

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สนับสนุนการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 9 และเพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

สำนักงาน

กลุ่มพัฒนางานวิชาการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9
อ.เมือง จ.นครราชสีมา
โทร 044-212900 ต่อ 135
โทรสาร 044-255211
E-mail : pooky6833@gmail.com
Website <http://www.odpc9.org>

ที่ปรึกษา

1. ศ.นพ.ธีระ รามสูต
2. นพ.กฤษฎา มโหทาน

บรรณาธิการอำนวยการ

นพ.ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร
พญ.ผลิน กมลวัฒน์

บรรณาธิการ

นางสาวสุชัญญา มานิตย์ศิริกุล

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางญาดา โตอุตชนม์

ฝ่ายจัดการ

1. นายธีระวุธ ธรรมกุล
2. นางทิพย์รัตน์ ธรรมกุล

กองบรรณาธิการนอกหน่วยงาน

1. ศ.เกียรติคุณ ดร.พันธุ์ทิพย์ รามสูต
สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
2. รศ.ดร.โยธิน แสงดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รศ.ดร.บัณฑิต ถิ่นคำรพ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4. รศ.อรุณ จิรวัดน์กุล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
5. ผศ.ดร.สุชาดา รัชชกุล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
6. ผศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช มหาวิทยาลัยมหิดล
7. ผศ.ดร.ทัศนีย์ ศิลาวรรณ มหาวิทยาลัยมหิดล
8. ดร.เพ็ญศรี รั้ววงศ์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
9. ดร.สังสิทธิ์ สังวรโยธิน มหาวิทยาลัยมหิดล
10. นายสุรชัย ศิลาวรรณ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
11. ผศ.ดร.หนึ่งหทัย ขอผลกลาง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี

กองบรรณาธิการในหน่วยงาน

1. นพ.บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันทน์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2. นพ.กฤษฎา มโหทาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
3. นพ.สมบัติ แทนประเสริฐสุข กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
4. พญ.เพชรวรรณ พึ่งรัมย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
5. ผศ.ดร.ศุภวรรณ มโนสุนทร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
6. นายไพโรจน์ พรหมพันธุ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
7. นางกาญจนา ยังขาว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.
8. นางนันทนา แต่ประเสริฐ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.
9. นางดวงจันทร์ จันทร์เมือง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.

กำหนดออกเผยแพร่

ปีละ 3 ฉบับ
ตุลาคม - มกราคม
กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม
มิถุนายน - กันยายน

จำนวน

100 เล่ม

พิมพ์ที่

หจก. เลิศศิลป์ สาสน์ โฮลดิ้ง
336 ถ.สุรนารี ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000
โทรศัพท์ 044-252883
โทรสาร 044-342238

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ตีพิมพ์ปีละ 3 ครั้ง เผยแพร่บทความวิชาการเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ รายละเอียดเกี่ยวกับการส่งบทความหรือรายงานการวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์ ศึกษาได้จากคำแนะนำสำหรับผู้เขียนซึ่งอยู่ด้านท้ายของวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 ทุกฉบับ ทางกองบรรณาธิการจะไม่พิจารณาตีพิมพ์บทความหรือรายงานการวิจัย ถ้าไม่ได้เขียนในรูปแบบคำแนะนำ และบทความที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 แล้ว ไม่สามารถนำไปเผยแพร่ในวารสารวิชาการอื่นๆ ได้

ส่งผลงาน/บทความ/รายงานการวิจัยมายัง

งานวารสารวิชาการ กลุ่มพัฒนาวิชาการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

ลิขสิทธิ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา Website <http://www.odpc9.org>

สารบัญ / Content

ปีที่ 22 ฉบับที่ 3 เดือนมิถุนายน - กันยายน 2559

1. พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง จังหวัดนครราชสีมา Risk behavior of Hypertension risk group : A Case study in Nong pling Tambol health promoting hospital, Nakhon Ratchasima รัฐริณี ธนเศรษฐ.....	5
2. การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน ไทย-ลาว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี Network development for disease surveillance, prevention and Control in Border Thai-Laos, The office of Disease Prevention and Control 7 th Ubonratchathani Province. สุชญา สีหะวงษ์.....	21
3. ประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแผนที่จุดเสี่ยง ฮิยาริ ฮัตโตะ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนพระธาตุหนองสามหมื่น ตำบลบ้านแก่ง อำเภอกุฉีชุม จังหวัดชัยภูมิ The Effectiveness of Motorcycle Accident Prevention Program by Applying Self Efficacy Theory and HiyariHatto Risk Map among Secondary School's Student in Phrathatnongsammuen School, Bankaeng Sub-district, Phukieo District, Chaiyaphum Province ตติยา ฉิมชัยภูมิ.....	33
4. การพัฒนาและตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถามวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด The Development and Validation of a Questionnaire Measuring Patient Satisfaction with Services at The Chronic Non-communicable Diseases Clinics of Tumbon Health Promoting Hospital, Suwannaphom District, Roi-et Province อุษณีย์ ชินศรี.....	45
5. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดจากเชื้อ Escherichia coli และ Klebsiella pneumoniae สายพันธุ์ตัวยานิตสร้างเอนไซม์ Extended-spectrum β -Lactamase ในโรงพยาบาลจังหวัดนครพนม Factors associated with Extended-spectrum β -Lactamase Producing Escherichia coli and Klebsiella pneumoniae Bloodstream Infection among hospitals in Nakhon Phanom province พเยาวดี แอบไธสง	57
ท้ายเล่ม คำแนะนำสำหรับผู้เขียน	68

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 3 ของปีงบประมาณ 2559 วารสารฉบับนี้จะเป็นบทความวิชาการที่เกี่ยวกับเรื่องโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ เรื่องพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เรื่องการพัฒนาและตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถามวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และเรื่องประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแผนที่จุดเสี่ยงฮิยาริฮัตตะ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ อีก 2 เรื่อง เป็นเรื่องของปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อ *Escherichia coli* และ *Klebsiella pneumoniae* สายพันธุ์ดื้อยาชนิดฤทธิ์ขยายในกระแสเลือด และเรื่องของการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญในปัจจุบัน หากท่านผู้อ่านได้นำข้อค้นพบที่ได้ในการศึกษา ของวารสารฉบับนี้ไปใช้ประโยชน์ และใช้ในการอ้างอิงการวางแผนแก้ไขปัญหาในพื้นที่ คณะผู้จัดทำจะรู้สึกเป็นเกียรติมากที่ได้สร้างคุณประโยชน์แก่หน่วยงานและวงการสาธารณสุขในการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ต่อไป

นางสาวสุชัญญา มานิตย์ศิริกุล
บรรณาธิการ

**พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง : กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริม
สุขภาพตำบลหนองปลิง จังหวัดนครราชสีมา**

**Risk behavior of Hypertension risk group : A Case study in Nong pling Tambol
health promoting hospital, Nakhon Ratchasima**

รัฐธนีย์ ธนเศรษฐ

Rattarinee Thanaseth

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima

บทคัดย่อ

พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงรายบุคคล สำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดเสี่ยงโรค การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ศึกษาในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองและขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง ในระหว่างเดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2559 ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 1,206 คน นำมาคำนวณขนาดตัวอย่างได้ 300 คน โดยการสุ่มแบบง่าย เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นและผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ด้านโรคความดันโลหิตสูงและด้านพฤติกรรมสุขภาพได้ดัชนีความสอดคล้อง 0.86 และทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ประเด็นความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงได้ค่าความเชื่อมั่น .78 และความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงได้ค่าความเชื่อมั่น .81 วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติ t- test และ F- test

ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 61.0) มีอายุระหว่าง 35 - 45 ปี (ร้อยละ 54.3) มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 78.3) จบชั้นประถมศึกษามากที่สุด (ร้อยละ 53.0) ประกอบอาชีพทำไร่/ทำนา/ทำสวน มากที่สุด (ร้อยละ 37.7) และมีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 48.3) ค่าดัชนีมวลกายส่วนมากอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 66.7) และไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 65.3) บุคคลในครอบครัวหรือพี่น้องส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลใดป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 57.04) และไม่มีบุคคลใดป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 51.84) ได้รับความรู้ด้านสุขภาพจากอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 56.3) เมื่อเจ็บป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ (ร้อยละ 56.0) และไม่ใช่ภูมิปัญญาในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ร้อยละ 70.7) มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมเสี่ยงในระดับเสี่ยงมากทุกด้าน หากจำแนกรายข้อพบว่า มีพฤติกรรมเสี่ยงมากที่สุด คือ การเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว น้ำตาล ผงชูรส รสดี ซอสปรุงรสในการปรุงอาหารในแต่ละมื้อและเพิ่มในอาหารก่อนรับประทาน, การรับประทานอาหารทอด และการรับประทานอาหารที่ไขมันสูงและโคเลสเตอรอลสูง, การไม่ออกกำลังกายและออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง แต่ละครั้งน้อยกว่า 30 นาที, มักจะดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่อมีงานสังสรรค์หรือตามวันเทศกาล และมีอาการเมาไม่ได้สติเป็นประจำมากกว่า 5 ครั้ง/เดือนและมักดื่มเมื่อรู้สึกเครียด, ส่วนใหญ่สูบบุหรี่และอยู่ในบริเวณเดียวกันกับผู้สูบบุหรี่, ส่วนใหญ่มักพบกับเรื่อง / เหตุการณ์ที่ทำให้อารมณ์ไม่ดี/ เครียด/ กังวล/ โกรธ เป็นประจำ และเมื่อรู้สึกเครียดจะรับประทานอาหารและขนมหวานเพื่อระงับความเครียด และปัจจัยระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และความรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ควรนำผลวิจัย

ที่ได้ไปพัฒนารูปแบบการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) ของกลุ่มเสี่ยง โดยให้ “กลุ่มเสี่ยง” เป็นศูนย์กลางในการจัดการโรคเพื่อการดูแลตนเอง (Patients self-care) มีการประเมินผล และการยกย่องชมเชยแก่กลุ่มเสี่ยงที่จัดการตนเองดีและนำข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงรายบุคคล มาร่วมวิเคราะห์ กับกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้รับรู้พฤติกรรมเสี่ยงและผลกระทบต่อตนเองในอนาคต รวมถึงให้สอบถามปัญหาจนรู้สึก ยอมรับในการลดปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเองเกิดความรู้ความตระหนัก เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกิดวัฒนธรรม ในการดูแลตนเอง ลดเสี่ยง ลดอัตราป่วยรายใหม่และลดค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาได้อย่างมหาศาลต่อไป

คำสำคัญ : พฤติกรรมเสี่ยง, กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง

Abstract

Risk behavior of Hypertension risk groups individuals. Significant behavioral change to reduce disease risk reduction. This research is a survey (Survey. Research) purpose to identify risk factors and health behaviors were associated with the risk of hypertension. In high-risk disease, high blood pressure, who have been screened and registered at the Health Promotion Hospital Tambon Nongpling. During the month of October 2558 to February 2559 at the age of 35 years and a total of 1, 206 people from the formula used to calculate the number of samples has 300 people by simple random sampling. Data were collected using a questionnaire developed by the researcher and more. Validated the accuracy of the content by health professionals. The disease, hypertension and behavioral health IOC .86 and test the reliability of the interviews on issues related to blood pressure, high reliability. 78, and the confidence of the interview risky behavior. risk group had the confidence. 81 analyzed using percentage, mean, standard deviation and statistics, t- test and F- test.

Results showed that the respondents were female, most (61.0 percent.) aged 35 - 45 years (54.3 percent), 78.3 percent of them were married. Completion of primary education, most (53.0 percent) professionals working farm / rice farming / gardening most (percentage. 37.7) and 48.3 percent Earning less than 5,000 baht per month with a BMI in the normal majority (66.7 percent), 65.3 percent have no health problems. Family members or siblings mostly without any diabetes (of 57.04), and no disease, high blood pressure (of 51.84), perceived health literacy was 56.3 percent gain from volunteering. Register for Public Health and Health Officer Practice when illness is found to be 56.0 percent of health center. And 70.7 percent did not use wisdom to promote health and prevent disease. The level of knowledge about the disease, hypertension are moderate. The risk in overall risk behavior in all aspects of risk. If the item discriminative behavior in the most vulnerable areas include Most have a habit of adding sugar, fish sauce, soy sauce, MSG flavor in cooking and in food in each meal before eating. Eating fried And eating foods that are high in fat, high fat and high cholesterol and Lack of exercise and physical activity at least three times each week for at least 30 minutes, often drinking alcohol when having a party or festival. And sickness unconscious is more than 5 times / month and always drink when feeling stressed. Smokers and live in the same area. Most often found on / Events that made a bad mood / stress / anxiety / anger regularly and when you feel stressed and eat dessert. and the level of education, occupation, income, and health education about the disease, hypertension are associated

with behavioral health risks. hypertension are significant statistically. The research should lead to develop a model support self-management of risk. Based on risk-centric self-care (Patients self-care) evaluation and recognition. the risk that self-management, and information on individual risk behaviors. Together with the risk analysis to recognize risky behavior and its impact on their future. Including the problem was recognized as a reduction in risk with the knowledge and awareness. The behavior modification A culture of self-care to reduce the risk reduction of new cases and reduce the costs of care continue to be enormous.

Keywords : Risk behavior, Hypertension risk group

บทนำ

โรคความดันโลหิตสูง เป็นปัญหาสาธารณสุข เนื่องจากเป็นโรคเรื้อรังรักษาไม่หายขาดมีภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงและมีแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น หากไม่ได้รับการรักษามีโอกาสเกิดโรคหลอดเลือดหัวใจตีบมากกว่าคนปกติเพิ่มขึ้น 3 เท่า เกิดโรคหัวใจวายเพิ่มขึ้น 6 เท่า และเกิดโรคอัมพาตได้เพิ่มขึ้น 7 เท่าของคนปกติและเสียชีวิตจากหัวใจวายและเส้นเลือดในสมองอุดตัน หรือแตกร้อยละ 20-30 และเสียชีวิตจากไตวายเรื้อรังร้อยละ 5 - 10 แต่ในทางตรงข้ามผลการศึกษาทางการแพทย์ระบุว่า หากสามารถควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับเป้าหมายหรือต่ำกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอทจะสามารถช่วยลดโอกาสการเกิดอัมพฤกษ์อัมพาตลงได้ร้อยละ 35 - 40 ลดการเกิดโรคหัวใจ สัมเหลวได้มากกว่าร้อยละ 50 และลดการเกิดกล้ามเนื้อหัวใจตายได้ร้อยละ 20-25⁽¹⁾ นอกจากนี้ยังทำให้ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายอย่างมหาศาลในการดูแลรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่อง ตั้งแต่เริ่มเป็นจนกระทั่งผู้ป่วยเสียชีวิตเพราะมักจะเกิดภาวะแทรกซ้อนตามมาได้แก่ โรคหัวใจ อัมพาต ไตวาย⁽²⁾ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกพบว่าโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายอันดับ 3 ของโลกและคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2563 จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคความดันโลหิตสูงถึงร้อยละ 73⁽³⁾ และจากข้อมูลของสำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข พบว่าปี 2550, 2551, 2552 และ 2553 อัตราป่วยต่อแสนประชากรด้วยโรคความดันโลหิตสูงเท่ากับ 544.08, 778.10, 782.38 และ 862.25 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงภาพรวมของประเทศ เพิ่มขึ้นตามลำดับ และอัตราตายด้วยโรคความดันโลหิตสูงตั้งแต่ปี 2547 - 2553 เท่ากับ 3.6 - 6.9 ต่อประชากรแสนคน แม้ว่าอัตราตายไม่สูงมากนัก แต่เป็นสาเหตุเกิดโรคอื่นที่นำไปสู่การตายได้สูงเช่นโรคหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต ไตวาย หลอดเลือดสมอง จึงเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่รุนแรง เนื่องจากความเจริญทางด้านเทคโนโลยี ส่งผลต่อวิถีชีวิตและก่อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม⁽³⁾ สร้างค่านิยมการบริโภคตามชาติตะวันตก ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ใช้ชีวิตสะดวกสบาย ทำให้ร่างกายใช้พลังงานน้อยกว่าพลังงานที่รับประทานเข้าไป เหนียง เครียดและเร่งรีบซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้ เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง และที่สำคัญคือร้อยละ 70 ของคนกลุ่มนี้ไม่ทราบว่าตนเองเป็นโรคความดันโลหิตสูง ทำให้ไม่ได้รับการรักษาหรือได้รับการแนะนำการปฏิบัติตนอย่างถูกต้อง นอกจากนี้ผู้ป่วยก็ยังให้ความร่วมมือในการใช้ยาลดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ⁽⁴⁾ ดังนั้นการค้นหากลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ยังไม่มีอาการ นำมาลดปัจจัยเสี่ยงตั้งแต่เริ่มแรกเป็นมาตรการที่จะช่วยลดและชะลอการเกิดโรค (กุลพิมล และนิตยา, 2552)⁽⁵⁾ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่จังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ ชัยภูมิ ในปี 2556-2558 มีการเจ็บป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสำคัญ อัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นและจังหวัดนครราชสีมา มีอัตราป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มสูงขึ้นจาก 3,463 เพิ่มขึ้นเป็น 5,445 ต่อแสนประชากร⁽⁶⁾ และจากการประเมินรับรองคลินิก NCD คุณภาพ ปี 2557 - 2558 พบว่าสถานบริการสาธารณสุขร้อยละ 95

พบปัญหาการจัดบริการเชื่อมโยงสู่ชุมชนให้มีการวิเคราะห์ข้อมูลร่วมกันระหว่างชุมชนและโรงพยาบาล การประสานความร่วมมือ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพกลุ่มเสี่ยง เกิดมาตรการให้ชุมชนสามารถจัดการลดเสี่ยงในชุมชนได้

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง เป็นสถานบริการในเขตเมืองนครราชสีมา มีอัตราป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงที่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ส่งผลให้เกิดผลแทรกซ้อนต่อผู้ป่วยตามมาคือ อัมพฤกษ์ คิดเป็นร้อยละ 42.86 โรคหัวใจร้อยละ 35.71 รองลงมา โรคไตร้อยละ 14.29 จากการคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในประชากรอายุ 35 ปีขึ้นไปปี 2557 - 2559 มีความครอบคลุมมากกว่าร้อยละ 90 พบกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นร้อยละ 6.8, 10.3 และ 10.6 ตามลำดับ และจากผลการประเมินโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดปัจจัยเสี่ยงพบว่าโครงการยังไม่สามารถสร้างความตระหนักให้กลุ่มเสี่ยงปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ สาเหตุมาจากกลุ่มเสี่ยงไม่ทราบว่าตนเองมีพฤติกรรมเสี่ยงอะไรบ้าง ถ้าไม่ปรับเปลี่ยนจะส่งผลอย่างไรบ้างในอนาคต จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงรายบุคคล เพื่อทราบพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงเพื่อนำผลวิจัยที่ได้ให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพนำไปพัฒนารูปแบบการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self- management support) ของกลุ่มเสี่ยงและจัดสภาวะแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่จะช่วยลดและชะลอการเกิดโรครายใหม่ในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพและลดค่าใช้จ่ายทางสุขภาพได้อย่างมหาศาลต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่มารับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลหนองปลิง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ศึกษาในประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงโรคความดันโลหิตสูงที่ได้รับการคัดกรองขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมาในระหว่างเดือนตุลาคม 2558 ถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2559 ที่มีอายุตั้งแต่ 35 ปีขึ้นไป จำนวนทั้งหมด 1,206 คน คำนวณขนาดตัวอย่างที่ระดับความเชื่อมั่นร้อยละ 95 ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ร้อยละ 5 เพื่อประมาณค่าเฉลี่ยของประชากรในกรณีที่ทำขนาดของประชากร⁽⁷⁾ ได้จำนวน 300 คน และใช้การสุ่มตัวอย่างแบบง่ายและกลุ่มตัวอย่างพร้อมและยินดีให้ข้อมูล เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องและผ่านการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคความดันโลหิตสูง ผู้เชี่ยวชาญด้านพฤติกรรมสุขภาพได้ดัชนีความสอดคล้อง 0.86 และได้ทดสอบความเชื่อมั่นโดยนำแบบสัมภาษณ์ไปทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ตำบลหนองจะบก อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับประชากรที่ต้องการศึกษาจำนวน 30 ชุด ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์ประเด็นความรู้การดูแลสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงได้ค่าความเชื่อมั่น .78 และความเชื่อมั่นของแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงได้ค่าความเชื่อมั่น .81 โดยแบบสัมภาษณ์แบ่งออกเป็น 3 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของประชาชนกลุ่มเสี่ยงได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ น้ำหนัก ส่วนสูง ดัชนีมวลกาย รอบเอว โรคประจำตัว บุคคลในครอบครัวมีผู้ป่วยด้วยโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง แหล่งความรู้ด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย และการใช้ภูมิปัญญาโดยมีลักษณะ เป็นข้อคำถามแบบเลือกตอบ จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับความรู้การดูแลสุขภาพโรคความดันโลหิตสูง มีลักษณะคำถามเป็น คำถามประเมินความรู้ ที่ให้เลือกตอบคำว่า “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” เพียง 2 ตัวเลือกเท่านั้น จำนวน 10 ข้อ

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยง 5 ด้าน ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงด้านการ บริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และพฤติกรรมเสี่ยงด้านอารมณ์ โดยมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ จำนวน 44 ข้อ

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปแบ่งออกเป็น 5 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้การแจกแจง ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ตอนที่ 2 วิเคราะห์ความรู้การดูแลสุขภาพโรคความดันโลหิตสูงโดยใช้ ร้อยละ

การแปลผลคะแนนในการวิจัยครั้งนี้ เกณฑ์การให้คะแนน ตอบถูก คะแนนมีค่าเป็น 1 ถ้าตอบผิด คะแนน มีค่าเป็น 0 โดยนำคะแนนทั้งหมดมาจัดระดับความรู้ ตามเกณฑ์ของ Bloom⁽⁸⁾ โดยกำหนดคะแนนดังนี้

ระดับความรู้สูง คะแนนมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป คะแนน 16 คะแนนขึ้นไป

ระดับความรู้ปานกลาง คะแนนอยู่ในช่วงร้อยละ 60 –80 คะแนน 12 – 15 คะแนน

ระดับความรู้ต่ำ คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 คะแนนต่ำกว่า 12 คะแนน

ตอนที่ 3 วิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง โดยค่าเฉลี่ย และส่วน เบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าเฉลี่ยที่ได้นำมาจัดทำเป็นเกณฑ์วัด แบ่งระดับตามช่วงความสำคัญ 5 ช่วง เป็นการวัดแบบ มาตรฐานส่วนประมาณค่า (rating scale) ของ Likert ซึ่งผลจากการคำนวณหาความกว้างอันตรภาคชั้น โดยแบ่งเป็น 5 ช่วง เท่า ๆ กันและกำหนดเกณฑ์แปลความหมายค่าเฉลี่ยดังนี้

ช่วงคะแนนค่าเฉลี่ย 4.21 –5.00 หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงน้อยที่สุด

ช่วงคะแนนค่าเฉลี่ย 3.41 –4.20 หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงน้อย

ช่วงคะแนนค่าเฉลี่ย 2.61 –3.40 หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงปานกลาง

ช่วงคะแนนค่าเฉลี่ย 1.81 –2.60 หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงมาก

ช่วงคะแนนค่าเฉลี่ย 1.00 –1.80 หมายถึง มีพฤติกรรมเสี่ยงมากที่สุด

ตอนที่ 4 วิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงเกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูงครั้งนี้ ตัวแปรอิสระได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และการใช้ภูมิปัญญาในการส่งเสริมสุขภาพ ตัวแปรตามคือพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ด้วยสถิติ t-test และ F-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการการศึกษา

พบกลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากที่สุด (ร้อยละ 61.0) มีอายุระหว่าง 35 - 45 ปี (ร้อยละ 54.3) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 78.3) สำเร็จการศึกษาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 53.0) ประกอบอาชีพทำไร่/ทำนา/ทำสวน (ร้อยละ 37.7) มีรายได้ต่ำกว่า 5,000 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 48.3) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ (ร้อยละ 66.7) ไม่มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 65.3) บุคคลในครอบครัวหรือพี่น้องส่วนใหญ่ไม่มีบุคคลใดป่วยเป็นโรคเบาหวาน (ร้อยละ 57.04) และไม่มีบุคคลใดป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 51.84) การรับรู้ความรู้ด้านสุขภาพพบว่า ส่วนใหญ่ได้รับความรู้ด้านสุขภาพจากอาสาสมัครสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (ร้อยละ 56.3) เมื่อเจ็บป่วยจะไปรับบริการที่สถานีนามัย (ร้อยละ 56.0) และไม่ใช่ภูมิปัญญาในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (ร้อยละ 70.7) และมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 51.0) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (n = 300)

	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	117	39.0
	หญิง	183	61.0
2. อายุ (อายุเฉลี่ย 48 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.75)	35 - 45 ปี	163	54.3
	46 - 55 ปี	64	21.3
	56 - 65 ปี	43	14.3
	66 - 75 ปี	20	6.7
	75 ปีขึ้นไป	10	3.3
3. สถานภาพสมรส	โสด	20	6.7
	สมรส	235	78.3
	หม้าย/หย่าร้าง	45	15.0
4.วุฒิการศึกษา	ไม่ได้เรียน	71	23.7
	ประถมศึกษา	159	53.0
	มัธยมศึกษา	48	16.0
	อนุปริญญา/ปริญญาตรี หรือสูงกว่า	22	7.3
	5. อาชีพ	ทำสวน/ทำไร่/ทำนา	113
ทำงานโรงงาน/บริษัท		26	8.7
รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ		15	5.0
ค้าขาย/ธุรกิจส่วนตัว		37	12.3
รับจ้างทำงานต่างประเทศ		53	17.7
ทำงานบ้าน/พ่อบ้าน/แม่บ้าน		42	14.0
ว่างงาน		14	4.7

	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
6. รายได้ของท่านต่อเดือน	ไม่มีรายได้	49	16.3
	ต่ำกว่า 5,000 บาท	145	48.3
	5,001 – 10,000 บาท	86	28.7
	มากกว่า 10,001 บาท	20	6.7
7. ดัชนีมวลกาย	ปกติ/ไม่มีปัจจัยเสี่ยง	157	52.3
	มากกว่าเกณฑ์/ผิดปกติ/มีปัจจัยเสี่ยง	143	47.7
8. ขนาดรอบเอว	ปกติ/ไม่มีปัจจัยเสี่ยง	200	66.7
	มากกว่าเกณฑ์/ผิดปกติ/มีปัจจัยเสี่ยง	100	33.3
9. โรคประจำตัว	ไม่มี	196	65.3
	ไม่ทราบ	45	15.0
	มี	59	19.7
10. ประเภทโรค (n = 59)	หอบหืด	6	10.2
	ความดันโลหิตสูง	36	61.0
	เบาหวาน	8	13.6
	ความดันโลหิตสูงและเบาหวาน	5	8.5
	วัณโรค	2	3.4
	กระเพาะอาหาร	2	3.4
11. แหล่งความรู้ด้านสุขภาพ	โทรทัศน์	106	35.3
	วิทยุ	12	4.0
	หนังสือพิมพ์/เอกสาร/วารสาร	13	4.3
	แผ่นพับ/ป้าย/โปสเตอร์		
12. การปฏิบัติเมื่อเจ็บป่วย	อสม./จนท.สาธารณสุข	169	56.3
	ซื้อ/จัดหาयरับประทานเอง/ ไปโรงพยาบาลเอกชนและอื่น ๆ	29	9.7
	ไปสถานีนอนามัย	168	56.0
	ไปโรงพยาบาลของรัฐ	103	34.3
13. การใช้ภูมิปัญญาในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	ไม่ใช้	212	70.7
	ใช้	88	29.3

	ตัวแปร	จำนวน	ร้อยละ
15. ประเภทภูมิปัญญา (n = 88)	สมุนไพรพื้นบ้าน	30	34.1
	นวดแผนไทย	34	38.6
	สมุนไพรและนวดแผนไทย	22	24.9
	อื่นๆ	2	2.3
14. ความรู้เกี่ยวกับการดูแล สุขภาพเกี่ยวกับโรคความดัน โลหิตสูงและโรคเบาหวาน	ระดับต่ำ	41	3.7
	ระดับปานกลาง	153	51.0
	ระดับสูง	106	35.3

ผลการวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารในภาพรวมอยู่ในระดับเสี่ยงมาก หากแยกรายข้อ พบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงจากการเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว น้ำตาล ผงชูรส รสดี ซอสปรุงรสในการปรุงอาหาร ฯลฯ และชอบรับประทานอาหารที่มีไขมันสูงและโคเลสเตอรอลสูง อยู่ในระดับเสี่ยงมากที่สุด ($\bar{X} = 1.25$, $SD = 0.64$) รองลงมาคือมีพฤติกรรมรับประทานอาหารประเภททอด และรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัด ($\bar{X} = 1.74$, $SD = .92$) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูง ด้านการบริโภคอาหาร

พฤติกรรมเสี่ยง ด้านการบริโภคอาหาร	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบน มาตรฐาน	ระดับ พฤติกรรมเสี่ยง
1. ท่านรับประทานอาหารที่มีรสเค็มจัดเช่น เนื้อเค็ม ปลาเค็ม ไข่เค็ม ผักกาดดอง กระเทียมดอง น้ำบูดู ปลาร้า น้ำปู กะปิ เป็นต้น	1.74	.92	เสี่ยงมากที่สุด
2. ท่านชอบรับประทานอาหารประเภทที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง เช่น เครื่องในสัตว์ ขาหมูติดมัน หมูสามชั้น หนังไก่ คอหมูย่าง เนื้อสัตว์ติดมัน ข้าวมันไก่ หอยทอด ผัดไท แค็บหมู ข้าวซอย แกงฮังเล มัสมั่น หมูชะมวง	1.25	.64	เสี่ยงมากที่สุด
3. ท่านรับประทานเครื่องดื่มที่มีน้ำตาลสูง เช่น น้ำอัดลม ต้มชา น้ำผลไม้ปั่น น้ำผลไม้สำเร็จรูป กาแฟเย็น ขนมเค้ก เบเกอรี่และอื่นๆ	1.88	.94	เสี่ยงสูงมาก
4. ท่านรับประทานผลไม้ดองเช่นมะม่วงดอง มะขามดอง ฝรั่งดอง ลูกกระท้อนดอง	2.59	1.01	เสี่ยงปานกลาง
5. ท่านรับประทานขนมกรุบกรอบเป็นถุงที่มีส่วนประกอบของเกลือในปริมาณที่มากเช่น สาหร่าย ข้าวเกรียบ มันฝรั่ง เป็นต้น	1.88	.94	เสี่ยงมาก
6. ท่านรับประทานอาหารประเภททอด เช่น เนื้อทอด หมูทอด ไก่ทอด ปลาทอด ไข่ทอด	1.74	.92	เสี่ยงมากที่สุด
7. ท่านเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว น้ำตาล ผงชูรส รสดี ซอสปรุงรสในการปรุงอาหารในแต่ละมื้อและเพิ่มในอาหารก่อนรับประทาน	1.25	.64	เสี่ยงมากที่สุด
8. ท่านใช้การย่าง อบ ต้ม หรือเผา แทนการทอด	2.44	.78	เสี่ยงปานกลาง

พฤติกรรมเสี่ยง ด้านการบริโภคอาหาร	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับพฤติกรรมเสี่ยง
9. ท่านรับประทานอาหารที่หลากหลาย ไม่จำเจ โดยเน้นผัก และผลไม้รสไม่หวาน	2.50	.77	เสี่ยงปานกลาง
10. ท่านรับประทานอาหารหรือขนมที่มีส่วนประกอบของกะทิ เช่น แกงเขียวหวาน แกงเผ็ด พะแนง ก๋วยเตี๋ยวซี่ เป็นต้น	1.88	.94	เสี่ยงมาก
รวม	1.88	.94	เสี่ยงมาก

พฤติกรรมเสี่ยงด้านออกกำลังกายในภาพรวมอยู่ในระดับเสี่ยงมาก ($\bar{X} = 2.04, SD = 0.84$) หากแยกรายละเอียดพบว่า การไม่ออกกำลังกายอยู่ในระดับเสี่ยงสูงมากที่สุด ($\bar{X} = 1.25, SD = 0.64$) รองลงมาคือมีพฤติกรรมออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งน้อยกว่า 30 นาที ($\bar{X} = 1.74, SD = 0.92$) ดังตารางที่ 3 แสดงพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงความดันโลหิตสูงด้านการออกกำลังกาย

พฤติกรรมเสี่ยง ด้านการออกกำลังกาย	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับพฤติกรรมเสี่ยง
11. ท่านไม่ออกกำลังกาย	1.25	.64	เสี่ยงมากที่สุด
12. ท่านออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง แต่แต่ละครั้งน้อยกว่า 30 นาที	1.74	.92	เสี่ยงมากที่สุด
13. ท่านออกกำลังกายแบบแอโรบิค เช่น เดินเร็ว วิ่ง ซี่จักรยาน ว่ายน้ำเป็นประจำอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที	1.88	.94	เสี่ยงมาก
14. ท่านออกกำลังกายหรือเล่นกีฬาจนรู้สึกเหนื่อยมากอย่างน้อย สัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 20 นาที	2.04	.84	เสี่ยงมาก
15. ท่านออกกำลังกายหรือเล่นกีฬา ระดับปานกลาง (รู้สึกเหนื่อยพอประมาณ หายใจแรงขึ้นกว่าปกติเล็กน้อย แต่ยังสามารถพูดคุยกับคนข้างเคียงได้จนจบประโยค) อย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาที	2.44	.78	เสี่ยงมาก
16. ท่านออกกำลังกาย เล่นกีฬาเบา ๆ หรือเคลื่อนไหวร่างกาย เช่น ทำงานบ้าน เดินไปทำงาน อย่างน้อยสัปดาห์ละ 5 วัน ๆ ละ 60 นาที	2.50	.77	เสี่ยงมาก
17. ท่านออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอเพื่อควบคุมน้ำหนัก	1.87	1.02	เสี่ยงมาก
18. ท่านเดินขึ้นบันไดแทนลิฟท์	2.70	.98	เสี่ยงปานกลาง
19. ท่านออกกำลังกายก่อน/หลังรับประทานอาหารเย็น อย่างน้อย 2 ชั่วโมง	2.52	.88	เสี่ยงมาก
รวม	2.04	.84	เสี่ยงมาก

พฤติกรรมเสี่ยงด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์พบว่าในภาพรวมอยู่ระดับเสี่ยงมาก ($\bar{X} = 2.40$, $SD = 0.76$) จำแนกรายข้อพบว่า มีพฤติกรรมการดื่มเมื่อมีงานสังสรรค์หรือตามวันเทศกาล และมีอาการเมาไม่ได้สติเป็นประจำมากกว่า 5 ครั้ง/เดือน ในระดับเสี่ยงมากที่สุด ($\bar{X} = 1.25$, $SD = 0.64$) และมีพฤติกรรมดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่อรู้สึกเครียด ($\bar{X} = 1.74$, $SD = 0.92$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์

พฤติกรรมเสี่ยง ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับพฤติกรรมเสี่ยง
20. ท่านดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ เช่น สุรา เบียร์ ไวน์ สาโท เหล้าปั่น	2.44	.78	เสี่ยงมาก
21. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่อรู้สึกเครียด	1.74	.92	เสี่ยงมากที่สุด
22. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ก่อนอาหารทุกมื้อมากกว่า 1 แก้วเป็ก (1 เป็ก เท่ากับ 30 มิลลิลิตร)	1.88	.94	เสี่ยงมาก
23. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อมีงานสังสรรค์หรือตามวันเทศกาล และมีอาการเมาไม่ได้สติเป็นประจำ มากกว่า 5 ครั้ง/เดือน	1.25	.64	เสี่ยงสูงมากที่สุด
24. ท่านดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เมื่อมีงานสังสรรค์หรือตามวันเทศกาล และมีอาการเมาไม่ได้สติเป็นประจำ มากกว่า 10 ครั้ง/เดือน	2.50	.77	เสี่ยงมาก
25. ท่านปฏิเสธเมื่อถูกชักชวนให้ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์	2.72	.80	เสี่ยงปานกลาง
26. ท่านดื่มสุรา/ยาตองเพื่อให้เจริญอาหารน้อยกว่า 1 แก้วเป็ก (1 แก้วเป็กเท่ากับ 30 มิลลิลิตร/มื่อ)	2.40	.76	เสี่ยงมาก
รวม	2.40	.76	เสี่ยงมาก

พฤติกรรมเสี่ยงด้านอารมณ์พบว่าในภาพรวมอยู่ระดับเสี่ยงมาก ($\bar{X} = 2.44$, $SD = 0.78$) จำแนกรายข้อพบว่า ส่วนใหญ่มักพบกับเรื่อง เหตุการณ์ที่ทำให้อารมณ์ไม่ดี/ เครียด/กังวล/โกรธ เป็นประจำ และเมื่อรู้สึกเครียดจะรับประทานอาหารและขนมหวาน เพื่อระงับความเครียดในระดับเสี่ยงมากที่สุด ($\bar{X} = 1.25$, $SD = 0.64$) ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 แสดงพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้านอารมณ์

พฤติกรรมเสี่ยง ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับพฤติกรรมเสี่ยง
27. ท่านอารมณ์ดี ไม่เครียด ไมโกรธง่าย	2.44	.78	เสี่ยงมาก
28. ท่านมักหงุดหงิด เครียด กังวลหรือโกรธง่าย	2.72	.80	เสี่ยงปานกลาง
29. ท่านควบคุมอารมณ์ตนเองไม่ได้เมื่อรู้สึกโกรธ เช่น ขว้างปาสิ่งของ เอะอะโวยวาย	2.44	.78	เสี่ยงมาก
30. ท่านมักพบกับเรื่อง/เหตุการณ์ที่ทำให้อารมณ์ไม่ดี/ เครียด/ กังวล/โกรธ เป็นประจำ	1.25	.64	เสี่ยงมากที่สุด

พฤติกรรมเสี่ยง ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับพฤติกรรมเสี่ยง
31. เมื่อท่านรู้สึกเครียดท่านจะรับประทานอาหารและขนมหวานเพื่อระงับความเครียด	2.44	.78	เสี่ยงมาก
32. เมื่อท่านรู้สึกเครียดท่านจะดื่มสุราหรือสูบบุหรี่เพื่อระงับความเครียด	1.25	.64	เสี่ยงมากที่สุด
33. เมื่อท่านมีอาการเครียดท่านจะปรึกษาพูดคุยกับเพื่อนๆ หรือสมาชิกในครอบครัว	2.59	1.01	เสี่ยงมาก
34. เมื่อมีความเครียดท่านมักจะคลายเครียดโดยการ ฟังเพลง ดูโทรทัศน์	2.92	.95	เสี่ยงปานกลาง
รวม	2.44	.78	เสี่ยงมาก

พฤติกรรมเสี่ยงด้านการสูบบุหรี่ พบว่าในภาพรวมอยู่ระดับเสี่ยงมาก ($\bar{X} = 2.44$, $SD = 0.78$) หากจำแนกรายข้อพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มักอยู่ในบริเวณเดียวกันกับผู้สูบบุหรี่ในระดับเสี่ยงสูงมากที่สุด ($\bar{X} = 1.25$, $SD = 0.64$) รองลงมาคือมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ($\bar{X} = 1.74$, $SD = 0.92$) ดังตารางที่ 6 ตารางที่ 6 แสดงพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง ด้านการสูบบุหรี่

พฤติกรรมเสี่ยง ด้านการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับพฤติกรรมเสี่ยง
35. ท่านสูบบุหรี่	1.74	.92	เสี่ยงมากที่สุด
36. ท่านสูบบุหรี่มวนต่อมวน	2.92	.95	เสี่ยงปานกลาง
37. ท่านสูบบุหรี่หรือยาเส้นทุกวันมากกว่า 1 มวน/วัน	2.44	.78	เสี่ยงมาก
38. ท่านสูบบุหรี่เพื่อคลายเครียด	2.59	1.01	เสี่ยงมาก
39. ท่านสูบบุหรี่หลังอาหารทุกมื้อ	2.50	.77	เสี่ยงมาก
40. ท่านสูบบุหรี่ระหว่างขับถ่าย	2.59	1.01	เสี่ยงมาก
41. ท่านสูบบุหรี่เป็นสิ่งแรกในตอนเช้า	2.40	.76	เสี่ยงมาก
42. ท่านมักอยู่ในบริเวณเดียวกันกับผู้สูบบุหรี่	1.25	.64	เสี่ยงมากที่สุด
43. ท่านสูบบุหรี่ทุกครั้งที่ได้รับประทานเครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2.00	1.02	เสี่ยงมาก
44. ท่านหลีกเลี่ยงการอยู่ในบริเวณที่มีผู้สูบบุหรี่	2.92	.95	เสี่ยงปานกลาง
รวม	2.44	.78	เสี่ยงมาก

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรอิสระปัจจัยบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและการใช้ภูมิปัญญาในการส่งเสริมสุขภาพกับตัวแปรตามคือ พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความดันโลหิตสูงพบว่าปัจจัยระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และความรู้ ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังตารางที่ 7

ตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยบุคคลกับพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันความดันโลหิตสูง

ปัจจัยบุคคล	P-value
ระดับการศึกษา	0.043
อาชีพ	0.012
รายได้	0.08
ระดับความรู้ ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	0.023
เพศ	0.103
อายุ	0.299
สถานภาพสมรส	0.510
ปัจจัยเสี่ยงที่ก่อให้เกิดโรค (ดัชนีมวลกาย)	0.294
การรับรู้ข่าวสารด้านสุขภาพ	0.400
การปฏิบัติตัวเมื่อเจ็บป่วย	0.960
การใช้ภูมิปัญญาในการส่งเสริมสุขภาพ	0.486

อภิปรายผล

ในภาพรวมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่ในระดับเสี่ยงมากทุกด้าน หากจำแนกรายด้าน พฤติกรรมเสี่ยงมากที่สุด ได้แก่ ด้านการบริโภคอาหาร มีพฤติกรรมการเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว น้ำตาล ผงชูรส รสดี ซอสปรุงรสในการปรุงอาหารในแต่ละมื้อและเพิ่มในอาหารก่อนรับประทาน มักรับประทานอาหารประเภททอด อาหารที่ไขมันสูง โคเลสเตอรอลสูง และมีรสเค็มจัด ด้านออกกำลังกายพบว่า ไม่ออกกำลังกาย และมีพฤติกรรมออกกำลังกายน้อยกว่าสัปดาห์ละ 3 ครั้ง แต่ละครั้งน้อยกว่า 30 นาที มักดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เมื่อมีงานสังสรรค์หรือตามวันเทศกาล และมีอาการเมาไม่ได้สติเป็นประจำมากกว่า 5 ครั้ง/เดือน และดื่มเมื่อรู้สึกเครียด สูบบุหรี่และอยู่ในบริเวณเดียวกันกับผู้สูบบุหรี่และมักมีเรื่อง / เหตุการณ์ที่ทำให้อารมณ์ไม่ดี/ เครียด/ กังวล/ โกรธ เป็นประจำและเมื่อเครียดจะรับประทานอาหารและขนมหวาน เพื่อระงับความเครียด สะท้อนให้เห็นว่ากลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมสุขภาพและวิถีชีวิตที่ไม่ถูกต้องเหมาะสม เช่น การบริโภคอาหารหวาน มัน และเค็มเพิ่มขึ้น ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ ขาดการออกกำลังกาย ส่งผลให้คนไทยมีภาวะน้ำหนักเกิน อ้วน และเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽⁹⁾ และการดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากมีผลทำให้เกิดโรคความดันโลหิตสูงได้ เนื่องจากการดื่มสุราจะกระตุ้นหัวใจให้สูบฉีดเลือดเร็วและแรงขึ้น ทำให้เกิดความดันสูงในหลอดเลือด⁽¹⁰⁾ และส่วนใหญ่ได้รับความรู้ด้านสุขภาพจาก อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเมื่อเจ็บป่วยไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการจัดบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เพื่อจัดการปัญหาโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ ควรจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) ของกลุ่มเสี่ยง โดยให้ “กลุ่มเสี่ยง” เป็นศูนย์กลางในการจัดการโรคเพื่อการดูแลตนเอง (Patients self-care) นำกลุ่มเสี่ยงมาปรับทัศนคติและส่งเสริมให้เกิดความรับผิดชอบต่อสุขภาพของตนเอง ใช้กลยุทธ์ให้กลุ่มเสี่ยงเข้ามามีบทบาทในการดูแลตนเอง มีการวิเคราะห์พฤติกรรมเสี่ยงร่วมกันเพื่อรับรู้เรื่องพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นสาเหตุที่แท้จริงของโรคและผลกระทบต่อตนเองในอนาคต รวมถึงให้สอบถามปัญหาจนรู้สึกยอมรับในการจัดการโรค และลดปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเองเกิดความรู้ความตระหนัก เกิดการเปลี่ยนแปลงและปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกิดวัฒนธรรมในการดูแลตนเอง เกิดมาตรการ

ที่จะช่วยลดและชะลอการเกิดโรครายใหม่ในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ และบุคลากรทางการแพทย์ ควรได้รับการอบรมเพื่อให้คำแนะนำกลุ่มเสี่ยงในการจัดการตนเอง ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลือกรับประทานอาหารที่เหมาะสม การออกกำลังกาย การหยุดสูบบุหรี่และการจัดสภาวะแวดล้อมให้เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม⁽¹¹⁾ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของคณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดาวเรือง⁽¹²⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคอาหารส่วนใหญ่อยู่ในระดับเสี่ยงมาก โดยเฉพาะการเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว น้ำตาล ผงชูรส รสดี ในปริมาณที่มากเกินไปในการปรุงอาหารในแต่ละมื้อ การรับประทานอาหารประเภททอด ผัด และอาหารไขมันและโคเลสเตอรอลสูงเป็นประจำ การศึกษาของณิชาธิย์ ใจคำวัง⁽¹³⁾ และอรรรณพงศ์ เพ็ชรสุวรรณ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการออกกำลังกายและพฤติกรรมด้านการบริโภคอาหารอยู่ในระดับเสี่ยงมากที่สุด มีพฤติกรรมเสี่ยงทางอารมณ์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ และการสูบบุหรี่ในระดับเสี่ยงปานกลาง ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการเติมน้ำปลา ซีอิ๊ว น้ำตาล ผงชูรส รสดี ซอสปรุงรส ในการปรุงอาหารในแต่ละมื้อและเพิ่มในอาหารก่อนรับประทาน การรับประทานอาหารทอด และการรับประทานอาหารประเภทที่ไขมันสูงที่มีไขมันและโคเลสเตอรอลสูง และไม่ออกกำลังกาย การศึกษาของมงคล และคณะ⁽¹⁵⁾ ที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างไม่สามารถออกกำลังกายตามแผน ไม่สามารถออกกำลังกายอย่างน้อยสัปดาห์ละ 3 วัน ๆ ละ 30 นาทีต่อเนื่องได้ และไม่สามารถทำกิจกรรมที่ต้องใช้กำลังเป็นประจำได้อย่างสม่ำเสมอ เพราะไม่มีเวลา เนื่องจากสภาพวิถีชีวิตในการทำงานที่ต้องออกจากบ้านตั้งแต่เช้า และกลับบ้านในเวลาเย็น จึงทำให้ขาดการออกกำลังกาย สอดคล้องกับการศึกษาของกิตติศักดิ์ และคณะ⁽¹⁶⁾ พบว่าพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอเมืองจังหวัดอุบลราชธานี พบว่ามีการจัดการความเครียดที่ไม่เหมาะสมด้วยการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ใช้นานอนหลับ ยาระงับประสาทและการสูบบุหรี่และมีการติดบุหรี่ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพ โดยสารพิษในบุหรี่ยังจะทำให้ไขมันในเลือดสูงขึ้น และเมื่อไขมันไปเกาะที่ผนังหลอดเลือดซึ่งเกิดได้กับหลอดเลือดทั่วร่างกาย นอกจากจะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงแล้วยังทำให้เกิดอันตรายคือสมองขาดเลือด เส้นเลือดในสมองแตก โรคหลอดเลือดหัวใจตีบและสารนิโคตินในบุหรี่ทำให้หลอดเลือดหดตัวและหลอดเลือดตีบซึ่งทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้นได้⁽¹⁷⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของณัฐริณี และสกวเดือน⁽¹⁸⁾ ที่พบว่าจิตใจและอารมณ์ มีผลต่อความดันโลหิตได้มากขณะที่ได้ รับความเครียด อาจทำให้ความดันโลหิตสูงกว่าปกติได้ถึง 30 มิลลิเมตรปรอท ขณะที่พักผ่อนความดันโลหิตก็จะสามารถกลับมาสู่ภาวะปกติได้

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของตัวแปรพบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และความรู้ ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สามารถอภิปรายได้ว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรังแบ่งเป็น ปัจจัยที่ไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น อายุ เพศ และพันธุกรรม และปัจจัยที่เปลี่ยนแปลงได้ เช่น การสูบบุหรี่ การรับประทาน อาหารที่ไม่เหมาะสม การขาดการออกกำลังกาย และการดื่มแอลกอฮอล์ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ทำให้เกิดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง และภาวะไขมันในเลือดผิดปกติ ซึ่งนำไปสู่การเกิดโรคต่าง ๆ⁽¹⁹⁾ สอดคล้องกับการศึกษาของอรรรณพงศ์ เพ็ชรสุวรรณ⁽¹⁴⁾ ที่พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้และความรู้ ด้านสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้ ทำให้ทราบพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นสาเหตุที่แท้จริงของการเกิดโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยงรายบุคคล สามารถให้ข้อเสนอแนะต่อไปได้

ข้อเสนอแนะด้านการนำไปใช้

1. ควรนำผลวิจัยที่ได้ คั้นข้อมูลให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ไปพัฒนารูปแบบการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self- management support) ของกลุ่มเสี่ยง โดยให้ “กลุ่มเสี่ยง” เป็นศูนย์กลางในการจัดการโรคเพื่อการดูแลตนเอง (Patients self-care) และเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง จนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกิดวัฒนธรรมในการดูแลตนเองในการลดเสี่ยงลดโรค มีการยกย่องชมเชย ชื่นชมแก่กลุ่มเสี่ยงที่เป็นต้นแบบการจัดการตนเองที่ดี และเพิ่มการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพประชาชนในพื้นที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานประกอบการ เช่นจัดทำโครงการหมู่บ้านปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ศูนย์เรียนรู้องค์การต้นแบบไร้พุง ตำบลจัดการสุขภาพ สถานประกอบการปลอดโรค ปลอดภัย ใจเป็นสุข เป็นต้น

2. ควรนำข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงรายบุคคลมาร่วมวิเคราะห์กับกลุ่มเสี่ยง เพื่อให้รับรู้พฤติกรรมเสี่ยงและผลกระทบต่อสุขภาพตนเองในอนาคต รวมถึงให้สอบถามปัญหาจนรู้สึกยอมรับในการลดปัจจัยเสี่ยงด้วยตนเอง เกิดความรู้ความตระหนัก เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เกิดวัฒนธรรมในการดูแลตนเองเพื่อลดการเกิดโรค รายใหม่และควรส่งเสริมให้นำภูมิปัญญาพื้นบ้าน การกินอยู่แบบวิถีไทยวิถีพุทธ การลด ละ เลิกการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีการส่งเสริมการรับประทานอาหารพื้นบ้าน เพื่อสุขภาพ ใช้เครื่องปรุงรสที่ปลอดภัย และออกกำลังกายที่เหมาะสมกับการทำงานกับวิถีชีวิต ให้ความรู้กับผู้ที่ทำหน้าที่หลักในการทำอาหารของครอบครัวและให้ อสม. เยี่ยมบ้านเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ข้อเสนอแนะด้านการวิจัย

1. ควรศึกษาวิจัยการพัฒนารูปแบบการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self- management support) ของกลุ่มเสี่ยงโดยให้ “กลุ่มเสี่ยง” เป็นศูนย์กลางในการจัดการโรคเพื่อการดูแลตนเอง (Patients self-care) และ คั้นหารูปแบบ วิธีการที่เหมาะสม

2. ควรศึกษาความต้องการของผู้มารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ เกี่ยวกับการจัดบริการสนับสนุนการจัดการตนเอง การดูแลและส่งเสริมสุขภาพ รวมถึงปัญหาและอุปสรรคที่ผู้มารับบริการประสบปัญหา ด้านสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้เป็นส่วนหนึ่งของการแก้ไขปัญหาโรคเรื้อรังในเขตเมืองนครราชสีมาเพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพในเขตเมือง ผู้วิจัยขอขอบคุณ ท่านผู้อำนวยการ หัวหน้ากลุ่มงาน และบุคลากรกลุ่มพัฒนาภาคีเครือข่าย คุณศศิญา อาภาสุวรรณกุล งานโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ขอขอบคุณท่านสาธารณสุขอำเภอเมืองนครราชสีมาและท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองปลิง บุคลากรและกลุ่มตัวอย่างทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. Titeemat H. Self health care of hypertensive patients. Thai Journal of Nursing Research. 2005; 5: 269-280. Thai.
2. Puangpetch L. Self-care behaviors and complications of patients with hypertension hospital. Region 6 Medical J. 2009; 23:141-51.
3. กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการศึกษาภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2552. กรุงเทพฯ: สำนักนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ, 2555.
4. กระทรวงสาธารณสุข. การควบคุมดูแลโรคความดันโลหิตสูง. กรุงเทพฯ:สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2554.
5. กุลพิมล เจริญดี และนิตยา พันธุ์เวทย์. นโยบายในการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคในกลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ 2552. (ระบบออนไลน์). สืบค้นจาก <http://portal.in.th/les/2/4/2/2009/11/06/DMday2009.pdf> (ค้นเมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2557).
6. กรมควบคุมโรค. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง เขตบริการสุขภาพที่ 9 ปี พ.ศ. 2553-2556. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา, 2558.
7. อรุณ จิรวัดน์กุล. สถิติวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพมหานคร:วิทยาพัฒนา, 2552.
8. Bloom, B.S. Taxonomy of Education Objective. The Classification of Education Goals ,Handbook I : Cognitive Domain. New York : David Mckay Company, 1988.
9. กรมควบคุมโรค. การปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.). สำนักโรคไม่ติดต่อ. กรุงเทพฯ, 2556.
10. สมเกียรติ แสงวัฒนาโรจน์. ความดันโลหิตสูง. (ระบบออนไลน์). สืบค้นจาก <http://www.yourhealthyguide.com/article/ah-hypertension-2.html> (ค้นเมื่อวันที่ 18 พฤษภาคม 2557).
11. กรมการแพทย์. การทบทวนวรรณกรรมสถานการณ์ปัจจุบันและรูปแบบการบริการด้านโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์, กรุงเทพฯ, 2557.
12. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดาวเรือง. ปัจจัยและพฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวานของประชากรกลุ่มเสี่ยงในตำบลดาวเรือง อำเภอเมือง จังหวัดสระบุรี. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 2254;32(3):51-66.
13. นิชาธิย์ ใจคำวัง. พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมตำบลปากคะยาง จังหวัดสุโขทัย. วารสารการพัฒนารวมชนและคุณภาพชีวิต 2558;3(2):173-184.
14. อรรถพงศ์ เพ็ชรสุวรรณ. พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง และโรคเบาหวาน กรณีศึกษา ผู้มารับบริการทางการแพทย์ เขตสถานีอนามัย อำเภอหนองจิก จังหวัดปัตตานี วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (พัฒนาลังคม) สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2552.
15. มงคล การุณงามพรรณ, สุดารัตน์ สุวารี และนันทนา น้าฝน. พฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของคณาจารย์ในสถานประกอบการเขตเมืองใหญ่:กรณีศึกษาพื้นที่เขตสาทร กรุงเทพมหานคร, 2555.
16. กิตติศักดิ์ พรหมดาว, กมลทิพย์ เทียมทัต และสุปราณี การพืงตน. พฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและเบาหวานของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2556 ;19(1) : 19-30.

- 17.จินดาพร ตีลาทอง. พฤติกรรมการสูบบุหรี่.กรุงเทพฯ: บริษัทสยามมาพร จำกัด, 2553.
- 18.ณัฐริณี หนูเทพ และสกวเดือน ขาวล้วน. การศึกษาความรู้ พฤติกรรม ทศนคติ การบริโภคอาหารและ การออกกำลังกายของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน เส้นเลือดในสมองและภาวะอ้วน หมูที่ 4, 5, 7 ตำบลบ่อหิน อำเภอสีเกา จังหวัดตรัง. รายงานวิจัย. สถานีอนามัยไร่ออก จังหวัดตรัง, 2553.
- 19.Hoerger TJ, Harris R, Hicks KA, Donahue K, Sorensen S, Engelgau M. Screening for type 2 diabetes mellitus: a cost-effectiveness analysis. Annals of internal medicine. 2004 ; 140(9) : 689-99.

**การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนไทย-ลาว
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี**

**Network development for disease surveillance, prevention and Control in Border
Thai-Laos, The office of Disease Prevention and Control 7th Ubonratchathani Province.**

สุชญา สีหะวงษ์ และวันชัย สีหะวงษ์

Suchaya Srihavong and Wanchai Srihavong

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี

Office of Diseases Prevention and Control 10th Ubon Ratchathani

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาเครือข่ายและประเมินผลความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี ศึกษาจากประชากรทั้งหมด จำนวน 70 คน การวิจัย แบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหา สำรวจสมรรถนะบุคลากร และความต้องการจำเป็น ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาและสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การสัมภาษณ์เชิงลึก ร่วมกับการใช้กระบวนการสนทนากลุ่ม ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ระยะที่ 3 เป็นการประเมินผลรูปแบบการดำเนินงาน และถอดบทเรียนการดำเนินงาน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณใช้สถิติเชิงพรรณนา และข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่า ในพื้นที่ชายแดนมีปัญหาโรคติดต่อ และโรคอุบัติใหม่ ปัญหาการรักษาโรคไม่ต่อเนื่อง เครือข่ายมีกระบวนการพัฒนามูลนิธิให้เกิดความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน ได้แก่ การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ออกแบบ/พัฒนารูปแบบ/ความร่วมมือเครือข่ายตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานและประสานการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการ / คณะทำงานพัฒนาช่องทาง เข้า - ออก จัดทำทำเนียบผู้ประสานงานหลัก (รายชื่อ / เบอร์โทรศัพท์) และจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงาน (SOP) จัดประชุมคณะกรรมการ / คณะทำงาน จัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน วิเคราะห์ประเมินความเสี่ยง/ เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาในพื้นที่ชายแดน การประเมินผลการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน ในภาพรวมพบว่าเครือข่ายมีการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.7 รองลงมาอยู่ในระดับปรับปรุงร้อยละ 32.9 และระดับดี ร้อยละ 21.4 ข้อเสนอแนะควรสนับสนุนให้มีการจัดอบรมองค์ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคแก่หน่วยงานเครือข่าย สร้างกลไกให้มีการประสานงานนิเทศ/ติดตาม สนับสนุนกลไกการปฏิบัติงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน
คำสำคัญ : โรคติดต่อ, การพัฒนารูปแบบ, ชายแดน

Abstract

This study is a action research. The objective was to develop and evaluate a network surveillance and prevent communicable disease border in office of communicable disease Control 7th Ubon ratchathani province. This study was selected from a total population of 70 people and divided into three phases: Phase 1 is to assessment the status and need assessment. Phase 2 for development and support the surveillance and prevent disease control in border. Phase 3 is the evaluation to lessons learned. The

statistical methods used to analyze quantitative data using descriptive statistics. The qualitative data using content analysis. The results showed that in border areas with communicable diseases and emerging diseases. The network Solutions by developing surveillance and prevention communicable diseases. Have a committee / working group developed point of entry, Coordinator (name / phone number) and operational of procedures (SOP), Conference of committees / working groups to prepare emergency response plans. Risk assessment-prioritization of problems in border areas. The Evaluation of implementation of the surveillance, prevention control communicable diseases border area have found a practical level, most are moderate 45.7 percent. Minor improvements in the level and 32.9 percent and the end of practice at a good level of 21.4 percent. Suggestion should be encouraged to organize training, knowledge about the disease surveillance and prevention control of the agencies network. Establish a mechanism for coordinated supervision / monitoring. Support Mechanism operational surveillance and prevention control disease. Have a knowledge sharing of the surveillance and prevention communicable diseases in border area.

Key words: communicable diseases, network development, border

บทนำ

จากความร่วมมือทางเศรษฐกิจในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขง ในปี พ.ศ. 2535 ประเทศในกลุ่มอนุภูมิภาค ลุ่มน้ำโขง ได้แก่ ไทย พม่า ลาว กัมพูชา เวียดนาม และจีนตอนใต้ (ยูนาน) ได้ร่วมจัดตั้งโครงการพัฒนาความร่วมมือทางเศรษฐกิจในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขง (Greater Mekong Sub region: GMS)⁽¹⁾ โดยมีธนาคารพัฒนา เอเชีย (Asian Development Bank : ADB) เป็นผู้ให้การสนับสนุนหลักในการพัฒนาแนวพื้นที่เศรษฐกิจ ผลที่เกิดขึ้นส่งเสริมให้เกิดการขยายตัวทางการค้า การลงทุนอุตสาหกรรมเกษตร และบริการ การจ้างงาน และยกระดับความเป็นอยู่ของประชาชนในพื้นที่ให้ดีขึ้น ก่อให้เกิดความร่วมมือทางเทคโนโลยีและการศึกษาระหว่างกัน ถึงแม้ว่าโครงการดังกล่าวจะส่งผลทางบวกต่อด้านเศรษฐกิจของอนุภาคโดยรวม แต่ในทางกลับกัน กลับส่งผลกระทบต่อสุขภาพโดยเฉพาะโรคติดต่อที่เกิดจากการเดินทางคมนาคมระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข จึงได้มีนโยบายความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านโดย สาระสำคัญเพื่อแก้ไขปัญหาโรคติดต่อ และปัญหาสาธารณสุขอื่นๆ รวมทั้งเพื่อพัฒนาสุขภาพอนามัยของ ประชาชนที่อยู่อาศัยในบริเวณชายแดน เพื่อเป็นการแก้ไขปัญหาสาธารณสุขตามแนวพื้นที่ชายแดน และในกลุ่ม ประชากรเคลื่อนย้ายข้ามเขตแดน รวมทั้งแรงงานต่างด้าว ที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย โดยมีทั้งการลักลอบ เข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายหรือเข้ามาอยู่เกินเวลาที่ได้รับอนุญาต แรงงานต่างด้าวจำนวนมากจึงอยู่ในสภาพที่ ผิดกฎหมาย⁽²⁾ การย้ายถิ่นฐานของแรงงานต่างด้าวย่อมส่งผลกระทบต่อปัญหาสาธารณสุขชายแดน เช่น การระบาดของ โรคติดต่อชายแดน ได้แก่ โรคเอดส์ วัณโรค โรคมาลาเรีย โรคไข้กาฬหลังแอ่น โรคคอตีบ โรคเท้าช้างและ โรคแอนแทรกซ์ ปัญหาอาชญากรรมและธุรกิจผิดกฎหมาย ปัญหายาเสพติด ปัญหาขยะมูลฝอย เป็นต้น ซึ่ง ปัญหาดังกล่าวได้ส่งผลกระทบต่อโดยตรงและโดยอ้อมต่อประชาชนที่อาศัยอยู่ตามบริเวณเขตเศรษฐกิจชายแดน และพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศไทย⁽³⁾⁽⁴⁾ ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีแนวทางและมาตรการการดำเนินงานที่เป็นรูปแบบเฉพาะ รวมทั้งต้องได้รับความร่วมมือและการประสานงานจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ องค์กรเอกชน และ องค์กรระหว่างประเทศ เพื่อให้มีการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพเกิดประโยชน์สูงสุด และนำไปสู่การแก้ไข

ปัญหาแบบบูรณาการอย่างเป็นรูปธรรม และเกิดประสิทธิผลในการดำเนินงานในด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมกับพื้นที่ชายแดนหรือสอดคล้องกับชุมชนในเขตเศรษฐกิจชายแดนที่ต้องเริ่มต้นจากชุมชน โดยเข้าถึงวัฒนธรรมวิถีชีวิต และความเป็นอยู่ของประชาชนในชุมชนนั้น ๆ เพื่อให้ประชาชนในชุมชนสามารถพึ่งตนเองในการดูแลสุขภาพ⁽⁵⁾

การเปิดด่านชายแดนสะพานมิตรภาพ 2 มุกดาหารและสะพานมิตรภาพ 3 นครพนม พบว่ามีการติดต่อค้าขายระหว่างประเทศมากขึ้นในบริเวณพื้นที่ด่าน เนื่องจากประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวในปัจจุบันมีระบบการค้าเสรีโดยมุ่งหวังสร้างรายได้ให้กับประเทศชาติ จากสถิติการค้าชายแดนมุกดาหารปี 2554 มีการค้าขายผลรวมทั้งปี 27,600.56 ล้านบาท ส่งออก 665.35 ล้านบาท นำเข้า 17,935.21 ล้านบาท⁽⁶⁾ สิ่งที่แฝงมากับการค้าขายระหว่างประเทศอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ ดังจะเห็นได้จากสถานการณ์โรคติดต่อในพื้นที่ชายแดนพบว่าโรคที่มีอัตราป่วยสูง ในปี 2550 ในพื้นที่ชายแดนที่ติดต่อกับไทยกับสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว คือโรคอุจจาระร่วง โรคไข้โดยไม้ทราบสาเหตุสู่คน ไข้เลือดออก มาลาเรีย วัณโรค และเลปโตสไปโรซิส อัตราป่วยต่อแสนประชากรเท่ากับ 2112.6, 470.4, 89.9, 125.9, 98.2 และ 19.4 ตามลำดับ⁽⁷⁾ ซึ่งโรคติดต่อที่เป็นปัญหาเหล่านี้มีโอกาสแพร่ระบาดระหว่างประเทศและกลายเป็นภาวะคุกคามฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศตามกฎหมายระหว่างประเทศได้ตลอดเวลา เนื่องจากประชาชนของทั้ง 2 ประเทศมีพรมแดนที่ติดต่อกัน ประชาชนสามารถเดินทางข้ามไปมาระหว่างประเทศได้สะดวก รวดเร็ว ระบบสาธารณสุขของทั้ง 2 ประเทศที่แตกต่างกันทำให้มีข่าวการแพร่ระบาดของโรคติดต่อระหว่างประเทศบ่อย ๆ เช่น โรคไข้หวัดนก ไข้หวัดใหญ่สายพันธุ์ใหม่ 2009 เป็นต้น ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงนโยบายลงสู่การปฏิบัติยังขาดกลไกที่มีประสิทธิภาพ ทำให้การแก้ไขปัญหาภาวะสุขภาพในชุมชนเขตเศรษฐกิจชายแดนไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหา หรือความต้องการที่แท้จริงของชุมชน⁽⁸⁾⁽⁹⁾

จากสภาพปัญหาดังกล่าว พบว่าพื้นที่ชายแดน มีปัญหาสาธารณสุขที่มีความหลากหลาย และซับซ้อน แต่การดำเนินกิจกรรมการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค ยังคงยึดรูปแบบการเฝ้าระวังในระบบปกติ ได้แก่ รายงาน 506 และการเฝ้าระวังเหตุการณ์ในบางพื้นที่ แต่ขาดการวิเคราะห์ปัญหาในบริบทของพื้นที่และการมีส่วนร่วมของหน่วยงานเครือข่ายในพื้นที่ชายแดน เพราะปัญหาสาธารณสุขชายแดนมีความซับซ้อนและละเอียดอ่อนเชื่อมโยงกับปัจจัยหลายด้าน มีความเกี่ยวพัน/เชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่น ๆ เนื่องจากบริเวณชายแดนมีความหลากหลายทางด้านเชื้อชาติ เผ่าพันธุ์ ความเชื่อ วัฒนธรรม และขนบธรรมเนียมประเพณี การดำเนินงานโดยกระทรวงสาธารณสุขเพียงลำพังย่อมไม่ประสบความสำเร็จ ปัญหาสาธารณสุขชายแดนบางปัญหาเป็นผลพวงมาจากวัฒนธรรม ความเชื่อ ขนบธรรมเนียมประเพณี สังคม วัฒนธรรม และการพัฒนาต่าง ๆ ดังนั้น การดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหา และพัฒนางานสาธารณสุขชายแดน จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐอื่น องค์กรระหว่างประเทศ องค์กรเอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ประชากรบริเวณชายแดนมีคุณภาพชีวิตที่ดีซึ่งผู้วิจัยคิดว่าสิ่งที่จะทำให้ประสบผลสำเร็จ ในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดน จะต้องพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคที่มีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่ชายแดน การเรียนรู้ (Learning) พฤติกรรมสุขภาพ (Healthy Behavior) ปัญหาสาธารณสุขชายแดน การปรับเปลี่ยนทัศนคติ (Attitude Adjustments) พฤติกรรมผู้นำ (Leadership Behavior) และการสร้างเครือข่าย (Networking) ความร่วมมือในพื้นที่ชายแดนทั้งในพื้นที่และระหว่างประเทศ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ และลดปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคในพื้นที่ชายแดน ส่งผลให้ประชาชนที่อาศัยอยู่ตามบริเวณชายแดนมีสุขภาพที่ดี และยอมส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนที่อาศัย อยู่ในพื้นที่อื่น ๆ ของประเทศติดตามไปด้วย จากประเด็นปัญหาที่นำเสนอมาข้างต้น ผู้วิจัยจึงทำการพัฒนา

เครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานีให้มีความเหมาะสม และสอดคล้องกับบริบทของชุมชน ในเขตเศรษฐกิจชายแดน เพื่อให้เครือข่ายเกิดความร่วมมือสามารถดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคได้อย่างต่อเนื่อง นำไปสู่การมีสุขภาพของประชาชนในพื้นที่ชายแดนที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี
2. เพื่อประเมินผลการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนของหน่วยงานเครือข่ายในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ระยะเวลาศึกษา 3 ปี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 ถึงปี พ.ศ. 2557 การดำเนินการแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 (ปีที่ 1) เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหา สำรวจสมรรถนะบุคลากร และความต้องการจำเป็น (Need Assessment) ความพร้อมของเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อตามแนวชายแดนในพื้นที่เขตความรับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 4 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี อำนวยเจริญ มุกดาหาร นครพนม จำนวน 70 คน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 6 คน, สาธารณสุขอำเภอ 18 คน, โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) 10 คน, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) 11 คน, องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 4 คน, เทศบาล 6 คน, ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ จำนวน 11 คน และศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง (ศตม.) จำนวน 4 คน

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสัมภาษณ์ที่มีวิจัยสร้างขึ้น หาความตรงของเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Coefficient Alpha Cronbach Method) เท่ากับ 0.87 ทำการสัมภาษณ์ร่วมกับการสนทนากลุ่ม (Focus groups) วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Analysis) ได้แก่ ค่าสถิติ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ระยะที่ 2 (ปีที่ 2) กระบวนการพัฒนาและสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน ประชากร ได้แก่ เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ รพช., รพ.สต., อบต./เทศบาล, ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศและศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง (ศตม.)

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ 1) เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 2) เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ 3) เทศบาล/อบต. 4) ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ 5) ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง (ศตม.) จำนวน 70 คน

การดำเนินงานในระยะที่ 2 ประกอบด้วย

1. ปรับแนวความคิดการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน ให้กับ เจ้าหน้าที่/ผู้บริหารเจ้าหน้าที่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด /เทศบาล ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ (ตำรวจตรวจคนเข้าเมือง ศุลกากรและด่านควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ)

2. อบรมเสริมพลังให้ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ (ตำรวจตรวจคนเข้าเมืองสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอในพื้นที่ชายแดน และอบรมพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนลุ่มแม่น้ำโขง โดยหลังการอบรมมีการดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติการ การดำเนินงานของเครือข่ายในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนในพื้นที่ชายแดน โดยมีการดำเนินงานดังนี้

2.1 ประชุมชี้แจงแนวทางพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน (ประชุมครั้งที่ 1)

2.2 ประชุมระดมความคิดเห็นเพื่อค้นหาปัญหา เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาความร่วมมือ และจัดลำดับความสำคัญของปัญหาที่จะดำเนินการยกวางข้อกำหนดของท้องถิ่น (ประชุมครั้งที่ 2)

2.3 พัฒนาความร่วมมือในการเตรียมความพร้อมและตอบโต้ภาวะฉุกเฉินด้านสาธารณสุข ณ ช่องทางเข้า - ออกระหว่างประเทศ (ประชุมครั้งที่ 3)

2.4 การประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศชายแดน ไทย-ลาว โดยฝั่งสาธารณสุขรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาวประกอบด้วย สาธารณสุขแขวง สาธารณสุขเมืองและโฮงหมอในพื้นที่ชายแดนของแขวงจำปาสัก สหวันนะเขตและคำม่วน

2.5 ประชุม จัดทำบันทึกข้อตกลง (Memorandum of Understanding:MOU) ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น ปศุสัตว์-สาธารณสุขเพื่อพัฒนาระบบฐานข้อมูลในด้านจังหวัดและระหว่างประเทศ ในเรื่องพัฒนาบุคลากร ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid. Response Team : SRRT) ภาควิชาเครือข่าย, ช่องทางเข้าออกฯ, ส่วนราชการที่เกี่ยวข้องแพทย์, พยาบาล, แผนกปฏิบัติการชั้นสูตร (Laboratory) แต่งตั้งคณะกรรมการ SRRT ชายแดน การซ้อมแผนตอบโต้ระหว่างประเทศเพื่อรับฟังความคิดเห็นของประชาชนและผู้มีส่วนได้เสีย (ประชุมครั้งที่ 4)

2.6 แต่งตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานพัฒนาช่องทาง เข้า-ออก จัดทำ ทำเนียบผู้ประสานงานหลัก (รายชื่อ / เบอร์โทรศัพท์) และจัดทำขั้นตอนการปฏิบัติงาน (SOP)

2.7 จัดประชุมคณะกรรมการ/คณะทำงาน จัดทำแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉิน วิเคราะห์ประเมินความเสี่ยง/เรียงลำดับความสำคัญของปัญหาในพื้นที่ชายแดน

หลังจากนั้นเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ รพช. รพ.สต. อบต./เทศบาล ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ และศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลง (ศตม.) จะมีการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานของเครือข่าย โดยทีมวิจัย โดยสรุปการวิจัยนี้มีกระบวนการดำเนินงาน ตั้งแต่การวางแผน (Plan) การปฏิบัติ (Do) การสะท้อนกลับ (Check) และการปรับปรุงแก้ไข (Action)

วิธีการเก็บข้อมูลเพื่อประเมินผลในระยะที่ 2 : ใช้วิธีสังเกต สัมภาษณ์ และสนทนากลุ่ม

การวิเคราะห์ข้อมูล : ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

ระยะที่ 3 (ปีที่ 3) การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงาน และถอดบทเรียนการดำเนินงาน

ประชากร คือ เครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน จาก 5 จังหวัด ได้แก่ อุบลราชธานี ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ มุกดาหารและนครพนม จำนวน 70 คน

การประเมินผลรูปแบบการดำเนินงานพัฒนาเครือข่ายในด้านผลลัพธ์ของโครงการความร่วมมือ และถอดบทเรียนการดำเนินงานเพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ให้ได้รูปแบบการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน ประกอบด้วย 2 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ประเมินผลการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี โดยประเมินจากหน่วยงานเครือข่ายที่อยู่ในพื้นที่ชายแดน ในด้านข้อมูลทั่วไปของหน่วยงานเครือข่าย การดำเนินการป้องกันควบคุมโรคของหน่วยงานเครือข่าย แบ่งออกเป็น ด้านการวางแผนและประเมินผลของหน่วยงานเครือข่าย ด้านการแก้ไขปัญหาของหน่วยงานเครือข่าย ด้านการประชาสัมพันธ์และการประสานงานในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ด้านการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์และงบประมาณในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อ ด้านการสนับสนุนบุคลากรในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนและปัญหา/อุปสรรคของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค

ขั้นตอนที่ 2 ถอดบทเรียนการดำเนินงานเพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ให้ได้รูปแบบการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อให้ข้อเสนอแนะ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ตามคำแนะนำ

วิธีการเก็บข้อมูล: ใช้วิธีการสังเกต สัมภาษณ์ สันทนาการ และการสำรวจ

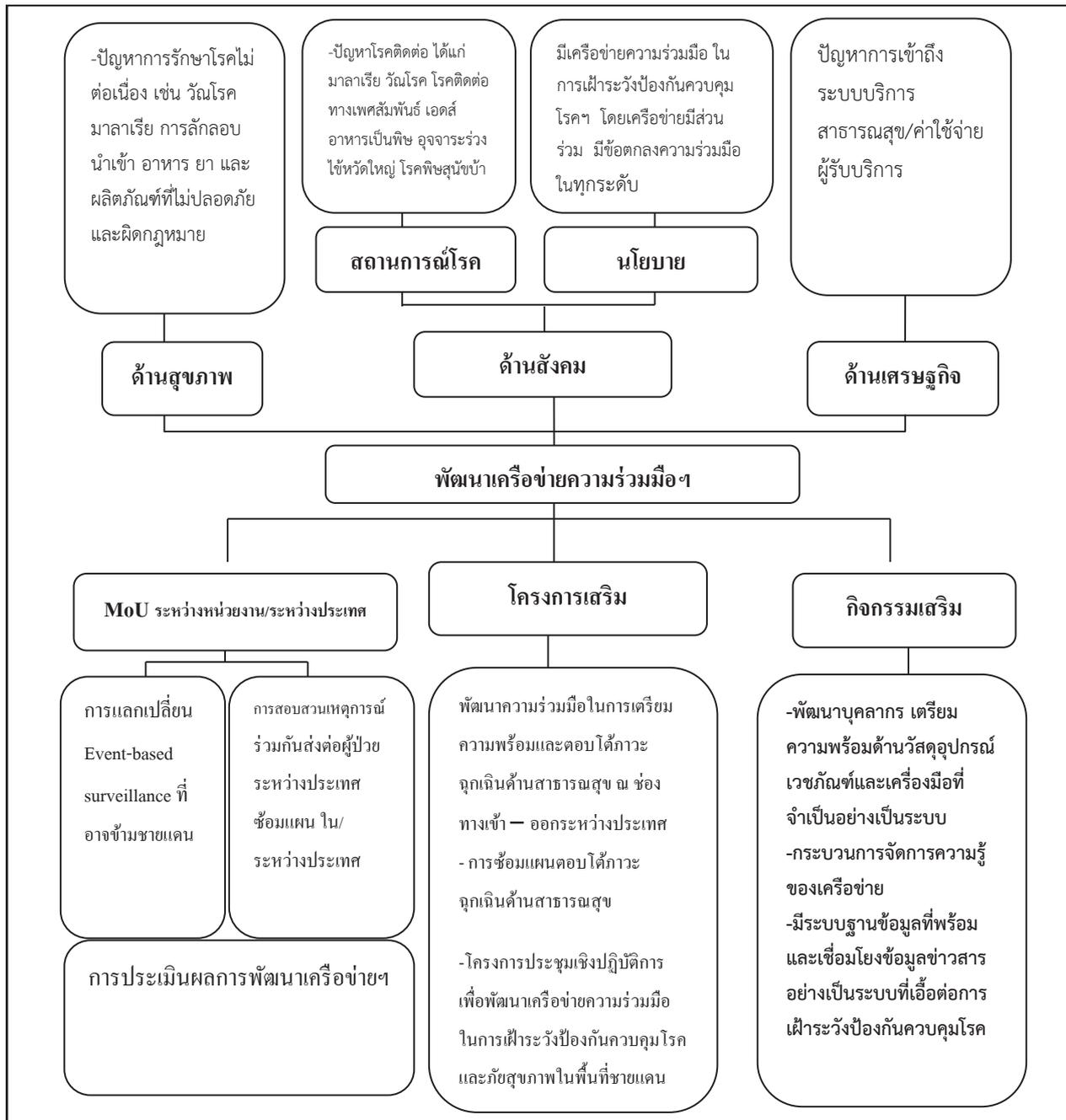
การวิเคราะห์ข้อมูล : ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive -analysis)

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์ของปัญหา สำรวจสมรรถนะบุคลากร และความต้องการจำเป็น (Need Assessment) ความพร้อมของเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ในพื้นที่ชายแดนมีปัญหาโรคติดต่อ และโรคอุบัติใหม่ ได้แก่ โรคมาลาเรีย วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี โรคอุจจาระร่วง ไข้หวัดใหญ่ พิษสุนัขบ้า ปัญหาอนามัยแม่และเด็กและการวางแผนครอบครัว ได้แก่ อัตราตายมารดาและทารกยังสูงกว่าเป้าหมายของประเทศ รวมทั้งค่านิยมและการเข้าถึงการรับบริการการวางแผนครอบครัว ไม่ได้รับวัคซีน ปัญหาการรักษาโรคไม่ต่อเนื่อง เช่น วัณโรค มาลาเรีย การลักลอบนำเข้า-ส่งออก อาหาร ยา และผลิตภัณฑ์ด้านสุขภาพที่ไม่ปลอดภัยและผิดกฎหมาย คัญภาพของสถานบริการสาธารณสุข นอกจากนั้นยังมีปัญหาที่ส่งผลต่อสาธารณสุขทางอ้อม เช่น ปัญหาแรงงานเพื่อนบ้าน ปัญหาการเมืองพม่า ที่มีจำนวนชาวโรฮิงญาหนีภัยเข้ามาในพื้นที่ ปัญหาบ่อนการพนันบริเวณชายแดน ปัญหาการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข/ค่าใช้จ่ายของผู้รับบริการปัญหาการลักลอบตัดไม้ทำลายป่า ในพื้นที่ชายแดน และปัญหาการสื่อสารระหว่างแรงงานเพื่อนบ้าน

ระยะที่ 2 มีกระบวนการพัฒนาบุคลากรเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานีและสนับสนุนการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน โดยการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน ลุ่มแม่น้ำโขงเพื่อสร้างและพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อระหว่างประเทศ ชายแดนลุ่มแม่น้ำโขงและพัฒนากระบวนการบริหารจัดการระบบเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อชายแดน

โรคติดต่อระหว่างประเทศลุ่มแม่น้ำโขง มีการวิเคราะห์สถานการณ์การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดน
เปรียบเทียบกับเกณฑ์มาตรฐาน (gap analysis) ออกแบบและพัฒนารูปแบบและความร่วมมือเครือข่ายเฝ้าระวัง
ป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ชายแดน กำหนดและพัฒนาแนวทาง/คู่มือ/ระบบข้อมูลข่าวสาร/กลไกการจัดการ
เครือข่าย ในการดำเนินการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน
เครือข่ายมีความตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อเป็นอย่างดี
เครือข่ายที่เข้าร่วมกิจกรรมส่วนมาก เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ตรงตามวัตถุประสงค์ของโครงการ ทั้งเครือข่ายภายใน
และนอกประเทศสามารถสร้างสัมพันธภาพที่ดี เครือข่ายในพื้นที่ที่มีการประสานงานอย่างใกล้ชิด ต่อเนื่อง และ
เผยแพร่ภารกิจ/ภาพลักษณ์ที่ดีของช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ/สสจ./สสอ เทศบาล รพ.สต. ศตม. แก่
เครือข่ายและกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่เป็นระยะ ๆ มีแผนและขั้นตอน/กระบวนการปฏิบัติงานที่ชัดเจนและมีฐาน
ข้อมูลเครือข่ายฯ และความต้องการในการพัฒนาเครือข่ายที่มาจากการสำรวจและวิเคราะห์ผลการดำเนินงาน
ในแต่ละพื้นที่ การดำเนินงานพัฒนาระบบและบุคลากรในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนในพื้นที่
ผู้บริหารให้ความสำคัญในการกำหนดเป็นนโยบายและยุทธศาสตร์ที่ต้องได้รับการพัฒนาการเฝ้าระวังป้องกัน
ควบคุมโรคติดต่อชายแดน มีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อให้การดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อ
ชายแดนให้บรรลุผลสำเร็จ มีการพัฒนาเครือข่ายให้มีส่วนร่วมการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนของ
เครือข่ายทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ การสร้างความสัมพันธ์อันแน่นแฟ้นระหว่างเครือข่ายประเทศเพื่อนบ้าน
มีเวทีนำเสนอผลงานเด่นของเครือข่าย มีการออกแบบโครงการให้มีความหลากหลาย/มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้
ระหว่างเครือข่ายจากจังหวัดต่าง ๆ ในพื้นที่ เครือข่ายร่วมกันวางแผนและจัดเตรียมกระบวนการขั้นตอนการทำงาน
การเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน และมีการแบ่งหน้าที่รับผิดชอบงานอย่างชัดเจนมีการจัดกิจกรรม
เพื่อกระชับความสัมพันธ์ เครือข่ายได้ทำงานร่วมกันโดยเปิดโอกาสให้เครือข่ายได้ร่วมคิด/วางแผน/จัดกิจกรรม
เฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคร่วมกัน และนำเสนอเป็นภาพรวมของเครือข่ายแต่ละพื้นที่



ภาพที่ 1 : รูปแบบการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี

การดำเนินงานสาธารณสุขชายแดนภายในเขตชายแดนของประเทศไทยบางอย่างยังไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการแก้ปัญหาสาธารณสุขชายแดนได้ จำเป็นต้องอาศัยการประสานงานและความร่วมมือระหว่างเครือข่ายในพื้นที่ระหว่างหน่วยงานภายในจังหวัด ระหว่างจังหวัดชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้าน เพื่อแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร ดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อร่วมกัน โดยเฉพาะเครือข่ายระหว่างประเทศที่มีความแตกต่างด้านการเมือง การปกครอง และนโยบายของแต่ละประเทศของเพื่อนบ้าน จึงจำเป็นต้องอาศัยกลไกการประสานความร่วมมือระดับประเทศเพื่อเป็นการผลักดันให้เกิดการประสานความร่วมมือระดับจังหวัดชายแดนกับประเทศเพื่อนบ้านให้เป็นไปด้วยความราบรื่น โดยการมีกรอบความร่วมมือระดับผู้ว่าราชการจังหวัด – เจ้าแขวง, อำเภอ – เจ้าเมือง, สสจ. – แผนกสาธารณสุข, รพ. – รพ.แขวง/เมือง) มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร (Information

Sharing) ในโรคที่ต้องเฝ้าระวัง 10 โรคที่สำคัญ ได้แก่ โรคไข้หวัดนก โรคซาร์ส โปลิโอ ไข้เลือดออก เอดส์ วัณโรค เป็นต้น กำหนดโรคที่ต้องรายงานภายใน 24 ชั่วโมง ภายในสัปดาห์และภายในเดือน เช่นโรคที่ต้องรายงานภายใน 24 ชั่วโมง ได้แก่ H1N1/H5N1, AFP, SARS, Cholera/ Severe ระบบการส่งต่อ (Referral System) Public Health Emergency Response ร่วมกัน โดยมีแนวทางประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระหว่างไทย-ลาว และมีเกณฑ์ในการส่งต่อ เช่น กรณีโรคอุบัติใหม่จะไม่ส่งต่อผู้ป่วยข้ามแดน มีการพัฒนาทีม SRRT ชายแดนระหว่างจังหวัด - แขวง เช่น พัฒนาศักยภาพบุคลากร สวสวนโรคร่วมกัน มีการประชุมเพื่อศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้และการซ่อมแผนตอบโต้ภาวะฉุกเฉินระหว่างชายแดน

ผลการประเมินการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละ หน่วยงานเครือข่ายการดำเนินการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน

หน่วยงานเครือข่าย	จำนวน	ร้อยละ
รพ.สต.	11	15.7
รพช.	10	14.3
ช่องทางเข้าออกฯ	11	15.7
สสอ.	18	25.7
อบต.	4	5.7
เทศบาล	6	8.6
สสจ.	6	8.6
ศตม.	4	5.7
รวม	70	100

ตารางที่ 2 การดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนในภาพรวมของหน่วยงานเครือข่าย

การดำเนินการป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนของหน่วยงานเครือข่าย	ระดับการปฏิบัติ					
	ดี		ปานกลาง		ปรับปรุง	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภาพรวมการดำเนินการฯ	15	21.4	32	45.7	23	32.9
1) การวางแผนและประเมินผล	19	27.1	32	45.7	19	27.1
2) การแก้ไขปัญหา	14	20.0	32	35.7	24	34.3
3) ประชาสัมพันธ์ และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง	28	40.0	35	50	7	10.0
4) การสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์และงบประมาณ	0	0	4	5.7	66	94.3
5) ดำเนินการสนับสนุนบุคลากร	54	77.1	11	15.7	5	7.1

การดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนในภาพรวมส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 45.7 รองลงมาอยู่ในระดับปรับปรุงร้อยละ 32.9 โดยเมื่อแยกเป็นรายด้านพบว่า การวางแผนและประเมินผล ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 45.7 รองลงมาอยู่ในระดับดีและระดับปรับปรุงร้อยละ 27.1 ด้านการแก้ไขปัญห ส่วนใหญ่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 35.7 รองลงมาอยู่ในระดับปรับปรุงร้อยละ 34.3 ด้านประชาสัมพันธ์ และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50 รองลงมาอยู่ในระดับดีร้อยละ 40 ด้านการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์ และงบประมาณ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปรับปรุง ร้อยละ 94.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 5.7 และด้านดำเนินการสนับสนุนบุคลากร ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดี ร้อยละ 77.1 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 15.7

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

สุขภาพของประชากรชายแดนส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจ สังคมและความมั่นคงของประเทศ หากประชากรบริเวณชายแดนมีปัญหาด้านสุขภาพ ทำให้ความสามารถในการประกอบอาชีพลดลง ขาดรายได้ ส่งผลกระทบต่อทางด้านเศรษฐกิจ โดยเฉพาะการเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรัง หรือโรคที่รักษาไม่หายขาด จะเป็นภาระต่อสังคม ส่งผลกระทบต่อทางด้าน สังคม และความมั่นคงของประเทศ ฉะนั้น การป้องกันความสูญเสียดังกล่าว ย่อมเป็นการดีกว่า เกิดการสูญเสียแล้วหาวิธีการเยียวยา การพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานีจึงมีความสำคัญที่จะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากบริเวณพื้นที่ชายแดนในพื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วยผู้คนหลากหลายชาติพันธุ์ แรงงานต่างด้าวที่ถูกกฎหมาย แรงงานที่ผิดกฎหมาย รวมทั้งครอบครัวและผู้ติดตามแรงงานต่างด้าว กอปรกับสภาพภูมิศาสตร์และบริบทแต่ละแนวชายแดนที่ยาวไกลถึง 886 กิโลเมตร⁽¹⁰⁾ มีความแตกต่างกันในด้านสังคม วัฒนธรรม ขนบธรรมเนียม ประเพณี และภาษา ส่งผลต่อปัญหาการสื่อสารเพื่อให้เกิดความเข้าใจถึงจิตวิญญาณได้ การประเมินผลการดำเนินการพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนในภาพรวมของหน่วยงานเครือข่าย มีระดับการปฏิบัติส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ทั้งด้านการวางแผนและประเมินผล ด้านการแก้ไขปัญห ด้านการประชาสัมพันธ์ และการประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง และด้านดำเนินการสนับสนุนบุคลากร มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับดี เนื่องจากหน่วยงานเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทั้งช่องทางเข้าออก ระหว่างประเทศ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รพช. รพสต. อบต./เทศบาล และ ศตม. ในพื้นที่ชายแดนมีบุคลากรครอบคลุมและมีบทบาทที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนทั้งด้านการเฝ้าระวัง การป้องกันควบคุมโรค การสุขภาพสิ่งแวดล้อม ฯลฯ รวมทั้งมีโครงการที่เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคที่หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขเข้าไปดำเนินการในพื้นที่ชายแดนที่มีความเสี่ยงมากกว่าพื้นที่ทั่วไป ด้านการสนับสนุนวัสดุ/อุปกรณ์และงบประมาณ มีการปฏิบัติอยู่ในระดับปรับปรุงโดยเฉพาะเครือข่ายที่ไม่ใช่หน่วยงานทางด้านสาธารณสุข เช่น อบต./เทศบาล นั้นสอดคล้องกับการศึกษาของอดิศร วงศ์คงเดช⁽¹¹⁾ ที่ศึกษาเรื่อง การสนับสนุนงานพัฒนาด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2541 พบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมในโครงการพัฒนางานสาธารณสุขจากหน่วยงานอื่น ร้อยละ 71.1 ลักษณะของการมีส่วนร่วมส่วนใหญ่เป็นการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่เข้าร่วมโครงการของหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขซึ่งมีบทบาทในด้านการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคโดยตรง ส่วนภารกิจขององค์การบริหารส่วนตำบลที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาสุขภาพ คือมาตรา 67 ข้อ 2 รักษาความสะอาดของถนน ทางน้ำ ทางเดิน

และที่สาธารณะ รวมทั้งการกำจัดมูลฝอยและสิ่งปฏิกูล ข้อ 3 ป้องกันและระงับโรคติดต่อ ข้อ 4 การป้องกันและบรรเทาสาธารณภัยเท่านั้น และสถานการณ์การดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบลทุกระดับ พบว่า มีเพียงองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดใหญ่เท่านั้น ที่มีโครงสร้างการจัดตั้งส่วนสาธารณสุขและมีเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เข้าสังกัดองค์การบริหารส่วนตำบลรับผิดชอบส่วนภารกิจด้านสาธารณสุข ดังนั้นปัญหาด้านงบประมาณในการป้องกันควบคุมโรคอยู่ในระดับควรปรับปรุงหน่วยงานทางด้านสาธารณสุขจึงควรสนับสนุนให้มีระบบส่งข้อมูลข่าวสารด้านสาธารณสุขเชื่อมโยงกับหน่วยงานส่วนท้องถิ่นโดยการนำข้อมูลปัญหาด้านสาธารณสุขชายแดนไปเสนอของงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานรวมทั้งการนำข้อมูลไปใช้ในการจัดทำแผนพัฒนางานป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนของหน่วยงาน

ด้านการวางแผนและประเมินผล หน่วยงานมีการกำหนดทิศทางในการพัฒนาเรื่องโรคติดต่อชายแดนไว้อย่างชัดเจนทั้งเจ้าหน้าที่และสมาชิกทุกคนรับทราบทิศทางในการพัฒนาเรื่องโรคติดต่อชายแดน หน่วยงานมีการค้นหาปัญหาปัญหาด้านโรคติดต่อชายแดนเพื่อนำมาใช้ในการวางแผน หน่วยงานกำหนดนโยบายด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนไว้อย่างชัดเจนเป็นลายลักษณ์อักษร และหน่วยงานเครือข่ายมีแผนงาน/โครงการด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน มีการปฏิบัติอยู่ระดับน้อย เพราะความสนใจ ในการเข้าร่วมกิจกรรมวางแผนงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนยังน้อย ทั้งนี้เนื่องจาก การวางแผนงานดำเนินงานโรคติดต่อชายแดนของหน่วยงานบุคลากรต้องการมีส่วนร่วมหรือเกี่ยวข้องใน 4 มิติ ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจว่าควรทำอะไรและทำอย่างไร การมีส่วนร่วมเสียสละในการพัฒนา รวมทั้งลงมือปฏิบัติตามที่ได้ตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการแบ่งปันผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน การมีส่วนร่วมในการประเมินผลโครงการซึ่งเครือข่ายมีการประชุมเพื่อพัฒนาการมีส่วนร่วมดังกล่าวในพื้นที่ชายแดนยังน้อยเช่นกัน

การติดตามประเมินผลการป้องกันควบคุมโรคและสรุปผลการดำเนินงาน มีการปฏิบัติอยู่ระดับปานกลาง ทั้งนี้ เนื่องจากเครือข่ายการป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดนในบางพื้นที่บางคนไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมตั้งแต่การวางแผนงาน จึงขาดความเข้าใจในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การวิเคราะห์ปัญหาในพื้นที่ ระบบการเฝ้าระวัง นโยบายเรื่องโรคติดต่อชายแดน การประสานงานกับเครือข่ายอื่นๆ ทั้งในระดับพื้นที่ จังหวัดและส่วนกลาง เนื่องจากบุคลากรเครือข่ายไม่เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน เพราะการที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมได้นั้นจะต้องมีเหตุผลที่สำคัญอยู่ 2 ประการ คือ การมองเห็นว่าตนจะได้รับผลประโยชน์ตอบแทนในสิ่งที่ตนทำไป และการได้รับคำบอกกล่าวหรือชักชวนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่เป็นเจ้าภาพหลักให้เข้าร่วม โดยมีสิ่งจูงใจเป็นตัวชักนำ ทั้งนี้อาจเนื่องจากการบริหารจัดการเกี่ยวกับการติดตามประเมินผลยังไม่ดีพอ ขาดการประสานงานระหว่างคณะกรรมการติดตามประเมินผลในแต่ละระดับ บุคลากรเครือข่ายไม่ได้เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมดังกล่าวตั้งแต่เริ่มต้น จึงทำให้เครือข่ายมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลเพียงระดับปานกลาง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรสนับสนุนให้มีการจัดอบรมองค์ความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคแก่หน่วยงานเครือข่ายให้มีความรู้ความเข้าใจในบทบาทการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่เป็นปัญหาในพื้นที่ชายแดน

2. สร้างกลไกให้มีการประสานงานทางด้านการป้องกันควบคุมโรคกับภาคีเครือข่ายในพื้นที่ นิเทศ/ติดตาม สนับสนุนกลไกการปฏิบัติงานที่เป็นปัญหาอุปสรรคด้านการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและจัดเวทีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณ ผู้บริหาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เทศบาล/องค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่ชายแดน ช่องทางเข้าออกระหว่างประเทศ และศูนย์ควบคุมโรคหน้าโดยแมลง (ศตม.) ที่ให้ความอนุเคราะห์เข้าร่วมพัฒนาเครือข่ายการเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคติดต่อชายแดน ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานีในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ ผู้ทรงคุณวุฒิกรมควบคุมโรค ที่ช่วยตรวจทานความถูกต้อง ปรับปรุงแก้ไขเครื่องมือ จนประสบผลสำเร็จ และขอขอบคุณอาสาสมัครทุกท่านที่ให้ความร่วมมือจนทำให้งานวิจัยครั้งนี้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Poncet, S. Economic Integration of Yunnan with the Greater Mekong Subregion. ASEAN Economic Journal 2006;20(3):303-317.
2. “International migration and development: Opportunities and challenges for poverty reduction”, in Economic and Social Commission for Asia and the Pacific, Fifth Asian and Pacific Population Conference: Selected Papers, Asian Population Studies Series No. 158 (United Nations publication, Sales No. E.03.II.F.27).
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการประจำปีงบประมาณ 2549-2552 ภายใต้ยุทธศาสตร์แห่งชาติ รวมพลังสร้างสุขภาพ เพื่อคนไทยแข็งแรง เมืองไทยแข็งแรง. 2548
4. สุภางค์ จันทวานิช และคณะ, กรอบแนวคิดว่าด้วยการย้ายถิ่นระหว่างประเทศสาเหตุและผลกระทบของการย้ายถิ่นเอเชียปริทัศน์. 2546;24(2):6.
5. ประเวศ วะสี. ยุทธศาสตร์เพื่อความเข้มแข็งทางเศรษฐกิจสังคมและศีลธรรม. กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์หมอชาวบ้าน, 2549:20.
6. กระทรวงพาณิชย์. รายงานสถานการณ์อุตสาหกรรมจังหวัดมุกดาหาร.(online), 2556. จาก www.industry.go.th/ (ค้นเมื่อ 18 มิถุนายน 2558).
7. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ระบบเฝ้าระวังโรค (รายงาน 506). (online), 2556., จาก <http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/index.php> (ค้นเมื่อ 7 มีนาคม 2556)
8. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการประจำปี 2548.
9. สุทธยา ณะอบเหล็ก. พฤติกรรมอนามัยของชาวไทยภูเขาเผ่าม้งบ้านหนองหอยเก่า ตำบลแม่แรม อำเภอแมริม จังหวัดเชียงใหม่ : ความรู้และการปฏิบัติตนเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2534:83
10. เอกสารรับการตรวจเยี่ยมตรวจราชการ กลุ่มปฏิบัติการควบคุมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. 2558.
11. อติศร วงศ์คงเดช. การสนับสนุนงานพัฒนาด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2541

**ประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแผนที่จุดเสี่ยง
ฮิยาริ ฮัตโตะ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์
ของนักเรียน ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนพระธาตุหนองสามหมื่น
ตำบลบ้านแก้ง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ**

**The Effectiveness of Motorcycle Accident Prevention Program by Applying
Self Efficacy Theory and HiyariHatto Risk Map among Secondary School's
Student in Phrathatnongsammuen School, Bankaeng Sub-district,
Phukieo District, Chaiyaphum Province**

ตติยา จิมชัยภูมิ¹ และจุฬารณโสตะ²

Tatiya Chimchaiyaphum¹ and Chulaporn Sota²

¹โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านธาตุ

¹Banthat Tambol Health Promoting Hospital

²สาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²Health Education and Health Promotion, Faculty of Public Health, Khon Kaen University

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแผนที่จุดเสี่ยง ฮิยาริ ฮัตโตะ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนพระธาตุหนองสามหมื่น ตำบลบ้านแก้ง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มตัวอย่างเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 88 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 44 คน และกลุ่มเปรียบเทียบเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนหนองคอนไทยวิทยาคม ตำบลหนองคอนไทย อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 44 คน โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแผนที่จุดเสี่ยง ฮิยาริ ฮัตโตะ ประกอบด้วยการบรรยายประกอบสื่อ การนำเสนอด้วยสื่อวีดิทัศน์ แจกคู่มือการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยและคู่มือแผนที่จุดเสี่ยงฮิยาริ ฮัตโตะ การสาธิตและฝึกปฏิบัติขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยและการอภิปรายกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ของผลที่ได้รับ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนด้วยสถิติ Paired Sample t-test และIndependent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังจากทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้การรับรู้ความสามารถตนเองของนักเรียนความคาดหวังผลจากการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์และการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์สูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสุขศึกษาที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแผนที่จุดเสี่ยง ฮิยาริ ฮัตโตะ มีประสิทธิผลเพียงพอที่จะนำไปพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในโรงเรียนอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ : ทฤษฎีความสามารถแห่งตน, แผนที่จุดเสี่ยง ฮิยาริ ฮัตโตะ

Abstract

This quasi experimental researched aimed to study the effectiveness of motorcycle accident prevention program by applying Self Efficacy Theory and HiyariHatto Risk Map among secondary school's student in Phrathatnongsammuen School, Bankaeng Sub-district, Phukieo District, Chaiyaphum Province. The pretest-posttest two groups design were used. The samples were 88 students and divided to be experimental and comparison group, Nongkhonthaiwittakhom School, Nongkhonthai Sub-district, Phukieo District, Chaiyaphum Province, each group were 44. The experimental group was received health education program which Applying Self Efficacy Theory and Hiyari Hatto Risk Map, by the strategies teaching, media presentation, give hand book, demonstration and practice motorcycle safety, group discussion for exchange experiences. The duration of implementation was 12 weeks. Data were collected by self-administrative questionnaires. Data were analyzed by descriptive statistics. Comparative analysis was used Paired Sample t-test and Independent t-test at 0.05 level of significant.

The result, after the implementation, the experimental group had higher mean score of knowledge, expected self-efficiency and outcome of expectation higher than the comparison group by statistical significant. The result reflected that this motorcycle accident prevention program by applying Self Efficacy Theory and HiyariHatto Risk Map had enough had effectiveness for applied to other schools.

Key words : Self Efficacy Theory, HiyariHatto Risk Map

บทนำ

ปัญหาอุบัติเหตุทางถนนเป็นปัญหาสำคัญที่ทุกประเทศกำลังเผชิญอยู่และมีแนวโน้มของการบาดเจ็บและมีผู้เสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นโดยองค์การอนามัยโลกระบุว่าวัยรุ่น เยาวชน และกลุ่มเริ่มทำงาน (15 - 29 ปี) เสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนถนนเป็นอันดับ 1 รวมแล้วประชากรโลกเสียชีวิตจากอุบัติเหตุบนถนนสูงถึง 1.25 ล้านคนต่อปี ในจำนวนนี้ผู้เสียชีวิต 90% อยู่ในกลุ่มประเทศรายได้ปานกลางถึงต่ำ โดยผู้เสียชีวิตเกือบครึ่ง (49%) เกิดกับกลุ่มจักรยานยนต์ จักรยานและคนเดินถนนอีกทั้งยังพบว่า ประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนของโลกสูงห้าอันดับ คือประเทศลิเบีย ประเทศไทย ประเทศมาลาวี ประเทศไลบีเรีย และประเทศคองโก อัตราการเสียชีวิต เท่ากับ 73.40, 36.20, 35, 33.70 และ 33.20 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ สถานการณ์อุบัติเหตุในกลุ่มประเทศอาเซียนและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จำนวน 10 ประเทศ พบว่าประเทศที่มีอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนสูงเป็นอันดับหนึ่ง คือ ประเทศไทย (36.20 ต่อแสนประชากร) รองลงมา คือ เวียดนาม (24.50 ต่อแสนประชากร) มาเลเซีย (24 ต่อแสนประชากร) พม่า (20.30 ต่อแสนประชากร) และ กัมพูชา (17.40 ต่อแสนประชากร) ทั้งนี้ประเทศไทยมีอัตราการเสียชีวิตจากรถจักรยานยนต์ถึง 26.30 ต่อแสนประชากร ซึ่งสูงเป็นอันดับหนึ่งของโลก⁽¹⁾

จากสถานการณ์อุบัติเหตุทางถนนจังหวัดชัยภูมิพบว่าอัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนนในปี 2552-2556 คือ 8.72, 9.94, 10.11, 12.65 และ 14.90 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ⁽²⁾ อัตราการเกิดอุบัติเหตุทางบก คิดเป็น 288, 211, 296, 243 และ 256 ครั้งตามลำดับ⁽³⁾ ซึ่งจะเห็นว่าแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี รายงานผู้บาดเจ็บและเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรปี 2557 แยกตามประเภทที่เกิดอุบัติเหตุมากที่สุดคือรถจักรยานยนต์ บาดเจ็บ 1,222 ราย คิดเป็นร้อยละ 84.74 ของการบาดเจ็บทั้งหมด เสียชีวิต 8 ราย คิดเป็นร้อยละ 88.89 ของผู้เสียชีวิตทั้งหมด ส่วนการบาดเจ็บ กลุ่มอายุที่มีการบาดเจ็บมากที่สุดคือ 0 - 15 ปี คิดเป็น

ร้อยละ 53 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 16-25 ปี คิดเป็นร้อยละ 16 ช่วงเวลาที่เกิดอุบัติเหตุสูงสุด คือ 14.00-18.00 น. คิดเป็นร้อยละ 26 รถจักรยานยนต์เป็นสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุสูงสุด พฤติกรรมเสี่ยงพบว่า ขับรถเร็วเกินกว่ากฎหมายกำหนด ขับรถตัดหน้ากระชั้นชิดและไม่สวมหมวกนิรภัย ในการขับขี่รถจักรยานยนต์เป็นกระบวนการซับซ้อนที่ต้องอาศัยทั้งความรู้ ความสามารถของระบบประสาท และการตัดสินใจที่ดี เด็กวัยรุ่นมักจะมีความสามารถในการรับรู้และตอบสนองอันตรายได้น้อย ความสามารถในการควบคุมเครื่องยนต์ไม่มีการคาดประมาณความเร็วที่ใช้และระยะทางที่ควรหยุดไม่เหมาะสม มีความสามารถที่ไม่ดีพอในการตัดสินใจในการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าต่าง ๆ จังหวัดชัยภูมิได้กำหนดนโยบายขับเคลื่อนงานสาธารณสุขในการลดอุบัติเหตุ มีการดำเนินงานตลอดปี มีการกำหนดจุดเสี่ยงจังหวัดละ 5 จุด และประเมินผลทุก 3 เดือน ดำเนินมาตรการด้านชุมชนทั้งช่วงเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ หรืองานประเพณีอื่นๆ การเพิ่มคุณภาพการรักษาพยาบาล โดยให้มีช่องทางด่วนต่อการเข้าถึงบริการ การนำส่งผู้บาดเจ็บวิกฤติจากอุบัติเหตุตามท้องถนนส่งต่อแบบไร้รอยต่อที่สามารถเชื่อมโยงถึงกันได้⁽⁴⁾

จากสภาพปัญหาที่ได้กล่าวมาแล้วนั้นการสืบค้นสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุเป็นสิ่งที่ทำได้ไม่ยากแต่การดำเนินการเพื่อป้องกันเป็นสิ่งที่ทำได้ยากยิ่งกว่า ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในกลุ่มวัยรุ่นตอนกลางที่กำลังศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ซึ่งมีประสบการณ์ในการขับขี่น้อย ขาดความชำนาญ การตัดสินใจแก้ปัญหาไม่เพียงพอ และเป็นกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์มากที่สุด ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงนำโปรแกรมสุขศึกษาที่เป็นการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแผนที่จุดเสี่ยงฮิยาโร ฮัตโตะ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย เพื่อให้ให้นักเรียนมีความรู้ มีความคาดหวังในความสามารถแห่งตนว่าสามารถที่จะปฏิบัติได้ โดยก่อนการปฏิบัตินั้น นักเรียนจะต้องเกิดความตั้งใจในการปฏิบัติก่อน ซึ่งจะช่วยให้เสริมให้นักเรียนมีการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์มากขึ้น อีกทั้งยังเป็นแนวทางในการดำเนินงานป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในโรงเรียนพระธาตุหนองสามหมื่นตำบลบ้านแก้ง อำเภอกุฉีชุม จังหวัดชัยภูมิ ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแผนที่จุดเสี่ยงฮิยาโร ฮัตโตะ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนพระธาตุหนองสามหมื่น ตำบลบ้านแก้ง อำเภอกุฉีชุม จังหวัดชัยภูมิ

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้แก่ กลุ่มทดลองนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนพระธาตุหนองสามหมื่น ตำบลบ้านแก้ง อำเภอกุฉีชุม จังหวัดชัยภูมิ และกลุ่มเปรียบเทียบนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนหนองคอนไทยวิทยาคม ตำบลหนองคอนไทย อำเภอกุฉีชุม จังหวัดชัยภูมิ ระยะเวลาการศึกษา เดือน มีนาคม - พฤษภาคม พ.ศ. 2559

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแผนที่จุดเสี่ยงเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ หมายถึง กระบวนการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแผนที่จุดเสี่ยง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวัง การปฏิบัติตัว ในการใช้แผนที่จุดเสี่ยงต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ในกลุ่มทดลอง โดยการจัดกิจกรรม การให้ความรู้เรื่องอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ และกฎหมาย

จราจร การประชุมเชิงปฏิบัติการในการสร้างแผนที่จุดเสี่ยงและการระบุจุดเสี่ยง เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
การป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์

ฮิยาริ ฮัตโตะ หมายถึง เหตุการณ์ หรือประสบกันกับเหตุการณ์ที่เกือบเป็นอุบัติเหตุเกิดขึ้น

การสร้างแผนที่จุดเสี่ยง ฮิยาริ ฮัตโตะ หมายถึง กิจกรรมที่ให้นำนักเรียนและนักเรียนได้สร้างแผนที่
จุดเสี่ยงฮิยาริ ฮัตโตะ พื้นที่ในการสร้างแผนที่ คือ บริเวณรอบๆทุกด้านของโรงเรียน ระยะทาง 1 กิโลเมตร
เพื่อประเมินจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางจราจรจากรถจักรยานยนต์เพื่อให้นักเรียนสามารถระบุจุด “ฮิยาริ”
ลงแผนที่เปล่า เริ่มโดยแจกแผนที่เปล่าให้นักเรียนแต่ละคน การระบุจุดเสี่ยงจะถูกแยกตามรูปแบบเหตุการณ์
“ฮิยาริ” ด้วยการติดสติ๊กเกอร์ที่มีสีแตกต่างกันกำหนดให้สีแดง แทน จุดเกิดอุบัติเหตุที่มีผู้เสียชีวิต สีเขียว
แทนจุดเกิดอุบัติเหตุที่มีผู้บาดเจ็บสาหัส สีเหลือง แทนจุด “ฮิยาริ” ซึ่งเป็นจุดที่เกิดเหตุการณ์เสี่ยงในการเกิด
อุบัติเหตุ และนักเรียนมีประสบการณ์เกือบเกิดอุบัติเหตุ ณ บริเวณนั้น นักเรียนสามารถระบุได้แบบไม่มีถูก
หรือผิด ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละคน เมื่อยืนยันและออกสำรวจจุดเสี่ยง “ฮิยาริ” แล้ว ให้นักเรียน
นำจุดเสี่ยง “ฮิยาริ” ทั้งหมดมาระบุลงบนแผนที่ขนาดใหญ่ร่วมกันอีกครั้งจากนั้นแล้ว ได้นำแผนที่ “ฮิยาริ”
ที่ได้นั้นมาสรุปและลงความเห็นร่วมกัน

รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบสองกลุ่มทำการวัดผลก่อน
และหลังการทดลอง คือ กลุ่มทดลอง (Experimental group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Comparison group)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ปีการศึกษา 2558 โรงเรียนพระธาตุหนองสามหมื่น
ตำบลบ้านแก้ง อำเภอภูเขียว และโรงเรียนหนองคอนไทยวิทยาคม ตำบลหนองคอนไทย อำเภอภูเขียวจังหวัด
ชัยภูมิ จำนวน 250 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างโดยคัดเลือกนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่เดินทางมาโรงเรียน
โดยใช้รถจักรยานยนต์เป็นพาหนะ ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย
กรณี ประชากร 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน⁽⁶⁾ ในการคำนวณขนาดตัวอย่าง ในการศึกษานี้จึงได้นำผลการศึกษา
ของ กนกวรรณ วังสระ⁽¹⁰⁾ เกี่ยวกับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม
เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มาใช้
ในการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อหาความแปรปรวนร่วม (Pool variance) ในการศึกษานี้ใช้กลุ่มตัวอย่าง
ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบกลุ่มละ 36 คน แต่ในการศึกษาจริงอาจมีการตกสำรวจหรือสูญหายระหว่าง
การทดลอง จึงมีการเพิ่มขนาดตัวอย่าง โดยแบ่งเป็น กลุ่มทดลอง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียน
พระธาตุหนองสามหมื่น จำนวน 44 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียน
หนองคอนไทยวิทยาคม จำนวน 44 คน

จริยธรรมในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ให้ความสำคัญกับหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ตามเงื่อนไขของมหาวิทยาลัย
ขอนแก่นอย่างเคร่งครัด และได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัย
ขอนแก่น เลขที่ HE582360 ให้ไว้ ณ วันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถาม แบ่งเป็น 5 ส่วน คือ ข้อมูลทั่วไป, ความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์, การรับรู้ความสามารถตนเองของนักเรียน, ความคาดหวังจากการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์, การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่านและหาค่าความเที่ยง (Reliability) โดยวิธีของคูเดอร์ – ริชาร์ดสัน 20 (Kuder-Richardson 20 : KR 20)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยใช้โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ซึ่งได้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแผนที่จุดเสี่ยง ฮิยาริ ฮัตโตะ เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมต่อนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และเครื่องมือที่ใช้ทดลองกับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ได้แก่ โปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น ซึ่งสอนโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและตำรวจ โดยจัดกิจกรรม 5 ครั้ง ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 สร้างการรับรู้ความสามารถตนเองของนักเรียน โดยการบรรยายประกอบสื่อแจกคู่มือฉบับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยและคู่มือแผนที่จุดเสี่ยงฮิยาริ ฮัตโตะ สรุปประเด็นที่ได้จากการเรียนรู้

กิจกรรมที่ 2 สร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและการสร้างความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวของนักเรียนโดยให้ผู้นำนักเรียนและนักเรียนได้สร้างแผนที่จุดเสี่ยงฮิยาริ ฮัตโตะเพื่อประเมินจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุทางจากรถจักรยานยนต์ ดำเนินกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ให้นักเรียนได้มีการพูดคุย ชักถาม แลกเปลี่ยนความคิดเห็นแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสะท้อนผลการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ และการสร้างแผนที่จุดเสี่ยงฮิยาริ ฮัตโตะ เพื่อหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน

กิจกรรมที่ 3 สร้างการรับรู้ความสามารถตนเองและการสร้างความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวของนักเรียน โดยสาธิตการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยแก่นักเรียนและให้นักเรียนได้ฝึกปฏิบัติขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย การปฏิบัติตามกฎจราจร และการสวมหมวกนิรภัย

กิจกรรมที่ 4 สร้างความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัว จัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ให้นักเรียนได้พูดคุยแลกเปลี่ยนวิธีการ ความคิด ปัญหา อุปสรรค และวิธีการแก้ปัญหาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ของนักเรียนอภิปรายผลดีของการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์และการสร้างแผนที่จุดเสี่ยงฮิยาริ ฮัตโตะ

กิจกรรมที่ 5 การสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์หลังการจัดกิจกรรมสุขศึกษา เป็นเวลา 5 วัน ช่วงเวลาที่เดินทางไป – กลับโรงเรียน เฉพาะวันจันทร์ – วันศุกร์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ข้อมูลทั่วไปนำเสนอข้อมูลด้วยการแจกแจงความถี่ เป็นจำนวน ร้อยละ และสถิติเชิงอนุมานเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยก่อนและหลังการให้โปรแกรมสุขศึกษาภายในกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Paired Sample t-test และระหว่างกลุ่มของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนและหลังการทดลอง ด้วยสถิติ Independent Sample t -test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป

ผลการศึกษาพบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่มีอายุ 16 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.6 และ 56.8 ตามลำดับ เพศ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง คิดเป็นร้อยละ 54.5 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 56.8 ระดับชั้นการศึกษา พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่กำลังศึกษาอยู่ระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 4 คิดเป็นร้อยละ 63.6 และ 56.8 ตามลำดับ และพบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ใช้รถจักรยานยนต์ในฐานะเป็นผู้ขับเอง คิดเป็นร้อยละ 84.1 และกลุ่มเปรียบเทียบส่วนใหญ่ใช้รถจักรยานยนต์ในฐานะเป็นผู้ขับเอง คิดเป็นร้อยละ 93.2 ประสบการณ์ในการขับขี่รถจักรยานยนต์ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการขับขี่รถจักรยานยนต์อยู่ระหว่าง 2 - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 81.8 รองลงมามีประสบการณ์ในการขับขี่รถจักรยานยนต์มากกว่า 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 13.7 และกลุ่มเปรียบเทียบมีประสบการณ์ในการขับขี่รถจักรยานยนต์อยู่ระหว่าง 2 - 5 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.7 รองลงมามีประสบการณ์ในการขับขี่รถจักรยานยนต์น้อยกว่า 2 ปี คิดเป็นร้อยละ 36.4 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละ ลักษณะประชากรของกลุ่มตัวอย่าง

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1. อายุ				
16 ปี	28	63.6	25	56.8
17 ปี	16	36.4	19	43.2
2. เพศ				
ชาย	20	45.5	25	56.8
หญิง	24	54.5	19	43.2
3. นักเรียนกำลังศึกษาอยู่ชั้นมัธยมศึกษาปีที่				
มัธยมศึกษาปีที่ 4	28	63.6	25	56.8
มัธยมศึกษาปีที่ 5	16	36.4	19	43.2
4. การใช้รถจักรยานยนต์				
เป็นผู้ขับเอง	37	84.1	41	93.2
เป็นผู้โดยสาร/ซ้อนท้าย	36	81.8	17	38.6

ลักษณะประชากร	กลุ่มทดลอง (n=44)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=44)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
5. ประสบการณ์ในการขับขี่รถจักรยานยนต์				
< 2 ปี	2	4.5	16	36.4
2-5 ปี	36	81.8	21	47.7
> 5 ปี	6	13.7	7	15.9
> 10 กิโลเมตร	8	18.2	2	4.5

2. ความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของความรู้ดีกว่าก่อนการทดลอง โดยพบว่าผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์เพิ่มขึ้น 6.95 คะแนน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ลดลง 0.27 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

3. การรับรู้ความสามารถตนเองของนักเรียนในการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์โดยพบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์เพิ่มขึ้น 3.25 คะแนน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์เพิ่มขึ้น 0.41 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองในการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

4. ความคาดหวังผลจากการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของความคาดหวังผลจากการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์โดยพบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังผลจากการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์เพิ่มขึ้น 4.20 คะแนน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังผลจากการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ลดลง 0.16 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังผลจากการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

5. การปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงของการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์โดยพบว่า ผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์เพิ่มขึ้น 3.14 คะแนน ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างของค่าเฉลี่ยการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์เพิ่มขึ้น 0.16 คะแนน เมื่อเปรียบเทียบผลต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบพบว่าแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

**ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านต่าง ๆ ภายในกลุ่มทดลอง ก่อนการทดลอง
และหลังการทดลอง**

ด้าน	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
1.ความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุ จากรถจักรยานยนต์	44	14.70	2.97	21.66	1.43	13.67	6.95	<0.001*
2.การรับรู้ความสามารถตนเองของ นักเรียน	44	58.91	6.59	62.16	5.34	5.63	3.25	<0.001*
3.ความคาดหวังผลจากการป้องกัน อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์	44	56.34	6.92	60.55	6.16	6.94	4.20	<0.001*
4.การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์	44	34.89	3.59	38.02	2.90	7.40	3.14	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

**ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านต่าง ๆ ภายในกลุ่มเปรียบเทียบ ก่อนการ
ทดลองและหลังการทดลอง**

ด้าน	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
1.ความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุ จากรถจักรยานยนต์	44	13.75	2.27	13.48	2.25	-2.49	-0.27	0.017
2.การรับรู้ความสามารถตนเองของ นักเรียน	44	57.02	5.35	57.43	4.82	1.79	0.41	0.080
3.ความคาดหวังผลจากการป้องกัน อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์	44	54.66	5.31	54.50	5.50	-0.59	-0.16	0.559
4.การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกัน อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์	44	33.80	4.70	33.95	3.84	1.64	0.16	0.109

* มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

**ตารางที่ 4 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยในด้านต่าง ๆ หลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลอง
และกลุ่มเปรียบเทียบ**

ด้าน	n	ก่อนการทดลอง		หลังการทดลอง		t	df	p-value
		\bar{X}	S.D.	\bar{X}	S.D.			
1.ความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุ จากรถจักรยานยนต์	44	21.66	1.43	13.48	2.25	20.83	8.18	<0.001*
2.การรับรู้ความสามารถตนเองของ นักเรียน	44	62.16	5.34	57.43	4.82	4.36	4.73	<0.001*
3.ความคาดหวังผลจากการป้องกัน อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์	44	60.55	6.16	54.50	5.50	4.86	6.05	<0.001*
4.การปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกัน อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์	44	38.02	2.90	33.95	3.84	5.61	4.07	<0.001*

* มีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

อภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแผนที่จุดเสี่ยงฮิยาริ ฮัตโตะ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย โรงเรียนพระธาตุหนองสามหมื่น ตำบลบ้านแก้ง อำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ รูปแบบการศึกษาค้นคว้าเป็นแบบกึ่งทดลอง (Quasi-Experimental Research) ใช้ระยะทั้งสิ้น 12 สัปดาห์พบว่า

ภายหลังการจัดโปรแกรมสุขศึกษา กลุ่มทดลองมีการสร้างแผนที่จุดเสี่ยงและใช้แผนที่จุดเสี่ยง “ฮิยาริ ฮัตโตะ” โดยการจัดกิจกรรมการสร้างแผนที่จุดเสี่ยง “ฮิยาริ ฮัตโตะ” ได้ให้ผู้นำนักเรียนและนักเรียนได้สร้างแผนที่จุดเสี่ยงฮิยาริ ฮัตโตะเพื่อประเมินจุดเสี่ยงต่อการอุบัติเหตุทางจากรถจักรยานยนต์ซึ่งนักเรียนในกลุ่มทดลองได้รับคำแนะนำจากผู้วิจัยเพื่อสร้างความเข้าใจในการสร้างแผนที่ซึ่งจะทำให้สามารถระบุจุด “ฮิยาริ” ลงแผนที่เปล่าได้ หลังจากได้รับคำแนะนำจากผู้วิจัยในขั้นตอนแล้ว เริ่มโดยแจกแผนที่เปล่าให้นักเรียนแต่ละคนเพื่อความสะดวกและรวดเร็วในการระบุจุด “ฮิยาริ” การระบุจุดจะถูกแยกตามรูปแบบเหตุการณ์ “ฮิยาริ” ด้วยการติดสติ๊กเกอร์ที่มีสีแตกต่างกันโดยผู้วิจัยกำหนดให้สีแดง แทน จุดเกิดอุบัติเหตุที่มีผู้เสียชีวิต สีเขียว แทนจุดเกิดอุบัติเหตุที่มีผู้บาดเจ็บสาหัส สีเหลือง แทนจุดเกิดอุบัติเหตุที่มีการบาดเจ็บเล็กน้อย และจุด “ฮิยาริ” ซึ่งเป็นจุดที่เกิดเหตุการณ์เสี่ยงในการเกิดอุบัติเหตุ และนักเรียนมีประสบการณ์เกือบเกิดอุบัติเหตุ ณ บริเวณนั้น⁽⁸⁾ นักเรียนสามารถระบุได้แบบไม่มีถูกหรือผิด ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ของแต่ละคน เมื่อยืนยันและออกสำรวจจุดเสี่ยง “ฮิยาริ” แล้ว ผู้วิจัยได้ให้นักเรียนนำจุดเสี่ยง “ฮิยาริ” ทั้งหมดมาระบุลงบนแผนที่ขนาดใหญ่ร่วมกันอีกครั้งจากนั้นแล้ว ได้นำแผนที่ “ฮิยาริ” ที่ได้นั้นมาสรุปและลงความเห็นร่วมกัน นักเรียนกลุ่มทดลองสามารถนำกิจกรรมการสร้างแผนที่จุดเสี่ยง “ฮิยาริ ฮัตโตะ” ที่ระบุจุดเสี่ยงอันตรายได้ ทำให้เกิดความตระหนักในการใช้รถจักรยานยนต์และยานพาหนะอื่น ๆ รวมถึงการใช้ถนนทั้งบนถนนกรมทางหลวงและถนนในหมู่บ้าน เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับ สิริกัลยา เด็กศิริ⁽⁹⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมศึกษา โดยการประยุกต์ใช้แผนที่จุดเสี่ยง ฮิยาริฮัตโตะ ร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อการป้องกันโรค เพื่อการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ และการรับรู้

ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลของการตอบสนอง
ต่อพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ และความตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกัน
อุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

ภายหลังการทดลองนักเรียนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันอุบัติเหตุจากรถ
จักรยานยนต์สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$
แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถแห่งตนร่วมกับแผนที่จุดเสี่ยงฮิยาริ ฮัตโตะ
ซึ่งเกิดจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา ซึ่งประกอบด้วยการบรรยาย การนำเสนอด้วยสื่อวีดิทัศน์
ได้รับแจกคู่มือการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัยและคู่มือแผนที่จุดเสี่ยงฮิยาริ ฮัตโตะ ซึ่งสอดคล้องกับ
กนการณ วังสระ⁽¹⁰⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับ
แรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ของนักเรียน
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนคอนสารวิทยาคม ตำบลทุ่งนาเลา อำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิจากการศึกษา
พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
 $p < 0.001$

ภายหลังการทดลองนักเรียนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเองของนักเรียน
สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$ ซึ่งเกิดจาก
กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยมีการสาธิตและการได้ฝึกปฏิบัติการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย
การปฏิบัติตามกฎจราจรการสวมหมวกนิรภัย นอกจากนั้นนักเรียนได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นในเรื่อง
การป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ซึ่งสอดคล้องกับรุ่งนภา สิงห์สถิต⁽¹¹⁾ ศึกษาประสิทธิผลของ
โปรแกรมคลายเครียดโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับ
การออกกำลังกายด้วยการรำเซ็งในกลุ่มวัยทอง ตำบลเสี้ยว อำเภอเมือง จังหวัดเลย พบว่า ภายหลังการทดลอง
กลุ่มทดลองมี การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังจากผลลัพธ์ สูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่า
กลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p < 0.001$

ภายหลังการทดลองนักเรียนกลุ่มทดลองมีค่าคะแนนความคาดหวังผลจากการป้องกันอุบัติเหตุจากรถ
จักรยานยนต์สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
 $p < 0.001$ เพราะ นักเรียนกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา โดยมีการอภิปรายกลุ่ม และจัดเป็นกลุ่มย่อยๆ
กลุ่มละ 5- 6 คน ยกประเด็นการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์เพื่อให้นักเรียนได้แลกเปลี่ยน
ประสบการณ์ของผลที่ได้รับจากการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ให้นักเรียน
หลังจากนั้นผู้วิจัยได้สรุปและอภิปรายผลดีของการปฏิบัติตัวเพื่อการป้องกันอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์
และการสร้างแผนที่จุดเสี่ยงฮิยาริ ฮัตโตะซึ่งสอดคล้องกับเยาวลักษณ์ แสนทวีสุข⁽¹²⁾ ศึกษาผลของการใช้ทฤษฎี
ความสามารถตนเองร่วมกับแรงจูงใจในการสร้างเสริมพฤติกรรมทางเพศที่พึงประสงค์ โรงเรียนแห่งหนึ่ง จังหวัด
อุบลราชธานี ผลการวิจัย พบว่าหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความคาดหวังในผลลัพธ์จากการมีพฤติกรรม
ทางเพศที่พึงประสงค์ และความตั้งใจในการมีพฤติกรรมทางเพศที่พึงประสงค์สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมี
นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.05$ และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ
 $p\text{-value} < 0.05$

ภายหลังการทดลองนักเรียนกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์สูงขึ้นกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ $p < 0.001$ โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมสุขศึกษา มีการฝึกปฏิบัติการขับขี่รถจักรยานยนต์อย่างปลอดภัย การปฏิบัติตามกฎจราจรการสวมหมวกนิรภัย และการชะลอความเร็วเมื่อถึงจุดที่เสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ให้นักเรียนได้ฝึกสังเกตแผนที่จุดเสี่ยงเพื่อป้องกันการอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ผู้วิจัยสรุปและอภิปรายผลดีของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์และการสร้างแผนที่จุดเสี่ยงฮิยาริ ฮัตโตะ ซึ่งสอดคล้องกับ กานต์พิชชา หนูบุญ⁽¹³⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันการอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ของนักศึกษา มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี นครราชสีมา พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีความตั้งใจในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ การปฏิบัติในการขับขี่รถจักรยานยนต์ที่ปลอดภัย และถูกต้องตามกฎจราจร สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ $p\text{-value} < 0.001$

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาวิจัย

1. ในกระบวนการสร้างแผนที่จุดเสี่ยง ฮิยาริ ฮัตโตะ ยังขาดการมีส่วนร่วมของผู้นำชุมชน ชุมชน และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอื่น ๆ ในการสร้างและออกสำรวจจุดเสี่ยงในชุมชน เพื่อร่วมกันยืนยันถึงเหตุการณ์ที่เคยเห็นเคยเกือบจะอุบัติเหตุ เพื่อให้ประชาชนที่อยู่ในบริเวณที่เป็นจุดเสี่ยงได้ร่วมยืนยัน และเกิดความตระหนักมากยิ่งขึ้น
2. นักเรียนส่วนใหญ่ประสบกับเหตุการณ์ที่เกือบจะเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ โดยเคยประสบกับเหตุการณ์ที่เกือบจะเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ ทำให้นักเรียนมีความระมัดระวังในการขับขี่รถจักรยานยนต์ และถ้าได้รับความรู้ การกระตุ้นและเน้นย้ำถึงการรับรู้ความสามารถของตนเอง และความคาดหวังในการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์ที่ถูกต้อง จะทำให้นักเรียนเกิดความตระหนักถึงความปลอดภัยจากอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. สามารถนำกระบวนการสร้างแผนที่จุดเสี่ยง ฮิยาริ ฮัตโตะ ไปใช้กับประชาชนกลุ่มอื่น ๆ โดยเฉพาะกลุ่มวัยทำงานที่มีอัตราตายจากอุบัติเหตุทางถนนเพิ่มสูงขึ้น และเป็นกลุ่มวัยที่สามารถแยกแยะ เหตุปัจจัยต่าง ๆ ในการเกิดอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์
2. ควรมีการทำวิจัยในรูปแบบเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อประเมินผลการดำเนินการวิจัย และปรับปรุงพัฒนาการวิจัย เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันการอุบัติเหตุจากรถจักรยานยนต์อย่างยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.ดร.จุฬารัตน์ โสตะ ที่ได้ให้คำแนะนำทางด้านวิชาการในการศึกษาพร้อมทั้งเป็นกำลังใจและเป็นแบบอย่างที่ดีในการทำงานให้แก่ผู้วิจัยตลอดมา ขอขอบพระคุณบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่นที่มอบทุนอุดหนุนและส่งเสริมการทำวิทยานิพนธ์ ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการและคณะครูนักเรียนโรงเรียนพระธาตุหนองสามหมื่นและโรงเรียนหนองคอนไทยวิทยาคม ที่กรุณาให้ความร่วมมือในการวิจัยในการจัดกิจกรรมระหว่างการทำวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Global Status Report on Road Safety 2015. Geneva: WHO, 2015.
2. สำนักงานปลัดกระทรวงคมนาคม. รายงานสถิติอุบัติเหตุ 2558.(ออนไลน์), จาก <http://vigportal.mot.go.th> (ค้นเมื่อ 31 สิงหาคม 2558).
3. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. สถิติอุบัติเหตุจราจรทางบก (ออนไลน์), 2557 จาก <http://service.nso.go.th/nso/web/statseries/statseries21.html>. (ค้นเมื่อ 31 สิงหาคม 2558).
4. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. สรุปข้อมูลอุบัติเหตุจราจรจังหวัดชัยภูมิ ปี 2552-2556. ชัยภูมิสำนักงาน. (เอกสารอัดสำเนา).
5. เตือนใจ พุกตะ. การศึกษาเพื่อนำเสนอแนะวิธีการประยุกต์ใช้ทฤษฎี Hiyati-Hatto ในเขตกรุงเทพฯ. กรุงเทพฯ: [ม.ป.พ.], 2549
6. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวิตดีสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2551 พิมพ์ครั้งที่ 3.
7. International Association of Traffic and Safety Sciences (IATSS). คู่มือการสร้างแผนที่ “Hiyari Map Creation Manual”, Nihon University, 2550.
8. วิชิตา เสถียรนามและคณะ. คู่มือจัดการจุดเสี่ยงทางถนนในชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : ศูนย์วิชาการเพื่อความปลอดภัยทางถนน (ศวปถ.), 2558.
9. สิริกัลยา เคิกศิริ และจุฬารัตน์ โสตะ. การประยุกต์ใช้แผนที่จุดเสี่ยง ฮิยาริ ฮัตโตะ ร่วมกับทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค เพื่อป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลาย อำเภอคำเขื่อนแก้ว จังหวัดยโสธร. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 อุบลราชธานี 2553; 8(3): 57-68.
10. กนกวรรณ วังสระ และ จุฬารัตน์ โสตะ. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผนร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนคอนสารวิทยาคมตำบลทุ่งนาเลา อำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ. ศรีนครินทร์เวชสาร 2555;27(4): 326-434.
11. รุ่งนภา สิงห์สถิตย์ และจุฬารัตน์ โสตะ. ประสิทธิผลของโปรแกรมคลายเครียดโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมร่วมกับการออกกำลังกายด้วยการรำเชิงในกลุ่มวัยทองตำบลเสี้ยว อำเภอเมืองจังหวัดเลย. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2557; 8(2):13.
12. ยาวลักษณ์ แสนทวีสุข และพรณี บัญชรหัตถกิจ. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการประยุกต์ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับการสร้างแรงจูงใจเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมทางเพศที่พึงประสงค์ของนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนแห่งหนึ่งจังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา) 2554; 11(4):67-76.
13. กานต์พิชชา หนูบุญ และ พรณี บัญชรหัตถกิจ. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันอุบัติเหตุจราจรจากรถจักรยานยนต์ของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสานนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2558; 8(2):1-9.

**การพัฒนาและตรวจสอบความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถามวัดความพึงพอใจ
ของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
อำเภอสุวรรณภูมิจังหวัดร้อยเอ็ด**

**The Development and Validation of a Questionnaire Measuring Patient Satisfaction
with Services at The Chronic Non-communicable Diseases Clinics of Tumbon Health
Promoting Hospital, Suwannaphom District, Roi-et Province**

อุษณีย์ ชินศรี¹ และจิราพร เขียวอยู่²

Usanee Chinsri¹ and Jiraporn Khiewyoo²

¹สาขาวิชาวิทยาการระบาดและชีวสถิติ

¹Division of Epidemiology and Biostatistics

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

²Faculty of Public Health, KhonKaen University

บทคัดย่อ

การวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการด้านสุขภาพ เป็นการสะท้อนการบริการสู่การพัฒนาบริการด้านสุขภาพอย่างเหมาะสม จากการศึกษายังไม่พบเครื่องมือที่เหมาะสมกับการวัดความพึงพอใจในผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้วิจัยจึงได้ทำการพัฒนาการวิจัยครั้งนี้ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างและประเมินคุณสมบัติด้านความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถามวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด โดยเริ่มจากการนิยามตัวแปรและการรวบรวมข้อความคำถามจากการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญและการสนทนากลุ่มในผู้ป่วย จากนั้นนำแบบสอบถามฉบับร่างไปให้ผู้เชี่ยวชาญประเมินความตรงตามเนื้อหา และนำไปทดสอบความเข้าใจด้านภาษากับผู้ป่วย นำมาแก้ไข นำไปเก็บข้อมูลจากตัวอย่าง 466 คน เพื่อประเมินความตรงเชิงโครงสร้างเบื้องต้น และหาค่าความเที่ยง ผลการศึกษาพบว่าแบบสอบถามวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด มีคำถามทั้งหมด 35 ข้อ ดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) ของคำถามเฉลี่ยเท่ากับ 0.89 แบบสอบถามมีโครงสร้างความพึงพอใจ 5 มิติ ได้แก่ ด้านบุคลากร ด้านสถานที่ ด้านการอำนวยความสะดวก ด้านคุณภาพบริการและด้านสนับสนุนการบริการมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.94, 0.88, 0.83, 0.84 และ 0.71 ตามลำดับ ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา รวมเท่ากับ 0.84 ดังนั้น แบบสอบถามนี้จึงเป็นเครื่องมือที่มีความตรงและความเที่ยงในระดับที่ยอมรับได้ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำแบบสอบถามนี้ไปใช้ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลได้

คำสำคัญ: การพัฒนาแบบสอบถาม, ความตรง, ความเที่ยง, ความพึงพอใจ, ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังคุณภาพ, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

The measurement of patient satisfaction can indicate the quality of health service which leads to the improvement of health service system following proper aspect. From our literature review found that lack of suitable instrument to measure patient satisfaction in chronic non-communicable diseases clinic of sub-district health promoting hospital. There fore, the aims of this study are to develop

and validate a questionnaire to measure patient satisfaction with services at the chronic non-communicable diseases clinic of sub-district health promoting hospital, Suwannaphom district, Roi-et province. The process of dening and generating items included a literature review, in-depth interview and focus group discussions. Content validity of the questionnaire was evaluated by 6 experts using the content validity index (CVI). A clarification of questions was assessed by patients. Construct validity and an internal consistency reliability of the questionnaire were examined with data of 466 patients by exploratory factor analysis and Cronbach's alpha coefficient respectively. The results were as follows. The questionnaire comprised 35 items 5 dimensions. The CVI of each item ranged from 0.83 - 1.00 and the average was 0.89. The 5 dimensions included the dimension of provider, location, facilitation, quality of service, and service support. The Cronbach's alpha coefficient of them was 0.94, 0.88, 0.83, 0.84, and 0.71 respectively, and an overall was 0.84 In conclusion. This questionnaire provides good psychometric properties in term of content validity, construct validity (preliminary), internal consistency reliability and can be employed to evaluate the satisfaction of patients who visit the chronic non-communicable diseases clinic of sub-district health promoting hospital to development Quality of NCD Clinic.

Keywords: Questionnaire development, validity, reliability, patient satisfaction, chronic non-communicable diseases, sub-district health promoting hospital

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกพบอุบัติการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้ทุกส่วนให้ความสำคัญมากขึ้น จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลกปี 2555 พบว่า 1 ใน 10 ของประชาชนป่วยเป็นโรคเบาหวาน และ 1 ใน 3 มีภาวะโรคความดันโลหิตสูง และประมาณร้อยละ 63 ของการเสียชีวิตทั่วโลกมีสาเหตุจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง⁽¹⁾ สถานการณ์ประเทศไทย จากรายงานของกระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2549 - 2553 พบว่า มีผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง 5 โรครายใหม่ ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง มีอัตราการความชุกสูงสุด รองลงมาคือโรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด โรคเรื้อรังทางเดินหายใจส่วนล่าง และโรคหลอดเลือดสมอง (อัตราการความชุกเท่ากับ 2,709.06, 1,394.91, 268.99, 263.18 และ 220.16 ต่อประชากรแสนคน) และอัตราการความชุกสะสมมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ⁽²⁾ ซึ่งหากไม่ได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องต่อเนื่องอาจก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเกิดความพิการ และตายก่อนวัยอันควร เป็นภาระและสูญเสียค่าใช้จ่ายมูลค่าสูงในการรักษา รวมถึงค่าใช้จ่ายทางด้านสาธารณสุขโดยรวม^(3,4) กระทรวงสาธารณสุขมีแผนพัฒนาระบบบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทติยภูมิ และตติยภูมิให้เชื่อมโยงกัน โดยมุ่งเน้นที่ระดับปฐมภูมิ ได้แก่ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล⁽⁵⁾ ซึ่งเป็นหน่วยบริการที่ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่าย และมีการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่องเหมาะสม⁽⁶⁾

จากรายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อเรื้อรังจังหวัดร้อยเอ็ด ปี 2555 พบผู้ป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และยังพบกลุ่มเสี่ยง สูงสุดเป็นอันดับ 1 ของเขตสุขภาพที่ 7 โดยในอำเภอสุวรรณภูมิมียุผู้ป่วยสะสม เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสูงสุด รองลงมาคือโรคเบาหวาน โรคหัวใจขาดเลือด และโรคหลอดเลือดสมองจำนวน 4,732, 3,075, 720 และ 302 รายตามลำดับ เพื่อเป็นการลดความแออัดของโรงพยาบาล ให้ผู้ป่วยเข้าถึงบริการได้สะดวก ลดค่าใช้จ่ายและเหมาะสมกับบริบท จึงมีการส่งผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มีอาการไม่รุนแรง และไม่มีภาวะแทรกซ้อน ไปรับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งปัจจุบันมีการส่งต่อผู้ป่วยไปรับการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเครือข่ายอำเภอสุวรรณภูมิ 17 แห่ง มีจำนวนทั้งสิ้น 2,635 ราย

การพัฒนาและบริการ เพื่อให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจสูงสุดถือว่าความคิดเห็นของผู้รับบริการจะสะท้อนปัญหาแท้จริง⁽⁷⁾ และเครื่องมือประเมินสมรรถนะของระบบบริการในเชิงกระบวนการที่มีการพัฒนาขึ้นและนำไปใช้อย่างแพร่หลาย คือ การวัดความพึงพอใจของผู้รับบริการ⁽⁸⁾ และเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนการบริการที่ตอบสนองตามความต้องการ ตามความคาดหวังของผู้รับบริการส่งผลกระทบต่อการรักษาเป็นไปด้วยความต่อเนื่อง⁽⁹⁾

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในเวชปฏิบัติทั่วไปและศึกษาในโรงพยาบาลซึ่งไม่ครอบคลุมและไม่เหมาะสมกับคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ที่น่าจะมีมิติและบริบทที่แตกต่าง ดังนั้นจึงมีการพัฒนาแบบสอบถามประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้มีคุณสมบัติด้านความตรงและความเที่ยงที่ยอมรับได้เพื่อนำไปใช้ในการประเมินสมรรถนะการบริการ นำสู่การพัฒนาคุณภาพการบริการให้เหมาะสมกับตามมาตรฐานการบริการต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแบบสอบถามวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสุวรรณภูมิ
2. เพื่อประเมินคุณสมบัติด้านความตรงและความเที่ยงของแบบสอบถามวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสุวรรณภูมิ

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาประเภทการสร้างเครื่องมือ (Tool development research) ดำเนินการภายหลังได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE572261 ลงวันที่ 30 ธันวาคม 2557 โดยมีกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. ผู้เชี่ยวชาญ ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข
 2. ผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- ขั้นตอนดำเนินการวิจัย การดำเนินการวิจัยมีขั้นตอนต่าง ๆ ดังนี้

1. การนิยามตัวแปรและการรวบรวมข้อคำถามนิยามตัวแปรจากการทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน ทำการสนทนากลุ่ม (Focus group) จากผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง จำนวน 2 กลุ่ม ๆ ละ 7 คน เก็บข้อมูลรวบรวมและนำมาวิเคราะห์เนื้อหา สร้างเป็นข้อคำถามกำหนดตัวเลือกสำหรับคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ตสเกล 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด ตามลำดับ ได้แบบสอบถามฉบับร่าง 1 ซึ่งแบบสอบถามนี้เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยตรง

2. การประเมินความตรงตามเนื้อหาแบบสอบถามฉบับร่าง 1 ไปให้ผู้เชี่ยวชาญ 6 คน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาอย่างเป็นอิสระต่อกัน โดยกำหนดระดับความคิดเห็นเป็นคะแนน 4 ระดับ จาก 1 คือ ไม่เกี่ยวข้องหรือไม่ตรงตามเนื้อหา ถึงระดับ 4 คือ เกี่ยวข้องหรือตรงตามเนื้อหามากที่สุดจากนั้นนำมาหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index: CVI) ค่าถามที่ถือว่ามีความตรงตามเนื้อหาจะมีค่า CVI มากกว่าหรือเท่ากับ 0.83(10) ปรับปรุงข้อคำถามตามคำแนะนำได้ฉบับร่าง 2

3. ทดสอบความเข้าใจด้านภาษานำแบบสอบถามฉบับร่าง 2 ไปทดลองเก็บข้อมูลกับผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง 24 คน เพื่อตรวจสอบว่าผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจตรงตามความหมายที่ผู้วิจัยต้องการหรือไม่แล้วนำมาแก้ไขภาษาให้ชัดเจนเข้าใจมากขึ้นเสร็จจากขั้นตอนนี้ได้ฉบับร่าง 3

4. วิเคราะห์รายการคำถาม (Item analysis) เพื่อลดจำนวนคำถามและหาการรวมตัวเชิงโครงสร้าง โดยนำแบบสอบถามฉบับร่าง 3 ไปเก็บข้อมูลกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ป่วยโรคติดต่อไม่เรื้อรัง 466 คน โดยตัวอย่างผู้ป่วย 10 คน ต่อคำถาม 1 ข้อ สุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มแบบเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) การวิเคราะห์รายการคำถามมีขั้นตอนดังนี้

4.1 วิเคราะห์การแจกแจงคำตอบของคำถามแต่ละข้อ โดยตัดข้อที่คำตอบไม่กระจายหรือคำตอบตกอยู่ภายใต้ตัวเลือกใดตัวเลือกหนึ่งน้อยกว่าร้อยละ 5 หรือมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไปของคนตอบ

4.2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม (Inter-item correlation) โดยคำถามแต่ละข้อในสเกลเดียวกัน ควรมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกไม่น้อยกว่า 0.2⁽¹¹⁾

4.3 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคำถามแต่ละข้อกับสเกล (Item-total correlation) คำถามที่ปั่งชี้ได้จะต้องมีความสัมพันธ์กับคะแนนรวมไม่น้อยกว่า 0.2⁽¹¹⁾

4.4 วิเคราะห์ปัจจัยเชิงสำรวจ (Exploratory factor analysis) เพื่อหาการรวมตัวเชิงโครงสร้างเบื้องต้น พิจารณาความเหมาะสมสำหรับการวิเคราะห์จากค่า KMO (Kaiser-Meyer-Olkin measure) ซึ่งมีค่าตั้งแต่ 0.60 ขึ้นไป⁽¹²⁾ แล้วสกัดปัจจัยเบื้องต้น ด้วยวิธีการวิเคราะห์องค์ประกอบ พิจารณาเลือกปัจจัยจากค่าไอเกนแวลู ที่มากกว่าหรือเท่ากับ 1 จากนั้นหมุนแกนปัจจัยแบบมุมฉากโดยวิธีแวนแมกซ์ และพิจารณาคงคำถามแต่ละปัจจัยไว้จากค่าแฟคเตอร์โหลดติ่ง เท่ากับหรือมากกว่า 0.4⁽¹³⁾ ตั้งชื่อให้แต่ละมิติ โดยพิจารณาจากเนื้อหาของคำถาม

5. หาความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายใน (Internal consistency reliability) ของแต่ละมิตีย่อย และโดยรวมด้วยค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ซึ่งควรมีค่าอยู่ระหว่าง 0.80 - 0.90⁽¹⁴⁾

6. สรุปลักษณะสมบัติของแบบสอบถาม โดยหาคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้ ค่าบรรทัดฐาน (Norm) ค่าบรรทัดฐานจากคะแนนเปอร์เซ็นต์ไทล์ (Percentile Norm) โดยมีค่าระหว่าง $P_{25} - P_{27}$

ผลการศึกษา

ความหมายของความพึงพอใจต่อบริการด้านสุขภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญและการสนทนากลุ่มจากผู้ป่วย สามารถสรุปความหมาย “ความพึงพอใจต่อบริการด้านสุขภาพ” หมายถึง “ความรู้สึกที่ดีชอบใจประทับใจ สมหวัง เมื่อมารับบริการที่สถานพยาบาลแล้วได้รับการดูแลรักษาและการให้บริการอื่นๆ ที่ดีสะดวกรวดเร็ว และเกิดความสบายใจที่มารับบริการ”

ตัวบ่งชี้ความพึงพอใจต่อบริการด้านสุขภาพและข้อคำถามเบื้องต้น

การรวบรวมตัวบ่งชี้ของตัววัดความพึงพอใจต่อบริการด้านสุขภาพของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในขั้นตอนนี้ได้จาก 1) การทบทวนวรรณกรรม 2) การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญ 3 คน และ 3) การสนทนากลุ่มจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 2 แห่ง แห่งละ 7 คน โดยในขั้นตอนการทบทวนวรรณกรรม สามารถรวบรวมตัวบ่งชี้ของตัววัดความพึงพอใจต่อบริการด้านสุขภาพได้ 21 ประเด็น ในขั้นตอนการสัมภาษณ์เชิงลึก 20 ประเด็น และในขั้นตอนการสนทนากลุ่ม 24 ประเด็น คำถามทั้งหมด 74 ข้อ ดังนั้นแบบสอบถามฉบับร่าง 1 จึงมีคำถามทั้งหมด 74 ข้อ

ความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถาม

จากแบบสอบถามฉบับร่างที่ 1 จำนวน 74 ข้อ ประเมินความตรงตามเนื้อหา โดยพิจารณาค่า CVI ที่มีค่าต่ำกว่า 0.83 จำนวน 19 ข้อ ตัดคำถามข้อที่มีความหมายคล้ายคลึงกันออก 5 ข้อ และมีคำถามที่สามารถ

นำมารวมกันเป็นข้อเดียว 4 ข้อ คงเหลือคำถาม 46 ข้อ แก้ไขตามคำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ ได้ฉบับร่าง 2
ที่มีความตรงตามเนื้อหาในระดับที่ยอมรับได้ คือมีค่าระหว่าง 0.83-1.00 ดังตารางที่ 1

ความเข้าใจด้านภาษาของแบบสอบถามวัดความพึงพอใจ

ผลการประเมินความเข้าใจด้านภาษา พบว่า มีคำถามที่ตัวอย่างเข้าใจโดยไม่ต้องมีการปรับปรุง
ข้อความ 28 ข้อ นอกจากนั้นเป็นคำถามที่ตัวอย่างเข้าใจแต่มีการปรับปรุงข้อความเพื่อให้เข้าใจชัดเจนขึ้น สั้นสุด
ขั้นตอนนี้ได้แบบสอบถามฉบับร่าง 3 ซึ่งมีจำนวน 46 ข้อ

ตารางที่ 1 ดัชนีความตรงตามเนื้อหา ค่าสหสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามและค่าสหสัมพันธ์ระหว่างคำถาม

ข้อที่	คำถาม	CVI	Inter - item correlation range	Item-total correlation
1.	มีความพร้อมและเพียงพอของวัสดุ/อุปกรณ์/เครื่องมือในตรวจรักษา	1.00	0.522 - 0.546	0.415
2.	ท่านได้รับการตรวจร่างกายที่เหมาะสม	0.83	0.633 - 0.652	0.412
3.	มีการซักประวัติอย่างครบถ้วนเหมาะสม	0.83	0.588 - 0.609	0.413
4.	เจ้าหน้าที่รับฟังอาการเจ็บป่วยด้วยความเข้าใจ	0.83	0.689 - 0.706	0.410
5.	เจ้าหน้าที่มีความชำนาญในการตรวจหรือใช้เครื่องมือการตรวจ	0.83	0.639 - 0.659	0.412
6.	ติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง	0.83	0.604 - 0.625	0.413
7.	มีการติดตามอาการและลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน	0.83	0.605 - 0.626	0.413
8.	มีการนัดหมายเพื่อตรวจรักษาและรับยาอย่างสม่ำเสมอ	0.83	0.590 - 0.612	0.413
9.	มีการนัดตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา/ไต/หัวใจ/เท้า และอื่น ๆ ปีละ 1 ครั้ง	0.83	0.531 - 0.555	0.415
10.	มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม	0.83	0.713 - 0.729	0.410
11.	ได้รับยาถูกต้อง ครบถ้วนตามแผนการรักษา ชนิด ขนาดของยา และอาการของผู้ป่วย	0.83	0.610 - 0.631	0.413
12.	เจ้าหน้าที่มีความตรงต่อเวลา	0.83	0.710 - 0.727	0.410
13.	มีเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย	0.83	0.664 - 0.682	0.411
14.	เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการรักษา	0.83	0.680 - 0.698	0.411
15.	เจ้าหน้าที่มีบุคลิกภาพน่าเชื่อถือ	0.83	0.671 - 0.689	0.411
16.	เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเต็มใจ	1.00	0.745 - 0.759	0.409
17.	เจ้าหน้าที่มีอัธยาศัยดี ยิ้มแย้มแจ่มใส พุดจาสุภาพให้เกียรติผู้ป่วย	1.00	0.735 - 0.750	0.409
18.	เจ้าหน้าที่แต่งกายสุภาพเหมาะสม	0.83	0.701 - 0.718	0.410
19.	เจ้าหน้าที่มีการให้สุศึกษา คำแนะนำและให้ความรู้ ที่เข้าใจง่าย และเหมาะสมสอดคล้องกับโรคที่เป็น	0.83	0.665 - 0.684	0.411
20.	เจ้าหน้าที่ให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน	1.00	0.715 - 0.731	0.410
21.	เจ้าหน้าที่เคารพสิทธิผู้ป่วย	1.00	0.762 - 0.776	0.408
22.	เจ้าหน้าที่สามารถตอบปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ชัดเจน และเข้าใจง่าย	1.00	0.694 - 0.711	0.410
23.	เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำในขั้นตอนการรับบริการ	1.00	0.718 - 0.734	0.409
24.	เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวดูแลสุขภาพที่เหมาะสม	1.00	0.698 - 0.715	0.410
25.	เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามหรือพุดคุยปัญหา	1.00	0.715 - 0.731	0.410

ข้อที่	คำถาม	CVI	Inter - item correlation range	Item-total correlation
26.	เวลาที่ให้บริการมีความเหมาะสม	0.83	0.713 - 0.729	0.410
27.	ระยะเวลาในการรอเข้าตรวจไม่นาน	1.00	0.606 - 0.627	0.413
28.	ระเบียบในการจัดบัตรคิวในการรับบริการเหมาะสม	1.00	0.645 - 0.665	0.412
29.	เวลาที่เริ่มให้บริการมีความเหมาะสม	0.83	0.696 - 0.713	0.410
30.	มีขั้นตอนในการบริการชั้นต่าง ๆ อย่างมีความเหมาะสม	1.00	0.671 - 0.690	0.411
31.	เจ้าหน้าที่มีการอธิบายวิธีการรับปรึกษาให้เข้าใจได้ง่าย	1.00	0.650 - 0.669	0.411
32.	ยาแต่ละชนิด มีฉลากติดชื่อยา บอกรายละเอียดการรับประทานอย่างชัดเจน	1.00	0.587 - 0.609	0.413
33.	สถานที่ให้บริการมีความสะอาด	0.83	0.645 - 0.664	0.412
34.	สถานที่ให้บริการมีความเป็นระเบียบ เป็นสัดส่วนชัดเจน	0.83	0.684 - 0.701	0.410
35.	สถานที่มีการตกแต่งสวยงาม บรรยากาศดี	0.83	0.703 - 0.720	0.410
36.	สถานที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก	0.83	0.688 - 0.705	0.410
37.	การจัดเตรียมสถานที่นั่งรอตรวจอย่างเพียงพอ	1.00	0.609 - 0.630	0.413
38.	สถานที่มีป้ายสื่อ ประชาสัมพันธ์ หรือให้ความรู้	1.00	0.554 - 0.577	0.414
39.	สถานที่มีการจัดทางเดินสามารถเดินไปมาสะดวก	0.83	0.591 - 0.613	0.413
40.	ห้องน้ำสะอาด เพียงพอต่อผู้รับบริการ	1.00	0.606 - 0.627	0.413
41.	มีสถานที่ให้ญาติรอหรือนั่งพักอย่างเพียงพอ	0.83	0.546 - 0.569	0.414
42.	มีบริการน้ำดื่ม น้ำสมุนไพร หรืออาหารว่างสำหรับผู้ป่วย	0.83	0.542 - 0.565	0.415
43.	สถานบริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย	0.83	0.658 - 0.676	0.411
44.	การนัดหมาย ผู้ป่วย เจ้าหน้าที่ได้อธิบายวันนัดหมายครั้งต่อไป และเขียนวันนัดในสมุดด้วยตัวหนังสือที่ชัดเจน	0.83	0.566 - 0.589	0.414
45.	มีแพทย์ออกมาให้บริการที่ รพ.สต.	1.00	0.256 - 0.287	0.423
46.	มีการบริการรถแท็กซี่พาผู้ป่วย	0.83	0.271 - 0.302	0.423
	รวม	0.89	-	-

ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถาม

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างข้อคำถามและความสัมพันธ์ระหว่างคำถามแต่ละข้อกับสเกล (item total correlation) พบว่ามีค่ามากกว่า 0.2 ทั้งหมด ดังตารางที่ 1

ความตรงเชิงโครงสร้าง

ผลวิเคราะห์ด้วยการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงสำรวจพบว่าค่า KMO มีค่าเท่ากับ 0.96 ซึ่งมีความเหมาะสมสำหรับวิธีการวิเคราะห์นี้และพบคำถามเหลือ 36 ข้อ มีการรวมตัวเชิงโครงสร้างของคำถามเป็นความพึงพอใจ 5 มิติ ประกอบด้วย 1. ด้านบุคลากร 13 ข้อ, 2. ด้านสถานที่ 7 ข้อ, 3. ด้านการอำนวยความสะดวก 7 ข้อ, 4. ด้านคุณภาพบริการ 6 ข้อ, 5. ด้านสนับสนุนการบริการ 3 ข้อ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ค่าแฟคเตอร์โหลดดิ้ง (Factor Loading) ของข้อคำถามต่างๆ กับแต่ละมิติ

ข้อคำถาม	ค่า Factor Loading				
	มิติ 1 (F1)	มิติ 2 (F2)	มิติ 3 (F3)	มิติ 4 (F4)	มิติ 5 (F5)
มิติ ความพึงพอใจต่อบริการด้านบุคลากร					
10. มีระบบการส่งต่อผู้ป่วยอย่างเหมาะสม	0.57				
14. เจ้าหน้าที่มีความรู้ความสามารถในการรักษา	0.64				
15. เจ้าหน้าที่มีบุคลิกภาพน่าเชื่อถือ	0.65				
16. เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยความเต็มใจ	0.67				
17. เจ้าหน้าที่มีอัธยาศัยดี ยิ้มแย้มแจ่มใส พุดจาสุภาพให้เกียรติผู้ป่วย	0.68				
18. เจ้าหน้าที่แต่งกายสุภาพเหมาะสม	0.67				
19. เจ้าหน้าที่มีการให้สุขศึกษา คำแนะนำและให้ความรู้ ที่เข้าใจง่าย และเหมาะสมสอดคล้องกับโรคที่เป็น	0.55				
20. เจ้าหน้าที่ให้บริการอย่างเท่าเทียมกัน	0.64				
21. เจ้าหน้าที่เคารพสิทธิผู้ป่วย	0.69				
22. เจ้าหน้าที่สามารถตอบปัญหาสุขภาพได้อย่างเหมาะสม ชัดเจน และเข้าใจง่าย	0.66				
23. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำในขั้นตอนการรับบริการ	0.66				
24. เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวดูแลสุขภาพที่เหมาะสม	0.66				
25. เจ้าหน้าที่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ซักถามหรือพุดคุยปัญหา	0.69				
มิติ ความพึงพอใจต่อบริการด้านสถานที่					
33. สถานที่ให้บริการมีความสะอาด		0.71			
34. สถานที่ให้บริการมีความเป็นระเบียบ เป็นสัดส่วนชัดเจน		0.69			
35. สถานที่มีการตกแต่งสวยงาม บรรยากาศดี		0.60			
36. สถานที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก		0.63			
39. สถานที่มีการจัดทางเดินสามารถเดินไปมาสะดวก		0.54			
40. ห้องน้ำสะอาด เพียงพอต่อผู้รับบริการ		0.48			
43. สถานบริการสามารถเข้าถึงได้ง่าย		0.41			
มิติ ความพึงพอใจต่อบริการด้านการอำนวยความสะดวก					
1. มีความพร้อมและเพียงพอของวัสดุ/อุปกรณ์/เครื่องมือในตรวจรักษา			0.48		
7. มีการติดตามอาการและลงพื้นที่เยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน			0.54		
13. มีเจ้าหน้าที่อย่างเพียงพอกับจำนวนผู้ป่วย			0.66		
27. ระยะเวลาในการรอเข้าตรวจไม่นาน			0.72		
37. การจัดเตรียมสถานที่นั่งรอตรวจอย่างเพียงพอ			0.58		
42. มีบริการน้ำดื่ม น้ำสมุนไพร หรืออาหารว่างสำหรับผู้ป่วย			0.60		

ข้อคำถาม	ค่า Factor Loading				
	มิติ 1 (F1)	มิติ 2 (F2)	มิติ 3 (F3)	มิติ 4 (F4)	มิติ 5 (F5)
มิติความพึงพอใจต่อบริการด้านคุณภาพบริการ					
3. มีการซักประวัติอย่างครบถ้วนเหมาะสม				0.65	
4. เจ้าหน้าที่รับฟังอาการเจ็บป่วยด้วยความเข้าใจ				0.51	
6. ติดตามผลการรักษาอย่างต่อเนื่อง				0.62	
8. มีการนัดหมายเพื่อตรวจรักษาและรับยาอย่างสม่ำเสมอ				0.68	
9. มีการนัดตรวจภาวะแทรกซ้อนทางตา /ไต/หัวใจ/ เท้า และอื่น ๆ ปีละ 1 ครั้ง				0.49	
11. ได้รับยาถูกต้อง ครบถ้วนตามแผนการรักษา ชนิด ขนาดของยา และอาการของผู้ป่วย				0.53	
มิติความพึงพอใจต่อบริการด้านสนับสนุนการบริการ					
38. สถานที่มีป้ายสื่อ ประชาสัมพันธ์ หรือให้ความรู้					0.46
45. มีแพทย์ออกมาให้บริการที่ รพ.สต.					0.80
46. มีการบริการรถแท็กซี่พาผู้ป่วย					0.79

ความเที่ยงของแบบสอบถาม

การประเมินความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายใน โดยพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาพบว่า มี 4 มิติ ที่มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาอยู่ในระดับที่ยอมรับได้คือมิติที่ 1 เท่ากับ 0.94 มิติที่ 2 เท่ากับ 0.88 มิติที่ 3 เท่ากับ 0.83 และมิติที่ 4 เท่ากับ 0.84 ส่วนมิติที่ 5 มีค่าเท่ากับ 0.66 ผู้วิจัยจึงตัดสินใจตัดข้อคำถามออก 1 ข้อ คือข้อ 38 ทำให้ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.71 ซึ่งเป็นค่าที่สามารถยอมรับได้ ดังนั้นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจึงมีคำถามทั้งหมด 35 ข้อ 5 มิติ

การแปลความคะแนน

แบบสอบถามวัดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอสุวรรณภูมิ จังหวัดร้อยเอ็ด ที่พัฒนาขึ้นมีคำถาม 35 ข้อ 5 มิติ คำถามแต่ละข้อ มีคำตอบเป็นแบบลิเคิร์ตสเกลหรือมาตราเรียงลำดับ 5 ระดับ เมื่อพิจารณาแบบสอบถามทั้งฉบับ พบคะแนนที่เป็นไปได้มีค่าระหว่าง 35 - 175 ผู้ป่วยที่มีคะแนนสูงแสดงถึงการมีความพึงพอใจมาก โดยมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ได้คะแนนต่ำกว่า แบบสอบถามนี้ในภาพรวมและมิติน้อย มีคะแนนที่เป็นไปได้ คะแนนที่ได้จากตัวอย่างจากการศึกษาครั้งนี้ ค่าบรรทัดฐาน ตลอดจนค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ปรากฏดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คุณสมบัติของแบบสอบถามวัดความพึงพอใจต่อบริการของผู้ป่วยที่มารับบริการรักษาที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

มิติ/ชื่อ	จำนวนคำถาม และเลขที่ของข้อคำถาม	คะแนน ที่เป็นไปได้	คะแนนที่ได้ จากตัวอย่าง	Norm	แอลฟา
1. ความพึงพอใจต่อบริการ ด้านบุคลากร	13 ข้อ (10, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25)	13 - 65	19-65	50-59	0.94
2. ความพึงพอใจต่อบริการ ด้านสถานที่	7 ข้อ (33, 34, 35, 36, 39, 40, 43)	7 - 35	18-35	26-32	0.88
3. ความพึงพอใจต่อบริการ ด้านการอำนวยความสะดวก	7 ข้อ (1, 7, 13, 27, 37, 42, 44)	7 - 35	11-35	24-30	0.83
4. ความพึงพอใจ ด้านคุณภาพบริการ	6 ข้อ (3, 4, 6, 8, 9, 11)	6 - 30	15-30	23-27	0.84
5. ความพึงพอใจต่อบริการ ด้านสนับสนุนบริการ	2 ข้อ (45, 46)	2 - 10	2-10	5-8	0.71
สเกลรวม	35	35-175	65-175	128-156	0.84

อภิปรายผล

ความหมายของความพึงพอใจต่อบริการด้านสุขภาพ

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ได้สรุปความหมายของ “ความพึงพอใจต่อบริการด้านสุขภาพ” ว่าหมายถึงความรู้สึกที่ดีชอบใจประทับใจ สมหวัง เมื่อมารับบริการที่สถานพยาบาลแล้วได้รับการดูแลรักษาและการให้บริการอื่นๆ ที่ดีสะดวกรวดเร็ว และเกิดความสบายใจที่มารับบริการ” ซึ่งมีความหมายใกล้เคียงกับการศึกษาอื่นๆ^(8,15)

ตัวบ่งชี้ความพึงพอใจต่อบริการด้านสุขภาพและข้อคำถามเบื้องต้น

ในการรวบรวมข้อคำถามหรือตัวบ่งชี้วัดความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลครั้งนี้ ประกอบด้วย การทบทวนวรรณกรรม การสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้เชี่ยวชาญ และการสนทนากลุ่มจากผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พบว่าคำถามที่รวบรวมมีหลายประเด็น ครอบคลุมและสอดคล้องกับประเด็นที่ผู้วิจัยได้ทบทวนจากวรรณกรรม ยกเว้นประเด็นด้านค่าใช้จ่ายที่ขาดหายไป ทั้งนี้ การรวบรวมคำถามหรือตัวบ่งชี้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เชี่ยวชาญ และจากการสนทนากลุ่มในผู้ป่วย ทำให้ได้คำถามที่หลากหลาย และสอดคล้องกับบริบทของพื้นที่เพิ่มมากขึ้น

คุณสมบัติของแบบสอบถามด้านความตรงเชิงเนื้อหา

คำถามทั้งหมดในแบบสอบถาม เมื่อประเมินความตรงตามเนื้อหาโดยพิจารณาจากค่า CVI⁽¹⁰⁾ ของคำถามแต่ละข้อ มีค่าระหว่าง 0.83-1.00 และเฉลี่ยของทุกข้อเท่ากับ 0.89 ซึ่งอยู่ในระดับที่ยอมรับได้ในประเด็นความครอบคลุมของเนื้อหา จากการทบทวนวรรณกรรมมีความครอบคลุมใน 4 ด้าน คือ ด้านคุณภาพบริการ ด้านความสะดวก ด้านบุคลากร และด้านราคา คำถามที่ได้จากงานวิจัยครั้งนี้สอดคล้องใกล้เคียงในด้าน

ของคุณภาพบริการ การอำนวยความสะดวกต่าง ๆ และด้านบุคลากร แต่มีเนื้อหาเพิ่มเติมเรื่องของการสนับสนุนบริการ ทั้งนี้ น่าจะมาจากความต้องการของผู้ป่วยตามบริบท นั่นคือ การมีแพทย์ลงให้บริการที่ รพ.สต. และการสนับสนุนรองเท้าสำหรับผู้ป่วยเบาหวาน และในการศึกษาครั้งนี้ไม่มีคำถามตามแนวคิดความพึงพอใจด้านราคา เนื่องจากการมารับบริการที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเป็นการได้รับบริการฟรี ไม่มีค่าใช้จ่ายทุกด้าน และสถานบริการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย ทำให้ไม่เสียค่าใช้จ่ายในการเดินทางมากนัก ประเด็นเรื่องราคาจึงไม่จำเป็นในบริบทของการศึกษานี้

ความเข้าใจด้านภาษาของแบบสอบถามวัดความพึงพอใจ

ผลการทดสอบความเข้าใจด้านภาษาของแบบสอบถามของการศึกษานี้ พบว่าจากคำถาม 46 ข้อ มี 28 ข้อที่ผู้ป่วยเข้าใจดี ส่วนที่เหลือแม้ผู้ป่วยจะเข้าใจ แต่ได้มีแก้ไขเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจได้ดีขึ้น ที่เป็นเช่นนี้น่าจะเป็นเพราะว่าในขั้นตอนการรวบรวมข้อคำถามนั้นได้มาจากการให้ความเห็นของผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมายด้วย ซึ่งดำเนินการโดยกระบวนการสนทนากลุ่มนั่นเอง

คุณสมบัติของแบบสอบถามด้านความตรงเชิงโครงสร้าง

แบบสอบถามที่ได้มีโครงสร้างเป็น 5 มิติ ได้แก่ 1. ด้านบุคลากร 2. ด้านสถานที่ 3. ด้านการอำนวยความสะดวก 4. ด้านคุณภาพบริการ และ 5. ด้านสนับสนุนการบริการ ซึ่งมีคำถามจำนวน 13, 7, 7, 6, และ 2 ข้อตามลำดับ เมื่อพิจารณาสาระของคำถามในแต่ละมิติจะเห็นว่าสอดคล้องไปตามกรอบของแนวคิดความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพที่เสนอโดย Aday and Andersen, 1974⁽¹⁵⁾ ยกเว้นแนวคิดความพึงพอใจด้านค่าใช้จ่ายแม้ว่าโครงสร้างของมิติที่ได้จะแตกต่างก็ตาม การที่แบบสอบถามจากการศึกษานี้มีโครงสร้างของมิติและรายละเอียดของคำถามแตกต่างออกไป น่าจะเนื่องมาจากบริบทของพื้นที่ที่ศึกษา

คุณสมบัติของแบบสอบถามด้านความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายใน

ความเที่ยงประเภทความสอดคล้องภายในพิจารณาจากค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาซึ่งในระดับดีและเหมาะสมควรมีค่าอยู่ระหว่าง 0.80 - 0.90⁽¹⁴⁾ แบบสอบถามที่ได้จากการศึกษานี้ พบว่า มิติที่ 1 ถึง มิติที่ 4 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาอยู่ในช่วงดังกล่าวซึ่งมีค่าเท่ากับ 0.94, 0.88, 0.83 และ 0.84 ตามลำดับ ส่วนมิติที่ 5 แม้จะมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา เท่ากับ 0.71 ก็ยังคงถือว่ามีความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษานี้ออกแบบและดำเนินการวิจัยโดยประยุกต์จากขั้นตอนมาตรฐานของงานวิจัยประเภทการสร้างเครื่องมือสำหรับวัดตัววัดสุขภาพที่มีลักษณะเป็นนามธรรม ซึ่งมีกระบวนการสร้างหลายขั้นตอน ตั้งแต่การนิยามตัวแปร การรวบรวมแนวคิดและข้อคำถามเบื้องต้น การทดสอบคุณสมบัติด้านความตรงและความเที่ยง^(14,16,17) ซึ่งขั้นตอนต่างๆ ที่ได้ดำเนินการใกล้เคียงกับการศึกษาด้านการพัฒนาเครื่องมือของ Paddock et al, 2000⁽¹⁸⁾ และ Grogan et al, 1995⁽¹⁹⁾ สำหรับขั้นตอนของการตรวจสอบความเข้าใจด้านภาษาของแบบสอบถามเป็นการดำเนินการเช่นเดียวกับการศึกษาของ Paddock et al, 2000⁽¹⁸⁾ และ คทาชัย เหล่าศรีมงคล และคณะ, 2545⁽²⁰⁾

ข้อจำกัด

แม้การศึกษานี้จะดำเนินการวิจัยไปตามขั้นตอนมาตรฐานต่างๆ ที่ได้กล่าวมาแล้ว แต่ในขั้นตอนการประเมินความตรงเชิงโครงสร้าง การศึกษานี้ทำการประเมินในขั้นต้นเท่านั้น ยังขาดการประเมินเพื่อยืนยันความตรงเชิงโครงสร้าง ซึ่งจะต้องเก็บข้อมูลจากผู้ป่วยกลุ่มเป้าหมาย(แต่ไม่ใช่รายเดิม)อีกครั้งและนำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถนำแบบสอบถามนี้ไปใช้ ประเมินความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มีต่อบริการที่ได้รับ ซึ่งจะทำให้ได้ข้อเสนอแนะในการให้บริการที่เหมาะสม ครอบคลุม และสอดคล้องกับความพึงพอใจของผู้ป่วยที่มารับบริการที่คลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล นำไปใช้ในการปรับปรุงการบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยแบบสอบถามที่สร้างขึ้นนี้เหมาะสำหรับการเก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์โดยตรงจากกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งแบบสอบถามนี้สามารถนำไปใช้ได้ในพื้นที่อื่นๆ ได้ และควรมีการปรับให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

ควรทำการศึกษาเพื่อประเมินเชิงยืนยันความตรงเชิงโครงสร้างและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์ปัจจัยเชิงยืนยัน (Confirmatory factor analysis)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญในการให้ความเห็นต่อความตรงด้านเนื้อหาและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ต่อการสร้างข้อคำถาม และขอขอบคุณผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังตลอดจนบุคลากรสาธารณสุขอำเภอสุวรรณภูมิที่ให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย และช่วยเหลือในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Prevention of blindness from diabetes mellitus: Report of a WHO consultation in Geneva Switzerland, 9-11 November 2005. Geneva: World Health Organization; 2006. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/924154712X_eng.pdf.
2. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการเฝ้าระวังโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พ.ศ. 2553. กรุงเทพฯ: องค์การส่งเสริมการค้าและพัสดุภัณฑ์, 2555.
3. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคเบาหวาน, ความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2556.
4. วิชัย เทียนถาวร. ระบบการเฝ้าระวังควบคุมป้องกันโรคเบาหวานความดันโลหิตสูงในประเทศไทย : นโยบายสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด, 2556.
5. สำนักบริการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. การพัฒนาเกณฑ์การจัดการกำลังของสหวิชาชีพ พ.ศ. 2555. นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุขกระทรวงสาธารณสุข, 2555.
6. สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทศนีย์ ญาณะ และบำรุง ชลอเดช. สถานการณ์ระบบบริการปฐมภูมิในประเทศไทย ปี 2553. กรุงเทพมหานคร: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสหพัฒนาไพศาล, 2554.
7. อุดลย์ จาตุรงค์กุล, ดลยา จาตุรงค์กุล. พฤติกรรมผู้บริโภค. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2549.
8. Risser NL. Development of an instrument to measure patient satisfaction with nurses and nursing care are in primary care setting, Nurs Res 1975; 24(1):45-51.
9. สุพัตรา วิจิตรโสภ. ความพึงพอใจและความต้องการการบริการรักษาพยาบาลของนักศึกษาพยาบาลของนักศึกษามหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ วิทยาเขตหาดใหญ่ สงขลา. วารสารสงขลานครินทร์ฉบับสังคมศาสตร์ 2548; 11:41-54.

10. Lynn MR. Determination and quantification of content validity, *Nurs Res* 1986; 35(6):382-386.
11. De Vet HCW, Terwee CB, Mokkink LB, et al. *Measurement in medicine: A practical guide*. Cambridge: Cambridge University Press, 2011.
12. Kaiser HF. An index of factorial simplicity, *Psychometrika* 1974; 39: 31-36.
13. Everitt BS. *Statistical method for medical investigations*. 2nd ed. London: Edward Arnold, 1994.
14. Streiner DL, Norman GR. *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. 4 ed. Oxford: Oxford University Press, 2008.
15. Aday LA, Andersen R. A framework for the study of access to medical care, *Health Serv Res* 1974; 9(3): 208-220.
16. Spector PE. *Summated rating scale construction: An introduction*. Newbury Park: Sage Publication, 1992.
17. DeVellis RF. *Scale development: Theory and application*. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2003.
18. Paddock LE, Veloski J, Chatterton ML, et al. Development and validation of a questionnaire to evaluate patient satisfaction with diabetes disease management. *Diabetes Care* 2000; 23:951-956.
19. Grogan S, Conner M, Willits D, et al. Development of a questionnaire to measure patients' satisfaction with general practitioners' services. *The British Journal of General Practice* 1995, October: 525-529.
20. คทาชัย เหล่าศรีมงคล, ทรงพล บุญธรรมจินดา และศิระ เฉลียวจิตติกุล. การสร้างและทดสอบความตรงของเครื่องมือเพื่อใช้วัดความพึงพอใจของผู้มารับบริการในร้านยา. [ปริญญาานิพนธ์ปริญญาเกสัชศาสตร์บัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2545

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดจากเชื้อ
Escherichia coli และ *Klebsiella pneumoniae* สายพันธุ์ก่อยาชนิด
สร้างเอนไซม์ Extended-spectrum β -Lactamase ในโรงพยาบาลจังหวัดนครพนม

Factors associated with Extended-spectrum β -Lactamase

Producing *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae*

Bloodstream Infection among hospitals in Nakhon Phanom province

พเยาวดี แอบไธสง¹ เลิศชัย เจริญธัญรักษ์² ประภาส วีระพล³

Payaowadee Abthaisong¹ Lertchai Charerntanyarak² Prapas Weerapol³

¹ห้องปฏิบัติการโครงการโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ จังหวัดนครพนม

²คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ³สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

²Faculty of Public Health, Khon Kaen University ³Nakhon Phanom Provincial Health Ofce

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการศึกษาแบบกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ (Case-Control Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดจากเชื้อ *Escherichia coli* และ *Klebsiella pneumoniae* สายพันธุ์ก่อยาชนิดสร้างเอนไซม์ Extended-spectrum β -Lactamase (ESBLs) ในโรงพยาบาลจังหวัดนครพนม เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังโดยใช้แบบคัดลอกข้อมูลจากฐานข้อมูลในโรงพยาบาล จากผู้ป่วยที่ติดเชื้อ *E. coli* และ *K. pneumoniae* ในกระแสเลือด ระหว่างวันที่ 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2557 จำนวน 178 คน แบ่งออกเป็นกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 89 คน การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และใช้สถิติอนุมานเพื่อวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดี่ยวและวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดจากเชื้อ *E. coli* และ *K. pneumoniae* สายพันธุ์ก่อยาชนิดสร้างเอนไซม์ Extended-spectrum β -Lactamase ในโรงพยาบาลจังหวัดนครพนม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ เพศชาย ($OR_{adj} = 2.43, 95\% CI: 1.23-4.79$) ผู้ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง ($OR_{adj} = 3.86, 95\% CI: 1.44-10.34$) การรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลาตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป ($OR_{adj} = 2.10, 95\% CI: 1.08-4.08$) และการมีประวัติเคยได้รับยาปฏิชีวนะกลุ่ม Cephalosporins ก่อนการเจาะเลือดเพาะเชื้อภายใน 72 ชม. ($OR_{adj} = 4.40, 95\% CI: 1.93-10.02$) การติดเชื้อ *E. coli* และ *K. pneumoniae* สายพันธุ์ก่อยาชนิดสร้างเอนไซม์ Extended-spectrum β -Lactamase จะมีโอกาสเกิดเพิ่มขึ้นในผู้ป่วยเพศชาย ผู้ป่วยโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลานานและผู้ป่วยที่เคยได้รับยาปฏิชีวนะมาก่อน ควรเฝ้าระวังเป็นพิเศษในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นได้ง่าย รวมทั้งการร่วมมือเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคของบุคลากรทางการแพทย์ สามารถช่วยลดการติดเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยลงได้
คำสำคัญ: Extended-spectrum β -Lactamase, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, การติดเชื้อในกระแสเลือด

Abstract

The aim of this study was to investigate factors associated with Extended-spectrum β -Lactamase Producing *Escherichia coli* and *Klebsiella pneumoniae* (ESBLs) bloodstream infection among hospitals in Nakhon Phanom Province. The study design was a Case-Control Study and data collected from

hospital base in Nakhon Phanom province during 1 Jan. 2014 to 31 Dec. 2014. Participants included 89 patients infected with ESBLs and 89 patients infected with non-ESBLs. The descriptive statistics, simple logistic regression and multiple logistic regression were using to evaluate factors potentially associated with ESBLs infection. On multivariate analysis, four predictors associated with ESBL-producing pathogens bloodstream infection in the hospitals of Nakhon Phanom Province included male sex ($OR_{adj} = 2.43$, 95% CI: 1.23-4.79), chronic kidney disease ($OR_{adj} = 3.86$, 95% CI: 1.44-10.34), prolong admission 7 days ($OR_{adj} = 2.10$, 95% CI: 1.08-4.08) and prior cephalosporins therapy ($OR_{adj} = 4.40$, 95% CI: 1.93-10.02). This study demonstrates several risks factors associated with ESBL-producing *E. coli* or *K. pneumoniae* infection occurring during treatment in hospital. The cooperation of healthcare provider's response for surveillance and control of infections in hospital can help to reduce the incidence of ESBL-producing pathogens in patients.

Keywords: Extended-spectrum β -Lactamase, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, Bloodstream infection

บทนำ

การติดเชื้อในโรงพยาบาล (Nosocomial infection หรือ Hospital-acquired infection) เป็นปัญหาสำคัญในระบบสาธารณสุขที่เกิดขึ้นอย่างแพร่หลายทั่วโลก สมาคมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลนานาชาติ (International Nosocomial Infection Control Consortium: INICC) ได้รายงานการสำรวจอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล 4 ภูมิภาคทั่วโลก ได้แก่ ยุโรป ลาตินอเมริกา เอเชีย และแอฟริกา จำนวน 43 ประเทศ โดยเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนมกราคม ค.ศ. 2007 – ธันวาคม ค.ศ. 2012 พบว่าอัตราการติดเชื้อมีความสัมพันธ์กับการใส่อุปกรณ์ทางการแพทย์ โดยเฉพาะการใส่สายสวนหลอดเลือดดำส่วนกลาง พบอัตราการติดเชื้อในกระแสเลือดเท่ากับ 4.90 ครั้ง ต่อ 1,000 วันของการคาสายสวน ซึ่งสูงเป็น 5 เท่า เมื่อเทียบกับอัตราการติดเชื้อในประเทศสหรัฐอเมริกา ที่พบเพียง 0.90 ครั้ง ต่อ 1,000 วันของการคาสายสวน⁽¹⁾ สำหรับประเทศไทย ได้มีการสำรวจความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาล ครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2531 พบความชุกของการติดเชื้อในโรงพยาบาลเท่ากับร้อยละ 11.70⁽²⁾ และครั้งล่าสุดได้มีการสำรวจเมื่อปี พ.ศ. 2554 พบความชุกเท่ากับร้อยละ 7.30⁽³⁾

การติดเชื้อในกระแสเลือดเป็นตำแหน่งการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่สำคัญ ก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้อย่างรวดเร็ว จึงเป็นคำวิฤติของผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที สำหรับในประเทศไทย มีรายงานอุบัติการณ์ของการติดเชื้อในกระแสเลือดประมาณ 75 - 150 รายต่อประชากร 100,000 คน และมีอัตราการเสียชีวิตสูงถึงร้อยละ 73.30 ผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเกิดภาวะติดเชื้อในกระแสเลือดแบบรุนแรงหรือภาวะช็อกจากการติดเชื้อในกระแสเลือด จะมีอัตราการเสียชีวิตภายใน 24 ชั่วโมงแรกถึงร้อยละ 39.00 และช่วงหลัง 24 ชั่วโมงถึง 7 วันแรก อีกประมาณร้อยละ 37.00⁽⁴⁾

เชื้อที่เป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อในกระแสเลือดที่พบบ่อย ได้แก่ *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Pseudomonas spp.*, *Enterococcus spp.*, *Acinetobacter spp.*⁽⁵⁾ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง *E. coli* และ *K. pneumoniae* พบเป็นสายพันธุ์ที่มีการดื้อยาชนิดสร้างเอนไซม์ ESBL มากที่สุด⁽⁶⁾ เชื้อ *E. coli* เป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อในโรงพยาบาล โดยเฉพาะการติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ พบสูงถึงร้อยละ 93.00 ซึ่งมีความเกี่ยวเนื่องกับการคาสายสวนปัสสาวะไว้เป็นเวลานาน และพบว่า

เป็นสายพันธุ์ตัวยานชนิดสร้างเอนไซม์ ESBL ร้อยละ 7.00⁽⁷⁾ อุบัติการณ์การติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดจากเชื้อ ESBL-producing *E. coli* เท่ากับ 9.90 คน ต่อผู้ป่วยที่นอนรักษาในโรงพยาบาล 10,000 คน และพบอัตราการตายจากการติดเชื้อในกระแสเลือดด้วยสายพันธุ์ตัวยานสูงกว่าการติดเชื้อสายพันธุ์ที่ไม่ตัวยานถึงร้อยละ 17.50⁽⁸⁾ ส่วนการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่มีสาเหตุมาจากเชื้อ ESBL-producing *K. pneumoniae* ที่พบได้บ่อย คือ การติดเชื้อที่ระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 36.90 รองลงมาคือ การติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ร้อยละ 30.50 ส่วนการติดเชื้อในกระแสเลือด พบร้อยละ 7.10⁽⁹⁾ ซึ่งพบมากในวัยผู้ใหญ่ไปจนวัยสูงอายุ อัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อ *K. pneumoniae* จะมีความสัมพันธ์กับหลาย ๆ ปัจจัย เช่น การรักษาตัวในหออภิบาลผู้ป่วยวิกฤติ โรคประจำตัวโดยเฉพาะโรคมะเร็ง เนื่องจากผู้ป่วยโรคมะเร็งจะได้รับยากดภูมิคุ้มกัน จึงทำให้เชื้อฉวยโอกาสเหล่านี้ก่อโรคได้ง่าย⁽¹⁰⁾

การติดเชื้อในโรงพยาบาลนั้นส่งผลให้ค่าใช้จ่ายในการรักษาเพิ่มขึ้น ใช้เวลารักษานานขึ้นและโอกาสเสียชีวิตที่สูงขึ้นด้วย⁽¹¹⁾ จึงจำเป็นต้องมีมาตรการที่นำมาปฏิบัติ เพื่อลดความสูญเสียต่าง ๆ โดยการดำเนินการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ เพื่อเป็นการลดอัตราการติดเชื้อในโรงพยาบาล ผู้วิจัยตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาของการติดเชื้อในโรงพยาบาล ซึ่งต้องดำเนินการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันไม่ให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อ จึงได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดจากเชื้อ *E. coli* และ *K. pneumoniae* สายพันธุ์ตัวยานชนิดสร้างเอนไซม์ Extended-spectrum β -Lactamase ในโรงพยาบาลจังหวัดนครพนม เพื่อใช้เป็นประโยชน์ในการกำหนดแผนงานในการพัฒนาระบบการดำเนินงานการเฝ้าระวัง ควบคุมและป้องกันการติดเชื้อของโรงพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดจากเชื้อ *Escherichia coli* และ *Klebsiella pneumoniae* สายพันธุ์ตัวยานชนิดสร้างเอนไซม์ Extended-spectrum β -Lactamase ในโรงพยาบาลจังหวัดนครพนม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบศึกษาย้อนหลัง (Unmatched Case-Control Study) โดยใช้อัตราส่วนระหว่าง case ต่อ control เท่ากับ 1:1

ประชากรและตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลในจังหวัดนครพนม ระหว่างวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2557 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2557

ตัวอย่าง แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มศึกษา (Case) หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีสาเหตุจากเชื้อ *E. coli* และ *K. pneumoniae* สายพันธุ์ตัวยานชนิดสร้างเอนไซม์ ESBL 2) กลุ่มเปรียบเทียบ (Control) หมายถึง ผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีสาเหตุจากเชื้อ *E. coli* และ *K. pneumoniae* ที่ไม่ใช่สายพันธุ์ตัวยานชนิดสร้างเอนไซม์ ESBL

1. เกณฑ์นำเข้า

กลุ่มศึกษา (Case)

(1) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้ให้การรักษาว่าเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีสาเหตุจากเชื้อ *E. coli* และ *K. pneumoniae* สายพันธุ์ดื้อยาชนิดสร้างเอนไซม์ ESBL และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ให้ผลการเพาะเชื้อจากเลือดพบเชื้อดังกล่าวตั้งแต่ 1 ตัวอย่างขึ้นไป และเชื่อนั้นไม่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งอื่น

(2) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง

(3) ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป

กลุ่มเปรียบเทียบ (Control)

(1) ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวเป็นผู้ป่วยใน ซึ่งได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ผู้ให้การรักษาว่าเกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดที่มีสาเหตุจาก *E. coli* และ *K. pneumoniae* ที่ไม่ใช่สายพันธุ์ดื้อยาชนิดสร้างเอนไซม์ ESBL และมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ให้ผลการเพาะเชื้อจากเลือดพบเชื้อดังกล่าวตั้งแต่ 1 ตัวอย่างขึ้นไป และเชื่อนั้นไม่สัมพันธ์กับการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ตำแหน่งอื่น

(2) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลไม่น้อยกว่า 24 ชั่วโมง

(3) ผู้ป่วยมีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป

2. เกณฑ์การคัดออก

(1) ผู้ป่วยที่ไม่มีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการถึงผลการทดสอบความไวของเชื้อต่อยาปฏิชีวนะ

(2) ผู้ป่วยทำการเพาะเชื้อแล้วพบเชื้อชนิดเดิมซ้ำ น้อยกว่า 30 วัน

การคำนวณขนาดตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง จึงใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Schlesselman, 1982⁽¹²⁾ และทำการปรับค่าขนาดตัวอย่างตามวิธีการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณอิสระของ Hsieh, 1998⁽¹³⁾ โดยเลือกใช้สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เชิงพหุเท่ากับ 0.50 จะได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 76 รายต่อกลุ่ม แต่ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์ตลอดระยะเวลาที่ดำเนินการศึกษา จึงได้ขนาดตัวอย่างที่เป็นกลุ่มศึกษา (Case) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Control) จำนวน 89 รายต่อกลุ่ม ดังนั้นขนาดตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 178 ราย

วิธีสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มศึกษา (Case) คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่ให้ผลการเพาะเชื้อจากเลือดเป็นบวกโดยพบเชื้อ *E. coli* และ *K. pneumoniae* สายพันธุ์ดื้อยาชนิดสร้างเอนไซม์ ESBL ทำการคัดเข้าทั้งหมด ไม่มีการสุ่มตัวอย่าง

กลุ่มเปรียบเทียบ (Control) ทำการสุ่มอย่างมีระบบ (Systemic sampling) จากรายชื่อผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยในที่ให้ผลการเพาะเชื้อจากเลือดแตกต่างจากกลุ่มศึกษา (Case) คือพบเชื้อ *E. coli* และ *K. pneumoniae* ที่ไม่ใช่สายพันธุ์ดื้อยาชนิดสร้างเอนไซม์ ESBL

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ใช้แบบคัดลอกข้อมูล เก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลแหล่งต่างๆ ได้แก่ ฐานข้อมูลห้องปฏิบัติการจุลชีววิทยา กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก โรงพยาบาลนครพนม (Mlab Program) ฐานข้อมูลห้องปฏิบัติการโครงการโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม (IEIP Observa data based version และเวชระเบียนของโรงพยาบาลในจังหวัดนครพนม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ติดต่อฝ่ายประสานงานด้านการวิจัยของโรงพยาบาลและโครงการโรคติดเชื้ออุบัติใหม่ เพื่อยื่นหนังสือ
การขอเก็บรวบรวมข้อมูล ดำเนินการคัดลอกข้อมูลลงในแบบคัดลอก ตรวจสอบความถูกต้อง ครบถ้วนสมบูรณ์
ของข้อมูล เพื่อเตรียมการวิเคราะห์ในขั้นตอนต่อไป งานวิจัยนี้ได้ดำเนินการภายหลังผ่านการพิจารณาจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เลขที่ HE582346

การประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูล

ดำเนินการลงรหัสและสร้างตัวแปรต่างๆ บันทึกข้อมูลและตรวจสอบความถูกต้อง ทำการแก้ไขเมื่อมี
ความคลาดเคลื่อน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA version 10 (ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น)
วิเคราะห์ข้อมูลลักษณะทั่วไปด้วยสถิติพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย
ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระต่างๆ ที่ละตัวแปร
กับการติดเชื้อ E. coli และ K. pneumoniae สายพันธุ์ตัวยานิตสร้างเอนไซม์ ESBL ในกระแสเลือด โดยใช้
สถิติ Simple Logistic Regression และ Fisher-exact test และวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ
แบบหลายตัวแปร (Multivariate analysis) โดยวิธีการวิเคราะห์แบบถดถอยพหุลอจิสติก (Multiple Logistic
Regression) ด้วยเทคนิคการขจัดออกทีละตัวแปร (Backward Elimination) และนำเสนอด้วยค่า Adjusted
odds ratio (OR_{adj}) และค่าช่วงความเชื่อมั่น 95% (Confidence interval)

สรุปผลการวิจัย

กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 51.69 มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ร้อยละ 87.64 โดยอายุเฉลี่ย
เป็น 64.25 ปี (SD = 14.78 ปี) มีโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง ร้อยละ 76.40 โดยโรคที่พบมากที่สุด คือ
โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 30.34 มีระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล ตั้งแต่
7 วันขึ้นไป ร้อยละ 52.81 จำนวนวันเฉลี่ย 11.68 วัน (SD = 21.76 วัน) เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วย
อายุรกรรม ร้อยละ 77.53 มีการใส่สายสวนหรือเครื่องมือทางการแพทย์ ร้อยละ 32.58 มีการใส่สายสวน
กระเพาะปัสสาวะมากที่สุด ร้อยละ 20.22 มีประวัติการรับยาปฏิชีวนะก่อนการเจาะเลือดเพาะเชื้อภายใน
72 ชั่วโมง ร้อยละ 46.07 และได้รับยากลุ่ม Cephalosporins มากที่สุด ร้อยละ 34.83 รายละเอียดดังตารางที่ 1
ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละผู้ป่วยในกลุ่มศึกษาและกลุ่มเปรียบเทียบจำแนกตามปัจจัย

ปัจจัย/ตัวแปร	กลุ่มศึกษา (n=89)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=89)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เพศ				
ชาย	43	48.31	30	33.71
หญิง	46	51.69	59	66.29
อายุ				
น้อยกว่า 50 ปี	11	12.36	18	20.22
ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป	78	87.64	71	79.78
Mean (SD)	64.25 (14.78)		62.26 (14.66)	
Median (Max-Min)	65 (88-20)		62 (100-20)	

ปัจจัย/ตัวแปร	กลุ่มศึกษา (n=89)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=89)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง				
มี	68	76.40	58	65.17
ไม่มี	21	23.60	31	34.83
ชนิดของโรคประจำตัวหรือโรคเรื้อรัง				
โรคเบาหวาน	27	30.34	25	28.09
โรคความดันโลหิตสูง	27	30.34	22	24.72
โรคไตเรื้อรัง	17	19.10	8	8.99
โรคหัวใจและหลอดเลือด	6	6.74	5	5.62
โรคเก๊าท์	5	5.62	4	4.49
วัณโรค	5	5.62	1	1.12
โรคปอดอุดกั้น	3	3.37	1	1.12
โรคตับแข็ง	3	3.37	3	3.37
โรคมะเร็งตับ	2	2.25	3	3.37
โรคอื่น ๆ	17	19.10	12	13.48
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล				
น้อยกว่า 7 วัน	42	47.19	64	71.91
ตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป	47	52.81	25	28.09
Mean (SD)	11.68 (21.76)		6.31 (7.82)	
Median (Max-Min)	6 (191-1)		5 (66-1)	
หอผู้ป่วย				
หอผู้ป่วยอายุรกรรม	69	77.53	75	84.27
หอผู้ป่วยศัลยกรรม	9	10.11	6	6.74
หอผู้ป่วยวิกฤติ	9	10.11	3	3.37
หอผู้ป่วยอื่น ๆ	2	2.25	5	5.62
การใส่สายสวนหรือเครื่องมือทางการแพทย์				
ได้	29	32.58	16	17.98
ไม่ได้	60	67.42	73	82.02

ปัจจัย/ตัวแปร	กลุ่มศึกษา (n=89)		กลุ่มเปรียบเทียบ (n=89)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชนิดของสายสวนหรือเครื่องมือทางการแพทย์				
Endotracheal tube	12	13.48	2	2.25
Urinary catheter	18	20.22	7	7.87
Feeding tube (NG tube)	4	4.49	5	5.62
Hemodialysis catheter	2	2.25	2	2.25
อุปกรณ์อื่น ๆ	3	3.37	3	3.37
ประวัติการรับยาปฏิชีวนะก่อนการเจาะเลือดเพาะเชื้อภายใน 72 ชั่วโมง				
ได้	41	46.07	16	17.98
ไม่ได้	48	53.93	73	82.02
ชนิดของยาปฏิชีวนะที่ได้รับก่อนเจาะเลือดเพาะเชื้อภายใน 72 ชั่วโมง				
Cephalosporins	31	34.83	11	12.36
Quinolones	7	7.87	4	4.49
Nitroimidazole	5	5.62	2	2.25
Penicillins	3	3.37	1	1.12
ยานิตอื่น ๆ	9	10.11	0	0.00

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการติดเชื้อ ความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดจากเชื้อ *E. coli* และ *K. pneumoniae* สายพันธุ์ตัวยานิตสร้างเอนไซม์ Extended-spectrum β -Lactamase ในกระแสเลือด

ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดจากเชื้อ *E. coli* และ *K. pneumoniae* สายพันธุ์ตัวยานิตสร้างเอนไซม์ Extended-spectrum β -Lactamase ในโรงพยาบาลจังหวัดนครพนม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 มี 4 ปัจจัย ได้แก่ เพศชาย ($OR_{adj} = 2.43$, 95% CI: 1.23-4.79) การมีโรคประจำตัวเป็นโรคไตเรื้อรัง ($OR_{adj} = 3.86$, 95% CI: 1.44-10.34) ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาดำเนินโรงพยาบาลเป็นเวลาตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป ($OR_{adj} = 2.10$, 95% CI: 1.08-4.08) ผู้ป่วยเคยได้รับยาปฏิชีวนะกลุ่ม Cephalosporins ก่อนการเจาะเลือดเพาะเชื้อภายใน 72 ชั่วโมง ($OR_{adj} = 4.40$, 95% CI: 1.93-10.02) รายละเอียดดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่างๆ กับการติดเชื้อ Escherichia coli และ Klebsiella pneumoniae สายพันธุ์ตัวยานชนิดสร้างเอนไซม์ Extended-spectrum β -Lactamase ในกระแสเลือด

ปัจจัย/ตัวแปร	การติดเชื้อในกระแสเลือด		OR _{crude} (95% CI)	OR _{adj} [*] (95% CI)	P-value
	ESBLs (n=89)	Non-ESBLs (n=89)			
เพศ					
หญิง	46 (51.69)	59 (66.29)	1.00	1.00	
ชาย	43 (48.31)	30 (33.71)	1.84 (1.00-3.36)	2.43(1.23-4.79)	0.01
การมีโรคประจำตัวเป็นโรคไตเรื้อรัง					
ไม่มี	72 (80.90)	81 (91.01)	1.00	1.00	
มี	17 (19.10)	8 (8.99)	2.39 (0.97-5.87)	3.86 (1.44-10.34)	0.01
ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล					
< 7 วัน	40 (47.19)	64 (71.91)	1.00	1.00	
7 วัน	49 (52.81)	25 (28.09)	2.29 (1.23-4.26)	2.10 (1.08-4.08)	0.03
การรับยาปฏิชีวนะกลุ่ม Cephalosporins ก่อนเจาะเลือดเพาะเชื้อภายใน 72 ชม.					
ไม่ได้รับ	58 (65.17)	78 (87.64)	1.00	1.00	
ได้รับ	31 (34.83)	11 (12.36)	3.79 (1.76-8.16)	4.40 (1.93-10.02)	<0.001

* OR_{adj} คือ OR ที่ถูกปรับค่าด้วยตัวแปร เพศ การมีโรคประจำตัวเป็นโรคไตเรื้อรัง ระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และการรับยาปฏิชีวนะกลุ่ม Cephalosporins ก่อนเจาะเลือดเพาะเชื้อภายใน 72 ชม.

วิจารณ์ผล

จากผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณโลจิสติก พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดจากเชื้อ *E. coli* และ *K. pneumoniae* สายพันธุ์ตัวยานชนิดสร้างเอนไซม์ Extended-spectrum β -Lactamase ในโรงพยาบาลจังหวัดนครพนม มีรายละเอียดดังนี้ เพศชายมีโอกาสติดเชื้อ ESBL-producing *E. coli* และ ESBL-producing *K. pneumoniae* ในกระแสเลือดมากกว่าเพศหญิง 2.43 เท่า ทั้งนี้เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ unmatched case-control สัดส่วนระหว่างเพศไม่ได้กำหนดให้เท่ากัน การสุ่มเก็บตัวอย่างอาจทำให้ได้ข้อมูลที่บ่งบอกว่าเพศชายมีโอกาสติดเชื้อมากกว่าเพศหญิง

อย่างไรก็ตามผลการศึกษามีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Leistner et al.⁽¹⁴⁾ ที่พบว่าเพศชายมีโอกาสติดเชื้อ ESBL-producing *E. coli* และ ESBL-producing *K. pneumoniae* มากกว่าเพศหญิง และการศึกษาของ Nakai et al.⁽¹⁵⁾ ที่พบว่า เพศชายมีโอกาสติดเชื้อ ESBL-producing Enterobacteriaceae มากกว่าเพศหญิง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังมีโอกาสติดเชื้อ ESBL-producing *E. coli* และ ESBL-producing *K. pneumoniae* ในกระแสเลือด มากกว่าผู้ที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง 3.86 เท่า เนื่องด้วยผู้ที่ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรังต้องเข้ารับการรักษาด้วยการฟอกเลือด ซึ่งในการฟอกเลือดแต่ละครั้งต้องใช้เวลาประมาณ 3 - 4 ชม. และต้องทำการฟอกเลือดอย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 - 3 ครั้ง ทำให้ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่าย มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ Grntke et al.⁽¹⁶⁾ ที่พบว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคไตระดับปานกลางหรือรุนแรง มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ESBL-producing *K. pneumoniae* สูงกว่าคนที่ไม่ป่วยเป็นโรคไตถึง 2.60 เท่า

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาลเป็นเวลาตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป มีโอกาสติดเชื้อ ESBL-producing *E. coli* และ ESBL-producing *K. pneumoniae* ในกระแสเลือด มากกว่าผู้ป่วยที่มีระยะเวลาการรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยกว่า 7 วัน 2.10 เท่า แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาการครองเตียงนานของผู้ป่วย จะเพิ่มความเสี่ยงต่อการสัมผัสกับเชื้อโรคในโรงพยาบาลมากขึ้นและมีโอกาสติดเชื้อสายพันธุ์ดื้อยาได้ง่าย⁽¹⁷⁾

นอกจากนั้นเราพบว่าผู้ป่วยที่มีประวัติเคยได้รับยาปฏิชีวนะกลุ่ม Cephalosporins ก่อนการเจาะเลือดเพาะเชื้อภายใน 72 ชม. มีโอกาสติดเชื้อ ESBL-producing *E. coli* และ ESBL-producing *K. pneumoniae* ในกระแสเลือด มากกว่าผู้ป่วยที่ไม่เคยได้รับยาปฏิชีวนะกลุ่ม Cephalosporins ถึง 4.40 เท่า ($OR_{adj} = 4.40$, 95% CI: 1.93-10.02) เนื่องจากการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างไม่สมเหตุผล เป็นเหตุให้เชื้อดื้อต่อยา ทำให้ยาที่เคยใช้ได้ไม่มีประสิทธิภาพพอ จึงต้องเปลี่ยนไปใช้ยาที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น เมื่อใช้บ่อยขึ้นก็สามารถเหนียวนาให้เชื้อเกิดการดื้อยาได้ง่าย นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่พบว่า ผู้ป่วยที่เคยมีประวัติการได้รับยาปฏิชีวนะมาก่อนในระยะเวลา 3 เดือน จะมีโอกาสติดเชื้อ ESBL-producing *E. coli* มากกว่าผู้ที่ไม่เคยได้รับยาปฏิชีวนะมาก่อน โดยเฉพาะยาในกลุ่ม Cephalosporins เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้มีโอกาสติดเชื้อสายพันธุ์ดื้อยาได้สูงถึง 13 เท่า⁽¹⁷⁾

การศึกษานี้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลย้อนหลัง โดยคัดลอกจากฐานข้อมูลเวชระเบียน ซึ่งเป็นบันทึกที่เขียนด้วยลายมือ จึงมีข้อจำกัดของการได้มาซึ่งข้อมูลบางอย่าง เช่น รายละเอียดขั้นตอนการรักษา การเขียนคำย่อต่าง ๆ อาจไม่ชัดเจนหรือครบถ้วนสมบูรณ์ แต่ถึงอย่างไรทางผู้วิจัยได้ขอคำปรึกษาจากแพทย์และพยาบาลผู้เชี่ยวชาญ เพื่อไม่ให้เกิดความคลาดเคลื่อนในการคัดลอกข้อมูล

บทสรุป

การติดเชื้อในกระแสเลือดที่เกิดจากเชื้อ *E. coli* และ *K. pneumoniae* สายพันธุ์ดื้อยาชนิดสร้างเอนไซม์ Extended-spectrum β -Lactamase จะมีโอกาสเกิดเพิ่มขึ้นเมื่อผู้ป่วยเป็นเพศชาย ผู้ป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคไตเรื้อรัง ผู้ป่วยนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลตั้งแต่ 7 วันขึ้นไป รวมทั้งผู้ป่วยที่เคยได้รับยาปฏิชีวนะกลุ่ม Cephalosporins มาก่อน เมื่อผู้ป่วยกลุ่มนี้เข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล จึงควรเฝ้าระวังเป็นพิเศษในการดูแลรักษา เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้นได้ง่าย รวมทั้งการร่วมมือเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคของบุคลากรทางการแพทย์ สามารถช่วยลดการติดเชื้อดื้อยาในผู้ป่วยลงได้

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

การศึกษาในอนาคตควรมีการศึกษาการเปลี่ยนแปลงของสารพันธุกรรมของเชื้อที่ทำให้เกิดการดื้อยา เพื่อให้ทราบกลไกต่าง ๆ ซึ่งจะใช้เป็นแนวทางป้องกันการเกิดการดื้อยาสายพันธุ์อื่น ๆ และใช้ในการพัฒนา ยาปฏิชีวนะที่นำมารักษาโดยให้เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างเหมาะสมต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดนครพนม ที่อนุญาตให้ผู้วิจัยดำเนินการคัดลอกข้อมูลและเก็บข้อมูลวิจัย เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทุกท่านที่ช่วยอำนวยความสะดวกในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Rosenthal VD, Maki DG, Mehta Y, et al. International Nosocomial Infection Control Consortium (INICC) report, data summary of 43 countries for 2007–2012 Device-associated module. *Am J Infect Control* 2014; 42(9):942–56.
2. Danchaivijitr S, Tangtrakool T, Waitayapiches S, et al. Efficacy of hospital infection control in Thailand 1988–1992. *J Hosp Infect* 1996; 32(2):147–53.
3. Rongrungruang Y, Sawanpanyalert N, Chomdacha P, et al. Health-Care Associated Infections in Thailand 2011. *J Med Assoc Thai* 2013;96(2):117–23.
4. พรพิศ ตรีบุพชาติสกุล, นาดยา คำสว่าง, ปัญญา เกื้อนต้วง. ผลการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อในกระแสเลือดตามแนวเวชปฏิบัติหลังใช้ระบบพยาบาลผู้ประสานงาน. *พุทธชินราชเวชสาร*. 2552;26(1): 29–36.
5. Anderson DJ, Moehring RW, Sloane R, et al. Bloodstream Infections in Community Hospitals in the 21st Century: A Multicenter Cohort Study. *PLOS ONE* 2014; 9(3):e91713.
6. Smet A, Martel A, Persoons D, et al. Broad-spectrum b-lactamases among Enterobacteriaceae of animal origin:molecular aspects, mobility and impact on public health. *FEMS Microbiology Rev* 2009;34(3):295–316.
7. Briongos-Figuero LS, Gmez-Traveso T, Bachiller-Luque P, et al.. Epidemiology, risk factors and comorbidity for urinary tract infections caused by extended-spectrum beta-lactamase (ESBL)-producing enterobacteria. *Int J Clin Pract* 2012; 66(9): 891–6.
8. Anunnatsiri S, Towiwat P, Chaimanee P. Risk factors and clinical outcomes of extended spectrum beta-lactamase (ESBL)-producing Escherichia coli septicemia at Srinagarind University Hospital, Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 2012; 43(5): 1169–77.
9. Hadic S, Custovic A, Smajlovic J, et al. Distribution of nosocomial infections caused by Klebsiella pneumoniae ESBL strain. *J Environ Occup Sci* 2012; 1(3): 141–6.
10. Chetcuti ZS, Azzopardi N, Sant J. Mortality risk score for Klebsiella pneumoniae bacteraemia. *Eur J Intern Med* 2014; 25(6): 571–6.
11. สำนักงานนิเทศและประชาสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะในไทย [อินเทอร์เน็ต] 2556 [เข้าถึงเมื่อ 10 สิงหาคม 2558]. เข้าถึงได้จาก: <http://narst.dmsc.moph.go.th/news001.html>.
12. Schlesselman JJ. Case-Control Studies: Design, Conduct, Analysis. USA: Oxford University; 1982.
13. Hsieh FY, Block DA, Larsen MD. A simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. *Stat Med* 1998; 17(14): 1623–34.
14. Leistner R, Sakellariou C, Grntke S, et al. Mortality and molecular epidemiology associated with extended-spectrum β -lactamase production in Escherichia coli from bloodstream infection. *Infect Drug Resist* 2014; 7: 57–62.
15. Nakai H, Hagihara M, Kato H, et al. Prevalence and risk factors of infections caused by extended-spectrum b-lactamase (ESBL)-producing Enterobacteriaceae. *J Infect Chemother* 2016; 22(5):319–26.

16. Grntke S, Kohler C, Steinmetz I, et al. Molecular epidemiology of extended-spectrum beta-lactamase (ESBL)-positive Klebsiella pneumoniae from bloodstream infections and risk factors for mortality. J Infect Chemother 2014; 20(12): 817-9.
17. Kengkla K, Charoensuk N, Chaichana M, et al. Clinical risk scoring system for predicting extended spectrum b-lactamase-producing Escherichia coli infection in hospitalized patients. J Hosp Infect 2016; 93(1): 49-56.

ท้ายเล่ม

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคติดเชื้อ หรือโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่าง ๆ โดยเน้นเรื่องที่น่าสนใจ จะต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทั้งนี้ทางกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัตถุประสงค์ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผลวิจารณ์ ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์

รายงานผลปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความที่ใหม่ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทความย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจ เขียน วิเคราะห์ หรือวิเคราะห์ ความรู้หรือข้อมูลที่นำมาเขียน สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

ย่อเอกสาร อาจย่อจากบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกระชับรัด ใจได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอธิบายต่อท้ายชื่อและสถานที่ทำงาน

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เอาแต่เนื้อหาที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคสมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้วไม่แบ่งเป็นข้อ ๆ ความยาวไม่เกิน 150 คำ ในการเขียนบทคัดย่อมีส่วนประกอบดังนี้ วัตถุประสงค์ ขอบเขต การวิจัย วิธีรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล และวิจารณ์ผลหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมุติฐาน ขอบเขตของการวิจัย

สรุปผลการวิจัย อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัย โดยพยายามเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบ หรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ผล ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัย ว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการวิจัยหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

บทสรุป ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะ ประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้ สำหรับการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง
- 2) การอ้างอิงเอกสารใด ให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็นหมายเลข โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรกและเรียงต่อไปตามลำดับ แต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
- 3) เอกสารอ้างอิงภาษาไทย ให้ใช้ชื่อต้นของผู้เขียน ตามด้วยนามสกุล
- 4) เอกสารอ้างอิงภาษาอังกฤษ ให้เขียนนามสกุลของผู้เขียนตามอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง
- 5) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง, ชื่อย่อวารสาร ปี ค.ศ. ; ปีที่พิมพ์ (Volume) : หน้า

ในกรณีที่ผู้แต่งไม่เกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคนคั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้าเกิน 3 คน ให้ใส่ชื่อ 3 คนแรก แล้วเติม et al.

ตัวอย่าง

Fisschl MA, Dickinson Gm, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners, children household contacts of adult with AIDS, JAMA 1987 ; 257 : 640 – 644.

ข. ภาษาไทย ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็มตามด้วยนามสกุลและใช้ชื่อย่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

ธีระ รามสูตร, นิวัต มนต์วีรสวัต, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช, และคณะ, อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยา คลินิกจากวงต่างของผิวหนังผู้ป่วยโรคเรื้อนที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527 ; 10 : 101 – 102

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์ (ค.ศ.) : หน้า.

ตัวอย่าง

Joman K. Tuberculosis case – finding and chemotherapy, Geneva : Work Health Organization, 1979 : 211 – 215.

ข. การอ้างบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้เขียน, ชื่อเรื่อง, ใน : ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ, ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์, เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์ : หน้า.

ตัวอย่าง

ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, การติดยาของเชื้อมาลาเรีย, ใน : ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุณนาค, คุณหญิงตระหนักจิต หาริณสุต, บรรณาธิการ, ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน, พิมพ์ครั้งที่ 1 กรุงเทพฯ : รวมทรงศน์, 2533 : 115 – 120.

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์ติดหน้าเดียวลงบนกระดาษสัน ขนาด A4 (21 x 29.7 ซม.) ใช้ Font Angsana new ส่งบทความซึ่งพิมพ์ในแผ่นเก็บข้อมูล สำหรับเครื่องคอมพิวเตอร์มายังที่บรรณาธิการ

4.2 การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นคำภาษาไทยที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

4.3 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์หรืออาจใช้ภาพโปสเตอร์แทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในรูป

4.4 การส่งเรื่องตีพิมพ์ให้ส่งต้นฉบับ 3 ชุด พร้อมหนังสือนำส่งถึงบรรณาธิการวารสารวิชาการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ถนนราชสีมา - โชคชัย ต.หนองบัวศาลา อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาตีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบ

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ถือเป็นผลงานวิชาการหรือวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียน ไม่ใช่ความเห็นของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 หรือ กองบรรณาธิการแต่ประการใด ผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน