด 16).....

.....

.....

Keywords: **Word 1**, **Word 2**, ....(ไม่เกิน 5 คำ)....

#### รูปแบบการพิมพ์บทความ

- ขนาดกระดาษ A4

- แบบอักษร TH SarabunPSK

- ความยาวไม่เกิน 15 หน้า (รวมภาพประกอบ)

บทนำ

(ขนาด 16).....

.....

.....

วัตถุประสงค์การวิจัย

(ขนาด 16).....

.....

.....

วิธีการศึกษา

---

\*\* ตำแหน่งผู้แต่ง สังกัด / ภาษาไทย (ขนาด 14)

ตำแหน่งผู้แต่ง สังกัด / ภาษาอังกฤษ

\*\*\* ตำแหน่งผู้ร่วมบทความ สังกัด / ภาษาไทย (ขนาด 14)

ตำแหน่งผู้ร่วมบทความ สังกัด / ภาษาอังกฤษ

(ขนาด 16).....

#### ผลการศึกษา

(ขนาด 16).....

#### อภิปรายผล

(ขนาด 16).....

#### ข้อเสนอแนะ

(ขนาด 16).....

#### กิตติกรรมประกาศ (ถ้ามี)

(ขนาด 16).....

#### จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ (ถ้ามี)

(ขนาด 16).....

#### เอกสารอ้างอิง (ขนาด 16)

#### รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

(รูปแบบการอ้างอิงที่นำมาใช้เป็นมาตรฐานในวารสาร ให้ใช้รูปแบบ APA (American Psychological Association) โดยประกอบด้วยการอ้างอิงในเนื้อหาและการอ้างอิงท้ายบทความ ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

##### 1. การอ้างอิงในเนื้อหา :

ให้อ้างอิงชื่อสกุลผู้แต่ง หรือชื่อเรื่องในกรณีที่ไม่มีปรากฏชื่อผู้แต่งโดยเขียนเป็นภาษาอังกฤษเท่านั้น และต่อด้วยปี ค.ศ.ที่พิมพ์ ทั้งเอกสารที่เขียนเป็นภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ โดยมีรูปแบบดังนี้

(นามสกุลผู้เขียน, ปีพิมพ์: เลขหน้าที่ปรากฏ)

ตัวอย่างเช่น

- โสเกรตีสย้ำว่าการอ่านสามารถจุดประกายได้จากสิ่งที่นักอ่านรู้อยู่แล้วเท่านั้นและความรู้ที่ได้รับมาไม่ได้มาจากตัวหนังสือ (Manguel, 2003: 127)

- สุมาลี วีระวงศ์ (Weerawong, 2009: 37) กล่าวว่า การที่ผู้หญิงจะไปซื้อผักผู้ชายมาบ้านเรือนของตัวเองทั้งๆ ที่เขายังไม่ได้มาสู่ขอนั้น เป็นเรื่องผิดขนบธรรมเนียมจารีตประเพณี

\* เอกสารที่มีผู้แต่งมากกว่า 3 คน ในการอ้างอิงครั้งแรก ให้ระบุนามสกุลของผู้เขียนทุกคน และเมื่อมีการอ้างอิงในครั้งต่อไป ให้ระบุเพียงนามสกุลของผู้แต่งคนแรก ตามด้วย et al. เช่น

- .....ในขณะที่ Alraimi, Zo, & Ciganek (2015) ได้อธิบายว่า MOOC มีความสำคัญกับความเปิดกว้าง .....เช่นเดียวกับ Alraimi et al. (2015) ได้อธิบายว่า ชื่อเสียงของสถาบันอุดมศึกษาจะเป็นภาพที่สะท้อนต่อคุณภาพ.....

## 2. การอ้างอิงท้ายบทความ :

การเขียนรายการอ้างอิงท้ายบทความเป็นการระบุข้อมูลบรรณานุกรมของเอกสารที่มีการอ้างอิงในเนื้อหา (ยกเว้นการสื่อสารส่วนบุคคล เช่น การสื่อสารผ่านอีเมล ข้อความส่วนตัว หรือการสัมภาษณ์ เนื่องจากไม่อาจสืบค้นย้อนหลังได้และเป็นการปกป้องผู้ให้ข้อมูลการวิจัยตามข้อกำหนดจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์) โดยรูปแบบของรายการอ้างอิงจำแนกตามประเภทของทรัพยากรสารสนเทศ โดยมีรายละเอียดดังนี้

- การระบุผู้แต่ง ให้ใช้นามสกุล ตามด้วยอักษรตัวแรกของชื่อบุคคลสำหรับหนังสือภาษาต่างประเทศ ส่วนเอกสารภาษาไทยที่เขียนโดยคนไทยให้ระบุนามสกุล และตามด้วยชื่อเต็ม

- เอกสารที่มีเนื้อหาเป็นภาษาไทย ให้วงเล็บชื่อเรื่องภาษาไทยต่อท้ายชื่อเรื่องภาษาอังกฤษเสมอ

- ใช้เครื่องหมาย & แทนคำว่า and ในการอ้างอิงเสมอ ทั้งในการอ้างอิงเอกสารภาษาไทยและเอกสารภาษาต่างประเทศ

- ทุกรายการที่ยาวเกิน 1 บรรทัด เมื่อขึ้นบรรทัดต่อไปให้เยื้องเข้าไปอีก 8 อักขระ โดยเริ่มที่ตำแหน่งที่ 9

## 3. หนังสือ

นามสกุลผู้เขียน, \ชื่อผู้เขียน.\(ปีพิมพ์).\ชื่อหนังสือ\(\ครั้งที่พิมพ์).\เมืองที่พิมพ์:\สำนักพิมพ์.  
ตัวอย่างเช่น

Weerawong, Sumalee. (2009). **The Thai Way of Life in Lilit Phra Lor (วิถีชีวิตไทยในลิลิตพระลอ)** (3<sup>rd</sup> ed.). Bangkok: Sataporn Books.

Tidd, J., Bessant, J., & Pavitt, K. (2001). **Managing Innovation** (2<sup>nd</sup> ed.). Chichester: John Wiley and Sons.

## 4. บทความหรือบทในหนังสือ

นามสกุลผู้เขียน, \ชื่อผู้เขียน.\(ปี).\ชื่อบทความ\ชื่อบรรณาธิการ, \ชื่อหนังสือ, \ครั้งที่พิมพ์.\(จำนวนหน้า).\เมืองที่พิมพ์:\สำนักพิมพ์.

ตัวอย่างเช่น

Pakdeekham, Santi. (2005). Sri Ramadeba Nagara (ศรีรามเทพนคร : สร้อยนามหรือชื่อเมือง). **Damrong Journal**, 4(2): 156-171.

Shani, A., Sena, J., & Olin, T. (2003). Knowledge Management and New Product Development: A Study of Two Companies. **European Journal of Innovation Management**, 6(3): 137-149.

## 5. วิทยานิพนธ์

นามสกุลผู้เขียน, \ชื่อผู้เขียน.\(ปีการศึกษา).\ชื่อวิทยานิพนธ์.\ระดับปริญญา, \มหาวิทยาลัย, \เมือง, \ประเทศ. ตัวอย่างเช่น

Saisingha, Sakchai. (1989). **The Payao School Sandstone Buddha Image (พระพุทธรูปหินทราย สกลช่างพะเยา)**. Master's dissertation, Silpakorn University, Bangkok, Thailand.

Chuvichean, Praphat. (2009). **Wat Worachet Thepbamrung : A Model of Ayutthaya Art in 17<sup>th</sup> Century A.D (วัดวรเชษฐเทพบำรุง : แบบอย่างงานช่างของอยุธยาในพุทธศตวรรษที่ 22)**. Doctoral dissertation, Silpakorn University, Bangkok, Thailand.

## 6. สื่ออิเล็กทรอนิกส์ต่างๆ

หนังสือออนไลน์ (online / e-Book)

นามสกุลผู้เขียน, \ชื่อผู้เขียน. \ (ปีที่พิมพ์). \ชื่อเรื่อง. \ [ประเภทของสื่อที่เข้าถึง]. \สืบค้นเมื่อ\เดือน\วัน\ปี\จาก\ แหล่งข้อมูลหรือ URL

ตัวอย่างเช่น

De Huff, E. W. (2009). **Taytay's Tales: Traditional Pueblo Indian Tales**. [Online]. Retrieved January 8, 2010 from <https://digital.library.upenn.edu/women/dehuff/taytay/taytay.html>

Fine Arts Department. (2016). **The Buddha Images: Auspicious Treasures of the Front Palace Pay Homage to The Holy Icons that are Associated with Our Gracious Kings (พระพุทธรูป ณ วังหน้า พระปฏิมาแห่งแผ่นดิน กราบบูชาพระพุทธรูปปฏิมา ในพระมหารัชมงคลมหาภักษัตริยาธิราชเจ้า)**. [Online]. Retrieved July 5, 2019 from [www.finearts.go.th/parameters/search/หนังสืออิเล็กทรอนิกส์/book/148.html?page=3](http://www.finearts.go.th/parameters/search/หนังสืออิเล็กทรอนิกส์/book/148.html?page=3)

## 7. บทความจากวารสารออนไลน์ (online / e-journal)

นามสกุลผู้เขียน, \ชื่อผู้เขียน. \ (ปี). \ชื่อบทความ. \ชื่อวารสาร, \ปีที่ (ฉบับที่): \หน้าที่ปรากฏบทความ. \ [ประเภทของสื่อที่เข้าถึง]. \สืบค้นเมื่อ\เดือน\วัน\ปี\จาก\ แหล่งข้อมูลหรือ URL

ตัวอย่างเช่น

Kenneth, I. A. (2000). A Buddhist Response to The Nature of Human Rights. **Journal of Buddhist Ethics**, 8(3): 13-15. [Online]. Retrieved March 2, 2009 from <https://www.cac.psu.edu/jbe/twocont.html>

Webb, S. L. (1998). Dealing with Sexual Harassment. **Small Business Reports**, 17(5): 11-14. [Online]. Retrieved January 15, 2005 from BRS, File: ABI/INFORM Item: 00591201

## 8. ฐานข้อมูล

นามสกุลผู้เขียน, \ชื่อผู้เขียน. \ (ปีที่พิมพ์). \ชื่อเรื่อง. \ [ประเภทของสื่อที่เข้าถึง]. \สืบค้นเมื่อ\เดือน\วัน\ปี\จาก\ แหล่งข้อมูลหรือ URL

ตัวอย่างเช่น

Beckenbach, F., & Daskalakis, M. (2009). **Invention and Innovation as Creative Problem Solving Activities: A Contribution to Evolutionary Microeconomics**. [Online]. Retrieved September 12, 2009 from [https://www.wiwi.uniaugsburg.de/vwl/hanusch/emaee/papers/Beckenbach\\_neupdf](https://www.wiwi.uniaugsburg.de/vwl/hanusch/emaee/papers/Beckenbach_neupdf)

## 9. การสัมภาษณ์

นามสกุลผู้ถูกสัมภาษณ์,ชื่อผู้ถูกสัมภาษณ์.,ตำแหน่งหน้าที่.สัมภาษณ์,เดือน\วัน\ปีที่สัมภาษณ์.  
ตัวอย่างเช่น

Boonmak, Ubon., ThaiPBS citizen journalist in Ubon Ratchathani. Interview, December 26,  
2011.

\* ตารางและภาพประกอบ ตารางและภาพประกอบควรจัดให้มีความสอดคล้องกับเนื้อหา

ตาราง : ให้ระบุตารางที่ตามลำดับที่ปรากฏในเนื้อหา

รายละเอียดเพิ่มเติมติดต่อที่คณะกรรมการพัฒนาวิชาการ ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี โทร. 085-669-8896

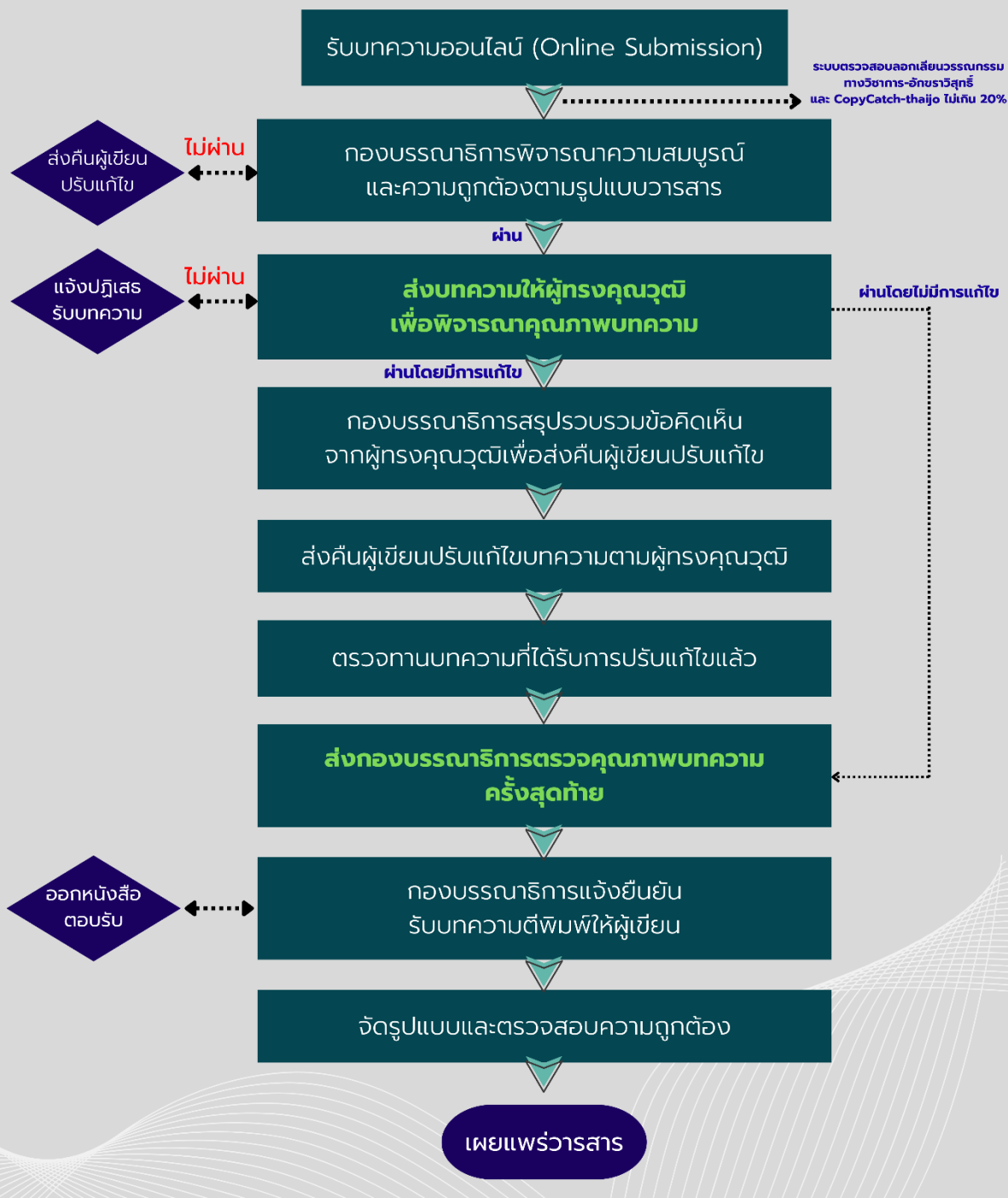
คุณอิวัฒน์ กุลวงษ์



# วารสาร การส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม

ศูนย์อนามัยที่ 8 อุดรธานี  
Journal of Health Promotion and Environmental Health Research  
Health Promotion Centre 8 Udon Thani

ขั้นตอนการดำเนินงานวารสารการส่งเสริมสุขภาพและอนามัยสิ่งแวดล้อม  
(Journal of Health Promotion and Environmental Health Research)







Facebook



Website

## ศูนย์อนามัยที่ 8 อุตรธานี กรมอนามัย

เลขที่ 582 หมู่ 12 ถ.อุดร-สามพร้าว ต.สามพร้าว

อ.เมืองอุดรธานี จ.อุดรธานี 41000

โทรศัพท์ : 0-4212-9587

โทรสาร : 0-4212-9588

อีเมล : [hpc08@anamai.mail.go.th](mailto:hpc08@anamai.mail.go.th)

Facebook : <https://www.facebook.com/hpc8.anamai>