

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สนับสนุนการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 9 และเพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

สำนักงาน

กลุ่มพัฒนาวิชาการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9
อ.เมือง จ.นครราชสีมา
โทร 044-212900 ต่อ 147
โทรสาร 044-218018
E-mail : Journaldpc9@gmail.com
Website <http://www.odpc9.org>

ที่ปรึกษา

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

บรรณาธิการอำนวยการ

นพ.กิตติพงษ์ สัตยชาติวิรุฬห์

บรรณาธิการ

พญ.ชลีพร จิระพงษ์

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางญาดา โตอุตชนม์

ฝ่ายจัดการ

1. นางสาวกรรณิการ์ บัวทะเล
2. นางปาริชาติ จิตกลาง

กองบรรณาธิการนอกหน่วยงาน

1. ศ.เกียรติคุณ ดร.พันธุ์ทิพย์ รามสูต
สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
2. รศ.ดร.โยธิน แสงดี มหาวิทยาลัยมหิดล
3. รศ.อรุณ จิรวรรณกุล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
4. ผศ.ดร.สุชาดา รัชชกุล จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
5. ผศ.ดร.มณฑา เก่งการพาณิชย์ มหาวิทยาลัยมหิดล
6. ผศ.ดร.ทัศนีย์ ศิลาวรรณ มหาวิทยาลัยมหิดล
7. ดร.เพ็ญศรี รักรวงศ์ โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา
8. ดร.สังสิทธิ์ สังวรโยธิน มหาวิทยาลัยมหิดล
9. นายสุรชัย ศิลาวรรณ สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ
10. ผศ.ดร.หนึ่งทศย์ ขอผลกลาง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
11. ผ.ศ.ดร.ศุภวรรณ มโนสุนทร นักวิชาการอิสระ
12. ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
13. ดร.สมรภพ บรรหารักษ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
14. นางอัญญา ประศาสน์วิทย์ นักวิชาการอิสระ
15. ดร.ชัยยา นรเดชานันท์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
16. ดร.ฐาวรี ชันคำโรง มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

กองบรรณาธิการ

1. นพ.บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันท์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2. พญ.เพชรวรรณ พึ่งรัมย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
3. นางกาญจนา ยิงขาว สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.
4. นางนันทนา แต่ประเสริฐ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.

กำหนดออกเผยแพร่

3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนตุลาคม - มกราคม

ฉบับที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม

ฉบับที่ 3 เดือนมิถุนายน - กันยายน

จำนวน

30 เล่ม

พิมพ์ที่

หจก.เลิศศิลป์ สาส์ณ 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 ไม่สามารถนำไปเผยแพร่ในวารสารวิชาการอื่นๆได้

ส่งผลงาน/บทความ/รายงานการวิจัยมายัง

งานวิจัยและพัฒนาระบบวิชาการ กลุ่มพัฒนาวิชาการ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

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

สารบัญ / Content

ปีที่ 25 ฉบับที่ 3 เดือนมิถุนายน- กันยายน 2562

1.	ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลักการยศาสตร์ในการทำงานของพนักงานที่ปฏิบัติงานด้านคอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาล Effects of Ergonomic Health Promotion Program on a Working Condition among Hospital Staffs Using Computers at Work ทิวพร โชติจำลอง และ รชานนท์ ง่วนใจรัก.....	5
2.	การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ Development of Home Health Promotion and Self-care Processes in Patients Hypertension in Hauyyae District, Nongbuarawae Chaiyaphum Province เทอดศักดิ์ ใจว่อง.....	15
3.	ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมือง อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2560 An Effect of Competencies Development on Virus Zika Prevention and control Among Village Health Volunteers of Community Medical Unit, Muang District, Nakhon Ratchasima Province นฤมล วงศ์วัชรวิทย์ และรชานนท์ ง่วนใจรัก.....	24
4.	การพัฒนาระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา : ประยุกต์ใช้การประเมินผลการถ่ายระดับตัวชี้วัด The Development of Performance Appraisal System of The Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima: A Application of Cascade Evaluation Approaches นันทพล ปุณยหทัยพงศ์ และเมยวรี ประสงค์.....	34
5.	การพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเองโดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บ้านมาบกราด ตำบลพันชนะ อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2562 Potential Development among Older Adults for Self Care by Using Empowerment Process, Ban MaKrad, Panchana Sub-District, DanKhunThot District, Nakhon Ratchasima Province รัชนิกร เถิดขุนทด และ รศ.ดร.พุดผ่อง สัตยวงศ์ทิพย์.....	44
6.	การเปรียบเทียบการตรวจวินิจฉัยหาไข่พยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจ Mini Parasep SF กับวิธี Modified Kato-Katz ที่ใช้ในภาคสนามของเขตสุขภาพที่ 9 Comparison of the Mini Parasep SF kit and Modified Kato-Katz Techniques for Screening The eggs of <i>Opisthorchis viverrini</i> in Fieldwork of Regional Health 9 วิวัฒน์ สังฆะบุตร, บำเพ็ญ เก่งขุนทด และเฉลิมพร เทพหัสดิน ณ อยุธยา.....	54
7.	การพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดบุรีรัมย์ Program Development for HIV Prevention and Treatment in Men Who Have Sex with Men, Buriram Province, Thailand ต้นสนีย์ ภัทรศรีวงษ์ชัย และธัญญา ชาติสุภาพ.....	64
8.	การประเมินผลด่านชุมชนเพื่อลดอุบัติเหตุการจราจรทางถนน เขตสุขภาพที่ 9 ช่วง 7 วันอันตรายเทศกาลสงกรานต์ ปี พ.ศ. 2561 The Evaluation of Community Checkpoints for Reducing Road Traffic Accidental Health Region 9 th during 7 Days Hazardous in Songkran Festival 2018 สมร นุ่มผ่อง, ขนิษฐา ศรีวันทา, ภัทร สว่างดี และ พวงเพชร กฤษหมื่นไวย.....	76
	ท้ายเล่ม คำแนะนำสำหรับผู้เขียน.....	88

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ฉบับนี้เป็นฉบับที่ 3 ของปีงบประมาณ 2562 ได้รวบรวมบทความวิชาการที่น่าสนใจ ซึ่งได้ผ่านการกลั่นกรองจากผู้ทรงคุณวุฒิอย่างเข้มข้นจำนวน 8 เรื่อง นำเสนอเนื้อหาบทความวิชาการเกี่ยวกับเรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลักการยศาสตร์ในการทำงานของพนักงานที่ปฏิบัติงานด้านคอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาล, การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง, ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมือง, การพัฒนาระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร, การพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเองโดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ, การเปรียบเทียบการตรวจวินิจฉัยหาไข่พยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจ Mini Parasep SF กับวิธี Modified Kato-Katz ที่ใช้ในภาคสนามของเขตสุขภาพที่ 9, การพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย, การประเมินผลค่านิยมชุมชนเพื่อลดอุบัติเหตุการจราจรทางถนน เขตสุขภาพที่ 9 ช่วง 7 วันอันตราย เทศกาลสงกรานต์ปี พ.ศ. 2561

ขอขอบพระคุณทุกท่านที่สนใจวารสารฯ และร่วมเสนอบทความวิชาการในวารสาร ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านในแต่ละสาขาหลากหลายสถาบันที่ช่วยให้ ข้อเสนอแนะ ทำให้บทความมีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น หากท่านผู้อ่านได้ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษาของวารสารฉบับนี้ไปใช้ประโยชน์ คณะผู้จัดทำฯ จะรู้สึกเป็นเกียรติมากที่ได้สร้างคุณประโยชน์แก่หน่วยงานและวงการสาธารณสุขในการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ต่อไป

พญ.ชุลีพร จิระพงษา

บรรณาธิการ

ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลักการยศาสตร์ในการทำงานของพนักงาน ที่ปฏิบัติงานด้านคอมพิวเตอร์ในโรงพยาบาล

Effects of Ergonomic Health Promotion Program on a Working Condition among Hospital Staffs Using Computers at Work

ทิวาพร โชติจำลอง และ ราชานนท์ งามใจรัก

Tiwaporn Chotjumlong and Rachanon Nguanjairak

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

Faculty of Public Health, NakhonRatchasimaRajabhat University

*Corresponding author E-mail : Chotjumlong@hotmail.com

(Received: July 16, 2018 ; Accepted : September 1, 2018)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลักการยศาสตร์ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในกลุ่มพนักงานในโรงพยาบาลที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อคอและบ่าจากการนั่งทำงานกับคอมพิวเตอร์ กลุ่มตัวอย่างมีทั้งหมด 96 คน แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คัดเลือกด้วยวิธีการสุ่มอย่างมีระบบ ได้แก่ กลุ่มทดลองเป็นพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี จำนวน 48 คน ได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนท่าทางการนั่งทำงานกับคอมพิวเตอร์ตามหลักการยศาสตร์เป็นเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมเป็นพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลกรุงเทพราชสีมา จำนวน 48 คน ไม่ได้รับโปรแกรมใดๆ เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับหลักการยศาสตร์และอาการปวดกล้ามเนื้อคอและบ่า การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการลดอาการปวดกล้ามเนื้อคอและบ่า แบบวัดระดับความเจ็บปวดและดัชนีวัดค่าความบกพร่องความสามารถของคอ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาและเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านต่างๆ ด้วยสถิติ Paired sample t-test และ Independent t-test ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนทุกด้าน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับหลักการยศาสตร์และอาการปวดกล้ามเนื้อคอและบ่า การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการลดอาการปวดกล้ามเนื้อคอและบ่า สูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ระดับอาการปวดกล้ามเนื้อคอและบ่าและดัชนีวัดค่าความบกพร่องความสามารถของคอลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลักการยศาสตร์ดังกล่าว มีความเป็นไปได้ในการส่งเสริมพฤติกรรมการทำงานกับคอมพิวเตอร์เป็นเวลานานๆ ได้อย่างเหมาะสม และทำให้อาการปวดกล้ามเนื้อคอและบ่าลดลงได้

คำสำคัญ : โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ, ความสามารถของตนเอง, การยศาสตร์, อาการปวดคอและบ่า

Abstract

Purpose of this quasi – experimental research was to study effects of ergonomic health promotion program in term of a behavioral outcome and neck pain release. A total sample of 96 subjects was randomly selected by a systematic sampling. There was equally divided into two groups. An experimental group was staffs of Suranaree University of Technology Hospital (SUTH), received a 12-week of the program through the study. A control of staffs of Bangkok Ratchasima Hospital did not receive the program. All subjects had completed a questionnaire including knowledge toward contents of an ergonomic and neck pain condition, a perceived self-efficacy and an expected outcome on the promotion practice.

Neck pain release and disability index were also measured in this study. A descriptive statistic was used for describing the characteristics and the outcome comparisons used paired t-test and independent t-test. Results of the study found that in after the intervention, the experimental subjects had a significant mean score of the outcomes greater than a control group about the knowledge, the perceived self-efficacy and the expected outcome ($p < 0.001$). Scores of neck pain release and disability index were significantly decreased than those a control group ($p < 0.001$). The results indicate that this program is effective on improving the outcomes in individuals who have an incorrect sitting posture and probably for neck pain release.

Keywords : Health promotion program, Self – efficacy, Ergonomics, Neck pain release

บทนำ

ปัจจุบันการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารเพื่อการทำงานในประเทศไทย มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 32.0 เป็นร้อยละ 34.9⁽⁸⁾ ซึ่งพบว่าโรงพยาบาลเป็นสถานประกอบการที่มีสัดส่วนการใช้คอมพิวเตอร์มากถึงร้อยละ 99.7 โดยลักษณะการทำงานของผู้ที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์มีการเคลื่อนไหวอวัยวะของร่างกายอย่างจำกัด เช่น สายตาเพ่งมองจอภาพและวางมือบนแป้นพิมพ์อยู่ตลอดเวลา ทำให้มีการสัมผัสปัจจัยด้านการยศาสตร์ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพคนทำงาน จึงเป็นสาเหตุสำคัญของความผิดปกติของกล้ามเนื้อคอและบ่า⁽⁷⁾ อาจมีอาการปวดตึงหรือรู้สึกแสบร้อนหรือชาบริเวณดังกล่าว⁽¹³⁾ การศึกษาในกลุ่มคนทำงานที่ต้องใช้คอมพิวเตอร์ของประเทศนิวซีแลนด์ได้พบว่า ร้อยละ 92.0 มีอาการผิดปกติของกล้ามเนื้อและกระดูกเป็นอาการปวดคอร้อยละ 43.0 และไหล่ร้อยละ 42.0⁽¹⁶⁾ เช่นเดียวกับในประเทศไต้หวัน พบว่าความเครียดและภาระงานที่มากเกินไปมีส่วนที่ทำให้เกิดอาการปวดไหล่และคอ มากกว่าร้อยละ 70.0⁽¹¹⁾ สำหรับในประเทศไทยได้มีการศึกษาในกลุ่มพนักงานที่ทำงานในสำนักงานของมหาวิทยาลัยใช้คอมพิวเตอร์แบบตั้งโต๊ะมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน มีอาการปวดไหล่ร้อยละ 51.08 และยังพบพฤติกรรมการยึดกล้ามเนื้อมีความสัมพันธ์กับอาการปวดคอไหล่และหลังร่วมด้วย⁽⁵⁾

ข้อมูลข้างต้นแสดงให้เห็นว่าโรงพยาบาลเป็นสถานประกอบการที่มีความเสี่ยงต่ออาการผิดปกติของโครงสร้างกล้ามเนื้อคอและบ่าของพนักงาน โดยเฉพาะพนักงานสายสนับสนุนในโรงพยาบาลที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ ที่ปฏิบัติงานสัมผัสปัจจัยด้านการยศาสตร์ในท่าทางการทำงานที่ไม่เหมาะสมและเสี่ยงต่อการเกิดอาการผิดปกติของกล้ามเนื้อคอและบ่าในอัตราที่สูง⁽³⁾ ถือเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ได้รับการป้องกันและแก้ไขอย่างจริงจังจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าการนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการยศาสตร์มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคกล้ามเนื้อและกระดูกที่เกิดจากการทำงานของบุคลากรสายสนับสนุนของสำนักวิทยบริการในมหาวิทยาลัยและยังมีการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมมาประยุกต์ร่วมกับโปรแกรมการยศาสตร์เพื่อให้พนักงานที่ต้องทำงานกับคอมพิวเตอร์เป็นประจำ มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนทำงานโดยการปรับท่าทางการทำงานให้ถูกต้อง ซึ่งสามารถช่วยป้องกันและลดอาการเจ็บปวดบริเวณระบบโครงร่างกระดูกและกล้ามเนื้อที่เกิดจากท่าทางการนั่งทำงานที่ไม่ถูกต้องได้อย่างยั่งยืนอีกด้วย⁽¹⁾ ซึ่งหลักการยศาสตร์การนั่งทำงานในสำนักงานนั้นสิ่งที่ต้องคำนึงถึงเกี่ยวกับการทำงานในสำนักงานสามารถแยกเป็น 3 องค์ประกอบที่กล่าวถึง ได้แก่ ผู้ทำงาน เครื่องมือ และสิ่งแวดล้อม ซึ่งในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการนั่งทำงานให้ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์นั้น ควรต้องคำนึงถึงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการเกิดอาการปวดทั้ง 3 ปัจจัยดังกล่าว⁽¹²⁾

ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้จึงเป็นการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลักการยศาสตร์มาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมท่าทางการทำงาน โดยอาศัยทฤษฎีความสามารถตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ รวมทั้งลดอาการปวดคอและบ่าของพนักงานในโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงานใช้คอมพิวเตอร์ทำงานเป็นประจำ ตลอดจนเป็นการป้องกันและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของบุคลากรในองค์กร ให้เป็นองค์กรต้นแบบการสร้างเสริมสุขภาพในสถานที่ทำงานต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลักการยศาสตร์ โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้เกี่ยวกับอาการปวดคอและบ่า การรับรู้ความสามารถของตนเอง และการรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการปวดคอและบ่า ระดับอาการปวด และดัชนีวัดค่าความบกพร่องความสามารถของคอ ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

สมมติฐานของการวิจัย

1. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง การรับรู้ความคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการปวดคอและบ่าสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุม
2. ภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับความปวดและดัชนีวัดค่าความบกพร่องความสามารถของคอลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วัดผลการศึกษาก่อนและหลังการทดลอง (Pretest-posttest control group design) ประชากรกลุ่มตัวอย่างเป็นพนักงานที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลและมีประวัติอาการปวดคอและบ่าที่เกิดจากการนั่งทำงานกับคอมพิวเตอร์ โดยรับอาสาสมัครเข้าร่วมวิจัยและคัดเลือกจากอาสาสมัครทั้งหมดตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าจากประชากรของทั้ง 2 โรงพยาบาล ดังนี้ 1) มีอายุระหว่าง 25-55 ปี 2) ยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ 3) มีอาการปวดกล้ามเนื้อคอและบ่า (NRS ≥ 3) และเป็นมาอย่างน้อย 3 เดือน 4) มีลักษณะการนั่งทำงานโดยใช้คอมพิวเตอร์อย่างน้อย 4 ชั่วโมงต่อวัน และ 5) สามารถสื่อสารและอ่านออกเขียนได้ดี ส่วนเกณฑ์คัดออก มีดังนี้ 1) เคยได้รับการผ่าตัดบริเวณสันหลังระดับคอหรือมีความเสี่ยงต่อการกดทับของรากประสาทระดับคอ 2) รับประทานยาเพื่อบรรเทาอาการปวดมาก่อนใน 1 สัปดาห์ 3) เคยได้รับการอบรมการดูแลสุขภาพเพื่อลดอาการปวดคอและบ่าใน 1 เดือนที่ผ่านมาและ 4) ผู้เข้าร่วมวิจัยขอยุติการเข้าร่วมวิจัย หรือมีอาการปวดจนต้องขอรับยาบรรเทาอาการปวดขณะเข้าร่วมการวิจัย

การกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรของการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยกรณี 2 กลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน⁽⁹⁾ ดังนี้ $n/\text{group} = 2(Z_\alpha + Z_\beta)^2 \sigma^2 (\mu_1 - \mu_2)$ โดยกำหนดให้ n คือจำนวนตัวอย่าง, Z_α คือค่าการแจกแจงปกติมาตรฐานที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 เท่ากับ 1.64, Z_β คือค่าการแจกแจงปกติมาตรฐานที่อำนาจทดสอบ (power of test) 90% เท่ากับ 1.28, μ_1 คือ ค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานตามหลักการยศาสตร์ภายในกลุ่มทดลอง เท่ากับ 9.31⁽⁴⁾, μ_2 คือค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติตัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานตามหลักการยศาสตร์ภายในกลุ่มเปรียบเทียบเท่ากับ 8.34⁽⁴⁾ และ σ^2 คือ ความแปรปรวนร่วมเท่ากับ 2.3 ดังนั้นจึงได้จำนวนตัวอย่างกลุ่มละ 39 คน แต่เพื่อป้องกันผู้สูญหายจากการติดตามจึงปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างที่คาดว่าจะสูญหายร้อยละ 10 จึงทำให้ได้ขนาดตัวอย่างกลุ่มละ 48 คน จากนั้นใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างมีระบบ (Systematic random sampling) จากรายชื่อของผู้ผ่านเกณฑ์การคัดเลือก โดยเรียงลำดับตามหมายเลขรหัสประจำตัวของพนักงานแต่ละโรงพยาบาล กลุ่มทดลองเป็นพนักงานของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และกลุ่มควบคุมเป็นพนักงานโรงพยาบาลกรุงเทพราชสีมา กลุ่มละ 48 คน ได้จำนวนตัวอย่างทั้งหมด 96 คน

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรอิสระเป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลักการยศาสตร์โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถ

ของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเน้นกิจกรรมการสร้างการรับรู้ในความสามารถตนเอง โดยการจัดกิจกรรมบรรยายให้ความรู้ การนำเสนอตัวแบบที่หายจากอาการปวดคอและบ่า การสาธิตฝึกปฏิบัติท่าทางการนั่งทำงานตามหลักการยศาสตร์การสร้างความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติ และการสนับสนุนทางสังคมทั้งจากผู้วิจัย หัวหน้าแผนกและเพื่อนร่วมงานในการกระตุ้นเตือนและให้กำลังใจส่วนตัวแปรตาม คือ ความรู้เกี่ยวกับอาการปวดคอและบ่า การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์การปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการปวดคอและบ่า ระดับอาการปวด และดัชนีวัดค่าความบกพร่องความสามารถของคอ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

นอกเหนือจากโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพตามหลักการยศาสตร์ ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองแล้วยังประกอบไปด้วยคู่มือและวิดีโอที่สนับสนุนการนั่งโต๊ะทำงานกับคอมพิวเตอร์และการบริหารกล้ามเนื้อระหว่างพักและแผ่นพับความรู้เกี่ยวกับอาการปวดกล้ามเนื้อคอและบ่าที่เกิดจากการนั่งโต๊ะทำงานกับคอมพิวเตอร์และมีการสังเกตและเข้าเยี่ยมในสถานที่ทำงานสำหรับเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปมีจำนวน 11 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพ การสมรส การศึกษา ระยะเวลาของการเจ็บป่วยจากอาการปวดคอและบ่า สาเหตุอาการปวดคอและบ่า วิธีบรรเทาอาการปวด ระยะเวลาในการทำงาน ระยะเวลาการใช้คอมพิวเตอร์ในแต่ละวันและโรคประจำตัว

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับอาการปวดคอและบ่า เป็นแบบสอบถามปลายปิด มีจำนวน 15 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือกตอบถูกต้อง 1 ตอบผิดได้ 0 กำหนดคะแนนเป็น 3 ระดับ โดยมีเกณฑ์การประเมินแบบอิงเกณฑ์ของบลูม (Bloom, 1971) คือ คะแนนร้อยละ 80 ขึ้นไป (12 – 15 คะแนน) มีความรู้อยู่ในระดับสูงคะแนนร้อยละ 60–79.9 (9 – 11 คะแนน) มีความรู้อยู่ในระดับปานกลางคะแนนร้อยละ 0–59.9 (0 – 8 คะแนน) มีความรู้อยู่ในระดับต่ำและตรวจสอบค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.71

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตนเอง เป็นแบบสอบถามปลายปิด มีจำนวน 13 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือกประกอบด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง โดยเลือกตอบเพียง 1 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 9 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 4 ข้อ กำหนดคะแนนเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) คือ คะแนน 51 – 58 มีระดับการรับรู้สูงคะแนน 40 – 50 มีระดับการรับรู้ปานกลางและคะแนน 29 – 39 มีระดับการรับรู้ต่ำและตรวจสอบค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.71

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตน เป็นแบบสอบถามปลายเปิด ปลายปิด มีจำนวน 13 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 5 ตัวเลือกประกอบด้วย เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย และเห็นด้วยน้อยที่สุด โดยเลือกตอบเพียง 1 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 9 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 4 ข้อ กำหนดคะแนนเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) คือคะแนน 50 – 57 มีระดับความคาดหวังสูงคะแนน 39–49 มีระดับความคาดหวังปานกลาง และคะแนน 28 – 38 มีระดับความคาดหวังต่ำและตรวจสอบค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.74

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการปวดคอและบ่าเป็นแบบสอบถามปลายปิดมีจำนวน 12 ข้อ ลักษณะของคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือกประกอบด้วย ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ไม่ปฏิบัติ โดยเลือกตอบเพียง 1 ข้อ แบ่งเป็นข้อคำถามเชิงบวก 8 ข้อ และข้อคำถามเชิงลบ 4 ข้อ กำหนดคะแนนเป็น 3 ระดับโดยใช้เกณฑ์ของเบสท์ (Best, 1977) คือ คะแนน 31 – 35 มีระดับการปฏิบัติสม่ำเสมอ คะแนน 23 – 30 มีระดับการปฏิบัติ

เป็นบางครั้งและ คะแนน 15 – 22 มีระดับการไม่เคยปฏิบัติและตรวจสอบค่าความเที่ยงได้เท่ากับ 0.91

ส่วนที่ 6 ระดับอาการปวด (Pain intensity) เป็นเครื่องมือการประเมินด้วยแบบสอบถามอาการปวดแบบตัวเลข (Numeric Rating Scale: NRS)⁽¹⁵⁾ โดยมีคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 10 ซึ่งคะแนน 0 คือไม่มีอาการปวด (No pain) และ 10 คือปวดมากที่สุด (Worstpain)

ส่วนที่ 7 ดัชนีวัดค่าความบกพร่องความสามารถของคอ (Neck disability index : NDI) ใช้แบบสอบถาม ฉบับภาษาไทย ประกอบด้วย 10 ข้อ ได้แก่ ความรุนแรงของอาการปวดคอ การดูแลตนเอง การยกของ การอ่าน อาการปวดศีรษะ การตั้งสมาธิ การทำงาน การขับชี่รด การนอนหลับ และกิจกรรมนันทนาการ มีคะแนนเต็ม 50 คะแนน แต่ละข้อจะมีช่วงคะแนน 0-5 (ALikert's scale) โดยใช้เกณฑ์การให้คะแนนของ Uthaiakup และคณะ⁽¹⁷⁾ คือ คะแนน 0 – 4 เท่ากับ none คะแนน 5 – 14 เท่ากับ mild คะแนน 15 – 24 เท่ากับ moderate คะแนน 25 – 34 เท่ากับ severe และคะแนนมากกว่า 35 เท่ากับ complete

การดำเนินการทดลองและเก็บรวบรวมข้อมูล

ในกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมโดยเริ่มต้นจากการสอนบรรยายและฝึกปฏิบัติการปรับเปลี่ยนท่าทางการนั่งทำงานตาม หลักการยศาสตร์แก่ผู้เข้าร่วมวิจัยในวันแรกที่พบกับผู้วิจัย ณ แผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟู โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยี สุรนารี การศึกษาครั้งนี้ใช้ระยะเวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์โดยการจัดกิจกรรมสัปดาห์ละ 1 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ซึ่งการเก็บข้อมูล จะมีการประเมินก่อนการให้โปรแกรมและภายหลังสิ้นสุดการทดลองทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมด้วยแบบสอบถาม (ภาพที่ 1)



ภาพที่ 1 แผนภาพการทดลอง

กลุ่มควบคุมไม่ได้รับโปรแกรมใดๆ โดยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลแบบสอบถาม 2 ครั้ง เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับอาการปวดคอและท่า การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตนและการปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการปวดคอ ระดับอาการปวดคอและท่าและดัชนีวัดค่าความบกพร่องความสามารถของคอ ครั้งที่ 1 ก่อนเริ่มต้นการวิจัยหนึ่งสัปดาห์ และครั้งที่ 2 ภายหลังสิ้นสุดการวิจัยแล้ว 12 สัปดาห์ การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณาโครงร่างการวิจัยและรับรองจาก

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารีได้รับการอนุมัติเมื่อวันที่ 7 กรกฎาคม 2560
เลขที่ใบรับรอง EC-60-42

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบความแตกต่างตัวแปรตาม อายุ เพศ ระดับการศึกษาสูงสุด และระยะเวลาทำงานในปัจจุบันระยะเวลาของอาการปวดคอและบ่าและสาเหตุของอาการปวดคอและบ่าของกลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มด้วยสถิติ Chi-square test ข้อมูลเกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับหลักการยศาสตร์และอาการปวดกล้ามเนื้อและคอ บ่า การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการลดอาการปวดกล้ามเนื้อคอและบ่า ระดับความเจ็บปวด และดัชนีวัดค่าความบกพร่องความสามารถของคอวิเคราะห์เปรียบเทียบด้วยสถิติ Paired sample t - test และ Independent t - test

ผลการวิจัย

ลักษณะทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความคล้ายคลึงกันโดยพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง(ร้อยละ 81.3, 85.4) มีอายุน้อยกว่า 35 ปี (ร้อยละ 50, 52.1) มีค่าดัชนีมวลกายอยู่ในช่วง 18.5-22.9 (ร้อยละ 47.9, 47.9) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 83.3, 87.5) มีระยะเวลาการทำงานอยู่ในที่ทำงานปัจจุบันเฉลี่ยอยู่ที่ 2-5 ปี (ร้อยละ 45.8, 58.3) มีระยะเวลาของอาการปวดคอและบ่าเฉลี่ยน้อยกว่า 2 ปีและ 2-5 ปี (ร้อยละ 62.5, 58.3) มีสาเหตุเนื่องมาจากท่าทางการนั่งทำงานที่ไม่เหมาะสม (ร้อยละ 30.4, 27.5) ส่วนผลการเปรียบเทียบภายในกลุ่มด้วยสถิติ Paired sample t-test พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรตามสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับอาการปวดคอและบ่า (Mean diff. = 1.98, $p < 0.001$) การรับรู้ความสามารถตนเอง (Mean diff. = 10.33, $p < 0.001$) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตน (Mean diff. = 11.15, $p < 0.001$) การปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการปวดคอและบ่า (Mean diff. = 9.13, $p < 0.001$) และระดับอาการปวดรวมถึงดัชนีวัดค่าความบกพร่องความสามารถของคอลดลงต่ำกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน ส่วนกลุ่มควบคุมพบว่าไม่แตกต่างกันระหว่างก่อนและหลังการทดลอง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนและหลังการทดลอง

ตัวแปร	n	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	Meandiff.	95 % CI	t	P-value
		$\bar{X}\pm S.D.$	$\bar{X}\pm S.D.$				
ความรู้							
กลุ่มทดลอง	48	11.15±1.49	13.13±1.44	1.98	1.58,2.38	9.86	<0.001
กลุ่มควบคุม	48	10.79±1.43	10.54±1.38	-0.25	-0.58,0.08	1.52	0.068
การรับรู้ความสามารถตนเอง							
กลุ่มทดลอง	48	41.77±3.18	52.10±2.75	10.33	9.48, 11.19	24.22	<0.001
กลุ่มควบคุม	48	40.71±4.06	40.96±3.36	0.25	-0.37, 0.87	0.81	2.110
ความคาดหวังในผลลัพธ์							
กลุ่มทดลอง	48	40.69±3.14	51.83±2.49	11.15	10.40 ,11.89	30.27	<0.001
กลุ่มควบคุม	48	41.02±3.33	41.63±3.68	0.60	0.14,1.07	2.63	0.120

ตัวแปร	n	ก่อนการทดลอง	หลังการทดลอง	Meandiff.	95 % CI	t	P-value
		$\bar{X}\pm S.D.$	$\bar{X}\pm S.D.$				
การปฏิบัติตัว							
กลุ่มทดลอง	48	21.08±2.81	30.21±2.32	9.13	8.25,10.00	20.87	<0.001
กลุ่มควบคุม	48	19.83±2.85	21.86±2.10	2.04	1.25,2.84	5.16	<0.001
Pain intensity							
กลุ่มทดลอง	48	5.65±1.12	2.60±0.76	-3.04	-3.39, -2.69	-17.53	<0.001
กลุ่มควบคุม	48	5.69±1.11	5.46±0.99	-0.23	-0.57,0.12	-1.34	0.094
NDI							
กลุ่มทดลอง	48	25.81±4.21	15.54±7.94	-10.27	-12.33, -8.21	-10.02	<0.001
กลุ่มควบคุม	48	27.21±4.60	26.77±4.06	-0.44	-1.01,0.14	-1.52	0.067

เมื่อนำมาเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มด้วยสถิติ Independent t-test พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรตามสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับอาการปวดคอและบ่า (Mean diff. = 2.58, p<0.01) การรับรู้ความสามารถตนเอง (Mean diff. = 11.15, p<0.001) ความคาดหวังในผลลัพธ์ (Mean diff. = 10.21, p<0.001) การปฏิบัติตัวเพื่อลดอาการปวดคอและบ่า (Mean diff. = 8.33, p<0.001) และระดับอาการปวดรวมถึงดัชนีวัดค่าความบกพร่องความสามารถของคอลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเช่นกัน (ตารางที่2)

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตัวแปร	กลุ่ม	n	$\bar{X} \pm S.D.$	Mean diff.	95%CI	t	P-value
ความรู้	ทดลอง	48	13.33±1.44				
	ควบคุม	48	10.54±1.38	2.58	2.01,3.16	8.97	<0.001
การรับรู้ความสามารถ	ทดลอง	48	52.10±2.75				
	ควบคุม	48	40.96±1.38	11.15	9.90,12.39	8.97	<0.001
ความคาดหวัง	ทดลอง	48	51.83±2.49				
	ควบคุม	48	41.63±3.68	10.21	8.94, 11.48	15.93	<0.001
การปฏิบัติตัว	ทดลอง	48	30.21±2.32				
	ควบคุม	48	21.86±2.10	8.33	7.44,9.23	18.51	<0.001
Pain intensity	ทดลอง	48	2.60±0.76				
	ควบคุม	48	5.49±0.98	-2.89	-3.24,-2.53	-16.07	<0.001
NDI	ทดลอง	48	15.54±7.94				
	ควบคุม	48	26.77±4.06	-11.21	-13.79,-8.67	-8.72	<0.001

การอภิปรายผล

จากผลการศึกษาทดลองใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพด้านการยศาสตร์ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเอง ซึ่งประกอบด้วยด้านความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง การคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตัวเพื่อมีพฤติกรรมในการลดอาการปวดกล้ามเนื้อคอและบ่า พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง การคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับอาการปวดกล้ามเนื้อคอและบ่าสูงกว่าก่อนการทดลอง และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อาจเป็นเพราะว่าผู้วิจัยได้มีการจัดโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพโดยเน้นการจัดการเรียนรู้ความรู้เป็นพื้นฐานสำคัญตามแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นอย่างครอบคลุมและมีการฝึกปฏิบัติท่าทางการนั่งทำงานตามหลักการยศาสตร์และการบริหารกล้ามเนื้อ ซึ่งมีการกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ สำคัญๆ ขั้นตอนเรียนรู้ และสรุปเนื้อหาในแต่ละหัวข้ออย่างละเอียดครบถ้วน อีกทั้งยังใช้วิธีการให้ความรู้หลายวิธีร่วมกัน เช่น การบรรยายการนำเสนอเนื้อหา การใช้ตัวแบบจริงซึ่งเป็นบุคคลที่มีอาการปวดกล้ามเนื้อคอและบ่าลดลงจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานตามหลักการยศาสตร์ในการเล่าประสบการณ์ รวมทั้งมีการจัดกิจกรรมในการกระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง คือการให้ผู้เข้าร่วมวิจัยฝึกปฏิบัติท่าทางการนั่งทำงานตามหลักการยศาสตร์และการบริหารกล้ามเนื้อคอและบ่าและมีการเข้าเยี่ยมในที่ทำงานเพื่อสังเกตพฤติกรรมและกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติซึ่งผลการศึกษาดังกล่าวได้สอดคล้องกับการศึกษาของเพ็ญศิริ จันทรแอ และคณะ⁽⁴⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่ออาการปวดหลังส่วนล่าง ด้วยการออกกำลังกายท่าฤๅษีตัดต้นของบุคลากรมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี วิทยาเขตสกลนคร พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ การรับรู้ความสามารถตนเอง การคาดหวังในผลลัพธ์ และการปฏิบัติตัวในการมีพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของน้ำฟ้า โคตรแก้ว และคณะ⁽²⁾ ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการบูรณาการท่าทางการทำงานตามหลักการยศาสตร์กับการรำไม้พลอง ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างของคณานกรัตติยาพารา อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดเลย พบว่าในกลุ่มทดลองมีความรู้เกี่ยวกับอาการปวดหลังและพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่าง การรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ การปฏิบัติตนเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมสุขศึกษาและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ ผลการเปรียบเทียบความเจ็บปวดกล้ามเนื้อคอและบ่าของการทดลองครั้งนี้ พบว่ากลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนลดลงต่ำกว่าก่อนการทดลองและลดลงต่ำกว่ากลุ่มควบคุม ($p < 0.001$) สามารถอธิบายได้ว่าเกิดจากการที่กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพที่ประกอบไปด้วยการปรับเปลี่ยนท่าทางการนั่งทำงานกับคอมพิวเตอร์ตามหลักการยศาสตร์โดยมีการสอนบรรยาย การสาธิตการนั่งตามหลักการยศาสตร์และฝึกปฏิบัติจริง โดยใช้คู่มือฝึกปฏิบัติและมีการฝึกบริหารยืดเหยียดกล้ามเนื้อในระหว่างการทำงานและเปลี่ยนอิริยาบถทุก ๆ 2 ชั่วโมง ช่วยทำให้กล้ามเนื้อคอและบ่ามีความตึงตัวลดลงเกิดความผ่อนคลายได้ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของรัตน มุลคำ และคณะ⁽⁶⁾ ที่ได้ศึกษาผลของการออกกำลังกายแบบโยคะต่ออาการปวดคอและไหล่ในพนักงานสำนักงานที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์ พบว่าภายหลังการทดลองกลุ่มทดลองที่ออกกำลังกายโยคะที่มีการยืดเหยียดกล้ามเนื้อคอและไหล่ มีคะแนนเฉลี่ยอาการปวดคอและไหล่ลดลงต่ำกว่าก่อนการออกกำลังกายโยคะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และผลการเปรียบเทียบดัชนีวัดค่าความบกพร่องความสามารถของคอ ซึ่งเป็นการประเมินผลกระทบของอาการปวดคอที่มีต่อความสามารถในการจัดการชีวิตประจำวัน พบว่าภายหลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) อาจเนื่องมาจากกลุ่มทดลองมีอาการปวดกล้ามเนื้อคอและบ่าลดลงจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงาน

จึงส่งผลให้ความสามารถในการใช้คอในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ในชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Liyanage และคณะ⁽¹⁴⁾ที่ได้ศึกษาผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับหลักการยศาสตร์ร่วมกับการบริหารกล้ามเนื้อคอเปรียบเทียบกับการให้ความรู้ทางการยศาสตร์เพียงอย่างเดียว โดยศึกษาในกลุ่มพนักงานบริษัทที่ทำงานเกี่ยวกับเทคโนโลยีสารสนเทศ ประเทศอินเดีย พบว่าในกลุ่มที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับหลักการยศาสตร์ร่วมกับการบริหารกล้ามเนื้อคอมีความพึงพอใจและความสามารถของคอลดลงกว่ากลุ่มที่ได้รับความรู้ทางการยศาสตร์เพียงอย่างเดียวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อย่างไรก็ดี ผลจากการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพในการปรับเปลี่ยนท่าทางการทำงานตามหลักการยศาสตร์ โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถลดระดับอาการปวดกล้ามเนื้อคอและบ่าที่เกิดจากการนั่งทำงานกับคอมพิวเตอร์และความสามารถของคอในการใช้ชีวิตประจำวันได้ดีขึ้น ตามที่เบนดูรา⁽¹⁰⁾ได้อธิบายไว้ว่า ทฤษฎีความสามารถตนเองเน้นให้บุคคลเชื่อมั่นในความสามารถของตนเอง และมีความคาดหวังในผลลัพธ์ที่จะเกิดขึ้นจากการลงมือปฏิบัติ หากบุคคลมีความเชื่อเหล่านี้แล้วก็จะส่งผลให้บุคคลมีความพยายามมุ่งมั่นที่จะกระทำให้เกิดความสำเร็จ เกิดผลลัพธ์ดังที่ได้ตั้งเป้าหมายเอาไว้ นำไปสู่พฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางด้านสุขภาพ สามารถนำโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพดังกล่าวไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในลักษณะดังกล่าวออกไปในหน่วยงานอื่น ๆ
2. ควรศึกษาเพิ่มเติมในเชิงคุณภาพเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานให้ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์ในรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการหรือวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงลึกในการส่งเสริมป้องกันความเสี่ยงดังกล่าว

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้อำนวยการ หัวหน้างาน บุคลากร และกลุ่มตัวอย่างในแผนกเวชศาสตร์ฟื้นฟูของโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และโรงพยาบาลกรุงเทพราชสีมา ที่ได้อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในพื้นที่และให้การสนับสนุนตลอดจนให้ความร่วมมืออย่างดียิ่งในการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. เฉลิมวุฒิ ศรีอ่อนหล้า และ จาษฎอร นิพนานนท์. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการทำงานให้ถูกต้องตามหลักการยศาสตร์: กรณีศึกษาในบุคลากรสายสนับสนุนสำนักวิทยบริการมหาวิทยาลัยขอนแก่น,วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด 2553;22:167-178.
2. น้ำฟ้า โคตรแก้ว และพรณี บัญชรหัตถกิจ. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการบูรณาการท่าทางการทำงานตามหลักการยศาสตร์กับการรำไม้มงคลในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดอาการปวดหลังส่วนล่างของคณงานกริตยางพาราอำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย, วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2556 ; 7(2) : 197-206.
3. พาวิณี ใจบาน, วีระพร ศุทธากรณ์ และ ธาณี แก้วธรรมมานุกุล. ปัจจัยด้านการยศาสตร์และอาการผิดปกติโครงร่างกล้ามเนื้อของบุคลากรสายสนับสนุนในโรงพยาบาลที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์,วารสารพยาบาลมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ 2556 ; 40 : 1-11.

4. เพ็ญศิริ จันทรแอ และ จุฬารณีย์ โสตะ. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่ออาการปวดหลังส่วนล่างด้วยการออกกำลังกายท่าฤๅษีดัดตนของบุคลากร มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน วิทยาเขตสกลนคร, วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2559 ; 8(3) : 244-249.
5. เมธินี ครุสนธิ์ และ สุนิสา ชายเกลี้ยง. ความสุข ความรู้สึกไม่สบายบริเวณ คอ ไหล่และหลังของพนักงานสำนักงานของมหาวิทยาลัย ที่ใช้คอมพิวเตอร์แบบตั้งโต๊ะมากกว่า 4 ชั่วโมงต่อวัน, Graduate Research Conference 2014 : 1712-1722.
6. รัตนา มูลคำ, วีระพร ศุทธากรณ์ และนงศคราญ วิเศษกุล. ผลของการออกกำลังกายแบบโยคะต่ออาการปวดคอและไหล่ในพนักงานสำนักงานที่ทำงานกับคอมพิวเตอร์, พยาบาลสาร 2557; 41(3):70-82.
7. วิลาวัลย์ ชัยแก่น, ขวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์ และธานี แก้วธรรมานุกุล. ปัจจัยด้านการยศาสตร์และอัตราความชุกของอาการปวดทางโครงร่างและกล้ามเนื้อในคนงานโรงงานผลิตชิ้นส่วนสารกึ่งตัวนำในนิคมอุตสาหกรรมภาคเหนือ,วารสารวิชาการสาธารณสุข 2556 ; 16(2) : 226-233.
8. สำนักงานสถิติแห่งชาติ กระทรวงเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. สรุปผลการสำรวจการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2558. [Internet]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 13 พฤศจิกายน 2560]. เข้าถึงได้จาก <http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/themes/files/icthh59.pdf>.
9. อรุณ จิรวัดน์กุล. ชีวสถิติ, พิมพ์ครั้งที่ 3. ขอนแก่น : คลังนานาวิทยา, 2551.
10. Bandura, A. Self- efficacy the exercise control. New York : W.H. Freeman, 1997.
11. Chiung-Yu Cho, Yea-Shwu Hwang and Rong-JuCherng. Musculoskeletal Symptoms And Associated Risk Factor Among Office Wokers With High Workload Computer Use. Journal of Manipulative and Physiological Therapeutics 2012 ; 35(7) : 534-540.
12. Comerford, J. Ergonomics in the computer classroom 2003. [online]. 2015 [cited 2015 Oct 13]. Available : <http://coe.sdsu.edu/eet/Articles/ergonomics/start.html>.
13. KIM, K. Y. and KIM, M. G. Gender-related Factors Associated with Upper Extremity Function in Workers. Safety Health Work 2010 ; 1 : 158-166.
14. Liyanage, E., Liyanage, I. and Khan, M. Efficacy of Isometric Neck exercises and stretching with ergonomics over ergonomics alone in Computer Professionals. International Journal of Scientific and Research Publications 2014 ;40(9) : 1-5.
15. Melzack, R., & Katz, J. Pain assessment in adult patients. In McMahon S.B. & Koltzenburg M. (Eds). Wall and Melzack Textbook of Pain. 5th ed. Elsevier Churchill Livingstone, 2006 : pp. 291-304.
16. Widanarko, B. and other. Prevalence of musculoskeletal symptoms in relation to gender, age, and occupational/industrial group. International Journal of Industrial Ergonomics 2011 ; 41 : 561-572.
17. Uthaikhup, S., Paungmali, A. and Pirunsan, U. Validation of Thai versions of the Neck Disability Index and Neck Pain and Disability Scale in patients with neck pain. Spine 2011 ; 36(21) : 1415-1421.

การพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ

Development of Home Health Promotion and Self-care Processes in Patients Hypertension in Hauyyae District, Nongbuarawae Chaiyaphum Province

เทอดศักดิ์ ใจว่อง

Therdsak Jaiwong

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

Faculty of Public Health Mahasarakham University

*Corresponding author E-mail : de_ja009@hotmail.com

(Received: October 10, 2018 ; Accepted : December 16, 2019)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ กลุ่มเป้าหมายที่ศึกษาเป็นภาคีเครือข่าย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 76 คน ทำการศึกษาระหว่างเดือน มกราคม – มิถุนายน 2561 เก็บรวบรวมข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Paired Simple t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา ผลการวิจัย พบว่าพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วย 9 ขั้นตอน คือ 1) วิเคราะห์บริบทการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน 2) วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหา 3) จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต 4) โครงการอบรมความรู้ 30. 2ส. แก่นำสุขภาพชุมชน 5) โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิต 6) ติดตาม นิเทศงาน 7) ประเมินผลสัมฤทธิ์การพัฒนา 8) การจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ 9) ถอดบทเรียน ซึ่งพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยมีระดับค่าเฉลี่ยของบทบาท ความรู้ การมีส่วนร่วม การปฏิบัติ และความพึงพอใจเพิ่มสูงขึ้นจากการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p\text{-value} < 0.001$) และเกิดรูปแบบเบื้องต้นของการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ คือ ระบบการดูแลรูปแบบใหม่ ตามแนวทางดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง Chronic Care Model เกิดเป็นรูปแบบใหม่คือ PUBLIC Model โดยสรุปปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาระบบการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง คือ PCT (Partnership, Connection and Teamwork)

คำสำคัญ: สร้างเสริมสุขภาพ; การดูแลตนเองที่บ้าน; โรคความดันโลหิตสูง

Abstract

The purpose of this study was to Development of Home Health Promotion and Self-care Processes in Patients Hypertension in Hauyyae district, Nongbuarawae. Chaiyaphum Province The target audience is a network partner. A total of 76 patients were enrolled during January to June 2018. The data were collected both quantitatively and qualitatively. Quantitative analysis was performed using descriptive statistics, percentage, mean, standard deviation Paired Simple t-test. Analyze qualitative data by content analysis. The research found that the Development of

Home Health Promotion and Self-care Processes in Patients Hypertension in Hauyyae district, Nongbuarawae district. Chaiyaphum Province consists of 9 steps. 1) Analyze the context Home Health Promotion and Self-care Processes by the community. 2) Analyze the situation of the problem. 3) Make a plan to develop the process of Home Health Promotion and Self-care Processes at home by the community. In patients with hypertension, 4) Knowledge training program, 30, 25 health lead, 5) Change in hypertension patient behavior. 6) follow up supervision; 7) evaluate development results; 8) organize meetings and 9) The lesson learned was that the participants with Chronic Care Model: CCM had an average level of knowledge, participation, practice, and satisfaction. Statistically significant at the 0.05 level (p -value < 0.001). The primary form of Home Health Promotion and Self-care Processes development in hypertension patients in Hauyyae district, Nongbuarawae district. Chaiyaphum is a PUBLIC Model. The success factors for the development of PCT (Participation, Communication and Teamwork)

Keyword : Self-care Processes, Home Health Promotion, Hypertension

บทนำ

ปัจจุบันสภาวะความเป็นอยู่และวิถีชีวิตของประชากรทั่วโลกเปลี่ยนไปทำให้ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังมีจำนวนมากขึ้น จากรายงานสถิติสุขภาพทั่วโลก พ.ศ. 2555 ขององค์การอนามัยโลก พบว่า 1 ใน 3 ของประชาชนในวัยผู้ใหญ่มีภาวะความดันโลหิตสูง ส่วนใหญ่ยังไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ที่เหมาะสม คือน้อยกว่า 140/90 มิลลิเมตรปรอท¹ โรคไม่ติดต่อเรื้อรังเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของโลกมีผู้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึง ร้อยละ 45.90 ของผู้ป่วยทั้งหมด มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ร้อยละ 58.50 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก โดยมีสาเหตุการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด 16.70 ล้านคนหรือร้อยละ 29.20 ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญของโรคความดันโลหิตสูง และคาดการณ์ไว้ว่าอีก 20 ปีข้างหน้า จะมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังถึง ร้อยละ 73.00 ของจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมดทั่วโลก²

แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555-2559) ได้กำหนดเป้าประสงค์ไว้อย่างชัดเจนที่จะให้ประชาชนชุมชน ท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายมีศักยภาพ สามารถสร้างเสริมสุขภาพป้องกันโรค และลดอัตราการป่วยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในท้องถิ่น โดยใช้ภูมิปัญญาไทยและการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหา³ เพื่อให้คนไทยแข็งแรง ทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม โดยจากการสำรวจข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงโรคไม่ติดต่อเรื้อรังในประชากรอายุ 40 ปีขึ้นไป พบว่า ประชาชนไทยมีความชุกของโรคความดันโลหิตสูง สูงที่สุด (ร้อยละ 8.31) รองลงมาได้แก่ โรคเบาหวานและโรคหัวใจ (ร้อยละ 3.69 และ 1.07) ตามลำดับ⁴

จังหวัดชัยภูมิ พบว่า ในปี พ.ศ. 2557 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 88,806 ราย ควบคุมความดันโลหิตได้ดี 24,321 ราย (ร้อยละ 28.02) ปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 88,617 ราย ควบคุมความดันโลหิตได้ดี 30,647 ราย (ร้อยละ 34.58) และในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 92,019 ราย ควบคุมความดันโลหิตได้ดี 31,055 ราย (ร้อยละ 33.75) ซึ่งเมื่อดูจากแนวโน้ม พบว่ามีอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มมากขึ้น แต่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีไม่เป็นไปตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของเขตบริการสุขภาพที่ 9 ที่ระบุไว้ตามเกณฑ์คุณภาพ ร้อยละ 50.00 ของจำนวนผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงทั้งหมด สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี อำเภอหนองบัวระเหว พบว่ามีอัตราผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในปี พ.ศ. 2557-2559 ร้อยละ 7.61, 7.77 และ 8.57 ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดี ร้อยละ 6.16, 26.88 และ 15.82 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ มีจำนวนประชากร 5,750 คน พบว่ามีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 337 ราย สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.46 ในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 373 ราย สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.60 และปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 380 ราย สามารถควบคุมความดันโลหิตได้ดี 95 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.00⁵ ซึ่งมีแนวโน้มผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตเพิ่ม

สูงขึ้นในทุกปี กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีตัวชี้วัดการควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 50 ซึ่งมีผู้ป่วยจำนวนมากไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติได้ จึงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ ภาวะแทรกซ้อนทางไต ซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนที่พบมากที่สุดและเป็นปัญหาที่สำคัญ เนื่องจากเมื่อผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวจะก่อให้เกิดการสูญเสียคุณภาพชีวิต และเสียชีวิตก่อนวัยอันควรรวมทั้งเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาในสถานบริการเพิ่มขึ้น

การให้บริการผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลห้วยแย้ เป็นการให้บริการที่เน้นเชิงรับมากกว่าเชิงรุก มีการนัดผู้ป่วยมารับการตรวจรับยาตามนัด ซึ่งจะแบ่งผู้ป่วยออกเป็น 2 ส่วน คือ ส่วนที่รับยาและตรวจรักษาที่โรงพยาบาลหนองบัวระเหว และส่วนที่มารับยาและตรวจรักษาที่พื้นที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้โดยแพทย์จะทำการนัดเป็นประจำทุก 3 เดือน คลินิกโรคความดันโลหิตสูงของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้จะให้บริการเดือนละ 2 ครั้ง ให้บริการผู้ป่วยวันละ 40 – 50 คน/ครั้ง ผู้ป่วยจะมารับยาตรวจรักษาที่คลินิกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ 3 ครั้ง และจะถูกส่งตัวไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลหนองบัวระเหวในครั้งถัดไปเพื่อตรวจร่างกาย และโรงพยาบาลหนองบัวระเหวจะส่งตัวกลับมารับยาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ดังเดิม ถึงแม้ว่าระบบการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของทีมงานเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอหนองบัวระเหวและผู้นำท้องถิ่นของตำบลห้วยแย้ที่มีอยู่ ก็ยังไม่สามารถทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงสามารถดูแลตนเองและไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในระดับปกติตามเกณฑ์ได้ ส่งผลให้การดำเนินงาน ตามตัวชี้วัดของเกณฑ์การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังในชุมชน Home Health Care ของ คปสอ. หนองบัวระเหว ไม่ผ่านเกณฑ์

การที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงต้องได้รับการรักษาตลอดชีวิตจึงมีความจำเป็นที่ผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการดูแลที่จะก่อให้เกิดความต่อเนื่องได้นั้น จำเป็นต้องอาศัยชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อที่จะแก้ไขปัญหาไม่ให้เกิดภาวะความรุนแรงที่จะตามมาของโรคความดันโลหิตสูง ชุมชนจำเป็นต้องมีการหาวิธีการดูแลผู้ป่วยที่เป็นรูปธรรม มีแบบแผนอย่างชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริง รวมทั้งผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่นได้เห็นถึงความสำคัญในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจังเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ โดยผู้วิจัยเชื่อว่าการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องอาศัยกลไกสำคัญที่เป็นประโยชน์นั้นคือ “ชุมชน” โดยประชาชนเป็นผู้เสนอแนวคิดและตัดสินใจเพื่อหาแนวทางการแก้ไขปัญหาของชุมชน มีผู้นำทุกระดับเป็นผู้ขับเคลื่อนอำนาจการตัดสินใจ และการสนับสนุนสิ่งต่าง ๆ เพื่อการแก้ปัญหาดังกล่าว ทั้งนี้การที่จะทำให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนสามารถแก้ไขปัญหาของตนเองได้ และชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการนั้น นับว่าสิ่งที่สำคัญในการพัฒนาประเทศ เพราะเป็นการพัฒนาขึ้นมาจากรากฐาน และจะเป็นพื้นฐานของการเสริมสร้างสุขภาพของประชาชนต่อไป

วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของชุมชนในการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
2. เพื่อศึกษากระบวนการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง
4. เพื่อศึกษาปัจจัยความสำเร็จของการดำเนินงานการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง

ขอบเขตการวิจัย ผู้วิจัยได้เลือกพื้นที่ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบวระเหว จังหวัดชัยภูมิ เป็นพื้นที่ศึกษา ประชากรเป็นผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและผู้ป่วยโรคความดันโลหิต ที่ปฏิบัติงานหรืออาศัยอยู่ในเขตตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ประกอบด้วย พัฒนาชุมชน, นายกเทศมนตรีตำบลห้วยแย้, เจ้าหน้าที่จาก รพ.สต. ห้วยแย้, เจ้าหน้าที่จาก รพ.นองบวระเหว, เจ้าหน้าที่จากสาธารณสุขอำเภอนองบวระเหว, ประธาน อสม.ตำบลห้วยแย้, ผู้ทรงคุณวุฒิและกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลห้วยแย้รวมจำนวน 412 คน โดยทำการศึกษาระหว่างเดือนมกราคม 2561 ถึง มิถุนายน 2561

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้เทคนิคกระบวนการเทคโนโลยีเพื่อการมีส่วนร่วม ซึ่งยึดกระบวนการ PAOR ของ Kemmis and Mc Taggart 6 มาเป็นกรอบดำเนินการ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอนแบ่งออกเป็น 9 กิจกรรม ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Planning) โดย P1: ศึกษาบริบทของพื้นที่, P2: วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา, P3: การจัดประชุมเชิงปฏิบัติการและจัดทำแผนปฏิบัติการขั้นตอนที่ 2 ลงมือปฏิบัติงาน (Action) A4: จัดอบรมให้ความรู้แกนนำสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส., A5: จัดกิจกรรมอบรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ขั้นตอนที่ 3 สังเกตผล (Observation) O6: นิเทศติดตาม, O7: ประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (Reflection) R8: การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ R9: ถอดบทเรียนและปัจจัยแห่งความสำเร็จ โดยใช้กระบวนการสนทนากลุ่มและสรุปผลการดำเนินงาน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ กลุ่มภาคีเครือข่าย และผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในพื้นที่ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ได้แก่ นายกเทศมนตรี, รองนายกเทศมนตรี, ปลัดเทศบาล, รองปลัดเทศบาล, สมาชิกเทศบาล, หัวหน้ากองงานสาธารณสุข, กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน, ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน, แพทย์ประจำตำบล, บุคลากรทางสาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้, อาสาสมัครสาธารณสุข ผู้แทนสถานศึกษา พระอธิการและกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลห้วยแย้ จำนวน 412 คน ใช้วิธีการคำนวณและเกณฑ์คัดเข้า-คัดออก เลือกกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 76 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ดังนี้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเข้าศึกษา ได้แก่ 1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ที่ถูกวินิจฉัยโดยแพทย์ที่โรงพยาบาลนองบวระเหวว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูง แล้วถูกส่งตัวมารับการรักษาต่อเนื่องที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ 2) มีประวัติเป็นโรคความดันโลหิตมารับการรักษาที่โรงพยาบาลมาแล้วอย่างน้อย 1 ปี 3) ไม่มีโรคหัวใจ โรคไต 4) รับประทานยาโรคความดันแบบชนิดเดียว คือ Amlodipine 5 หรือ 10 มิลลิกรัม และเกณฑ์ในการคัดกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาออก ได้แก่ 1) เป็นผู้ไม่สามารถเข้าร่วมจนครบกระบวนการวิจัยได้ 2) มีการย้ายถิ่นะทำการศึกษาวិจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ประกอบด้วยแบบถามตอบ แบบสัมภาษณ์ แบบบันทึก และแบบสังเกต มี 7 ส่วน คือส่วนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 3 บทบาทในชุมชนและการปฏิบัติ ส่วนที่ 4 การมีส่วนร่วม ส่วนที่ 5 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ส่วนที่ 6 แบบประเมินความพึงพอใจ ส่วนที่ 7 แบบสอบถามข้อมูลเชิงคุณภาพคือ แบบสังเกตพฤติกรรมแบบสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้า เอกสารต่าง ๆ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง กับการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรค แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรม เอกสารต่าง ๆ มาสร้างแบบสอบถามตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบหาความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการ

ตรวจความตรงเชิงเนื้อหาแล้วไปทดลองใช้ (Try Out) โดยข้อคำถามที่ใช้วัดความรู้ทำการวิเคราะห์ด้วยวิธี Kuder Richardson (KR-20) มีค่าความเชื่อมั่น 0.72 และแบบสอบถามบทบาทในชุมชนและการปฏิบัติ แบบสอบถามการมีส่วนร่วม แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต และแบบสอบถามความพึงพอใจ ใช้การหาค่า Reliability โดยการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ได้พบว่าแบบสอบถามบทบาทในชุมชนและการปฏิบัติ ทั้ง 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.84 แบบสอบถามการมีส่วนร่วม ทั้ง 10 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.76 แบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต ทั้ง 29 ข้อ มีค่าความเชื่อมั่น 0.81 และแบบสอบถามความพึงพอใจ มีค่าความเชื่อมั่น 0.80

การวิเคราะห์ข้อมูล ผู้วิจัยวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูลข้อมูลเชิงปริมาณ คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและสถิติเชิงอนุมาน Paired Sample t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและผ่านความเห็นชอบจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ตามเลขที่รับรอง PH 040/2561 วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2561

ผลการวิจัย

ชุมชนตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบวระเห จังหวัดชัยภูมิ ตั้งอยู่ทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ของจังหวัดชัยภูมิ มีหมู่บ้าน 14 หมู่บ้าน อยู่ห่างจากจังหวัดชัยภูมิ 60 กิโลเมตร สภาพพื้นที่เป็นป่า และภูเขาสลับพื้นที่ราบ เนื้อที่ประมาณร้อยละ 70 อยู่ในป่าเทือกเขาพังเหย มีลำห้วยแย้ลำห้วยยางไหลผ่าน เป็นแหล่งน้ำเพื่อการเกษตรการอุปโภคและบริโภค สภาพถนนผ่านหมู่บ้านและถนนเชื่อมระหว่างหมู่บ้านส่วนใหญ่เป็นถนนลาดยาง บางช่วงเป็นถนนลูกรัง ถนนภายในหมู่บ้านเป็นถนนคอนกรีตเสริมเหล็กและถนนลูกรัง มีบ้านโคกยาว หมู่ที่ 14 การสัญจรไม่สะดวกในช่วงฤดูฝนเพราะมีน้ำท่วมเมื่อฝนตกหนักมีบ้านใหม่สามัคคี หมู่ที่ 2 บ้านห้วยยางดี หมู่ที่ 5 บ้านคลองงูเหลือม หมู่ที่ 8 บ้านเหวใหญ่ หมู่ที่ 12 เดินทางไม่สะดวกในช่วงฤดูฝนเพราะเป็นถนนลูกรัง บางส่วนอยู่บนหลังเขา การเดินทางมารับบริการโดยรถยนต์ รถจักรยานยนต์ รถไถนาเดินทางพ่วงท้าย หรือเดินจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ สามารถส่งต่อผู้ป่วยไปโรงพยาบาลนองบวระเห ที่มีระยะทางประมาณ 30 กิโลเมตร ใช้เส้นทางถนนทางหลวงชนบทห้วยแย้และถนนชัยภูมิ-นครสวรรค์ การดูแลด้านสุขภาพ มีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ รับผิดชอบหมู่บ้าน 11 หมู่บ้าน มีครัวเรือน 1,576 หลังคาเรือน ประชากรทั้งสิ้น 5,726 คน เป็นเพศชาย 3,161 คน และเพศหญิง 2,565 คน โดยประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกร พืชส่วนใหญ่ที่สำคัญได้แก่ มันสำปะหลัง ข้าว อ้อย ข้าวโพด ฯลฯ ประชาชนตำบลห้วยแย้ มีรายได้เฉลี่ยประมาณ 64,918 บาท/ปี/คน นับถือศาสนาพุทธส่วนชนบทธรรมนิยมประเพณี มีบุญประเพณีข้าวเปลือก บุญเดือนหก มีศาลเจ้าพ่อขุนหาญเป็นที่เคารพสักการะของชาวตำบลห้วยแย้มีทรัพยากรด้านบริการทางสุขภาพ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 1 แห่ง สถานพยาบาลเอกชน 1 แห่งศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน (ศสมช.) 11 แห่งอัตรากำลังด้านบุคลากรที่หมอบครอบครัว 4 คน (อัตราส่วนหมอบครอบครัวต่อประชากร 1 : 1,432) อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จำนวน 118 คน (อัตรา อสม.ต่อจำนวนครัวเรือน 1 : 14 หลังคาเรือน) และอาสาสมัครดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง (Caregiver) จำนวน 22 คน

จากการศึกษาเอกสารและข้อมูลด้านสุขภาพในตำบลห้วยแย้ พบว่า ประชาชนในพื้นที่ที่มีสถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังเป็นอันดับต้นๆ ของปัญหาทางสาธารณสุขในพื้นที่ โดยอันดับ 1 คือ โรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลห้วยแย้ ซึ่งสาเหตุของการเกิดโรค เกิดจากพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่ดีของประชาชน ทั้งปัญหาการบริโภคที่ไม่เหมาะสม ไม่ออกกำลังกาย ความเครียด การดื่มสุราและสูบบุหรี่ ส่งผลให้มีอัตราการเพิ่มจำนวนกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี

ตารางที่ 1 โรคที่เป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญในพื้นที่ 5 อันดับแรกปี 2556 – 2560

ชื่อโรค/ ปัญหาสุขภาพ	ปี 2556	ปี 2557	ปี 2558	ปี 2559	ปี 2560
เบาหวาน	1541.60	1478.68	2514.24	2615.25	2247.54
ความดันโลหิตสูง	2328.14	2501.18	2706.30	2578.36	2101.58
หัวใจ	314.61	3932.27	453.96	478.36	402.20
จิตเวช	314.61	334.62	384.12	325.68	258.65
โรคไต	31.46	16.78	69.84	45.52	32.12

หมายเหตุ: อัตราป่วยต่อแสนประชากร

จากปัญหาการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในพื้นที่ตำบลห้วยแย้ที่มีอัตราการป่วยเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้มีการเกิดภาวะโรคแทรกซ้อน เช่น โรคเบาหวาน โรคหัวใจ โรคไต ฯลฯ เพิ่มมากขึ้นตามไปด้วย สาเหตุของการเกิดโรคแทรกซ้อนเกิดจากการที่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตสูงให้อยู่ในระดับปกติได้จากข้อมูล 5 ปีย้อนหลัง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ในปี พ.ศ. 2556 จำนวน 314 ราย สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดี 40 ราย คิดเป็นร้อยละ 10.14 ในปี พ.ศ. 2557 จำนวน 337 ราย สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดี 42 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.46 ในปี พ.ศ. 2558 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจำนวน 373 ราย สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดี 47 ราย คิดเป็นร้อยละ 12.60 ปี พ.ศ. 2559 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 380 ราย สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดี 95 ราย คิดเป็นร้อยละ 25.00 ปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 310 ราย สามารถควบคุมความดันโลหิตสูงได้ดี 154 ราย คิดเป็นร้อยละ 48.00 ทางผู้วิจัยจึงได้นำปัญหาดังกล่าวมาวิเคราะห์เพื่อหาทางแก้ไข โดยการประชุมกลุ่มย่อย (Focus Group) พบว่า ปัญหาการควบคุมระดับความดันโลหิตสูงของผู้ป่วย จำเป็นต้องมีการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และภาคีเครือข่าย ทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานการศึกษา หน่วยงานสาธารณสุข รวมถึงความร่วมมือจากประชาชน และกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง การดำเนินงานควรมีแผนงาน/โครงการอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี เกิดเป็นกระบวนการพัฒนาการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 64.50 อายุระหว่าง 51 ปีขึ้นไป ร้อยละ 55.30 ระดับการศึกษาสูงสุดคือประถมศึกษา ร้อยละ 47.40 สถานภาพสมรส ร้อยละ 75.00 อาชีพหลักคือเกษตรกร ร้อยละ 48.70 ค่าดัชนีมวลกายอยู่ในเกณฑ์ปกติ ร้อยละ 88.60 ระดับความดันโลหิตปกติ ร้อยละ 71.10 มีรายได้ในครอบครัว ระหว่าง 10,001 – 15,000 บาท ร้อยละ 43.40 บทบาทในชุมชนส่วนใหญ่เป็น อสม. ร้อยละ 54.05 ส่วนในข้อคำถามที่มีเพิ่มเติมของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิต พบว่า ระยะเวลาการป่วยด้วยโรคความดันโลหิต ระหว่าง 5-10 ปี ร้อยละ 61.54 ไม่พบโรคแทรกซ้อนและรับประทานยาอื่น ๆ นอกจากความดันโลหิต ร้อยละ 82.05

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบ ความรู้ พฤติกรรม บทบาทในชุมชนและการปฏิบัติ การมีส่วนร่วม ความพึงพอใจ ก่อนพัฒนา และหลังการพัฒนา

ประเด็นคำถาม	ระยะเวลา	$\bar{X}$	S.D.	t	p-value
1. ความรู้โรคความดันโลหิตสูง (คะแนนเต็ม 20 คะแนน)	ก่อนพัฒนา	15.71	2.58	0.54	< 0.001
	หลังพัฒนา	16.75	1.72		
2. พฤติกรรมสุขภาพ (คะแนนเต็ม 29 คะแนน)	ก่อนพัฒนา	7.65	0.32	7.42	< 0.001
	หลังพัฒนา	8.47	0.16		
3. บทบาทในชุมชนและการปฏิบัติ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	ก่อนพัฒนา	7.74	0.28	11.28	< 0.001
	หลังพัฒนา	8.90	0.25		
4. การมีส่วนร่วม (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	ก่อนพัฒนา	7.56	0.16	4.11	< 0.001
	หลังพัฒนา	8.80	0.20		
5. ความพึงพอใจ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	ก่อนพัฒนา	7.20	0.96	1.28	< 0.001
	หลังพัฒนา	8.64	0.45		

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคะแนนเฉลี่ยของระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงก่อนและหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ย 15.71 และ 16.75 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาที่เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีคะแนนเฉลี่ยของระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. ก่อนและหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ย 7.65 และ 8.47 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคะแนนเฉลี่ยของระดับบริบทของชุมชนก่อนและหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ย 7.74 และ 8.90 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับบริบทในชุมชนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคะแนนเฉลี่ยของระดับการมีส่วนร่วมก่อนและหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ย 7.56 และ 8.80 ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับการมีส่วนร่วมในชุมชนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$)

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีคะแนนเฉลี่ยของความพึงพอใจก่อนและหลังการพัฒนามีค่าเฉลี่ย 7.20 และ 8.64ตามลำดับ เมื่อนำค่าคะแนนเฉลี่ยมาเปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ระดับความพึงพอใจมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ($p < 0.001$)

สรุปและอภิปรายผล

การวิจัยเพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ เป็นการค้นหากลุ่มกระบวนการในการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้าน จากการดำเนินงาน พบว่า หลังจากมีแนวปฏิบัติในการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิต ทำให้เกิดแผนงาน/โครงการในการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยโรคความดันโลหิต โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มีการทำงานร่วมกันในทุกภาคส่วน ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธัญญรัตน์ หงษ์คง ที่ได้

ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย ตำบลนาด้วง อำเภอนาด้วง จังหวัดเลย⁷ ผลการศึกษาพบว่า การนำแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชนมาใช้ในการส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วย และนำแนวคิดการมีส่วนร่วมไปปฏิบัติ ผลการเกิดการมีส่วนร่วมโดยชุมชนร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาสุขภาพ โดยการทำความเข้าใจปัญหา หาทางแก้ไขปัญหาวางแผน การดำเนินงาน และดำเนินกิจกรรมในการส่งเสริมสุขภาพด้านความรู้และพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง หลังจากการพัฒนาในระดับคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนการพัฒนา ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ ดวงดาว ปิงสุแสน ได้ศึกษาการพัฒนาพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง โดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม⁸ โดยศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงชนิดไม่ทราบสาเหตุ ที่รับการรักษาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุ่งกล้วยและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสบง ในปี 2557 กลุ่มทดลองคือผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในสภาวะปกติได้ ที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป จำนวน 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบคือผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในสภาวะปกติได้ ที่มีอายุ 35 ปี ขึ้นไป จำนวน 30 คน โดยทำการเก็บข้อมูลก่อนและหลังการทดลอง ซึ่งศึกษาถึงผลของโปรแกรมการจัดการคุณภาพโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเอง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ในการพัฒนาพฤติกรรม的自我ดูแลตนเอง ของผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง สูงกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

หลังจากการดำเนินงานวิจัยการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลห้วยแย้ อำเภอหนองบัวระเหว จังหวัดชัยภูมิ ผู้วิจัยได้รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมาวิเคราะห์ มีการประชุมกลุ่มย่อยเพื่อถอดบทเรียนและเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมวิจัยได้เสนอความคิดเห็น พบว่าขั้นตอนการพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงครั้งนี้มี 9 ขั้นตอน ดังนี้ 1) วิเคราะห์บริบทของพื้นที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชน 2) ประชุม ค้นหาปัจจัย วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาและอุปสรรค ใช้หลัก (AIC) 3) จัดทำแผนปฏิบัติการ การพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 4) โครงการอบรมความรู้ 30.2ส. แก่นนำสุขภาพชุมชน 5) โครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 6) ติดตามเยี่ยมบ้าน สังเกตพฤติกรรม的自我ดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วย 7) ประเมินผลการดำเนินงานผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งภาคีเครือข่ายและผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 8) การจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และ 9) ร่วมถอดบทเรียนและปัจจัยแห่งความสำเร็จ โดยหลังดำเนินงานวิจัยพบว่ากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชนมีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งด้านการให้บริการและการเฝ้าระวัง รวมทั้งมีแนวปฏิบัติในการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองที่บ้านของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเอง เกิดกระบวนการเรียนรู้ และเกิดรูปแบบการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพและการดูแลตนเองที่บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการภายใต้ชื่อ PUBLIC Model คือ การมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพ (Participation Health Management), การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายสุขภาพร่วมกับการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงในชุมชน (Unity), การตัดสินใจเลือกบริการสุขภาพของตนเอง (Belonging Health Decision), ระบบข้อมูลผ่านระบบไร้สาย (LINE Application Information System), ระบบการดูแลแบบบูรณาการ (Integration Clause) และชุมชนบริการสุขภาพ (Community Health Service) โดยผลมาจากปัจจัยแห่งความสำเร็จ คือ PCT (Participation, Communication and Teamwork)

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1) การวิจัยในครั้งนี้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน เนื่องจากความจำกัดขอบเขตของเวลาของแต่ละหน่วยงานองค์กร ทำให้เกิดความล่าช้าในการจัดกิจกรรม

2) ตัวแปรควบคุมในเรื่องระดับความดันโลหิตของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ยังไม่สามารถเปรียบเทียบได้ว่าระดับความดันโลหิตของแต่ละบุคคลลดลงหรือเพิ่มขึ้นเพียงใด รวมถึงความสอดคล้องของระดับความดันโลหิตกับการปฏิบัติตัวที่ดีเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตเป็นอย่างไร

2. ข้อเสนอแนะการวิจัยในครั้งต่อไป

1) ควรมีการติดตามผลของการพัฒนาระบบการอย่างต่อเนื่อง โดยขยายระยะเวลาในการติดตามผลเป็นระยะๆ เพื่อประเมินความคงอยู่ของแผนงาน/โครงการ

2) ควรมีการประเมินการปฏิบัติพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงอย่างเป็นระยะและต่อเนื่อง เช่น การติดตามเยี่ยมบ้านเพื่อที่จะได้ข้อมูลเชิงลึก และได้ศึกษาครอบครัวของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อสนับสนุนและช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้องเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้เขียนขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.สงครามชัย ลีทองดี ที่กรุณาให้เกียรติเป็นประธานสอบวิทยานิพนธ์ โดยมี ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นิรุวรรณ เทรินโบล์ เป็นกรรมการ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กฤษณ์ ขุนลิก และนายแพทย์ณรงค์ชัย สังชา เป็นผู้ทรงคุณวุฒิภายนอกในการสอบวิทยานิพนธ์ ซึ่งได้กรุณาตรวจแก้ไขวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้ถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น และ ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน คือ นายธีระชัย พบหิรัญ, นางธันนพัชร ผลประเสริฐ และนางสาวปิยะนุช อาจกล้า ที่ให้คำปรึกษาแนะนำ ขอขอบคุณนางสาวสิริรัตนชาญเขว่า ผู้ช่วยผู้วิจัย ขอขอบพระคุณนายประสาร ใจว่อง, นางกานต์สินี ใจว่อง บิดา มารดา ของข้าพเจ้าที่ให้การสนับสนุนในการศึกษาระดับปริญญาโท ขอขอบคุณนายเจ็ดพันธุ์ ภัทรพงศ์สินธุ์ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหนองบัวระเหว นายสำเนียง บุญพันธ์ ผู้ช่วยสาธารณสุขอำเภอหนองบัวระเหว รวมถึงเจ้าหน้าที่บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยมหาสารคาม ทุกท่านที่ให้ความสะดวกด้านอำนวยความสะดวก และประสานงาน ในการทำวิทยานิพนธ์ให้ผู้เขียนตลอดมาตลอดจนค้นคว้าหาข้อมูลในการจัดทำวิทยานิพนธ์ของผู้เขียนครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. พีระ บุรณะกิจเจริญ. โรคความดันโลหิตสูงปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน, 2556
2. สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2551. กรุงเทพมหานคร.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข ระยะ 5 ปี (2560-2564). นนทบุรี, 2560.
4. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. เครื่องมือและคู่มือประเมินการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไม่ติดต่อโดยยึดชุมชนเป็นฐาน. กรุงเทพฯ : อีโมชั่น อาร์ต จำกัด; 2555.
5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ. ฐานข้อมูลด้านสุขภาพ HDC.[ออนไลน์].2559 [เข้าถึง เมื่อ2559, ธันวาคม 19]. เข้าถึงได้จาก <http://cpho.moph.go.th/wp/>.
6. Kemmis, S &McTaggart, R. The Action Research Planer (3rd ed.). Victoria : Deakin University, 1988.
7. ธีรยุทธธน์ หงส์คง. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุตำบลนาด้วง อำเภอ นาด้วง จังหวัดเลย. [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2551.
8. ดวงดาวปิงสุแสน. การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงโดยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการกำกับตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคม. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุข และการศึกษา 2557 ; 15(3) : 31-43.

ผลของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ของอาสาสมัครสาธารณสุขชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2560

An Effect of Competencies Development on Virus Zika Prevention and Control Among Village Health Volunteers of Community Medical Unit, Muang District, Nakhon Ratchasima Province

นฤมล วงศ์วัยรักษ์ และรชานนท์ งามใจรัก

Narumon Wongwairak and Rachanon Nguanjarak

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

Faculty of Public Health, Nakhon Rachasima Rajabhat University

*Corresponding author E-mail : ningw252@gmail.com

(Received: February 7, 2018 ; Accepted : June 5, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแรงสนับสนุนทางสังคม กิจกรรมประกอบด้วยการให้ความรู้ จัดนิทรรศการ ชมวิดีโอ แจกแผ่นพับ ให้คำแนะนำและกำลังใจ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์กลุ่มเกี่ยวกับโรคดังกล่าว กลุ่มตัวอย่างเป็น อสม. แบ่งออกเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 45 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนา สมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรค กลุ่มควบคุมไม่ได้รับกิจกรรมใดๆ มีการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถาม ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา แบบวัดความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ดำเนินการวิจัยระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงเดือนกรกฎาคม 2560 ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่างวิเคราะห์ด้วยสถิติพรรณนาและ Chi-Square test และการเปรียบเทียบวิเคราะห์ด้วย Paired sample t-test และ ANCOVA

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มทดลองมีสมรรถนะด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวในการป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาล้างการทดลองดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ การศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขในด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัว มีประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

คำสำคัญ: สมรรถนะ, ไวรัสซิกา, อาสาสมัครสาธารณสุข

Abstract

This quasi-experimental study aimed to compare the effect of competencies development program on the knowledge, belief and practices toward the disease and its prevention and control. The program modified by theories of health belief model and social support. It contained various activities such as providing health education and exhibition about the disease, watching video, giving a leaflet, advices and encouragements and experience sharing. A sample of 45 village health volunteers was allocated into both experimental and control groups. The experimental group received the program and the control did not. Outcomes of the knowledge, beliefs and practices were collected by a questionnaire. The study was conducted from May to July 2017. Descriptive statistics and chi-square test used to describe the sample characteristics. Paired sample t-test and ANCOVA used for the comparing.

The results displayed that village health volunteers in the experimental group had significantly better the knowledge, beliefs and practices on the disease prevention and control in after the program and better than those in the

control group This study shows the effective program on developing the competencies of village health volunteers for the disease prevention and control.

Keyword : Competencies, Virus Zika, Village Health

บทนำ

โรคติดเชื้อไวรัสซิกาเป็นโรคติดต่อในกลุ่มโรคอุบัติใหม่ อันเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทางด้านเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมและพฤติกรรมมนุษย์ อาจก่อให้เกิดการหายนะแก่มนุษยชาติได้ หากไม่ได้ดำเนินการป้องกัน และควบคุมโรคนี้อย่างจริงจัง โรคติดเชื้อไวรัสซิกาเป็นโรคติดต่อ มีอยู่หลายเป็นพาหะนำโรค ระบาดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 จนถึงปัจจุบัน พบผู้ป่วยยืนยันการติดเชื้อไวรัสซิกาใน 67 ประเทศ ปี 2558 พบว่ามีการระบาด ในทวีปอเมริกาอย่างต่อเนื่องและมีแนวโน้มการพบผู้ป่วยและการระบาดที่เพิ่มขึ้น มีรายงานความรุนแรง จากการติดเชื้อไวรัสซิกาก่อให้เกิดผลกระทบในหญิงตั้งครรภ์คือ พบความผิดปกติของสมองเกิดภาวะศีรษะเล็กแต่กำเนิด (Microcephaly) และโรคทางระบบประสาท (GuillainBarre Syndrome) ซึ่งองค์การอนามัยโลกจึงประกาศ วันที่ 1 กุมภาพันธ์ 2559 เป็นวันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ (Public Health Emergency of International Concern : PHEIC)

ประเทศไทย พบผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสซิกาปี พ.ศ. 2555-2558 มีผู้ป่วยยืนยันเฉลี่ยปีละ 5 ราย โดยพบการติดเชื้อการ กระจายทุกภาค พ.ศ. 2559 รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกาตั้งแต่ต้นปีถึงวันที่ 4 กรกฎาคม 2559 มีรายงานผู้ป่วย ทั้งหมด 97 ราย ใน 10 จังหวัด ได้แก่ บึงกาฬ, พิษณุโลก, อุตรดิตถ์, สุโขทัย, กาญจนบุรี, อุตรธานี, นครราชสีมา, นนทบุรี, กรุงเทพมหานคร, เพชรบูรณ์ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอาการไม่รุนแรง สาเหตุเกิดจากถูกยุงลายที่มีเชื้อไวรัสซิกากัดและช่องทางอื่น ๆ เช่น การแพร่ผ่านทางเลือด แพร่จากมารดาที่ป่วยสู่ทารกในครรภ์ ทางกระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักถึงการแพร่ระบาดของ โรคจึงออกประกาศ ให้โรคติดเชื้อไวรัสซิกากำหนดเป็นโรคติดต่อต้องแจ้งความตั้งแต่วันที่ 3 กุมภาพันธ์ 2559 เป็นต้นไป สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค⁽⁴⁾ ทั้งนี้เขตบริการสุขภาพที่ 9 ในกำกับดูแลของสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 9 พื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ มีสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกา ดังนี้ นครราชสีมา มีผู้ป่วย 94 ราย ผู้ป่วยติดเชื้อยืนยัน 23 ราย พบภาวะ Microcephaly 12 ราย บุรีรัมย์ มีผู้ป่วย 5 ราย พบภาวะ Microcephaly 2 ราย ชัยภูมิ มีผู้ป่วย 5 ราย ผู้ป่วยติดเชื้อยืนยัน 2 ราย สุรินทร์ มีผู้ป่วย 3 ราย พบภาวะ Microcephaly 1 ราย เอกสารประกอบการประชุม คณะกรรมการเขตสุขภาพที่ 9 ครั้งที่ 2/2560 วันที่ 24 ตุลาคม 2560⁽⁹⁾

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เกิดผลกระทบรุนแรงทั้งด้านการแพทย์ และสาธารณสุข เศรษฐกิจ สังคม จิตวิทยาและความมั่นคงของประเทศ สร้างความสูญเสียอย่างมหาศาล จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นรัฐบาลจึงได้กำหนดนโยบาย เร่งด่วนให้การแก้ไขปัญหาโรคติดเชื้อไวรัสซิกาเป็นวาระแห่งชาติเพื่อยุติการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสซิกา การเฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรคต้องพึ่งอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ให้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาเพราะ อสม. เป็นผู้ใกล้ชิดกับชุมชนมากที่สุดและรับรู้ปัญหาของชุมชนในด้านสาธารณสุข เป็นคนแรก เรียกได้ว่า อสม. เป็นหน้าด่านในการป้องกัน และรายงานสถานการณ์ด้านสาธารณสุขต่อหน่วยงานของรัฐ และเผยแพร่ความรู้ให้กับชุมชน เน้นการเข้าถึงทุกหลังคาเรือน ทำให้เข้าถึงปัญหามากกว่าการแก้ไขในรูปแบบอื่น เนื่องจาก โรคติดเชื้อไวรัสซิกาเป็นโรคอุบัติใหม่ ดังนั้น จึงต้องให้ความรู้ให้มีความสำคัญกับ อสม. เพื่อสร้างทัศนคติในการพัฒนา พฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาให้ต่อเนื่องและยั่งยืน เพื่อแก้ปัญหาการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ซึ่งถ้า อสม. มีความตระหนักและให้ความร่วมมือในการปรับพฤติกรรมป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ในการให้คำแนะนำ ให้ความรู้กับชุมชน และมีพฤติกรรมในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสซิกาเป็นแบบอย่างให้ชุมชนโดยอาศัยองค์ประกอบพื้นฐาน ของแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ คือ การรับรู้ของบุคคลและแรงจูงใจ การที่บุคคลจะมีพฤติกรรมหลีกเลี่ยงจากการเป็น

โรคจะต้องมีความเชื่อว่า เขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค โรคนี้มีความรุนแรงและมีผลกระทบต่อการดำเนินชีวิต รวมทั้งการปฏิบัตินั้นจะเกิดผลดีในการลดโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรค โดยไม่ควรมีอุปสรรคด้านจิตวิทยาที่เกี่ยวข้อง เช่น ค่าใช้จ่าย ความไม่สะดวกสบาย ความเจ็บป่วยและความอาย เป็นต้น (Rosenstock)⁽³⁾ ประกอบกับการได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและพัฒนาต่อยอดความรู้และการปฏิบัติอย่างยั่งยืน โดยการพัฒนาสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของอาสาสมัครสาธารณสุข ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อเปรียบเทียบสมรรถนะประกอบด้วยความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาของ อสม. ภายในและระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังการทดลอง ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

1. ตัวแปรอิสระ ได้แก่ โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 2 (วัดป่าสาละวัน) โดยการประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ 1) แรงสนับสนุนด้านอารมณ์ ยกย่อง เห็นคุณค่า ความไว้วางใจ ความห่วงใย และการรับฟัง 2) แรงสนับสนุนด้านการประเมินค่า เป็นการให้ข้อมูลที่นำไปใช้ประเมินตนเองในการรับรอง การให้ข้อมูลป้อนกลับ 3) แรงสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ การให้คำแนะนำ ชี้แนวทางที่สามารถนำไปใช้ในการแก้ปัญหาได้ 4) แรงสนับสนุนด้านทรัพยากร ช่วยเหลือในรูปแบบต่างๆ การให้เวลา การช่วยปรับปรุงสิ่งแวดล้อม รวมถึงการช่วยเหลือด้านสิ่งของและการให้บริการด้วย การให้ความรู้โดยการบรรยายเปิดวิทัศน์ การอภิปรายกลุ่มในเรื่องเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรค การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคการปฏิบัติตน เพื่อนำไปสู่การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ซึ่งมีการให้แรงสนับสนุนทางสังคม โดยแจกแผ่นพับและติดโปสเตอร์เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสซิกา กระตุ้นเตือน ออกติดตามเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ และประเมินผลตามโปรแกรมที่กำหนดไว้

2. ตัวแปรตาม ได้แก่ สมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ใน 3 ด้าน 1) ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสซิกา 2) ความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค 3) การปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

สมมุติฐานการวิจัย

อสม. กลุ่มทดลองมีสมรรถนะด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม

นิยามศัพท์เฉพาะ

โปรแกรม หมายถึง โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา โดยจัดโปรแกรมให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อซิกาตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพ 3 ด้าน ใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ให้ความรู้ตามแบบแผนความเชื่อสุขภาพ 6 ครั้ง ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม 4 ครั้ง

สมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาหมายถึงความสามารถในการแสดงออกในการดูแลตนเองของอสม. เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสซิกาโดยแบ่งเป็น 3 ด้าน ได้แก่

ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสซิกา หมายถึง การบอกเรื่องราว สาเหตุสำคัญของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาได้

ความเชื่อด้านสุขภาพ หมายถึง การรับรู้ ความรู้สึก ความเข้าใจ ความเชื่อของอสม. ในการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสซิกา การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา การรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

การปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา หมายถึง การป้องกันเพื่อลดอัตราการเกิดโรค ควบคุมและยับยั้งการแพร่กระจายของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ให้มากที่สุด

แรงสนับสนุนทางสังคม (House)⁽²⁾ หมายถึง ความสัมพันธ์ที่มีต่อ อสม. และความช่วยเหลือทางด้านวัตถุ แผ่นพับโปสเตอร์ การให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม การโทรศัพท์ติดตามเพื่อให้เกิดความมั่นคงทางอารมณ์และรวมถึงการที่บุคคลรู้สึกว่าได้ได้รับการยอมรับว่าเป็นส่วนหนึ่งของผู้อื่นด้วย

รูปแบบการศึกษาวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – experimental research) แบบ 2 กลุ่มเป็นอิสระต่อกัน กลุ่มละ 45 คน วัดผลก่อนและหลังการทดลอง ประชากรคือ อสม. ชุมชนเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 2,294 คน กลุ่มตัวอย่างการศึกษาครั้งนี้ได้จากการสุ่มอย่างง่าย โดยวิธีการจับสลาก ใช้สูตรคำนวณของอรุณ จิรวรรณกุล⁽⁵⁾ กลุ่มทดลองคือ อสม. ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 2 (วัดป่าสาละวัน) อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา (เนื่องจากผู้ป่วยรายแรกของจังหวัดนครราชสีมาอยู่ในเขตความรับผิดชอบของศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 2 (วัดป่าสาละวัน) จึงใช้กลุ่มตัวอย่างในพื้นที่นี้) กลุ่มควบคุม คือ อสม. ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 1 (หัวทะเล) อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งจะไม่ได้รับโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา และพื้นที่ยังไม่พบผู้ป่วยโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา โดยประยุกต์ตามแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ร่วมกับการสนับสนุนทางสังคม ใช้เวลาทั้งหมด 12 สัปดาห์ โดยกิจกรรมในสัปดาห์ที่ 1 ให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสซิกา สัปดาห์ที่ 2 แรงสนับสนุนทางสังคม ให้ข้อมูลข่าวสาร สัปดาห์ที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา สัปดาห์ที่ 4 แรงสนับสนุนทางสังคม แจกแผ่นพับ แจกทรายอะเบต สัปดาห์ที่ 5 การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสซิกา สัปดาห์ที่ 6 แรงสนับสนุนทางสังคม ชี้ให้เห็นความสำคัญของอสม. มากยิ่งขึ้น สัปดาห์ที่ 7 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค สัปดาห์ที่ 8 การชักนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา สัปดาห์ที่ 9-12 แรงสนับสนุนทางสังคมกระตุ้นเตือน เพื่อให้เกิดความตระหนัก

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลด้านลักษณะประชากรประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพสมรส รายได้ของสมาชิกทุกคนในครอบครัว อาชีพ ระยะเวลาปฏิบัติงาน การได้รับการอบรม โดยข้อคำถามจะเป็นลักษณะให้เติมคำและแบบมีตัวเลือกให้ตอบ จำนวน 8 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ประกอบด้วยข้อคำถาม 10 ข้อ แต่ละข้อมีตัวเลือกให้ตอบ ถ้าตอบถูกต้อง จะได้คะแนนเท่ากับ 1 คะแนน ถ้าตอบไม่ถูก ได้ 0 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบสอบถามวัดสมรรถนะความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ประกอบด้วยข้อคำถาม 20 ข้อ ผู้วิจัยใช้มาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) ซึ่งแบบสอบถามจะมีข้อให้เลือกตอบเพียง 1 ตัวเลือก โดยข้อคำถามมีความหมายทางบวก

ตอนที่ 4 แบบสอบถามสมรรถนะด้านการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา จำนวน 20 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นคำถามด้านบวก เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่ามี 5 อันดับตัวเลือก

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค พบว่าเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาวิจัยมีความตรงตามเนื้อหา ดังนี้ ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสซิกา(1) ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสซิกา (0.67) การปฏิบัติในการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสซิกา(1)

ขั้นตอนการทดลองและการเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 ขั้นเตรียมการ 1) ทำหนังสือแนะนำตัวจากบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมาเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมาเพื่อขออนุญาตวัตถุประสงค์และขอความอนุเคราะห์ดำเนินการวิจัย 2) ประสานงานกับเจ้าหน้าที่ประจำศูนย์แพทย์ชุมชนทั้ง 2 แห่ง จัดประชุมชี้แจงวัตถุประสงค์และการดำเนินการวิจัย 3) ขอความร่วมมือจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านประจำศูนย์แพทย์ทั้ง 2 แห่ง 4) จัดเตรียมสื่อและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 2 ขั้นทดลอง แบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้ระยะเวลาในการจัดกิจกรรม 12 สัปดาห์โดยจัดโปรแกรมกิจกรรมต่างๆ ให้กลุ่มทดลองที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 2 (วัดป่าสาละวัน) ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลและจัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการให้ความรู้เป็นพื้นฐานในการจัดการเรียนรู้ ตามแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นอย่างครอบคลุม เนื้อหาความรู้เน้นการเรียนรู้จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงทั่วโลกและการระบาดในประเทศไทย สภาพปัญหาและสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกาในจังหวัดนครราชสีมา โดยให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสซิกา สาเหตุการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อาการและอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา โดยมีการกำหนดวัตถุประสงค์การเรียนรู้ สาระสำคัญ ขั้นตอนการเรียนรู้ และสรุปเนื้อหา ในแต่ละหัวข้อ และได้ใช้วิธีการให้ศึกษาหลายวิธีร่วมกัน เช่น การบรรยายและการนำเสนอเนื้อหา Power point การจัดกิจกรรมหลายอย่างเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้อย่างกลมกลืนใช้เวลา 2 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 2 จัดนิทรรศการให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสซิกา สัปดาห์ที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาโดยการชมวีดิทัศน์ ระบุผลกระทบของโรคและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดำเนินการเพื่อแก้ปัญหา ใช้เวลา 2 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 4 แจกแผ่นพับ แจกทรายอะเบต สัปดาห์ที่ 5 การรับรู้ประโยชน์การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสซิกาให้คำแนะนำว่าจะเริ่มปฏิบัติอย่างไรรวมถึงผลดีที่จะเกิดขึ้น ใช้เวลา 2 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 6 ชี้ให้เห็นความสำคัญของอสม.มากยิ่งขึ้นให้การยอมรับ ยกย่องชมเชย สัปดาห์ที่ 7 การรับรู้อุปสรรคของการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคให้มีความมั่นใจกระตุ้นและให้ความช่วยเหลือช่วยแก้ไขการรับรู้อุปสรรคที่ไม่ถูกต้อง ใช้เวลา 2 ชั่วโมง สัปดาห์ที่ 8 การชักนำไปสู่การปฏิบัติเพื่อป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาจัดสนทนากลุ่มเพื่อกระตุ้นเตือนให้ตระหนักและเห็นความสำคัญโดยให้ผู้เข้าร่วมวิจัยเล่าประสบการณ์ต่างๆ ที่เป็นพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาและชื่นชมผู้เล่าประสบการณ์ สัปดาห์ที่ 9-12 แรงสนับสนุนทางสังคมกระตุ้นเตือนเพื่อให้เกิดความตระหนัก โดยการสุ่มโทรศัพท์สอบถามพฤติกรรมในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ตามนโยบาย 3ก 5ส สัปดาห์ที่ 12 เก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามชุดเดียวกับก่อนการทดลอง ตรวจสอบความเรียบร้อย ครบถ้วน สมบูรณ์ของแบบสอบถาม บันทึกข้อมูลเป็นเลขรหัส (Coding) และนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์เปรียบเทียบหาค่าทางสถิติ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและจริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ได้รับการพิจารณาและผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนโรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา เอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในคนเลขที่ 040/2017 รับรองวันที่ 27 เมษายน 2560

การวิเคราะห์ข้อมูล

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและต่ำสุด ความแตกต่างระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมวิเคราะห์ด้วย Chi-Square test สมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ประกอบด้วย ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติในการ ป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม วิเคราะห์ด้วย Paired Sample t-test สมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ก่อนและหลังการทดลองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่ม ควบคุม วิเคราะห์ด้วย Analysis of covariance (ANCOVA)

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มทดลองส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 77.8 มีอายุ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 64.4 มีระดับการศึกษา ชั้นมัธยมศึกษา ร้อยละ 66.7 สถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 55.6 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 66.7 ประกอบ อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 35.6 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 7 ปีขึ้นไป ร้อยละ 57.8 และเคยได้รับการอบรมเรื่องการป้องกันและ ควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาเฉลี่ย 1-2 ครั้ง/ปี ร้อยละ 75.6

กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 91.1 มีอายุน้อยกว่า 60 ปี ร้อยละ 57.8 มีระดับการศึกษา ชั้นประถมศึกษา ร้อยละ 51.1 มีสถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 53.3 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 15,000 บาท ร้อยละ 68.9 ประกอบอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 55.6 เป็นอาสาสมัครสาธารณสุข 7 ปีขึ้นไป ร้อยละ 71.1 และส่วนใหญ่เคยได้รับ การอบรมเรื่องการป้องกันโรค และควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาเฉลี่ย 1-2 ครั้ง/ปี ร้อยละ 66.7

ข้อมูลทั่วไปพบว่าทั้งสองกลุ่มมีความแตกต่างกันในตัวแปร ระดับการศึกษาและอาชีพ ($p < 0.05$)

กลุ่มทดลองมีสมรรถนะด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัส ซิกาหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p < 0.001$ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

สมรรถนะ	n	Mean (S.D.)	Mean difference	95 % CI	t	P
ความรู้						
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	45	4.71 (1.19)	3.16	2.71,3.60	14.26	<0.001
หลังการทดลอง	45	7.87 (0.89)				
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	45	5.84 (2.27)	- 0.42	-1.23,0.39	-1.02	0.84
หลังการทดลอง	45	5.42 (1.56)				
ความเชื่อ						
กลุ่มทดลอง						
ก่อนการทดลอง	45	64.78 (7.74)	6.18	3.06,9.29	3.94	<0.001
หลังการทดลอง	45	70.96 (7.11)				
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	45	63.22 (6.41)	-4.31	-7.24,-1.37	-2.91	0.99
หลังการทดลอง	45	58.91 (7.56)				

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ภายในกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง (ต่อ)

สมรรถนะ	n	Mean (S.D.)	Mean difference	95 % CI	t	P
การปฏิบัติตัว						
ก่อนการทดลอง	45	60.91(13.99)	9.96	5.002,14.89	4.00	<0.001
หลังการทดลอง	45	70.87(9.06)				
กลุ่มควบคุม						
ก่อนการทดลอง	45	56.56(11.36)	5.57	-9.14,-0.01	-1.99	0.97
หลังการทดลอง	45	51.98(10.42)				

กลุ่มทดลองมีสมรรถนะด้านความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และการปฏิบัติตัวในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา หลังการทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.001$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนของสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลองและหลังการทดลอง

สมรรถนะ	n	Mean (S.D.)	Mean difference	95% CI	t	p
ความรู้						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	45	4.71 (1.19)	-1.13	-1.89,-0.37	-2.96	0.000
กลุ่มควบคุม	45	5.84 (2.27)				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	45	7.87 (0.89)	2.44	1.91,2.97	9.12	0.003
กลุ่มควบคุม	45	5.42 (1.56)				
ความเชื่อ						
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	45	64.78 (7.74)	1.55	-1.42,4.53	1.03	0.277
กลุ่มควบคุม	45	63.22 (6.41)				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	45	70.96 (7.11)	12.04	8.96,15.12	7.78	<0.001
กลุ่มควบคุม	45	58.91 (7.56)				
ก่อนการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	45	60.91 (13.99)	4.35	-0.98,9.69	1.62	0.599
กลุ่มควบคุม	45	56.56 (11.36)				
หลังการทดลอง						
กลุ่มทดลอง	45	70.87 (9.06)	19.88	15.79,23.97	9.66	<0.001
กลุ่มควบคุม	45	51.98 (10.42)				

พบความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ระดับการศึกษา และอาชีพหลักและความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสซิกาก่อนการทดลอง ผู้วิจัยจึงนำเสนอสมรรถนะด้านความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสซิกาการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกามาวิเคราะห์ความแปรปรวนร่วม เพื่อนำไปสู่ข้อสรุปว่า ความแตกต่างของสมรรถนะการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังได้รับความรู้ไม่ได้ถูกรบกวนจากความแตกต่างของระดับการศึกษาและอาชีพหลัก เมื่อทดสอบความแตกต่างของค่าคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา โดยใช้สถิติ ANCOVA เพื่อควบคุมความแปรปรวนพบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($F=150.97, p<0.001$) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยของความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ภายหลังการทดลอง เมื่อควบคุมและไม่ควบคุมตัวแปรอื่นๆ

ความรู้หลังการทดลอง	n	Mean (SD)	Crude Mean difference (95% CI)	Adjusted Mean difference [#] (95% CI)
กลุ่มทดลอง	45	7.87 (0.89)	2.44 (1.91, 2.97)	3.31 (2.77, 3.85)
กลุ่มควบคุม	45	5.42 (1.56)		

ควบคุมตัวแปร ระดับการศึกษา และอาชีพหลักและความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสซิกาก่อนการทดลอง

คะแนนเฉลี่ยความรู้ของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม เท่ากับ 3.31 คะแนน ภายหลังมีการควบคุมตัวแปรทั้งสามตัวได้แก่ ระดับการศึกษา อาชีพหลักและความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

อภิปรายผลการวิจัย

อสม.ศูนย์แพทย์ชุมชนกลุ่มทดลองมีสมรรถนะด้านความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสซิกามากกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุม เพราะโรคติดเชื้อไวรัสซิกาเป็นโรคอุบัติใหม่ ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการให้ความรู้เป็นพื้นฐานในการจัดการเรียนรู้ตามแผนการสอนที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นอย่างครอบคลุม เนื้อหาความรู้เน้นการเรียนรู้จากสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงทั่วโลกและการระบาดในประเทศไทย สภาพปัญหาและสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกาในจังหวัดนครราชสีมา โดยให้ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสซิกา สาเหตุการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสซิกา อาการและอาการแสดงของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ความรุนแรงและภาวะแทรกซ้อนของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ใช้การบรรยายและการนำเสนอเนื้อหา Power point จัดกิจกรรมหลายอย่างเพื่อกระตุ้นให้เกิดการเรียนรู้อย่างกลมกลืน ของสมฤดี บุญเป็ง⁽⁶⁾ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสซิกาตามสมมติฐาน อสม.ศูนย์แพทย์ชุมชนในกลุ่มทดลองมีสมรรถนะด้านความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ดีกว่าก่อนการทดลอง และดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) สอดคล้องกับผลการศึกษาของ สมฤดี บุญเป็ง⁽⁶⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อความรู้ การรับรู้ และความคาดหวังในการป้องกันโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลตาซัง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์พบว่าหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาอาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้เรื่องการป้องกันโรคไข้หวัดนกและมีความคาดหวังในการป้องกันโรคไข้หวัดนกอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าความรู้ที่ให้ผู้สามารถทำให้ อสม.มีสมรรถนะด้านความรู้เรื่องโรคเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะ อสม. ทราบว่ายุ่งายเป็นพาหะนำโรคซึ่งมีค่าคะแนนความถี่มากที่สุดเท่ากับ 45 และอาการของโรคติดเชื้อไวรัสซิกาซึ่งมีค่าคะแนนความถี่เท่ากับ 42

อสม.ศูนย์แพทย์ชุมชนในกลุ่มทดลอง มีสมรรถนะความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกามากกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุม เนื่องจากความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสซิกา การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสซิกา การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา และการรับรู้อุปสรรคของการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา เพราะว่า

ผู้วิจัยจัดโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะความเชื่อด้านสุขภาพ อย่างเป็นระบบโดยให้ดูวีดิทัศน์ การแจกแผ่นพับ การสนทนา ชักถาม ซึ่งการเรียนรู้จะเป็นไปได้ดีถ้าผู้เรียนได้เรียนรู้จากสิ่งที่จัดให้อย่างเป็นระบบ สมฤดี บุญเป็ง⁽⁶⁾ ขั้นตอนการเรียนรู้และสรุปเนื้อหาแต่ละขั้นตอน มีการบรรยาย นำเสนอเนื้อหาและดูวีดิทัศน์สรุปสถานการณ์จากทั่วโลกและสถานการณ์ประเทศไทย เพื่อให้อสม.เกิดความรู้ความเข้าใจและตระหนักเห็นความสำคัญตามความเชื่อด้านความเชื่อด้านสุขภาพ ใช้เทคนิคการอบรมแบบผู้เรียนเป็นศูนย์กลางโดยทุกคนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น มีการเสนอแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคและกำหนดรูปแบบการให้ข้อมูลข่าวสารกับเพื่อนบ้านร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การให้ความรู้ถึงบ้าน การให้ความรู้ทางหอกระจายข่าว เป็นต้น ซึ่งกระบวนการเหล่านี้ทำให้กลุ่ม อสม.มีสมรรถนะความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) สอดคล้องกับ หาญณรงค์ แสงแก⁽⁷⁾ ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือน ตำบลเมืองไผ่ อำเภอธัญบุรี จังหวัดสระแก้ว โดยใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพพบว่า แกนนำครัวเรือนหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรคในการปฏิบัติตนป้องกันโรคไข้เลือดออกดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม แสดงให้เห็นว่าทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ประกอบด้วย การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง การรับรู้ประโยชน์และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันและควบคุมโรคมีผลต่อสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา

อสม.ศูนย์แพทย์ชุมชนในกลุ่มทดลองมีสมรรถนะการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกา ดีกว่าก่อนการทดลองและดีกว่า กลุ่มควบคุม เพราะในกิจกรรมของโปรแกรมการพัฒนาสมรรถนะในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกานอกจากส่งเสริมความรู้โดยการบรรยายแล้วยังมีการให้แผ่นพับคู่มือนำไปศึกษาที่บ้าน การส่งเสริมความรู้ทางเสียงตามสาย และการติดตามส่งเสริมความรู้ด้วยวิธีการเยี่ยมบ้าน มีการลงสำรวจชุมชนร่วมกับอสม.และมีการติดตามทางโทรศัพท์ ทำให้อสม.มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาดีขึ้น ของ Bloom.S.⁽¹⁾ กล่าวว่ากิจกรรมทุกประเภทที่มนุษย์กระทำและพฤติกรรมที่คงอยู่เกิดจากการเรียนรู้และเก็บจำได้ การให้โปรแกรมนั้นอาจต้องใช้หลายวิธีการ ต้องใช้เวลา กระบวนการสอน สื่อการสอน ต้องให้บ่อยๆ และต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความรู้และนำไปใช้ในการปฏิบัติได้จริง ซึ่งเป็นไปตามสมมติฐานและสอดคล้องกับ หาญณรงค์ แสงแก⁽⁷⁾ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงการปฏิบัติตนในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกสูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เนื่องจากความถี่ของกิจกรรมในการส่งเสริมความรู้ ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม

การศึกษาวิจัยครั้งนี้พบว่า กลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม มีความแตกต่างกันในเรื่องของการศึกษา และอาชีพหลัก ผู้วิจัยจึงวิเคราะห์ด้วยสถิติ ANCOVA เพื่อควบคุม ความแปรปรวนร่วม เพื่อให้ผลที่ออกมีความน่าเชื่อถือ พบว่ากลุ่มทดลองมีความแตกต่างจากกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ยุพาพร อินธิไชย⁽⁵⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดนกของแกนนำชุมชน ตำบลโนนกกอก อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ พบว่าการจัดโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันโรคไข้หวัดนกโดยประยุกต์ใช้แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมช่วยให้แกนนำชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดูแลสุขภาพของตนเอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) สอดคล้องกับ สมฤดี บุญเป็ง⁽⁶⁾ ได้ศึกษาผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่มีต่อความรู้ การรับรู้และความคาดหวังในการป้องกันโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบลตาซัง อำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ ผลการทดลองพบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขที่ได้รับโปรแกรมสุขศึกษามีความรู้การรับรู้ และความคาดหวังในการป้องกันโรคไข้หวัดนกมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะในการวิจัย

1. ควรมีการติดตามการให้ความรู้โรคติดเชื้อไวรัสซิกาอย่างสม่ำเสมอ และกระตุ้นเตือนพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวของอาสาสมัครสาธารณสุข ให้มีความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงบทบาทและความสำคัญของตนเองแล้ว การดำเนินการใดๆ ในการป้องกันและควบคุมโรคอุบัติใหม่จะประสบความสำเร็จ
2. ควรมีการติดตามกลุ่มตัวอย่างภายหลังการวิจัยเป็นระยะ เพื่อเป็นการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาอย่างยั่งยืน
3. ควรนำโปรแกรมการป้องกันและควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาไปประยุกต์ใช้กับกลุ่มตัวอย่าง อาสาสมัครสาธารณสุขในชุมชนต่าง ๆ และเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสซิกาไปยังชุมชนอื่น ๆ เช่น องค์การบริหารส่วนตำบล วัด โรงเรียน เป็นต้น เพื่อชุมชนตระหนัก และนำมาพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไวรัสซิกาอย่างมีส่วนร่วมของชุมชน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ นายแพทย์สุรสิทธิ์ จิตรพิทักษ์เลิศ แพทย์หญิงสาวิตรี วิษณุโยธิน ดร.สินธ์ศักดิ์ชนม์ อุ่นพรมมี ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะ ในการตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย เจ้าหน้าที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 1 (วัดป่าสาละวัน) เจ้าหน้าที่ศูนย์แพทย์ชุมชนเมือง 2 (หัวทะเล) เจ้าหน้าที่เวชกรรมสังคม โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา และอาสาสมัครสาธารณสุขทุกท่านที่ได้กรุณาให้การสนับสนุนและให้ความร่วมมือ เอื้ออำนวยความสะดวกในศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Bloom. “Martin. Primary prevention practices : Issues in Child’s and Families’ Lives. California” : SAGE Publications International Education and Professional Publisher, 1996.
2. House, A. “The Association of Social Relationship and Activities with Mortality : Community health Study”. American Journal Epidemiology 1981 ; 10(1) : 12 -18.
3. Rosenstock, M. Irwin. “The Health Belief Model and Prevention Health Behavior” . Health Education Quarterly 1974 ; 15(2) : 175-183.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการป้องกันควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสซิกาสำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ปี 2559. สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึกในพระบรมราชูปถัมภ์ กรุงเทพฯ, 2559.
5. ยุพาพร อินธิไชย. ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกาป้องกันโรคไข้หวัดนกของแกนนำชุมชนตำบลโนนกกอก อำเภอเกษตรสมบูรณ์ จังหวัดชัยภูมิ. วารสารมหาวิทยาลัยทักษิณ 2558 ; 18(2) : 79-87.
6. สมฤดี บุญเป็ง. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาที่ดีต่อความรู้ การรับรู้ และความคาดหวังในการป้องกันโรคไข้หวัดนกของอาสาสมัครสาธารณสุขตำบลตาสังอำเภอบรรพตพิสัย จังหวัดนครสวรรค์ (ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต). นครสวรรค์ : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครสวรรค์ ; 2552.
7. หาญณรงค์ แสงแก. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือนตำบลเมืองไผ่ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร 2558 ; 10(1) : 65-81.
8. อรุณ จิรวัฒน์กุล. สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย. กรุงเทพฯ : วิทยพัฒน์ ; 2552.
9. เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการเขตสุขภาพที่ 9 ครั้งที่ 2/2560 วันที่ 24 ตุลาคม พ.ศ. 2560

การพัฒนาระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา: ประยุกต์ใช้การประเมินผลการถ่ายระดับตัวชี้วัด

The Development of Performance Appraisal System of The Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima: A Application of Cascade Evaluation Approaches

นิมนวล บุญยหทัยพงศ์ และ เมยური ประสงค์

Nimnual bunyahataipong and Meyuree Prasong

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

The Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima

*Corresponding author E-mail : Bonyapong@yahoo.com

(Received: May 7, 2019 ; Accepted : June 11, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้การประเมินผลการถ่ายระดับตัวชี้วัด ด้วยรูปแบบการวิจัยและพัฒนา กลุ่มตัวอย่างคือ บุคลากรประเภทข้าราชการและพนักงานราชการทุกตำแหน่งของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา จำนวนทั้งสิ้น 160 คน ดำเนินการใน 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) วิเคราะห์บริบทของการประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร 2) สังเคราะห์และพัฒนาระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร โดยประยุกต์ใช้การประเมินผลการถ่ายระดับตัวชี้วัด 3) ทดลองใช้ระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรที่ได้ประยุกต์ใช้ในขั้นตอนที่ 2 และ 4) ประเมินประสิทธิภาพของระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร การประยุกต์ใช้การประเมินผลการถ่ายระดับ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวม ประกอบด้วย แบบบันทึกประเด็นสภาพปัญหาการสนทนากลุ่ม แบบสอบถามความพึงพอใจต่อระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร แบบประเมินองค์ประกอบการปฏิบัติงานบุคลากร แบบประเมินสมรรถนะ และแบบประเมินประสิทธิภาพ วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติพรรณนา และวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1. ผลการวิเคราะห์บริบทของการประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร พบว่า บุคลากรขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการกำหนดตัวชี้วัดระดับบุคคลและค่าเป้าหมายที่มาจากการถ่ายระดับความเชื่อมโยง ความสอดคล้องของตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายของกรมควบคุมโรคลงสู่หน่วยงาน/ระดับบุคคล และขาดความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายตามคำบรรยายลักษณะงาน ขาดการสื่อสารความเข้าใจระหว่างผู้ประเมินและผู้รับการประเมินในการกำหนดเป้าหมายการประเมิน การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงานของตนเอง การรับทราบผลการประเมิน และการนำผลการประเมินไปใช้ในการสร้างแรงจูงใจในระบบต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง 2. ผลการสังเคราะห์และพัฒนา ระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร พบว่า มีองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของการประเมิน สิ่งที่ต้องประเมิน วิธีและเครื่องมือการประเมิน บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และระยะเวลาที่ทำการประเมิน 2) ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย การวางแผนกระบวนการ การดำเนินงานตามแผน การดำเนินการประเมินผล และการปรับปรุงผลงาน 3) ด้านผลผลิตของระบบ ประกอบด้วย ผลการประเมิน และความคิดเห็นต่อระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร และ 4) ด้านการให้ข้อมูลย้อนกลับ ประกอบด้วย การรายงานผลการประเมิน และจุดเด่น จุดด้อย ปัญหาและอุปสรรค 3. ผลการทดลองใช้ระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน พบว่า ระบบสามารถจำแนกความแตกต่างของผลการประเมินการปฏิบัติงานของบุคลากรเป็นกลุ่มดีเด่น กลุ่มดีมาก และกลุ่มที่มีผลการปฏิบัติงานดี โดยบุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบการประเมินการปฏิบัติงานบุคลากรอยู่ระดับมากขึ้นไปทุกด้าน และได้มีการสื่อสารช่องว่างสมรรถนะ ตลอดจนวางแผนการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล 4. การประเมินประสิทธิภาพของระบบทั้ง 4 มาตรฐาน ได้แก่ ความถูกต้อง ความเป็นไปได้ ความเหมาะสม และการใช้ประโยชน์ ภาพรวมอยู่ในระดับมากขึ้นไปทุกมาตรฐาน ข้อเสนอแนะการวิจัยในการประยุกต์ใช้การประเมินผลการถ่ายระดับตัวชี้วัด หน่วยงานควรทำความเข้าใจตัวชี้วัดและเป้าหมายระดับกรม เพื่อนำมากำหนดตัวชี้วัดระดับหน่วยงาน กลุ่มงาน และบุคคล ควรมีการสื่อสารตัวชี้วัดและเป้าหมาย โดยการถ่ายระดับตัวชี้วัดพร้อมทั้งแสดงความเชื่อมโยงของตัวชี้วัด

คำสำคัญ : ระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร การประเมินผลการถ่ายระดับตัวชี้วัด

Abstract

This research aimed to the development of performance appraisal system of the office of disease prevention and control 9 Nakhon Ratchasima : An application of cascade evaluation approaches. The research was research and development method of target population was 160 participants. The developed system consisted of 4 main categories : 1) to analyze the context and define the concept of performance appraisal system 2) to develop performance appraisal system 3) To pilot performance appraisal system and 4) to evaluate effectiveness the performance appraisal system. The research tools include : 1) the group recorded form 2) questionnaires 3) evaluation form 4) competency form 5) the evaluate efficacy performance appraisal test. The data were analyzed using descriptive statistics and content analysis. The research findings as follows. 1. The developed system consisted of 4 main categories: 1) input : appraisal objective, things to be evaluated, appraisal methods and tools, user involved in the evaluation and time frame to be evaluated. 2) process: plan, do, check and act. 3) output the appraisal result and the results revealed that users' satisfaction, 4) feedback : the report of appraisal result and strength, weakness of the developed system. 2. The effectiveness of the system found that the difference of the appraisal performance between development performance appraisal system and users' satisfaction levels ranks at a high to highest level. The feedbacks found that the assessor and evaluate to be communicate gaps competency and individual development plan. 3. Examine the efficacy of the developed system on four dimensions : accuracy, feasibility, propriety, and utility that users' satisfaction levels was ranked at a high level on four dimensions. The results suggestion should that understand cascade indicators and goals. Alignment cooperate key performance indicators and personal key performance indicators have to be communicate compare the agreement of consistency within the organization.

Keyword : performance appraisal system, cascade evaluation approaches

บทนำ

สำนักงานพัฒนาข้าราชการพลเรือน ได้กำหนดแนวทางสำหรับการบริหารผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย 1) การวางแผนและการกำหนดเป้าหมายผลการปฏิบัติงาน เป็นการกำหนดผลสำเร็จของงานและเป้าหมายที่องค์การคาดหวังจากผู้ปฏิบัติงานและหน่วยงานระดับต่างๆ 2) การติดตามเพื่อประเมินผลสำเร็จของงานในแต่ละช่วงเวลาว่าสอดคล้องกับเป้าหมายที่กำหนดไว้หรือไม่ 3) การพัฒนาผลที่ได้จากการติดตามผลการปฏิบัติงาน ในขั้นตอนที่ผ่านมา จะช่วยให้ผู้บังคับบัญชาได้รับทราบข้อมูลสำคัญ 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ผลสัมฤทธิ์ของงาน อันเป็นการสะท้อนให้เห็นถึงความคืบหน้าของงานว่าผู้ปฏิบัติงานได้ดำเนินการให้เป็นไปตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้ดีเพียงไร และส่วนที่ 2 พฤติกรรมการปฏิบัติราชการ เป็นการพิจารณาว่าในการปฏิบัติงานนั้นผู้ปฏิบัติงานได้แสดงพฤติกรรมที่คาดหวังมากน้อยเพียงไร 4) การประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นการประเมินความสำเร็จของงานอันเป็นผลมาจากการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติงานตลอดรอบการประเมิน โดยเปรียบเทียบผลงานกับเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนการปฏิบัติงาน ตามเกณฑ์มาตรฐานผลงานที่ผู้บังคับบัญชาและผู้ปฏิบัติงานกำหนดร่วมกันไว้ตั้งแต่ต้นรอบการประเมิน และ 5) การสร้างแรงจูงใจ โดยการให้รางวัลตามแนวทางการบริหารผลการปฏิบัติงาน⁽¹⁾ ที่ผ่านมาสภาพปัญหาการประเมินผลการปฏิบัติงานเกิดจากการประเมินผลหลาย ๆ ด้าน ได้แก่ 1) ด้านผู้ประเมิน ผู้ประเมินไม่เข้าใจวัตถุประสงค์การประเมิน วิธีการประเมิน มีอคติลำเอียงและประเมินในเวลาที่ไม่เหมาะสม 2) ด้านผู้รับการประเมิน ขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงาน ไม่เข้าใจเหตุผลและความจำเป็นในการประเมินผลการปฏิบัติงาน ไม่ทราบเกณฑ์การประเมิน มีส่วนร่วมในการประเมินน้อย และการสื่อสารผลการประเมินไม่ถูกต้อง และ 3)

วิธีการประเมิน วัตถุประสงค์ของการประเมินไม่ชัดเจน ระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานไม่เป็นที่ยอมรับ ขาดเครื่องมือ
ที่ดีในการประเมิน และเลือกใช้วิธีการไม่เหมาะสมกับบริบทขององค์กร^(2, 3)

การประเมินผลการปฏิบัติงานของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา พบสภาพปัญหาเรื่องบุคลากร
มีความเข้าใจเกี่ยวกับการกำหนดตัวชี้วัดระดับบุคคลและค่าเป้าหมายค่อนข้างน้อย โดยเฉพาะการถ่ายระดับตัวชี้วัดและ
ค่าเป้าหมายจากกรมควบคุมโรคลงสู่หน่วยงาน กลุ่มงานและบุคคล ยังขาดการสื่อสารคำบรรยายลักษณะงานระหว่างผู้ประเมิน
และผู้รับการประเมินเพื่อกำหนดเป้าหมาย การมีส่วนร่วมในการออกแบบระบบประเมินผลการปฏิบัติงาน การรับทราบผล
การประเมิน การนำผลการประเมินไปใช้ในการสร้างแรงจูงใจต่าง ๆ ขาดการติดตามการความก้าวหน้าการดำเนินของตัวชี้วัด
ขาดการสะท้อนข้อมูลย้อนกลับระหว่างผู้บังคับบัญชากับผู้ใต้บังคับบัญชา และการรายงานตัวชี้วัดไม่ครอบคลุมรายละเอียดของ
ตัวชี้วัด สำหรับสภาพปัญหาจากการประเมินสมรรถนะพบว่า บุคลากรทั้งผู้ประเมินและผู้ถูกประเมินยังขาดความรู้ความเข้าใจ
เกี่ยวกับการประเมินสมรรถนะ วิธีการประเมินสมรรถนะ และเครื่องมือที่ใช้ในการประเมินสมรรถนะ การนำผลการประเมิน
สมรรถนะไปเชื่อมโยงกับผลสัมฤทธิ์ของงาน และการนำผลการประเมินไปใช้ประโยชน์ โดยเฉพาะการจัดทำแผนพัฒนา
รายบุคคล และนำมาพิจารณาปรับขึ้นเงินเดือน ส่งผลให้การประเมินสมรรถนะไม่เป็นไปตามความเป็นจริง เกิดความคลาดเคลื่อน
และขาดความน่าเชื่อถือ⁽⁴⁾ จากสภาพปัญหาดังกล่าวแนวทางหนึ่งที่มีความเหมาะสมสำหรับสภาพปัญหาคือ การประยุกต์ใช้
การประเมินผลการถ่ายระดับตัวชี้วัด Bledsoe & Graham ได้เสนอการเลือกใช้รูปแบบการประเมินผลจากแนวทางการประเมิน
วัตถุประสงค์ทั่วไปของการประเมิน และการนำแนวทางการประเมินไปใช้⁽⁵⁾ บุญทนากร พรหมภักดี ได้ทำการพัฒนาแนวทาง
การประเมินพหุ โดยจำแนกองค์ประกอบ 4 ด้าน ได้แก่ ด้านปัจจัยนำเข้า ด้านกระบวนการ ด้านผลผลิตของระบบ และการ
สะท้อนผลข้อมูลย้อนกลับ⁽⁶⁾ จากผลการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นที่มาให้ผู้วิจัยสนใจทำการพัฒนาระบบ
ประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา โดยประยุกต์ใช้การประเมินผล
การถ่ายระดับตัวชี้วัด 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ปัจจัยนำเข้า 2) กระบวนการ 3) ผลผลิตของระบบ 4) ข้อมูลย้อนกลับ โดย
วิเคราะห์สภาพปัญหาเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติงาน พัฒนาระบบประเมินผลการปฏิบัติงาน ทดลองใช้ระบบการ
ประเมินผลการปฏิบัติงานกับบุคลากรของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา และประเมินประสิทธิภาพ
ระบบการประเมินผลการปฏิบัติงาน เพื่อให้เกิดระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิผลและมีประสิทธิภาพ ส่งผล
ให้สามารถนำผลการประเมินมาใช้ในการพัฒนาบุคลากรให้มีสมรรถนะในการทำงานให้ดียิ่งขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อพัฒนาระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
โดยประยุกต์ใช้การประเมินผลการถ่ายระดับตัวชี้วัด

วิธีการศึกษา

ใช้รูปแบบวิธีวิจัยและพัฒนา (Research and Development: R&D) มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 วิเคราะห์บริบทของการประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร โดยวิเคราะห์ผลการประเมินการปฏิบัติงาน
บุคลากรของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ทบทวนเอกสารเกี่ยวกับการประเมินผลการปฏิบัติงาน
บุคลากร รายงานสรุปผลการประชุม สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ปีงบประมาณ พ.ศ. 2559 และ
ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 และกำหนดแนวคิดของการประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูลคือ
แบบบันทึกประเด็นสภาพปัญหา และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา
ผู้วิจัยได้นำผลที่ได้จากการวิเคราะห์บริบทและการกำหนดแนวคิดมาออกแบบระบบมาเป็นข้อมูลนำเข้าสำหรับการสร้างระบบ
โดยจัดทำ (ร่าง) ระบบการประเมินการปฏิบัติงานบุคลากร ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ

ผลผลิต และข้อมูลป้อนกลับ โดยผู้วิจัยได้นำ (ร่าง) ระบบการประเมินการปฏิบัติงานบุคลากร เสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 7 คน ทำการตรวจสอบ และอภิปรายกลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา

ขั้นตอนที่ 3 ทดลองใช้ระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรของสังกัดกรมควบคุมโรค โดยแต่งตั้งคณะกรรมการ จัดทำ MOU ถ่ายระดับตัวชี้วัดบุคคลลงสู่กลุ่มงาน (Owner-Supporter) และระดับบุคคล ตั้งแต่ระดับผู้บริหาร (R) ระดับหัวหน้ากลุ่ม (P) ระดับหัวหน้างาน (U) และผู้ใต้บังคับบัญชา (I) ตรวจสอบผลงานพร้อมทั้งเสนอผลการตรวจสอบ ประชากรศึกษาเป็นบุคลากรประเภทข้าราชการและพนักงานราชการทุกตำแหน่งของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 160 คน โดยการสำรวจความพึงพอใจต่อระบบประเมินผลการปฏิบัติงาน เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจ มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาโดยวิธีหาค่าสัดส่วนของความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Ratio: CVR) ตั้งแต่ 0.75 - 1.00⁽⁷⁾ ค่าความเชื่อมั่นตามวิธีของครอนบาค (Cronbach) เท่ากับ 0.92⁽⁸⁾ แบบประเมินสมรรถนะปรับจากกรมควบคุมโรค และวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และแปรผลระดับความพึงพอใจ 5 ระดับ ได้คะแนนเฉลี่ย 4.21-5.00 คือ ระดับมากที่สุด 3.21-4.20 คือ ระดับมาก 2.61- 3.20 คือ ระดับปานกลาง 1.81-2.60 คือ ระดับน้อย และ 1.00 - 1.80 คือ ระดับน้อยที่สุด⁽⁹⁾

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินประสิทธิภาพของระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร โดยสรุปผลการดำเนินพัฒนาระบบ เสนอผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 คน ตรวจสอบและทำการประเมินประสิทธิภาพของระบบตามกรอบมาตรฐานของการประเมิน Stufflebeam (1981)⁽¹⁰⁾ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษา

1. ผลการวิเคราะห์บริบทของการประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร พบว่า บุคลากรขาดความเข้าใจเกี่ยวกับการกำหนดตัวชี้วัดระดับบุคคลและค่าเป้าหมายที่มาจากการถ่ายระดับความเชื่อมโยง ความสอดคล้องของตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายของกรมควบคุมโรคลงสู่หน่วยงาน/ระดับบุคคล ขาดความชัดเจนของบทบาทหน้าที่ที่ได้รับมอบหมายตามคำบรรยายลักษณะงาน ขาดการสื่อสารความเข้าใจระหว่างผู้ประเมินและผู้รับการประเมินในการกำหนดเป้าหมายการประเมิน การมีส่วนร่วมในการประเมินผลการปฏิบัติงานของตนเอง การรับทราบผลการประเมิน และการนำผลการประเมินไปใช้ในการสร้างแรงจูงใจในระบบต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

2. ผลการพัฒนาระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา: ประยุกต์ใช้การประเมินผลการถ่ายระดับตัวชี้วัด มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ด้านปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย 1) วัตถุประสงค์ของการประเมิน เพื่อพัฒนาบุคลากรและเพื่อประกอบการเลื่อนขั้นเงินเดือน 2) สิ่งที่ต้องประเมิน ได้แก่ (1) ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมายความสำเร็จของงาน บทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบ ประกอบด้วย บทบาทของกลุ่มงาน และคำบรรยายลักษณะงาน (Job Description) ระดับบุคคล การจัดทำตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายระดับบุคคล และการจัดทำคำอธิบายตัวชี้วัด และ (2) พฤติกรรมบ่งชี้โดยประเมินสมรรถนะ 3) วิธีการและเครื่องมือการประเมิน ประกอบด้วย หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผล และเครื่องมือการประเมิน 4) บุคลากรที่เกี่ยวข้อง และ 5) ระยะเวลาที่ทำการประเมิน ด้านกระบวนการ ประกอบด้วย 1) วางแผนกระบวนการ 2) การดำเนินการตามแผน 3) การประเมินผลการปฏิบัติงาน และ 4) การปรับปรุงผลงาน ด้านผลผลิต ประกอบด้วย 1) ผลการประเมิน และ 2) ความคิดเห็นต่อระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร และด้านการให้ข้อมูลย้อนกลับ ประกอบด้วย 1) การรายงานผลการประเมิน และ 2) จุดเด่น จุดด้อย ปัญหาและอุปสรรค รายละเอียดดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ผลการพัฒนาระบบการประเมินการปฏิบัติงานบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา : ประยุกต์ใช้การประเมินผลการถ่ายระดับตัวชี้วัด

ประเด็น	สรุปประเด็น	ผู้เกี่ยวข้อง
ด้านปัจจัยนำเข้า		บุคลากร สำนักงาน ป้องกัน ควบคุมโรคที่ 9 จังหวัด นครราชสีมา
1. วัตถุประสงค์การประเมิน	1. เพื่อนำผลการประเมินไปประกอบการพัฒนาบุคลากร 2. เพื่อนำผลการประเมินไปประกอบการสร้างแรงจูงใจ	
2. สิ่งที่ต้องประเมิน - ตัวชี้วัดผลการปฏิบัติงาน - สมรรถนะหรือพฤติกรรมบ่งชี้	1. ระดับกลุ่มงาน ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายผลการปฏิบัติงานตามคำรับรองการปฏิบัติงานตามเทคนิค Balanced Scorecard 4 มิติ ได้แก่ มิติที่ 1 ประสิทธิภาพ มิติที่ 2 คุณภาพการให้บริการ มิติที่ 3 ประสิทธิภาพ และมิติที่ 4 การพัฒนาองค์กร 2. ระดับบุคคล 2.1 ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายระดับบุคคล - ตัวชี้วัดระดับยุทธศาสตร์หน่วยงาน (Roadmap: R) - ตัวชี้วัดหัวหน้ากลุ่มงาน (Profile: P) - ตัวชี้วัดหัวหน้างาน (Unit: U) - ตัวชี้วัดระดับบุคคลผู้ได้บังคับบัญชา (Individual: I) 2.2 สมรรถนะหรือพฤติกรรมบ่งชี้ (1) สมรรถนะหลัก I-SMART ได้แก่ Integrity Service mind Mastery Achievement Motivation Relationship และ Teamwork (2) สมรรถนะหลักที่จำเป็นตามภารกิจของกรมควบคุมโรค ได้แก่ หลักกระบวน วิทยา การวิจัยและพัฒนา การติดตามและประเมินผล (3) สมรรถนะเฉพาะตำแหน่ง ได้แก่ การคิดวิเคราะห์	
3. วิธีการและเครื่องมือการประเมิน	1. หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงาน 2. เครื่องมือในการประเมินผลการปฏิบัติงาน 2.1 ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ได้แก่ งานคำรับรอง งานตามยุทธศาสตร์งานตาม ภารกิจ และงานอื่น ๆ ที่ได้รับมอบหมาย 2.2 วิธีการประเมินสมรรถนะหรือพฤติกรรมบ่งชี้ โดยหัวหน้าทำการประเมิน ผู้ได้บังคับบัญชา และประเมินตนเอง	
4. บุคลากรที่เกี่ยวข้อง	บุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา	
5. กรอบระยะเวลาที่ทำการประเมิน	- รอบที่ 1 ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 31 มีนาคม 2561 - รอบที่ 2 ตั้งแต่ 1 เมษายน 2561 ถึง 30 กันยายน 2561	
ด้านกระบวนการ		
1. วางแผนกระบวนการ	1. เตรียมใช้ระบบประเมินผลการประเมินการปฏิบัติงานบุคลากร 2. ใช้ระบบประเมินผลการประเมินการปฏิบัติงานบุคลากร 3. ปรับระบบประเมินผลการประเมินการปฏิบัติงานบุคลากร 4. ปรับแนวคิดของผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน สำหรับจัดทำตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ตามแนวทางการประเมินผลการถ่ายระดับตัวชี้วัด 5. ประชุมจัดทำคำอธิบายตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย 6. ประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร 7. ประเมินประสิทธิภาพของระบบประเมินผลการปฏิบัติงาน	บุคลากร สำนักงาน ป้องกัน ควบคุมโรคที่ 9 จังหวัด นครราชสีมา

ประเด็น	สรุปประเด็น	ผู้เกี่ยวข้อง
2. ดำเนินงานตามแผน	8. ประชุมผู้ประเมินและผู้ถูกประเมิน โดยสื่อสารการใช้ระบบประเมินผลการปฏิบัติงานของบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา 8.1 หลักเกณฑ์และวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงาน 8.2 กรอบเวลาของการทดลองระบบประเมินผลการปฏิบัติงาน 8.3 เอกสารตามคู่มือระบบประเมินผลการปฏิบัติงาน 9. จัดทำตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายตามระบบประเมินผลการปฏิบัติงาน 9.1 วัตถุประสงค์ของการประเมิน 9.2 บทบาทหน้าที่ตามทำคำบรรยายลักษณะงาน (JD) 9.3 การจัดทำชี้วัดและค่าเป้าหมาย 9.3.1 วิเคราะห์ OS Matrix ตัวชี้วัดคำรับรอง 9.3.2 หัวหน้ากลุ่มงานถ่วงระดับตัวชี้วัดลงสู่ผู้ใต้บังคับบัญชา 9.4 ผู้ใต้บังคับบัญชาจัดทำคำบรรยายลักษณะงาน (JD) 9.5 การประเมินสมรรถนะ โดยประเมินระหว่างหัวหน้ากลุ่ม และตนเอง 9.6 อภิปรายซักถามเกี่ยวกับระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร	
3. ดำเนินการประเมินผล	10. ประชุมดำเนินการประเมินผลบุคลากรทั้งผู้ประเมินและผู้รับประเมินจัดทำรายงานประเมินผลตนเอง(SAR) เสนอผู้บังคับบัญชา 10.1 องค์ประกอบที่ 1 ผลสำเร็จของงาน ผู้ประเมินและผู้รับประเมินจัดทำรายงานผลการประเมินตนเองตามคำอธิบายตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย 10.2 องค์ประกอบที่ 2 การประเมินสมรรถนะหรือพฤติกรรมบ่งชี้ ดำเนินการประเมินโดยผู้บังคับบัญชา และตนเอง 11. หัวหน้ากลุ่ม ดำเนินรวบรวมผลการประเมินของผู้ใต้บังคับบัญชา	
4. การปรับปรุงผลงาน	12. แต่ละกลุ่มงานนำเสนอผลการประเมินการปฏิบัติงาน 12.1 ผู้วิจัยแจกแบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบประเมินผลการปฏิบัติงาน 12.2 สรุปความคิดเห็นเกี่ยวกับความพึงพอใจของบุคลากร 13. นำผลการประเมินไปใช้ตามวัตถุประสงค์การประเมิน 14. ผู้วิจัยเสนอผลการพัฒนาระบบไปยังสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7, 8 และ 10 เพื่อประเมินประสิทธิภาพของระบบตามมาตรฐาน	
ด้านผลผลิต		
1. ผลการประเมิน	1. รายงานผลการประเมินการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย ผลสำเร็จของงาน และสมรรถนะหรือพฤติกรรมบ่งชี้	บุคลากร สำนักงาน ป้องกัน ควบคุมโรค ที่ 9 จังหวัด นครราชสีมา
2. ความคิดเห็นต่อระบบการประเมินการปฏิบัติงานบุคลากรสังกัดกรมควบคุมโรค	2. ความเหมาะสมของการกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายระดับบุคคล 3. ประเมินความความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อระบบ 4 ด้าน ได้แก่ ปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต และสะท้อนกลับข้อมูล 4. ข้อเสนอแนะ ปัญหาและอุปสรรค	
ด้านการสะท้อนกลับ		
1. การรายงานผลการประเมิน	การรายงานผลการประเมิน	บุคลากร สำนักงาน ป้องกัน ควบคุมโรค ที่ 9 จังหวัด นครราชสีมา
2. สภาพปัญหา จุดเด่น จุดด้อยของระบบ	จุดเด่น และจุดด้อย สภาพปัญหาอุปสรรค	

3. ผลการทดลองใช้ระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร

ผลการประเมินการปฏิบัติงานของบุคลากร จากการประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรบุคลากรของหน่วยงานพบว่า ส่วนใหญ่บุคลากรที่มีคะแนนผลการปฏิบัติงานอยู่ในกลุ่มดี ร้อยละ 56.25 รองลงมาคือ กลุ่มที่มีผลการปฏิบัติงานดีมาก ร้อยละ 27.50 และกลุ่มที่มีผลการปฏิบัติงานดีเด่น ร้อยละ 11.25 ดังตารางที่

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของบุคลากรที่มีคะแนนผลการปฏิบัติงานตามระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา: ประยุกต์ใช้การประเมินผลการถ่ายระดับตัวชี้วัด

ผลการประเมินการปฏิบัติงานบุคลากร	จำนวน (คน)	ร้อยละ
- ดีเด่น	18	11.25
- ดีมาก	44	27.50
- ดี	90	56.25
- พอใช้ และต้องปรับปรุง (ไม่ได้เลื่อนเงินเดือน)	8	5.00
รวม	160	100.00

3.2 ความคิดเห็นความเหมาะสมและความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบประเมินผลการปฏิบัติงาน

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นเกี่ยวกับความเหมาะสมและความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา : ประยุกต์ใช้การประเมินผลการถ่ายระดับตัวชี้วัด ได้ดำเนินการส่งแบบสอบถามไปยังกลุ่มงานของหน่วยงาน ได้รับกลับคืน จำนวน 139 ฉบับ จาก 160 ฉบับ ร้อยละ 86.87 พบว่า ด้านความเหมาะสมของตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ภาพรวมค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ($\bar{X} = 4.11$, S.D. = 0.26) และความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบ ด้านกระบวนการ ภาพรวมค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.39$, S.D. = 0.27) รองลงมาคือ ด้านการสะท้อนข้อมูลกลับ ภาพรวมค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.26$, S.D. = 0.48) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของความคิดเห็นด้านเหมาะสมและความพึงพอใจของบุคลากรที่มีต่อระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

ประเด็นการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
ความเหมาะสมของการกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย	4.11	.26	มาก
ด้านปัจจัยนำเข้า	4.25	.26	มากที่สุด
ด้านกระบวนการ	4.39	.27	มากที่สุด
ด้านผลผลิต	4.06	.45	มาก
ด้านสะท้อนข้อมูลกลับ	4.26	.48	มากที่สุด

4. การประเมินประสิทธิภาพของระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากร

ผลการระบบประเมินประสิทธิภาพของระบบผลการปฏิบัติงานบุคลากรตามกรอบมาตรฐานของการประเมิน Stufflebeam (1981) พบว่า มาตรฐานด้านอรรถประโยชน์ ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยสูงสุดอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.45$, S.D. = 0.28) รองลงมาคือ มาตรฐานด้านความถูกต้อง ภาพรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.35$, S.D. = 0.14) ดังตารางที่ 4 ตารางที่ 4 ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานประเมินประสิทธิภาพของระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

ประเด็นการประเมิน	$\bar{X}$	S.D.	แปลผล
มาตรฐานด้านอรรถประโยชน์	4.45	0.28	มากที่สุด
มาตรฐานด้านความเป็นไปได้	4.14	0.47	มาก
มาตรฐานด้านความเหมาะสม	4.32	0.29	มากที่สุด
มาตรฐานด้านความถูกต้อง	4.35	0.14	มากที่สุด

วิจารณ์ผล

ผลการพัฒนาระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา : ประยุกต์ใช้การประเมินผลการถ่ายระดับตัวชี้วัด มีประเด็นที่นำมาอภิปราย 3 ประเด็น ดังนี้

1. ระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรที่พัฒนาขึ้นมี 4 ด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยนำเข้า 2) กระบวนการ 3) ผลผลิต 4) การให้ข้อมูลย้อนกลับ และมีจุดเด่นกระบวนการประเมินการปฏิบัติงานบุคลากร คือ กรอบการประเมินด้วยเทคนิค Balanced Scorecard ที่กำหนดมาจากกรมควบคุมโรค ส่งผลให้บุคลากรทุกระดับเข้าใจเป้าหมายของหน่วยงาน ซึ่งถือเป็นจุดเด่นที่สร้างเป้าหมายร่วมกันของหน่วยงาน จากนั้นผู้ประเมินและผู้รับการประเมินมีการเจรจาต่อรองตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ตั้งแต่ระดับกลุ่มงาน ระดับหัวหน้างาน และระดับบุคคล ส่งผลให้บุคลากรเห็นความสำคัญของการปฏิบัติงานที่จะสนับสนุนเป้าหมายการทำงานร่วมกัน สำหรับกระบวนการจัดทำตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายระดับบุคคล ผู้ประเมินและผู้รับการประเมินมีการกำหนดเป้าหมายความสำเร็จของงานตนเอง ตลอดจนอธิบายวิธีการประเมินผลการปฏิบัติงานของตนเอง ซึ่งจะนำไปสู่กระบวนการประเมินผลการปฏิบัติงานด้วยตนเอง โดยจัดทำรายงานผลการปฏิบัติงานตนเอง (SAR) และสื่อสารสะท้อนกลับผลการประเมิน เพื่อสร้างความเข้าใจระหว่างผู้ประเมินและผู้รับการประเมิน ซึ่งเป็นเครื่องมือในการพัฒนาบุคลากรโดยจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรรายบุคคล (IDP) ข้อควรระวังที่จะนำไปใช้คือ กรอบตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายที่มาส่วนกลาง บางครั้งไม่ครอบคลุมภารกิจทั้งหมดขององค์กร จึงจำเป็นต้องพัฒนากระบวนการจัดทำตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายระดับบุคคลที่สอดคล้องกับบทบาทหน้าที่และคำบรรยายลักษณะงาน (Job Description: JD) สอดคล้องกับ ยุทธภาพ เทพสุริยานนท์⁽¹¹⁾ ที่พัฒนาระบบประเมินการปฏิบัติงานของครูสังกัดโรงเรียนเครือมูลนิธิคณะเซนต์คาเบรียลแห่งประเทศไทย โดยใช้แนวคิดการผสมผสานวิธีประเมิน (Hybrid Evaluation Approach) ระบบมีความเชื่อมโยง 4 องค์ประกอบ และบุญหนากร พรหมภักดี⁽¹²⁾ ได้พัฒนาระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรสังกัดกรมควบคุมโรค: การประยุกต์ใช้การประเมินพหุแนวคิด 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) ปัจจัยนำเข้า ประกอบด้วย วัตถุประสงค์ของการประเมิน บทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ สิ่งที่ต้องประเมิน วิธีและเครื่องมือการประเมิน บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลาประเมิน และการนำผลการประเมินไปใช้ 2) กระบวนการ ประกอบด้วย วางแผนเจรจาต่อรองตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ตามแนวทางเทคนิค Balanced Scorecard และแนวทางการประเมินเสริมพลังอำนาจ การจัดทำตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย ตามแนวทางการประเมินที่อิงวัตถุประสงค์เป็นหลัก และประเมินผลตามแนวทางการประเมินแบบ 360 องศา และแนวทางการประเมินเสริมพลังอำนาจ 3) ผลผลิตของระบบ ประกอบด้วย คะแนนที่ได้จากการประเมินผล

การปฏิบัติงาน ความคิดเห็นความพึงพอใจ 4) การสะท้อนผลข้อมูลย้อนกลับ ประกอบด้วย การจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล จุดเด่นจุดด้อยของระบบ และประเมินประสิทธิภาพของระบบ 4 มาตรฐาน ประกอบด้วย ด้านความถูกต้อง ด้านความเป็นไปได้ ด้านความเหมาะสม และด้านการใช้ประโยชน์ 2) ระบบสามารถจำแนกความแตกต่างของคะแนนผลการประเมินการปฏิบัติงานของบุคลากรกลุ่มดีเด่น ดีมาก ดี และมีความสอดคล้องกับกลุ่มรู้ตัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ บุคลากรมีความพึงพอใจต่อระบบอยู่ในระดับมากขึ้นไปทุกด้าน 3) การสะท้อนกลับข้อมูล มีการสื่อสารช่องว่างสมรรถนะระหว่างผู้ประเมินและผู้รับประเมิน และการจัดทำแผนพัฒนารายบุคคล 4) ประสิทธิภาพของระบบ พบว่า ระดับความคิดเห็นเกี่ยวกับประสิทธิภาพของระบบอยู่ในระดับมากที่สุดทุกมาตรฐาน

2. ระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา : ประยุกต์ใช้การประเมินผลการถ่ายระดับตัวชี้วัด สามารถช่วยพัฒนาระบบการประเมินการปฏิบัติงานของบุคลากรให้มีแนวทางที่ชัดเจน มีกระบวนการที่สามารถสะท้อนตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายในระดับกรมควบคุมโรคให้สามารถนำสู่การปฏิบัติในระดับบุคคลได้ โดยเริ่มจากการเจรจาต่อรองตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย กระบวนการจัดทำตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย และการประเมินการปฏิบัติงานของบุคลากร ซึ่งสอดคล้องกับผลการทดลองใช้ระบบที่พบว่า ระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรมีประสิทธิภาพประสิทธิผล มีความเหมาะสมและเป็นไปได้ แต่การนำสู่การปฏิบัติผู้บริหารของหน่วยงานทุกท่านต้องมองเป้าหมายการทำงานไปในทิศทางเดียวกัน โดยการถ่ายระดับตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย 2 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การทำ OS-Matrix ตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายจากกรมควบคุมโรคลงสู่กลุ่มงาน และ 2) การจัดทำตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายระดับบุคคล โดยให้ความสำคัญกับระดับความสำคัญของตัวชี้วัด ระดับผู้บริหาร (R) ระดับหัวหน้ากลุ่ม (P) ระดับหัวหน้างาน (U) และระดับผู้ได้บังคับบัญชา (I) เพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องสามารถจัดทำตัวชี้วัดและค่าเป้าหมาย พร้อมทั้งจัดทำคำอธิบายความสำเร็จของงานในแต่ละรอบของการประเมิน โดยแนวทางดังกล่าวสามารถนำมาแก้ไขปัญหาระบบประเมินผลการปฏิบัติงานของกรมควบคุมโรค ซึ่งบุญทวนกร พรหมภักดี⁽⁶⁾ พบสภาพปัญหา คือ บุคลากรของหน่วยงานค่อนข้างมีปัญหากับการกำหนดเป้าหมายความสำเร็จของงาน ดังนั้น การนำคำบรรยายลักษณะงาน (JD) มาเป็นเครื่องมือส่งผลให้บุคลากรมีความเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมายความสำเร็จของงานมากขึ้น 2) แนวทางการประเมินแบบเสริมพลังอำนาจ เป็นแนวทางที่ช่วยสนับสนุนให้บุคลากรมีความเข้าใจเกี่ยวกับเป้าหมายความสำเร็จของงานเช่นกัน ผู้ประเมินและผู้รับการประเมินได้เสริมพลังอำนาจโดยสื่อสารการกำหนดเป้าหมายร่วมกัน และดำเนินการประเมินผลการปฏิบัติงานด้วยตนเองได้ และเสนอแนะว่าการประเมินพฤติกรรมแบบ 360 องศา อาจไม่เหมาะสมกับบริบทของการทำงาน⁽¹²⁾

ข้อเสนอแนะ

การประยุกต์ใช้การประเมินผลการถ่ายระดับตัวชี้วัด โดยหน่วยงานควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับ ตัวชี้วัดและเป้าหมายระดับกรมควบคุมโรค เพื่อนำมากำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายทั้งในระดับหน่วยงานและบุคคล นอกจากนี้ต้องสื่อสารแนวทางกำหนดตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายโดยการถ่ายระดับตัวชี้วัด พร้อมทั้งแสดงความเชื่อมโยงของตัวชี้วัดทุกตัวภายในหน่วยงานโดยการจัดทำ OS-Matrix จากกรมควบคุมโรคลงสู่กลุ่มงาน และจัดทำตัวชี้วัดและค่าเป้าหมายระดับบุคคล โดยให้ความสำคัญกับภาระงานของแต่ละบุคคลในระดับผู้บริหาร (R) ระดับหัวหน้ากลุ่ม (P) ระดับหัวหน้างาน (U) และระดับผู้ได้บังคับบัญชา (I) ส่งผลให้ระบบประเมินผลการปฏิบัติงานมีความเหมาะสมในการมอบหมายงานตามบทบาทหน้าที่ของบุคลากรแต่ละระดับ

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักงานพัฒนาข้าราชการพลเรือน. รวบรวมบทความการบริหารทรัพยากรบุคคลแนวใหม่ ข้อค้นพบ : การบริหารผลการปฏิบัติราชการแนวใหม่. นนทบุรี: อักษร ศรีเอทนิว, 2556.
2. ณรงค์วิทย์ แสนทอง. เทคนิคการจัดทำ Job description บนพื้นฐานของ Competency และ KPI. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: เอกซ์อาร์เซ็นเตอร์, 2548.
3. อลงกรณ์ มีสุทธา และสมิต สัจฉกร. การประเมินผลการปฏิบัติงาน. พิมพ์ครั้งที่ 13. กรุงเทพมหานคร : สำนักพิมพ์ ส.ส.ท., 2551.
4. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา. สรุปรายงานการประชุมคณะกรรมการประเมินผล ; 4 เมษายน 2560; ห้องประชุมชั้น 3 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา.
5. Bledsoe, K.L., & Graham, J. A. Using multiple evaluation approaches in program evaluation. American Journal of Evaluation; (2005) : 26 : 302-319.
6. บุญทนากร พรหมภักดี. การพัฒนาระบบประเมินผลการปฏิบัติงานบุคลากรสังกัดกรมควบคุมโรค : การประยุกต์ใช้การประเมินพหุแนวคิด[วิทยานิพนธ์ปริญญาดุษฎีบัณฑิต]. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2557.
7. ประภุติยา ทักษิณ. การวัดและประเมินผลการศึกษา. ขอนแก่น: คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2556.
8. ศิริชัย กาญจนวาสี. ทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพมหานคร: คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2552.
9. ประคอง วรรณสุด. สถิติเพื่อการวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์. กรุงเทพมหานคร: ตำสัทธาการพิมพ์, 2542.
10. Stufflebeam, D.L. Educational Evaluation and Decision Making. Illinois : Peacock, 1981.
11. ยุภาพร เทพสุริยานนท์. การพัฒนาระบบการประเมินการปฏิบัติงานของครูสังกัดโรงเรียนในเครือมูลนิธิคณะเซนต์คาเบรียลแห่งประเทศไทยโดยใช้แนวคิดการผสมผสานวิธีประเมิน [วิทยานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต]. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น ; 2555.
12. มนูญ ศีวารมย์. การพัฒนากระบวนการประเมินแบบ 360 องศา เพื่อพัฒนาการสอนของครู สังกัดกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ [วิทยานิพนธ์ปริญญา ดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ; 2542.

การพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเองโดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บ้านมาบกราด ตำบลพันชนะ อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา พ.ศ. 2562

Potential Development among Older Adults for Self Care by Using Empowerment Process, Ban MabKrad, Panchana Sub-district, DanKhunThot District, Nakhon Ratchasima Province

รัชนิกร เถิดขุนทด และ รศ.ดร.บุณยพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์

Ruchaneegeon Herdkhunthod and Bhuddhipong Satayavongthip

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

Faculty of Public Health, NakhonRatchasimaRajabhat University

*Corresponding author E-mail : ruchaneegeon1981@gmail.com

(Received: February 27, 2019 ; Accepted : May 7, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และศึกษาผลของการพัฒนา กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้สูงอายุบ้านมาบกราด ตำบลพันชนะ อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 30 คน เลือกมาโดยวิธีเฉพาะเจาะจง การวิจัยมี 3 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การศึกษาบริบทชุมชน 2) กระบวนการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง และ 3) ผลของการพัฒนา เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วย แบบสำรวจ แบบสัมภาษณ์ และแบบบันทึก วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบค่าที ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา ผลการศึกษาระบุพบว่า บ้านมาบกราด มีผู้สูงอายุ 125 คน คิดเป็นร้อยละ 14.60 ของประชากรผลการศึกษาระบบการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุ พบว่า ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกระบวนการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1) การค้นพบข้อเท็จจริง 2) การสะท้อนความคิด วิเคราะห์วิจารณ์อย่างมีเหตุผล 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมอย่างเหมาะสม จำนวน 4 กิจกรรม และ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่เหมาะสม ผลการศึกษาผลลัพธ์ของการพัฒนา พบว่า หลังการพัฒนาผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง และมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง สูงกว่าก่อนการพัฒนามีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$)

คำสำคัญ: การพัฒนาศักยภาพ การดูแลสุขภาพตนเอง ผู้สูงอายุ

Abstract

The objectives of this action research were to study potential development of older adults for self care by empowerment process, and to study outcome of potential development Ban MabKrad, Panchana subdistrict, Dan KhunThot district, NakhonRatchasima province. The samples were 30 community dwelling older adults which were specific selected. This research had 3 steps : 1) studying about community context 2) studying the development process and 3) studying the result of the development. The tools were survey form, interview form and record form. Quantitative data were analyzed by percentage, mean, standard deviation and t-test. Qualitative data were analyzed by content analysis. The study about community context found that MabKrad village had a total population 125 persons. Proportion of the older adults was 14.60%. The development study found that the older adults was joined in 4 steps of development processes : 1) the discovery of facts by them self 2) rationally critical thinking 3) deciding how to practice 4 properly activities and 4) maintaining a proper implementation. The study on outcome found that knowledge scores, awareness, and self-care behaviors after development process was higher than before development process with statistically significance ($p<0.05$).

Keyword : Potential development, Self care, older adult

บทนำ

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนผู้สูงอายุเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วและต่อเนื่องซึ่งเกิดจากอัตราการเกิดลดลง ประชาชนมีอายุยืนยาวขึ้นส่งผลให้จำนวนผู้สูงอายุเพิ่มมากขึ้น ในปี 2559 มีจำนวนประชากรทั้งประเทศ 65,323,000 คน มีผู้สูงอายุจำนวน 10,783,000 คน คิดเป็นร้อยละ 16.51 ของประชากรทั้งหมด⁽⁷⁾ เมื่อประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ ทำให้มองเห็นแนวโน้มของภาวะความเจ็บป่วยของประชากรที่จะเกิดขึ้นในอนาคต เพราะผู้สูงอายุมีโอกาสเจ็บป่วยมากกว่าคนอายุน้อย ยิ่งอายุมากขึ้นก็ยิ่งมีความเสี่ยงที่จะเจ็บป่วยมากขึ้น โรคของผู้สูงอายุมักจะเป็นโรคเรื้อรังที่ต้องการการดูแลระยะยาว เช่น โรคเบาหวาน โรคความจำเสื่อม อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคเกี่ยวกับกระดูกและฟัน โรคเหล่านี้ต้องการการรักษาต่อเนื่อง จึงเป็นการเพิ่มภาระในการดูแลรักษาให้กับสังคมไทยในอนาคต⁽⁸⁾ รัฐบาลได้เล็งเห็นความสำคัญจึงได้จัดทำแผนผู้สูงอายุแห่งชาติ (พ.ศ. 2545 - 2564) โดยเน้นผู้สูงอายุเป็นหลักชัยของสังคม จึงได้มีการกำหนดนโยบายที่จะให้บริการสร้างเสริมสุขภาพแก่ผู้สูงอายุ

จังหวัดนครราชสีมา ในปี 2559 มีประชากร 2,631,435 คน เป็นผู้สูงอายุ 400,496 คน คิดเป็นร้อยละ 15.4 ของประชากรทั้งหมด⁽⁹⁾ อำเภอตาบพันชนะ จังหวัดนครราชสีมา ในปี 2557 มีประชากร 100,957 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 13,669 คน คิดเป็นร้อยละ 13.54 ของประชากรทั้งหมด และที่ตำบลพันชนะ อำเภอตาบพันชนะ มีประชากร 6,405 คน เป็นผู้สูงอายุ จำนวน 862 คน คิดเป็นร้อยละ 13.45 ของประชากรทั้งหมด⁽¹⁰⁾

บ้านมาบกราดตำบลพันชนะ ในปี 2559 มีประชากรทั้งหมด 856 คน เป็นผู้สูงอายุ 125 คน คิดเป็นร้อยละ 14.60 ของประชากรทั้งหมด⁽¹¹⁾ จะเห็นว่าบ้านมาบกราดได้เข้าสู่การเป็นสังคมผู้สูงอายุแล้ว

ข้อมูลด้านสุขภาพพบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่ป่วยด้วยโรคเรื้อรังและเป็นมากกว่าหนึ่งโรค ได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน และโรคปวดกล้ามเนื้อกระดูกและข้อ จากการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นพบว่า ผู้สูงอายุบ้านมาบกราด มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ไม่เหมาะสม อาทิ การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ไม่ค่อยออกกำลังกาย ภาวะโดดเดี่ยว ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชุมชนน้อยและผู้สูงอายุขาดการดูแลสุขภาพตนเอง⁽¹²⁾ ปัญหาผู้สูงอายุบ้านมาบกราดมีความสำคัญมาก หากไม่มีการแก้ไขปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าว จะนำไปสู่การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังตามมา ซึ่งเป็นภาระครอบครัวและสังคม จึงควรสร้างแรงผลักดันให้ผู้สูงอายุปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้มีความเหมาะสม คือพฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดโรคเรื้อรังซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข และมีคุณภาพ

การเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพ เป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมสร้างความสามารถ พัฒนาศักยภาพของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน ในการควบคุมปัจจัยต่างๆ เพื่อรักษาไว้ซึ่งสุขภาพที่ดีทั้งร่างกายและจิตใจ⁽¹³⁾ จากการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาพบว่ากระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจส่งผลให้พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุดีขึ้นเกิดความตระหนักในปัญหาสุขภาพ และเกิดพลังในการนำตนเองไปสู่การมีสุขภาพที่ดีและมองเห็นคุณค่าในตนเอง⁽⁸⁾ ซึ่งได้มีการนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการมาใช้ในการวิจัยเพื่อให้ผู้สูงอายุเข้ามามีส่วนร่วมหรือร่วมมือกันค้นหาปัญหา และวางแผนแก้ไข ปัญหา จากนั้นมีการประเมินผล มีการปรับปรุง และการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่เหมาะสม

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเองโดยกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ บ้านมาบกราด ตำบลพันชนะ อำเภอตาบพันชนะ จังหวัดนครราชสีมา เพื่อให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่เหมาะสมอยู่ในสังคมอย่างมีความสุข

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทชุมชนที่ส่งผลต่อศักยภาพการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุบ้านมาบกราด ตำบลพันชนะ อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเองโดยกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ บ้านมาบกราด ตำบลพันชนะ อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา
3. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง

นิยามศัพท์

ผู้สูงอายุ หมายถึง ผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป ทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่อาศัยอยู่ในบ้านมาบกราด ตำบลพันชนะ อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา

การพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง ขั้นตอนทางสังคมในการส่งเสริมความสามารถของผู้สูงอายุในการค้นพบปัญหา การแก้ไขและการตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนเองเพื่อให้เกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง โดยกระบวนการในการเสริมสร้างพลังอำนาจมี 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1) การค้นพบข้อเท็จจริง ขั้นตอนที่ 2) การสะท้อนความคิด วิเคราะห์วิจารณ์อย่างมีเหตุผล ขั้นตอนที่ 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสม และขั้นตอนที่ 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่เหมาะสม

การดูแลสุขภาพตนเอง หมายถึง การกระทำหรือการปฏิบัติตัวของผู้สูงอายุที่ทำให้ผู้สูงอายุมี สุขภาพดี ทั้งร่างกาย จิตใจ สังคม และปัญญา ได้แก่ การบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ เป็นต้น

กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ หมายถึง กระบวนการที่เสริมสร้างให้ผู้สูงอายุมีพลังอำนาจในการควบคุมชีวิตของตนเองในการดูแลสุขภาพ การยอมรับ การส่งเสริม ชี้นำให้ผู้สูงอายุดำเนินการสนองความต้องการของตนเอง รู้จักเป้าหมาย และเกิดความมั่นใจในความสามารถของตนเอง

ขอบเขตการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research) มุ่งเน้นศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเองโดยกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ บ้านมาบกราด ตำบลพันชนะ อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา ดังนี้

ผู้ให้ข้อมูลหลักและผู้เข้าร่วมวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทชุมชน ผู้ให้ข้อมูลหลัก ประกอบด้วย 1) ผู้สูงอายุบ้านมาบกราด จำนวน 30 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง และเป็นผู้สมัครใจเข้าร่วมการวิจัยซึ่งเป็นขนาดตัวอย่างที่มีความเหมาะสม⁽⁴⁾ 2) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพันชนะ อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1 คน 3) นายกองค์การบริหารส่วนตำบลพันชนะ อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 1 คน 4) ผู้ใหญ่บ้าน บ้านมาบกราด จำนวน 1 คน 5) อาสาสมัครสาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้านมาบกราด จำนวน 5 คน

ระยะที่ 2 การศึกษากระบวนการพัฒนาผู้เข้าร่วมวิจัย จำนวน 34 คน ประกอบด้วย กลุ่มเป้าหมาย คือ ผู้สูงอายุบ้านมาบกราด จำนวน 30 คน โดยการเลือกแบบเจาะจง กลุ่มจัดกระบวนการ จำนวน 4 คน ได้แก่ 1) ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพันชนะ จำนวน 1 คน 2) ผู้อำนวยการกองสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม องค์การบริหารส่วนตำบลพันชนะ จำนวน 1 คน 3) ผู้อำนวยการกองสวัสดิการสังคม องค์การบริหารส่วนตำบลพันชนะ จำนวน 1 คน 4) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพันชนะ จำนวน 1 คน

ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนาผู้ให้ข้อมูลหลัก คือผู้สูงอายุบ้านมาบกราด จำนวน 30 คน ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการ จำนวน 12 สัปดาห์

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาบริบทชุมชนและบริบทผู้สูงอายุ

(1) แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป ได้แก่ สภาพภูมิศาสตร์ ประชากร และระบบสุขภาพ

(2) แบบสัมภาษณ์ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ 2.1) ข้อมูลทั่วไปของผู้สูงอายุจำนวน 6 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือน และโรคประจำตัว 2.2) ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุ จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ การมองเห็น การได้ยิน การทรงตัว อาการปัสสาวะ การหลั่งน้ำตา อาการซึมเศร้า การพักผ่อน การรับประทานอาหาร การเคลื่อนไหว และปัญหาการใช้ยา

(3) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ใช่ ไม่ใช่ และไม่ทราบ ถ้าตอบถูกได้ 1 คะแนน ถ้าตอบผิดหรือไม่ทราบ ได้ 0 คะแนน การวิเคราะห์ระดับของคะแนนผู้วิจัยได้ อ้างอิงเกณฑ์ของ Bloom (1968) ดังนี้

ระดับสูง	เท่ากับหรือมากกว่าร้อยละ 80	คือ 16.00 – 20.00 คะแนน
ระดับปานกลาง	ร้อยละ 60 – 79	คือ 12.00 – 15.99 คะแนน
ระดับต่ำ	ต่ำกว่าร้อยละ 60	คือ 0.00 – 11.99 คะแนน

(4) แบบสัมภาษณ์ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบ คือ มาก ได้ 3 คะแนน ปานกลาง ได้ 2 คะแนน และน้อย ได้ 1 คะแนน การวิเคราะห์ระดับคะแนนผู้วิจัยได้ประยุกต์ของ Best (1977) เพื่อการวิเคราะห์โดยใช้คะแนนสูงสุด ลบด้วยคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการ 3 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนนต่ำ	หมายถึง ได้คะแนน	10.00 – 16.66
ระดับคะแนนปานกลาง	หมายถึง ได้คะแนน	16.67 – 23.32
ระดับคะแนนสูง	หมายถึง ได้คะแนน	23.33 – 30.00

(5) แบบสัมภาษณ์พฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 20 ข้อ มีลักษณะคำถามให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นครั้งคราว และไม่เคยปฏิบัติ มีเกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

	คำถามเชิงบวก	คำถามเชิงลบ
ปฏิบัติเป็นประจำ	3	1
ปฏิบัติเป็นครั้งคราว	2	2
ไม่เคยปฏิบัติ	1	3

การวิเคราะห์ระดับคะแนนผู้วิจัยได้ประยุกต์ของ Best (1977) เพื่อการวิเคราะห์โดยใช้คะแนนสูงสุด ลบด้วยคะแนนต่ำสุด และนำมาหารด้วยระดับการวัดที่ต้องการ 3 ระดับ ดังนี้

ระดับคะแนนต่ำ	หมายถึง ได้คะแนน	20.00 – 33.33
ระดับคะแนนปานกลาง	หมายถึง ได้คะแนน	33.34 – 46.67
ระดับคะแนนสูง	หมายถึง ได้คะแนน	46.68 – 60.00

ระยะที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการพัฒนาพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ได้แก่ แนวทางการประชุมแบบบันทึก การจัดกิจกรรม และแบบประเมินผลการเรียนรู้

ระยะที่ 3 เครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนา ได้แก่ แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองแบบสัมภาษณ์ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง และแบบสัมภาษณ์พฤติกรรมดูแลสุขภาพ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทชุมชน ประกอบด้วย

(1) ข้อมูลทั่วไปชุมชน ได้แก่ สภาพภูมิศาสตร์ ประชากร และระบบสุขภาพ เก็บข้อมูลด้วยแบบสำรวจและจากเอกสาร

(2) ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ คือ ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูล ด้วยแบบสัมภาษณ์ผู้สูงอายุ

ข้อมูลบริบทชุมชนนำไปใช้ในการศึกษา ระยะที่ 2 เพื่อพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุให้สอดคล้องกับบริบทดังกล่าว
ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการจำนวน 7 ครั้ง 21 ชั่วโมง โดยใช้เทคนิค 4 ขั้นตอน ดังนี้

(1) ขั้นตอนการค้นหาคำจริง การรู้จักตนเอง โดยประชุมกลุ่มผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ให้แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และประสบการณ์ใน 4 ประเด็น คือ 1) การยอมรับความแตกต่างของบุคคล 2) การสร้างการรับรู้ด้านการดูแลสุขภาพตนเองตามหลัก 3 อ. 3) การสร้างความตระหนักในปัญหาด้านสุขภาพ และ 4) การสร้างความเข้าใจในการแก้ปัญหาด้านสุขภาพ

(2) ขั้นตอนการสะท้อนความคิด ให้ผู้สูงอายุได้คิดวิเคราะห์อย่างเป็นเหตุเป็นผลในการตัดสินใจ และการจัดการสุขภาพตนเอง ซึ่งได้ร่วมกันกำหนดกิจกรรม 4 กิจกรรม

(3) ขั้นตอนการตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมอย่างเหมาะสม มีการจัดกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้จำนวน 4 กิจกรรม ดังนี้ 1) การจัดอบรม เรื่องการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง จำนวน 1 วัน 2) การอบรม เรื่องการออกกำลังกายจำนวน 1 วัน 3) การอบรม เรื่องการจัดการอารมณ์ จำนวน 1 วัน และ 4) การติดตามแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้าน

(4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่เหมาะสม มีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ และสรุปผลการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมา เพื่อค้นหาปัญหา อุปสรรค แล้วเสนอแนวทางปรับปรุงการพัฒนากิจกรรมให้เหมาะสมต่อไป

ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนา

ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ โดยทำการวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1. ข้อมูลเชิงปริมาณ ทำการวิเคราะห์ด้วย สถิติ ค่าเฉลี่ย ค่าร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยใช้สถิติ t-test

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ ทำการวิเคราะห์เนื้อหา โดยตรวจสอบความถูกต้องและความครบถ้วนตามหลักสามเส้า (Triangulation Technique)

ผลการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทชุมชน และข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุ

1. ข้อมูลบริบทชุมชนสภาพภูมิศาสตร์ บ้านมาบกราด ตำบลปันชะ ตั้งอยู่ทิศตะวันตกของอำเภอด่านขุนทด ห่างจากที่ว่าการอำเภอด่านขุนทดประมาณ 8 กิโลเมตร มีพื้นที่ประมาณ 62.5 ไร่ มีครัวเรือนจำนวน 326 ครัวเรือน ประชากรทั้งหมด 856 คน
ด้านระบบสุขภาพ ถ้ามีการเจ็บป่วยเล็กน้อยจะซื้อยากินเองที่ร้านค้าในหมู่บ้าน และหากอาการไม่ดีขึ้นจะไปพบหมอ

ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพันชนะ ซึ่งอยู่ห่างประมาณ 2 กิโลเมตร หากมีอาการหนักไม่หายเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพันชนะ จะส่งตัวไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลตำบลขุนทด ซึ่งอยู่ห่างประมาณ 7 กิโลเมตร ใช้เวลาเดินทางไม่เกิน 15 นาที ในกรณีที่มีการรักษาเฉพาะโรคที่ต้องใช้เครื่องมือที่ทันสมัย หรือผ่าตัดใหญ่จะส่งตัวไปรับการรักษาที่โรงพยาบาลมหาราชนครราชสีมา

2. ข้อมูลพื้นฐานของผู้สูงอายุจากการศึกษาข้อมูลของผู้สูงอายุ จำนวน 30 คน ได้ผล ดังนี้

2.1 ข้อมูลทั่วไป พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.3 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 70-74 ปี ร้อยละ 50.0 อายุต่ำสุดเท่ากับ 61 ปี อายุสูงสุดเท่ากับ 81 ปี มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 70.0 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 93.3 มีรายได้ต่อเดือน 601-800 บาท ร้อยละ 46.7 และไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 56.7

2.2 สภาวะสุขภาพ พบว่า การมองเห็นชัดเจนดี ร้อยละ 56.7 การได้ยินชัดเจนดี ร้อยละ 80.0 การทรงตัวดี ร้อยละ 60.0 ไม่มีปีศากระิ้ว ไหล เล็ด รวด ร้อยละ 73.3 มีอาการหลงลืมผิดปกติ ร้อยละ 53.3 ไม่มีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 76.7 ไม่มีปัญหาเรื่องการพักผ่อนนอนหลับ ร้อยละ 63.3 ไม่มีปัญหาเรื่องการรับประทานอาหาร ร้อยละ 76.7 ไม่มีปัญหาการเคลื่อนไหวลำบาก ร้อยละ 63.3 และไม่มีปัญหาเรื่องการใช้จ่าย ร้อยละ 80.0

3. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อจำแนกคะแนนความรู้ออกเป็น 3 ระดับ พบว่าผู้สูงอายุมีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 50.0 รองลงมาคือ ระดับต่ำ ร้อยละ 30.0 และระดับสูง ร้อยละ 20.0

4. ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อจำแนกความตระหนักในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุ ออกเป็น 3 ระดับ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 46.67 รองลงมา คือ ระดับต่ำ ร้อยละ 33.33 และระดับสูง ร้อยละ 20.00

5. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง เมื่อแบ่งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ออกเป็น 3 ระดับ พบว่าผู้สูงอายุส่วนใหญ่มีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 90.00 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 10.00

ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเอง

ผลการศึกษากระบวนการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองพบว่า ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในการพัฒนาศักยภาพตนเอง 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบข้อเท็จจริงได้ใช้เทคนิคและวิธีการกระตุ้นให้ผู้สูงอายุได้คิดและเข้าใจตนเองได้อย่างชัดเจน เช่น การสร้างการรับรู้ การยอมรับความแตกต่างของบุคคลทำให้เกิดความเชื่อมั่นในกิจกรรมที่แต่ละคนทำอยู่ ช่วยให้ผู้สูงอายุที่มีการดำเนินชีวิตที่เหมาะสมและมีความรู้สึกลอยลางจะดำเนินชีวิตเช่นนี้ต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิด วิเคราะห์วิจารณ์อย่างมีเหตุผลจากการประชุมกลุ่มผู้สูงอายุได้นำไปสู่การกำหนดกิจกรรมที่ดำเนินการ จำนวน 4 กิจกรรม ดังนี้ 1) จัดอบรม เรื่องการบริโภคอาหารที่ถูกต้อง สรุปว่าผู้สูงอายุควรบริโภคอาหารให้ครบ 5 หมู่ เพิ่มอาหารที่มีแคลเซียมสูง โปรตีน และเน้นอาหารที่ย่อยง่าย จัดอบรม 2) จัดอบรม เรื่องการออกกำลังกาย สรุปว่าผู้สูงอายุควรออกกำลังกายโดยเคลื่อนไหวกล้ามเนื้อในระดับปานกลาง อย่างน้อย 3 ครั้งต่อสัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที เช่น การเดินแกว่งแขน และการใช้ยางยืด 3) จัดอบรม เรื่องการจัดการอารมณ์ สรุปว่าผู้สูงอายุต้องรู้จักผ่อนคลายความเครียดพักผ่อนให้เพียงพอ และ 4) การติดตามแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้าน มีการเยี่ยมบ้านผู้สูงอายุจำนวน 30 คน ละ 1-2 ชั่วโมง สรุปได้ว่าผู้สูงอายุสามารถปฏิบัติตามได้ถูกต้องทั้งการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ ทำให้ผู้สูงอายุมีสุขภาพที่ดีขึ้น

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมอย่างเหมาะสม ซึ่งได้จัดกิจกรรมตามแผนที่กำหนดไว้ จำนวน 4 กิจกรรม ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 อบรมเรื่องการบริโภคอาหาร พบว่า ผู้สูงอายุจะนำความรู้เรื่องอาหาร ที่ได้รับกลับไปปฏิบัติที่บ้านอย่างจริงจัง

กิจกรรมที่ 2 อบรมเรื่องการออกกำลังกาย พบว่า ผู้สูงอายุได้เข้าร่วมกิจกรรม ในการออกกำลังกายด้วยยางยืด โดยมีวิทยากรนำเสนอ และสาธิต พร้อมให้ผู้สูงอายุร่วมฝึกปฏิบัติไปพร้อมๆ กัน และแจกอุปกรณ์ยางยืดให้กับผู้สูงอายุเพื่อนำไปฝึกปฏิบัติที่บ้าน

กิจกรรมที่ 3 อบรมเรื่องการจัดการอารมณ์ พบว่า ผู้สูงอายุได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ทำให้ตัวเอง เคยโกรธ เครียด หรืออารมณ์ไม่ดี ว่าเกิดจากสาเหตุอะไร แล้วจะนำหลักการที่ได้รับฟังไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือจัดการอารมณ์ของตนเอง

กิจกรรมที่ 4 การติดตามแนะนำการปฏิบัติตัวที่บ้าน พบว่า ผู้สูงอายุได้นำความรู้เกี่ยวกับการออกกำลังกายด้วยยางยืดไปออกกำลังกายที่บ้านเป็นประจำ ด้านการบริโภคอาหาร ได้นำความรู้ที่ได้รับไปปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมารับประทานอาหาร ลดอาหารประเภททอด เปลี่ยนมาต้มและต้มแทน บางคนปลูกผักกินเอง ด้านการจัดการอารมณ์มีการเข้าวัดฟังธรรม ฟังเพลง และทำงานอดิเรก สามารถจัดการอารมณ์ตนเองในเวลาที่โกรธได้

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่เหมาะสม เป็นการสรุปผลการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมา เพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรค แล้วเสนอแนวทางปรับปรุงการพัฒนากิจกรรมให้เหมาะสม ซึ่งปัญหาและอุปสรรคในการจัดกิจกรรมส่วนใหญ่เรื่องการเดินทางมาเข้าร่วมกิจกรรมได้แก้ปัญหาโดยการจัตรถรับส่งผู้สูงอายุมาเข้าร่วมกิจกรรม

ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนาสุขภาพ

1. ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ

ช่วงเวลา	n	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการพัฒนา	30	13.33	2.354	8.151	29	<0.001
หลังการพัฒนา	30	17.77	1.695			

จากตารางที่ 1 สรุปได้ว่า หลังการพัฒนาศักยภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเอง สูงกว่าก่อนพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

2. ความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ

ช่วงเวลา	n	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการพัฒนา	30	18.70	5.937	11.642	29	<0.001
หลังการพัฒนา	30	28.10	3.315			

จากตารางที่ 2 สรุปได้ว่า หลังการพัฒนาศักยภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง สูงกว่าก่อนพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$)

3. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบระดับคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง ก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพ

ช่วงเวลา	n	$\bar{x}$	S.D.	t	df	p-value
ก่อนการพัฒนา	30	40.40	8.152			
หลังการพัฒนา	30	51.60	4.107	- 6.884	29	.000

จากตารางที่ 3 สรุปได้ว่า หลังการพัฒนาศักยภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่า ก่อนพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพตามหลักสามเส้า คือ การตรวจสอบข้อมูลจากตัวผู้สูงอายุ และจากคนในครอบครัว พบว่า ผู้สูงอายุได้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตนเองได้ดีขึ้น ทั้งเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาที่พบว่า ก่อนการพัฒนา ผู้สูงอายุยังมีความรู้ไม่ถูกต้องเรื่องการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ แต่หลังการพัฒนาศักยภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากการจัดกิจกรรมให้ความรู้ในการดูแลสุขภาพของผู้สูงอายุที่ถูกต้อง ทำให้ผู้สูงอายุมีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพตนเองเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องการพัฒนากระบวนการสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลพันชนะ อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา⁽²⁾ พบว่า คะแนนเฉลี่ยความรู้หลังการดำเนินงานสูงกว่าคะแนนก่อนการดำเนินงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) พบว่าก่อนการพัฒนาผู้สูงอายุขาดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยคิดว่าการดูแลสุขภาพเป็นหน้าที่ของแพทย์ แต่หลังการพัฒนาศักยภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากการจัดกิจกรรมเชิงปฏิบัติการในการเพิ่มพูนความรู้ การพัฒนาศักยภาพของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง จำนวน 4 กิจกรรม สอดคล้องกับผลการศึกษาเรื่องกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ชุมชนบ้านเวียงสวรรค์ อำเภอแม่เมาะ จังหวัดลำปาง⁽¹⁾ พบว่า คะแนนเฉลี่ยการรับรู้พลังอำนาจตนเองหลังการเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนการดำเนินกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และยังพบอีกว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุยังไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง หวานจัด เค็มจัด ขาดการออกกำลังกาย และมีความเครียด แต่หลังการพัฒนาศักยภาพ กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองสูงกว่าก่อนพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) เนื่องจากการพัฒนาพฤติกรรมของผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นการเพิ่มพูนความรู้จากเดิมที่ผู้สูงอายุมีอยู่ก่อนให้เพิ่มมากขึ้น เมื่อมีการส่งเสริมความรู้ที่ถูกต้อง จึงเกิดการปฏิบัติที่สอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เขตความรับผิดชอบสถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก⁽³⁾ พบว่า คะแนนเฉลี่ยเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพหลังเข้าร่วมกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกระบวนการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$)

จากการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่า ทั้งตัวผู้สูงอายุและคนในครอบครัว มีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเอง ในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และการจัดการอารมณ์ ซึ่งเห็นว่าครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุ เพราะผู้สูงอายุมีสภาพร่างกายอ่อนแอ ต้องการการดูแลจากคนรอบข้าง⁽⁵⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะจากการวิจัยในครั้งนี้

ในการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุ เพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพตนเอง ควรให้ผู้สูงอายุได้มีส่วนร่วมในกระบวนการดังกล่าว 4 ขั้นตอนของ Gibson คือ 1) การค้นหาความจริง 2) การสะท้อนความคิด 3) การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมอย่างเหมาะสม 4) การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่เหมาะสม

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพผู้สูงอายุในการดูแลสุขภาพตนเอง โดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ และประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ทฤษฎีแรงจูงใจ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ ขอขอบพระคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพันชนะ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลพันชนะ อสม. และสมาชิกผู้สูงอายุบ้านมาบกราด ที่ให้การสนับสนุนและเอื้ออำนวยความสะดวกในทุกขั้นตอน และที่สำคัญได้ให้ความร่วมมือ และมีส่วนร่วมในการวิจัยเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. กษิตดา พานทอง. กระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจด้านสุขภาพผู้สูงอายุที่อยู่คนเดียว ชุมชนบ้านเวียงสวรรค์ อำเภอแม่เม้า จังหวัดลำปาง. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ; 2551.
2. คมกริช หุตะวัฒนะ. การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมสุขภาพของสมาชิกชมรมผู้สูงอายุตำบลพันชนะ อำเภอด่านขุนทด จังหวัดนครราชสีมา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นครราชสีมา : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ; 2553.
3. วิภาพร สิทธิศาสตร์. พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุในชุมชน เขตความรับผิดชอบสถานีอนามัยบ้านเสาหิน ตำบลวัดพริก อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี. พิษณุโลก : วิทยาลัย พยาบาลบรมราชชนนี พุทธชินราช, 2550.
4. นิตยา แก้วคำสอน. การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุ ตามหลัก 3 อ.โดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บ้านหนองจันทน์ ตำบลศรีวิไล อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต] นครราชสีมา : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ; 2558.
5. บรรลุ ศิริพานิช. คู่มือสูงอายุ : ฉบับเตรียมตัวก่อนสูงอายุ (เตรียมตัวเกษียณการงาน). กรุงเทพฯ : หมอชาวบ้าน ; 2550.
6. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. สุขภาพคนไทย 2555. [ออนไลน์]. 2555 [เข้าถึงเมื่อ 2555 สิงหาคม 18]. เข้าถึงได้จาก http://www.thaihealth.or.th/partner/books_rec/29302.
7. สถาบันวิจัยประชากรและสังคมมหาวิทยาลัยมหิดล.สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559. [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2560 กุมภาพันธ์ 1]. เข้าถึงได้จาก <http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsrbeta/FileUpload/PDF/Report-File-547.pdf>.

8. สุนทร โสภณอัมพรเสนีย์. การพัฒนาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้สูงอายุโดยกระบวนการเสริมสร้างพลังอำนาจ บ้านหนองพลวง ตำบลหนองพลวง อำเภอจักราช จังหวัดนครราชสีมา. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธรรณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. นครราชสีมา : มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา ; 2551.
9. สำนักงานสถิติจังหวัดนครราชสีมา.ประชากรจังหวัดนครราชสีมา 2559. [ออนไลน์]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2562 มีนาคม 30]. เข้าถึงได้จาก <http://www.Nkrat.nso.go.th>.
10. อำเภอคำชะอีจังหวัดนครราชสีมา. ศูนย์ข้อมูลประเทศไทย Thailand Information Center. [ออนไลน์]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 2559 ตุลาคม 11] เข้าถึงได้จาก <http://nakhonratchasima.kapook.com>.
11. องค์การบริหารส่วนตำบลพันชนะ. แผนพัฒนาสามปี องค์การบริหารส่วนตำบลพันชนะ พ.ศ. (2559-2561). 2559. องค์การบริหารส่วนตำบลพันชนะ อำเภอคำชะอี จังหวัดนครราชสีมา.
12. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพันชนะ. สรุปผลการดำเนินงานสาธารณสุขตำบลพันชนะ (1 ตุลาคม 2556 – 30 กันยายน 2557). 2557. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลพันชนะ.
13. Gibson. Theory of empowerment. [Online].1991 [cited 2013, June 15] Available from : <http://bantungsan.blogspot.com/>.

การเปรียบเทียบการตรวจวินิจฉัยหาไข่พยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจ Mini Parasep SF

กับวิธี Modified Kato-Katz ที่ใช้ในภาคสนามของเขตสุขภาพที่ 9

Comparison of the Mini Parasep SF kit and Modified Kato-Katz Techniques for Screening The eggs of *Opisthorchis viverrini* in Fieldwork of Regional Health 9

วิวัฒน์ สังฆะบุตร, บำเพ็ญ เก่งขุนทด และเฉลิมพร เทพหัสดิน ณ อยุธยา

Wiwat Sungkhabut, Bampen Kengkhumtad and Chalermpon Devahastin Na Ayudhya

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

The Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima

*Corresponding author E-mail : ph_academics@hotmail.com

(Received: December 1, 2018 ; Accepted : April 18, 2019)

บทคัดย่อ

พยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* ยังคงมีการระบาดอยู่ในประเทศไทยและมีอุบัติการณ์ของผู้ติดเชื้อสูงสุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่ไม่ปรากฏอาการและไม่ได้รับการตรวจอุจจาระเพื่อคัดกรองหาไข่พยาธิใบไม้ตับ การตรวจคัดกรองในภาคสนามโดยใช้วิธี Modified Kato-Katz (MKK) เป็นวิธีที่มีการใช้อยู่เดิมในการสำรวจความชุกและความรุนแรง ในปี พ.ศ. 2559 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ได้เพิ่มวิธีการตรวจวินิจฉัยด้วยเทคนิคใหม่ คือ ชุดตรวจ Mini Parasep SF (MPSF kit) ผลจากการตรวจด้วยวิธี MKK พบความชุกของการติดพยาธิใบไม้ตับร้อยละ 16.3 และ MPSF kit ร้อยละ 6.4 ซึ่งให้ค่าความชุกที่มีความแตกต่างกัน ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวางเพื่อเปรียบเทียบการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธีใหม่กับการตรวจวินิจฉัยเดิมมาเป็นวิธีวินิจฉัยอ้างอิง โดยนำข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่เสี่ยง 12 แห่ง จำนวน 2,184 ราย มาวิเคราะห์ด้วยเทคนิคทางสถิติพบว่า ร้อยละของผลตรวจที่ตรงกันทั้งสองวิธี (ความสอดคล้อง) (P_{pos}) เท่ากับ ร้อยละ 83.9 (P_{pos} ร้อยละ 29.9, P_{neg} ร้อยละ 90.9) และมีความสอดคล้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่มีความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 มีขนาดของความสอดคล้องในระดับพอใช้ ($Kappa = 0.23, 95\%CI; 0.18-0.28$) คุณสมบัติด้านความตรงของชุดตรวจเทียบกับวิธี MKK ในประชาชนรายเดียวกัน มีสัดส่วนของการตรวจพบไข่พยาธิในผู้ที่ติดพยาธิจริง (sensitivity) ร้อยละ 20.6 และสัดส่วนของการตรวจไม่พบไข่พยาธิในผู้ที่ไม่ติดพยาธิ (specificity) ร้อยละ 96.6 ค่าทำนายผลบวก ร้อยละ 54.7 และค่าทำนายผลลบร้อยละ 85.9 จากวิธีการตรวจด้วยเทคนิคใหม่ที่นำมาใช้คือ MPSF kit มีข้อดีคือเป็นระบบปิดมีความปลอดภัย แต่อาจตรวจไม่พบเนื่องจากใช้ปริมาณอุจจาระน้อย และจากการเปรียบเทียบกับวิธีเดิมที่ใช้ในการอ้างอิงให้ผลขนาดของความสอดคล้องกัน (agreement) ในระดับพอใช้ แสดงให้เห็นว่าชุดตรวจสามารถตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับในประชาชนกลุ่มเสี่ยงรายเดียวกันได้ตรงกัน แต่ก็ยังตรวจไม่พบในบางรายที่ตรวจพบจากวิธี MKK อย่างไรก็ตาม การตรวจด้วย MPSF kit เป็นวิธีที่มีประโยชน์ โดยเฉพาะสามารถตรวจพบปรสิตในลำไส้ก่อโรคในระยะตัวอ่อนของพยาธิ และชีสต์ของโปรโตซัวได้ สามารถนำมาช่วยเสริมในการตรวจวินิจฉัยการติดพยาธิและจำแนกชนิดในระดับชุมชนได้ดีขึ้น แต่วิธี MKK ยังเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สามารถใช้ในการดำเนินงานควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับได้ดีในภาคสนามระยะยาว ซึ่งมีกระบวนการตรวจที่ง่าย ประหยัด และช่วยในการบริหารจัดการทรัพยากรอย่างจำกัดให้เกิดความคุ้มค่าของหน่วยงานสาธารณสุขในระดับตำบล

คำสำคัญ: การตรวจวินิจฉัยหาไข่พยาธิ, พยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini*, Mini Parasep SF, Modified Kato-Katz, เขตสุขภาพที่ 9

Abstract

Opisthorchis viverrini (OV) infection is still endemic areas with the highest incidence of liver fluke infections among in the north-eastern region of Thailand. Most at risk groups are asymptomatic and usually undiagnosed of stool for screening the eggs of OV. Fieldwork using the Modified Kato-Katz (MKK) methods for prevalence and intensity of infections. In 2016, the Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima, has added a new diagnostic tool is Mini Parasep SF kit (MPSF kit). The prevalence rates of MKK 16.3%, MPSF kit 6.4%, which gives different results. A cross-sectional study to comparison of two tools. With the data from registry of liver fluke 12 areas (settings include Nakhon Ratchasima 3 areas, Chaiyaphum 2 areas, Buriram 4 areas and Surin 3 areas) total 2,148 cases analyzed by statistical techniques. The results of this study showed that proportion agreement (P_o) 83.9% (P_{pos} 29.9%, P_{neg} 90.9%), with fair agreement the two tools calculate Cohon's kappa (kappa = 0.23, 95%CI; 0.18–0.28), when compared with MPSF kit as the MKK, the tool had a sensitivity 20.6%, specificity 96.6%, PPV 54.7% and NPV 85.9%. However, the survey of prevalence and intensity of OV in fieldwork, the MKK method is still appropriate for the community. A new diagnostic tool (MPSF kit) which include closed system, safety, if the small amount of the sample stool not detected, although the level of agreement and sensitivity were low for both, this method is a useful screening technique were not able to detect the eggs of OV in some cases. Particularly, assays for detect infective larval stage parasites and protozoa cysts. Therefore, the selection the MKK used in fieldwork and long-term, should take into account the ease of use and efficient management of limited resources for primary care unit.

Keywords: Screening method, *Opisthorchis viverrini*, Mini Parasep SF, Modified Kato-Katz, Regional Health 9

บทนำ

โรคพยาธิใบไม้ตับ (*Opisthorchiasis*) เป็นโรคติดต่อจากปรสิตที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีอุบัติการณ์ของผู้ติดเชื้อสูงสุด เนื่องจากคนยังมีพฤติกรรมการกินปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดขาว เช่น ปลาดิบ ปลาขาว ปลาสร้อย ปลากะตอก ปลาแม่สะแตง ปลาชิว ปลาแก้มขี้ปลา ปลาขานาแบบดิบ หรือดิบๆ สุกๆ ที่มีตัวอ่อนระยะติดต่อของพยาธิใบไม้ตับชนิด *Opisthorchis viverrini* แล้วพัฒนากลายเป็นพยาธิตัวเต็มวัยอาศัยอยู่ในทางเดินท่อน้ำดีของมนุษย์และอาศัยอยู่ได้นานกว่า 25 ปี⁽¹⁾ การแสดงอาการของโรคมีตั้งแต่ไม่แสดงอาการจนกระทั่งมีการพัฒนากลายเป็นมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) และขึ้นอยู่กับปริมาณระยะเวลาของการติดพยาธิ *O. viverrini*⁽²⁾ และถูกจัดให้เป็นสารก่อมะเร็งชีวภาพในกลุ่มที่ 1^(3,4) การแก้ไขปัญหาที่ผ่านมานั้น การป้องกันรักษาพยาธิใบไม้ตับของประเทศไทยประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่ง แต่ยังคงมีประชาชนกลุ่มเสี่ยงอีกจำนวนมากในพื้นที่ การดำเนินงานโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในปี พ.ศ. 2559 เป็นปีแรกที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ได้เข้าร่วมดำเนินการกับเครือข่ายหลายภาคส่วนในระดับภาคตะวันออกเฉียงเหนือและประเทศ ตามแผนยุทธศาสตร์ทศวรรษกำจัดปัญหาพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีปี 2559–2568 ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ และยุทธศาสตร์ที่ 3 คือ พัฒนาคุณภาพการคัดกรองวินิจฉัย การดูแลรักษา การส่งต่อทั้งระบบอย่างบูรณาการ เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่มีความสำคัญในการตรวจคัดกรองพยาธิใบไม้ตับในระดับชุมชน ซึ่งจากการคัดกรองกลุ่มเสี่ยงเพื่อตรวจหาโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 โดยการตรวจอุจจาระด้วยวิธี Modified Kato-Katz พบอัตราความชุกของการติดพยาธิใบไม้ตับ คิดเป็นร้อยละ 16.3 โดยจังหวัดที่มีความชุกของการติดพยาธิใบไม้ตับสูงสุด คือ จังหวัดบุรีรัมย์ ร้อยละ 26.8 รองลงมาคือจังหวัดชัยภูมิ ร้อยละ 12.9 จังหวัดสุรินทร์ ร้อยละ 11.7 และจังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 10.8 (เกณฑ์น้อยกว่าร้อยละ 10) สำหรับการตรวจด้วยชุดตรวจ Mini Parasep SF (MPSF) พบอัตราความชุกของการติดพยาธิ

ใบไม้ตับเท่ากับร้อยละ 6.4⁽⁵⁾

ปัจจุบันยังไม่สามารถที่จะตรวจวินิจฉัยการติดพยาธิใบไม้ตับซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีในระยะเริ่มต้นได้อย่างแม่นยำ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่จะมาพบแพทย์หลังจากปรากฏอาการที่มีการดำเนินโรคระยะท้าย ๆ แล้ว ดังนั้นการตรวจวินิจฉัยการติดพยาธิใบไม้ตับในระดับปฐมภูมิโดยการเก็บอุจจาระของประชาชนกลุ่มเสี่ยงจึงยังมีความสำคัญอย่างยิ่ง วิธีการตรวจที่สนับสนุนให้สามารถคัดกรองถึงอัตราความชุกและความรุนแรงในระดับพื้นที่ตามหน่วยที่ตั้งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) คือ วิธี Modified Kato-Katz ซึ่งเป็นวิธีที่มีการใช้ในการดำเนินงานควบคุมโรคหนอนพยาธิในภาคสนามของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน โดยในปี พ.ศ. 2559 ได้มีการนำวิธีการตรวจวินิจฉัยแบบใหม่เข้ามาใช้ร่วมกันในพื้นที่ คือ ชุดตรวจ Mini Parasep SF เป็นเทคนิคใหม่ที่ใช้ในการตรวจวินิจฉัยโรคปรสิตในลำไส้และมีการใช้ในการตรวจอุจจาระในหลายประเทศทั่วโลก⁽⁶⁾ ผลการรายงานหลายฉบับแสดงให้เห็นถึงข้อมูลการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับและหนอนพยาธิชนิดอื่น ๆ รวมถึงโปรโตซัวของเครื่องมือทั้งสอง ที่ให้ผลแตกต่างกัน ทั้งค่าอัตราความชุกของการติดพยาธิใบไม้ตับ ค่าความไว และความจำเพาะที่แตกต่างกัน ดังนั้นการนำชุดตรวจ Mini Parasep SF มาใช้ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 นั้น จึงควรมีการศึกษาถึงผลการตรวจวินิจฉัย เมื่อเทียบกับวิธีการเดิม คือ วิธี Modified Kato-Katz เพื่อช่วยในการตัดสินใจเลือกวิธีการวินิจฉัยหาไข่พยาธิใบไม้ตับที่มีความเหมาะสมกับการดำเนินงานในภาคสนามต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อบรรยายลักษณะและเปรียบเทียบประสิทธิผลของการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับโดยวิธี Modified Kato-Katz กับชุดตรวจ Mini Parasep SF

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) เพื่อเปรียบเทียบการตรวจวินิจฉัยหาไข่พยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจ Mini Parasep SF กับวิธี Modified Kato-Katz ที่ใช้ในภาคสนามของเขตสุขภาพที่ 9

พื้นที่ศึกษา คือ พื้นที่เสี่ยงตามโครงการกำจัดปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีฯ ของเขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 12 แห่ง ประกอบด้วย

จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ ตำบลเสมาใหญ่ อำเภอบัวใหญ่, ตำบลโคกกลาง อำเภอประทาย และตำบลโพหนอง อำเภอสี่ตา

จังหวัดชัยภูมิ จำนวน 2 แห่ง ได้แก่ ตำบลบ้านแก้ง อำเภอภูเขียว และตำบลวังทอง อำเภอกักตี่ชุมพล

จังหวัดบุรีรัมย์ จำนวน 4 แห่ง ได้แก่ ตำบลถาวร อำเภอเฉลิมพระเกียรติ, ตำบลบึงเจริญ อำเภอบ้านกรวด, ตำบลสะแก อำเภอสตึก และตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอหนองกี่

จังหวัดสุรินทร์ จำนวน 3 แห่ง ได้แก่ ตำบลลุ่มมะวี อำเภอจอมพระ, ตำบลธาตุ อำเภอรัตนบุรี และตำบลหนองบัว อำเภอศีร์ชภูมิ

ประชากรเป้าหมาย คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลเสมาใหญ่ อำเภอบัวใหญ่, ตำบลโคกกลาง อำเภอประทาย และตำบลโพหนอง อำเภอสี่ตา ของจังหวัดนครราชสีมา และประชาชนในตำบลบ้านแก้ง อำเภอภูเขียว และตำบลวังทอง อำเภอกักตี่ชุมพล ของจังหวัดชัยภูมิ และประชาชนในตำบลถาวร อำเภอเฉลิมพระเกียรติ, ตำบลบึงเจริญ อำเภอบ้านกรวด ตำบลสะแก อำเภอสตึก และตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอหนองกี่ ของจังหวัดบุรีรัมย์

และประชาชนในตำบลลุ่มระวี อำเภोजอมพระ ตำบลธาตุ อำเภอรัตนบุรี และตำบลหนองบัว อำเภอศีขรภูมิ ของจังหวัดสุรินทร์
ประชากรศึกษา คือ ประชาชนที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ทุกคนอาศัยอยู่ในพื้นที่ 12 ตำบลเป้าหมายระหว่างเดือน
กันยายน พ.ศ. 2558 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559

กลุ่มตัวอย่าง คือ ตัวอย่างของประชาชนที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธี Modified Kato-Katz กับชุดตรวจ Mini Parasep SF อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 12 แห่ง ตามโครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและ
มะเร็งท่อน้ำดีในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี พ.ศ. 2559

ขนาดตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้กำหนดตามโครงการแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปี พ.ศ. 2559 เพื่อสำรวจความชุกและความรุนแรงของการติดพยาธิใบไม้ตับ
ร้อยละ 20 จากกลุ่มตัวอย่างที่กำหนดในแต่ละพื้นที่ 905 ราย ได้จำนวน 182 รายต่อแห่ง รวมทั้งหมดจำนวน 2,184 ราย
ได้รับการตรวจทั้งสองวิธี คือ ชุดตรวจ Mini Parasep SF และวิธี Modified Kato-Katz โดยดำเนินการพร้อมกัน

ข้อมูล แหล่งข้อมูล และวิธีการรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่นำมาศึกษาในครั้งนี้ได้จากรายงานการบันทึกผลการตรวจ
หาไข่พยาธิใบไม้ตับ และปรสิตก่อโรคอื่นๆ ปี พ.ศ. 2559 ด้วยวิธี Modified Kato-Katz และชุดตรวจ Mini Parasep SF
ตามโครงการกำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีถวายเป็นพระราชกุศลฯ ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เป็นข้อมูลแน่นับ โดยดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามแบบเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้ศึกษา
สร้างขึ้น

การตรวจสอบ และการปรับปรุงแก้ไขข้อมูล โดยการนำข้อมูลที่ได้มาทำความสะอาดข้อมูล (Data cleansing) ให้ได้
สารสนเทศที่มีคุณภาพ ด้วยโปรแกรม EpiData Entry 3.1 พร้อมตรวจสอบความถูกต้องด้วยระบบ Double Check จากผู้ป้อน
ข้อมูลสองคน เพื่อสามารถนำไปประมวลผลได้อย่างถูกต้อง

การวิเคราะห์ข้อมูล สถิติที่ใช้ และการแปลผล ผู้ศึกษาต้องการทราบว่าวิธีการตรวจวินิจฉัย 2 วิธี ภายใต้กล้องจุลทรรศน์
เพื่อวินิจฉัยการติดพยาธิใบไม้ตับ ชนิด *O. viverrini* ได้ตรงกันหรือไม่โดยนำข้อมูลเพื่อเข้าสู่การประมวลผลของแต่ละกลุ่ม และ
เปรียบเทียบโดยใช้วิธีทางสถิติในกรณีข้อมูลจำแนก คือ ร้อยละของความสอดคล้อง (Percent agreement) แคลปป์ (Cohen's
Kappa) และความไว (Sensitivity) ความจำเพาะ (Specificity) ค่าทำนายผลบวก (Predictive Value Positive) ค่าทำนายผลลบ
(Predictive Value Negative) ของการทดสอบด้วยโปรแกรม STATA 10.1 (ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น) ร่วมกับการ
คำนวณด้วยมือในการประเมินความสอดคล้องของเครื่องมือตรวจวินิจฉัยของวัตถุประสงค์การศึกษานั้น ผู้ศึกษาจะเลือกใช้วิธี
การพรรณาอย่างง่ายด้วยการนำเสนอค่า kappa และนำเสนอค่าร้อยละความสอดคล้องควบคู่ไปด้วย^(7,8) โดยมีสัญลักษณ์และ
ใช้สูตรการคำนวณ ดังนี้

		Modified Kato-Katz		
		Positive	Negative	Total
Mini Parasep SF kit	Positive	a	b	g_1
	Negative	c	d	g_2
	Total	f_1	f_2	N

1. ร้อยละหรือสัดส่วนของความสอดคล้องของข้อมูล มีสูตรดังนี้

$$p_o = (a + d) / N$$

$$p_e = (f_1 g_1 + f_2 g_2) / N^2$$

โดย P_o คือ ร้อยละหรือสัดส่วนความสอดคล้องระหว่างข้อมูลที่ได้จากการสังเกต

P_e คือ ร้อยละหรือสัดส่วนความสอดคล้องระหว่างข้อมูลที่เกิดขึ้นโดยบังเอิญ

2. แคปปา (Cohen's Kappa) เป็นสถิติที่ใช้วัดความสอดคล้องระหว่างข้อมูลที่มีการปรับแก้ความสอดคล้องโดยบังเอิญ (Kappa measures the agreement beyond that expected by chance) มีสูตรดังนี้

$$K = \frac{p_o - p_e}{1 - p_e}$$

3. กำหนดเกณฑ์การแปลความหมายของค่าสถิติ kappa พิจารณา ดังนี้⁽⁹⁾

ค่าสถิติ Kappa	ขนาดความสอดคล้อง
< 0.00	แย่มาก (Poor agreement)
0.00 – 0.20	น้อย (Slight agreement)
0.21 – 0.40	พอใช้ (Fair agreement)
0.41 – 0.60	ปานกลาง (Moderate agreement)
0.61 – 0.80	ดี (Substantial agreement)
0.81 – 1.00	ดีมาก/ค่อนข้างสมบูรณ์ (Almost Perfect agreement)

* ค่าสถิติ kappa มีค่าระหว่าง -1 ถึง +1 โดย ค่า kappa เท่ากับ 0 หมายถึง ข้อมูลเป็นอิสระต่อกัน ไม่สัมพันธ์กัน ไม่สอดคล้องกัน, ค่า kappa เท่ากับ -1 หมายถึง ข้อมูลไม่มีความสอดคล้องกัน นอกจากนั้นเมื่อพิจารณาในรายละเอียดยังพบว่า ความสอดคล้องโดยบังเอิญมีขนาดมากกว่าความสอดคล้องที่แท้จริง และค่า kappa เท่ากับ 1 ข้อมูลมีความสอดคล้องกันโดยสมบูรณ์

ผลการศึกษา

การศึกษาเรื่องการเปรียบเทียบการตรวจวินิจฉัยหาไข่พยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจ Mini Parasep SF กับวิธี Modified Kato-Katz ที่ใช้ในภาคสนามของเขตสุขภาพที่ 9 ได้ทำการศึกษาลักษณะและเปรียบเทียบประสิทธิภาพของการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับโดยวิธี MKK กับ MPSF kit จากทะเบียนชุดข้อมูลผลการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับตามโครงการรณรงค์กำจัดพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีฯ ของปี พ.ศ. 2559 เพื่อกำหนดแนวทางที่เป็นไปได้ในการปรับปรุงคุณภาพการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับในภาคสนามของเขตสุขภาพที่ 9 โดยดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 ถึงเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 จำนวน 2,184 ราย ซึ่งผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางในการนำเสนอผลการศึกษาเป็นประเด็นต่างๆ ดังนี้

1. ลักษณะข้อมูลเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง

โดยการเก็บข้อมูลจากการตรวจคัดกรองหาไข่พยาธิใบไม้ตับด้วยวิธี Modified Kato-Katz และชุดตรวจ Mini Parasep SF จากประชาชนในพื้นที่เสี่ยงอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป 12 ตำบล แบ่งเป็นในจังหวัดบุรีรัมย์ 4 แห่ง ได้แก่ ตำบลสะแก อำเภอสตึก, ตำบลบึงเจริญ อำเภอบ้านกรวด, ตำบลถาวร อำเภอเฉลิมพระเกียรติ, ตำบลทุ่งกระตาดพัฒนา อำเภอหนองกี่ จำนวน 728 ราย, จังหวัดสุรินทร์ 3 แห่ง ได้แก่ ตำบลลุ่มมะวี อำเภอจอมพระ, ตำบลธาตุ อำเภอรัตนบุรี, ตำบลหนองบัว อำเภอศีขรภูมิ จำนวน 546 ราย, จังหวัดนครราชสีมา 3 แห่ง ได้แก่ ตำบลโคกกลาง อำเภอประทาย, ตำบลโพหนอง อำเภอสีดา, ตำบลเสมาใหญ่ อำเภอบัวใหญ่ จำนวน 546 ราย และจังหวัดชัยภูมิ 2 แห่ง ได้แก่ ตำบลวังทอง อำเภอภักดีชุมพล, ตำบลบ้านแก่ง อำเภอภูเขียว จำนวน 364 ราย โดยกลุ่มตัวอย่างมีหมายเลข PID ตรงกันตามผลการตรวจคัดกรองรวมจำนวน 2,184 ราย

2. ความสอดคล้องของการตรวจวินิจฉัยหาไข่พยาธิใบไม้ตับ

การตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือตรวจวินิจฉัยการติดพยาธิใบไม้ตับในการศึกษาครั้งนี้ โดยพิจารณาจากทดสอบความสอดคล้องของการวัด (Agreement) คือ ชุดตรวจ Mini Parasep SF ซึ่งเป็นวิธีตรวจใหม่ จะถูกเปรียบเทียบกับวิธีการตรวจด้วยเทคนิค Modified Kato-Katz เป็นการตรวจที่ใช้อยู่เดิมมาเป็นวิธีวินิจฉัยอ้างอิง ซึ่งลักษณะเป็นข้อมูลจำนวนนับ พบว่า ร้อยละของผลการตรวจที่ตรงกันทั้งสองวิธี (ความสอดคล้อง) ของผลการตรวจวินิจฉัยในภาพรวมทั้งหมด (Agreement; P_o) เท่ากับร้อยละ 83.9 โดยข้อมูลบุคคลที่ทำการตรวจ การบันทึกผลการตรวจเป็นบุคคลคนเดียวกัน เมื่อจำแนกเป็นกรณีเฉพาะ Positive rating (P_{pos}) เท่ากับร้อยละ 29.9 แสดงให้เห็นว่าชุดตรวจ MPSF สามารถตรวจพบคนที่ติดพยาธิใบไม้ตับได้ต่ำเมื่อเทียบกับการตรวจด้วยเทคนิค MKK แต่เมื่อเปรียบเทียบกันในกรณี Negative rating (P_{neg}) คือ ชุดตรวจ MPSF สามารถที่จะระบุคนที่ไม่ติดพยาธิได้ตรงกับวิธี MKK เท่ากับร้อยละ 90.9 และค่าสัมประสิทธิ์แคปปาของโคเฮน (Cohen's kappa; K) ของชุดตรวจ MPSF กับเทคนิค MKK ให้ความสอดคล้องของทั้งสองว่ามีความตรงกัน เท่ากับ 0.23 ($Z=12.35$, $p<0.0001$, 95%CI; 0.18–0.28) เทียบกับเกณฑ์แปรผลมีขนาดของความสอดคล้องอยู่ในระดับพอใช้ คือ ผลความสอดคล้องยังอยู่ในระดับที่ไม่สูงมาก และพบว่ายังมีส่วนของผลการตรวจที่ให้ผลไม่ตรงกันของทั้งสองวิธีในรายที่ติดพยาธิใบไม้ตับ ดังตารางที่ 1

3. ความไว ความจำเพาะ ค่าทำนายผลบวก และค่าทำนายผลลบของเครื่องมือในการตรวจวินิจฉัย

การหาความไวและความจำเพาะของวิธีตรวจวินิจฉัยการติดพยาธิใบไม้ตับในภาคสนามจากการใช้ชุดตรวจ Mini Parasep SF โดยเปรียบเทียบกับวิธีการตรวจด้วยเทคนิค Modified Kato-Katz ที่ใช้เป็นวิธีอ้างอิงพบว่าชุดตรวจ MPSF มีความไว (Sensitivity) คือ มีสัดส่วนของผลบวกจากการตรวจในประชาชนที่ติดพยาธิใบไม้ตับอยู่ในร่างกายจริงมีโอกาสที่จะให้ผลบวกอยู่ที่ร้อยละ 20.6 (95%CI; 16.6–25.1) สามารถตรวจพบการติดพยาธิใบไม้ตับได้ต่ำ แต่มีความจำเพาะ (Specificity) สูงในการตรวจจากประชาชนที่ไม่ป่วยมีโอกาสที่ผลการตรวจจะให้ผลลบเป็นร้อยละ 96.6 (95%CI; 95.7–97.4) เมื่อเทียบกับวิธี MKK

ค่าการทำนายโรค (Predictive value) ของเครื่องมือ MPSF พบว่า ค่าที่แสดงถึงความน่าจะเป็นของประชาชนซึ่งให้ผลการตรวจวินิจฉัยเป็นบวก (Positive predictive value; PPV) จะติดพยาธิใบไม้ตับจริงเท่ากับร้อยละ 54.7 (95% CI; 46.0–63.3) และค่าที่แสดงถึงความน่าจะเป็นของประชาชนซึ่งได้ผลการทดสอบเป็นลบ (Negative predictive value; NPV) จะไม่ติดพยาธิใบไม้ตับจริงเท่ากับร้อยละ 85.9 (95%CI; 84.3–87.4) ดังตารางที่ 2

Table 1 The data concern the structure of agreement and disagreement between two methods (MPSF kit and MKK) in the screening the eggs of *Opisthorchis viverrini*.

Method	Modified Kato-Katz		P _o	P _e	P _{pos}	P _{neg}	Kappa (CI)
	positive	negative					
Mini Parasep SF kit	positive	75	62	83.9	79.2	29.9	0.23 (0.18-0.28)
	negative	289	1,758				

Table 2 Results of MPSF kit and MKK analysis of sensitivity, specificity, positive predictive value and negative predictive value.

Method		Modified Kato-Katz		Sensitivity	Specificity	PPV	NPV
		positive	negative				
		(percentages) (95% CI)					
Mini Parasep SF kit	positive	75	62	20.6	96.6	54.7	85.9
	negative	289	1,758	(16.6-25.1)	(95.7-97.4)	(46.0-63.3)	(84.3-87.4)

อภิปรายผล

การตรวจคัดกรองหาไข่พยาธิใบไม้ตับจากอุจจาระภายใต้กล้องจุลทรรศน์ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคพยาธิใบไม้ตับให้มีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลต่อการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดีด้วยเช่นกัน การตรวจวินิจฉัยการติดพยาธิใบไม้ตับในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ใช้วิธี Modified Kato-Katz (MKK) ซึ่งเป็นวิธีที่ถูกกำหนดให้ใช้ในการดำเนินงานควบคุม ป้องกันโรคมาอย่างต่อเนื่อง เป็นวิธีการที่ง่าย ประหยัดต่อการดำเนินงานในภาคสนาม แต่ก็มีผลจำเป็นต้องใช้ความชำนาญในการจำแนกชนิดไข่พยาธิด้วยเช่นกัน โดยในปี 2559 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ได้นำเทคนิคใหม่มาใช้เพิ่มในพื้นที่ คือ การใช้ชุดตรวจ Mini Parasep SF ควบคู่ไปกับวิธีที่ใช้อยู่เดิม (MKK) ในการตรวจคัดกรองในชุมชน การดำเนินงานภายใต้โครงการของ CASCAP และกรมควบคุมโรคเพื่อป้องกัน และควบคุมพยาธิใบไม้ตับชนิด *O. viverrini* ที่มีการระบาดในประเทศไทย โดยเฉพาะภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นสาเหตุหนึ่งของการก่อให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดี^(2, 3, 10, 11) จากผลการตรวจคัดกรองในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 2,184 ราย ในพื้นที่ 12 แห่ง ด้วยเครื่องมือสำหรับวินิจฉัยสองวิธี คือ Modified Kato-Katz พบอัตราความชุกของการติดพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 16.3 และชุดตรวจ Mini Parasep SF ร้อยละ 6.4⁽⁵⁾ โดยผลจากการตรวจสอบความเที่ยงตรงของเครื่องมือตรวจวินิจฉัยการติดพยาธิใบไม้ตับด้วยการทดสอบความสอดคล้องของชุดตรวจ MPSF เปรียบเทียบกับ MKK ที่ใช้เป็นตัวอ้างอิง พบว่า ร้อยละของความสอดคล้องในการวินิจฉัยการติดพยาธิใบไม้ตับ (P_o) เท่ากับร้อยละ 83.9 (P_{pos} เท่ากับร้อยละ 29.9, P_{neg} เท่ากับร้อยละ 90.9) ซึ่งอยู่ในระดับที่ดี แต่เมื่อพิจารณาในประเด็นของความสามารถในการตรวจพบคนที่ติดพยาธิใบไม้ตับของชุดตรวจ MPSF ได้ต่ำเมื่อเทียบกับการตรวจด้วยเทคนิค MKK แต่ชุดตรวจ MPSF สามารถระบุคนที่ไม่ติดพยาธิได้ตรงกับวิธี MKK ได้ตรงกันค่อนข้างสูง จากข้อมูลดังกล่าวมีส่วนทำให้ขนาดของความสอดคล้องอยู่ในระดับพอใช้ (Kappa = 0.23, 0.18-0.28) จากรายงานการศึกษาของ Laoprom N และคณะ⁽¹²⁾ ได้ทำการศึกษาความสอดคล้องของชุดตรวจ MPSF เมื่อเทียบกับวิธี FECT กลุ่มตัวอย่าง 130 ราย ในจังหวัดขอนแก่น พบว่าขนาดของความสอดคล้องอยู่ในระดับปานกลาง (kappa = 0.58, 0.34-0.82) อย่างไรก็ตามขนาดของความสอดคล้องได้จัดกลุ่มและให้ความหมายเป็นไปใน

เชิงปฏิบัติเท่านั้น ดังนั้นการเลือกใช้วิธีการพรรณนอย่างง่ายเป็นวิธีการที่เหมาะสมที่สุด⁽⁷⁾ การศึกษาครั้งนี้ให้ค่าร้อยละของผลตรวจที่ตรงกันทั้งสองวิธี (ความสอดคล้อง) อยู่ในระดับที่ยอมรับได้ มีความสอดคล้องระหว่างข้อมูลเกินกว่าร้อยละ 80 ทั้งนี้การที่ผลการศึกษาให้ค่าขนาดความสอดคล้องของข้อมูลไม่สูงมากนัก อาจเนื่องมาจากขั้นตอนของการเตรียมตัวอย่างของวิธี MPSF ที่ใช้ปริมาณอุจจาระที่ใช้ตรวจน้อย (MPSF 0.5 กรัม, MKK 1 กรัม) จำนวนหยดของตัวอย่างอุจจาระที่สุมูดขึ้นมาตรวจต่อสไลด์ในแต่ละรายเพียง 1-2 หยด และเจ้าหน้าที่เกิดความล้าจากการทำงานที่ต้องใช้ระยะเวลาในการตรวจทั้งสองวิธี เมื่อนำข้อมูลจากการตรวจคัดกรองมาวิเคราะห์ทำให้การ rate ตกอยู่ในเซลล์ใดเซลล์หนึ่งเป็นจำนวนมาก จึงมีส่วนทำให้ข้อมูลแปรผันต่ำ^(7, 13) ดังนั้นรายละเอียดของขั้นตอนกระบวนการตรวจวินิจฉัย และเจ้าหน้าที่ที่ทำการตรวจวินิจฉัยจึงมีความสำคัญอย่างมาก

การเปรียบเทียบเครื่องมือวินิจฉัยการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับด้วยชุดตรวจ MPSF มีค่าความไวอยู่ที่ร้อยละ 20.6 (95%CI; 16.6-25.1) สามารถที่จะตรวจพบการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้ต่ำ และให้ค่าความจำเพาะสูงอยู่ที่ร้อยละ 96.6 (95%CI; 95.7-97.4) เมื่อเทียบกับวิธี MKK และค่าการทำนายโรคอยู่ในระดับค่อนข้างดีทั้งผลของโอกาสที่คนป่วยแล้วตรวจพบว่าติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจริงเท่ากับร้อยละ 54.7 และโอกาสที่คนไม่ป่วยตรวจแล้วไม่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเท่ากับร้อยละ 85.9 ซึ่งชุดตรวจ MPSF ก็สามารถนำมาเป็นเครื่องมือในการดำเนินงานในระดับชุมชนได้ แต่การตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับภายใต้กล้องจุลทรรศน์ก็ขึ้นกับความชำนาญของผู้ตรวจด้วยเช่นกัน⁽¹⁴⁾ ประกอบกับในบางรายงานการศึกษาที่มีการนำ ชุดตรวจ MPSF มาใช้ให้ความไวในการตรวจหาปรสิตในลำไส้และมีอัตราการตรวจพบโปรโตซัวสูงได้ดีกว่าวิธี FECT (วิธีมาตรฐาน) และ Direct smear^(6, 15, 16) ชี้ให้เห็นถึงความแตกต่างของความไวในรายงานการศึกษาที่ยังมีผลที่แตกต่างกัน โดย Kaewpittoon SJ และคณะ⁽¹⁶⁾ ยังรายงานถึงการใช้เวลาเฉลี่ยในกระบวนการตรวจวินิจฉัยด้วยชุดตรวจ MPSF เทียบกับ Direct wet smear ใช้เวลา 6.03 นาทีต่อตัวอย่าง และมีค่าใช้จ่ายต้นทุนการตรวจสูงกว่าถึง 21 บาท และชุดตรวจใช้ได้ครั้งเดียวไม่สามารถนำกลับมาใช้ใหม่ได้ และกล่าวว่าการนำชุดตรวจ MPSF มาใช้ในงานประจำของห้องปฏิบัติการในสถานพยาบาลมีประโยชน์สามารถช่วยเพิ่มผลผลิตได้ แต่ก็มีค่าใช้จ่ายและเวลาในการทำงานเพิ่มขึ้น ส่วนในการสำรวจหรือการดำเนินงานกับพื้นที่ชุมชนของกระทรวงสาธารณสุขจะนิยมใช้วิธี Kato thick smear และวิธี Kato-Katz แต่ทั้งสองวิธีนี้ให้ค่าความไวและความจำเพาะต่ำกว่าวิธี FECT อย่างไรก็ตามจากการศึกษาของ Funk AL และคณะ⁽¹⁷⁾ ได้เปรียบเทียบวิธี Kato-Katz, Ethyl-acetate sedimentation และ Midi Parasep kit เพื่อประเมินระบบสุขภาพของชนบทในประเทศอินเดียพบว่า วิธี Kato-Katz ให้ผลดีที่สุดในการดำเนินงาน โดยมีประสิทธิภาพของเครื่องมือในการวัดด้านความชุก ความรุนแรงของโรค และความไว ทั้งนี้ก็ยังพบรายงานการศึกษาถึงการเปรียบเทียบผลโดยตรงระหว่างเครื่องมือทั้งสองของการใช้ชุดตรวจ MPSF กับวิธี MKK ดังนั้นสรุปได้ว่าการดำเนินการสำรวจทั้งความชุกและความรุนแรงของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในภาคสนามนั้น การใช้วิธีการตรวจวินิจฉัยด้วยเทคนิค MKK จึงยังเป็นวิธีการที่มีความเหมาะสมและใช้ได้ดีต่อการดำเนินงานเชิงรุกในภาคสนามตามชุมชนของเขตสุขภาพที่ 9 แต่หากจะเพิ่มการตรวจด้วยชุดตรวจ MPSF เข้ามาสนับสนุนในการดำเนินงานก็เป็นอีกทางเลือกหนึ่งสำหรับพื้นที่ที่มีทรัพยากรเพียงพอและเหมาะกับการตรวจในห้องปฏิบัติการแบบตั้งรับ อันจะก่อให้เกิดการดำเนินงานมาตรการตรวจคัดกรองการติดเชื้อพยาธิและจำแนกชนิดอันจะเป็นประโยชน์ต่อประชาชนในด้านการป้องกัน ควบคุม และรักษาผู้ที่ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ รวมทั้งหนอนพยาธิชนิดอื่น ๆ ในระดับชุมชนของเขตสุขภาพที่ 9 ได้อย่างครอบคลุมตามพื้นที่เสี่ยงเป้าหมาย

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ ผลจากค่าการตรวจวินิจฉัยที่ตรงกัน (ความสอดคล้อง) อยู่ในระดับพอใช้ทำให้พบข้อแตกต่างของผลการตรวจ 2 วิธี สามารถให้ข้อเสนอแนะได้ดังนี้

1.1 ในการตรวจคัดกรองประชาชนเพื่อหาความชุกและความรุนแรง แนะนำให้ใช้วิธี Modified Kato-Katz เพราะให้ความไวค่อนข้างสูงช่วยในการให้ยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับแก่ประชาชนในชุมชนได้เร็วขึ้น และเมื่อต้องการผลยืนยันในรายที่ตรวจไม่พบสามารถใช้ชุดตรวจ Mini Parasep SF เพราะให้ความจำเพาะค่อนข้างสูง ช่วยในการตรวจยืนยันอีกครั้งได้

1.2 สามารถใช้ชุดตรวจ Mini Parasep SF ในการตรวจหาผู้ติดเชื้อพยาธิลำไส้ชนิดอื่นๆ ในระยะตัวอ่อนและระยะ cyst ของโปรโตซัวได้ดี

1.3 ควรมีการเพิ่มจำนวนสไลด์การตรวจด้วยวิธี Mini Parasep SF เป็น 4-5 สไลด์ เนื่องจากใน 1 หลอด ได้ทำการสุมตรวจเพียง 2 สไลด์ ซึ่งอาจจะมีไข่ของพยาธิไม่ถูกดูดสุมขึ้นมาตรวจได้

1.4 ผู้ตรวจวินิจฉัยควรจัดเวลาพักระหว่างการทำงานเพื่อลดความผิดพลาดจากการใช้สายตา ความล้าจากการทำงานตรวจจำแนกชนิดไข่พยาธิภายใต้กล้องจุลทรรศน์เป็นเวลานาน

2. ข้อเสนอแนะในการทำศึกษาครั้งต่อไป ควรมีการศึกษาเปรียบเทียบกับวิธีตรวจวินิจฉัยที่เป็นมาตรฐาน (Gold standard test) และหากมีงบประมาณเพียงพอควรศึกษาถึงต้นทุนการตรวจวินิจฉัยกับการดำเนินงานโครงการที่มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างปริมาณมาก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ที่ให้ความสำคัญในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ขอขอบคุณนางนันทนา แต่ประเสริฐ ที่ให้ข้อเสนอแนะทางด้านการออกแบบและวิธีการทางสถิติในการศึกษาครั้งนี้ และขอบคุณประชาชนในพื้นที่ศึกษาให้ความร่วมมือในการเก็บตัวอย่าง ตลอดจนบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ที่ให้การสนับสนุนในการเตรียมพื้นที่ทั้ง 12 แห่ง จนได้เป็นชุดข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. วันชัย มาลีวงษ์, ผิวพรรณ มาลีวงษ์, นิมิตร มรกต. ประสิทธิภาพทางพยาธิ: โปรโตซัวและหนอนพยาธิ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์ คลังนันทวิทยา; 2544.
2. บรรจบ ศรีภา, พงรรัตน์ ยวงนิษฐ์, ชาลิต ไพโรจน์กุล. สาเหตุและกลไกการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี : ภูมิบทความสัมพันธ์กับพยาธิใบไม้ตับ. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2548; 20(3): 122-134.
3. Bain BJ. Hemoglobinopathy diagnosis 2nd ed. Oxford: Blackwell Publishing, 2005.
4. Sripa B, Brindley PJ, Mulvenna J, Laha T, Smout MJ, Mairiang E, Bethony JM, Loukas A. The tumorigenic liver fluke *Opisthorchis viverrini*-multiple pathways to cancer. Trends in Parasitology. 2012; 28(10): 395-407.
5. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา. รายงานผลการดำเนินงานโครงการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ปีงบประมาณ 2559. ม.ป.ท.: ม.ป.พ.; 2559.
6. Sanprasert V, Charuchaibovorn S, Bunkasem U, Srirungruang S, Nuchprayoon S. Comparison between direct smear, formalin-ethyl acetate concentration, and Mini Parasep® Solvent-Free Concentrator for screening of intestinal parasitic infections among school-age children. Chula Med J. 2016; 60(3): 255-69.
7. จิราพร เขียวอยู่. วิธีการทางสถิติสำหรับการวัดทางด้านสุขภาพ. ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น: ม.ป.พ.; 2537.
8. อรุณ จิรวรรณกุล. การวัดความสอดคล้องด้วยสถิติ Kappa. วารสารวิชาการสาธารณสุข. 2552; 18(5): 641-2.
9. Anthony JV, Joanne MG. Understanding Interobserver Agreement: The Kappa Statistic. Fam Med. 2005; 37: 360-3.
10. ณรงค์ ชันตีแก้ว. โรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma). ศรีนครินทร์เวชสาร. 2548; 20(3): 143-9.

11. ไพบูลย์ สิทธิถาวร. บทบาทของพยาธิใบไม้ตับต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีในสถานการณ์ปัจจุบัน. ศรีนครินทร์เวชสาร. 2548; 20(3): 135-42.
12. Laoprom N, Laithavewat L, Kopolrat K, Kiatsopit N, Kaewkes S, Chantalux S, et al. Evaluation of a commercial stool concentrator kit compared to direct smear and formalin-ethyl acetate concentration methods for diagnosis of parasitic infection with special reference to *Opisthorchis viverrini* sensu lato in Thailand. Southeast Asian J Trop Med Publ Health. 2016 ; 47(5): 890-900.
13. นิคม ถนอมเสียง. การวัดความสอดคล้อง. เอกสารประกอบการบรรยายเรื่องวิธีการทางสถิติที่ใช้ในการประเมิน. ภาควิชาชีวสถิติและประชากรศาสตร์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น : ม.ป.พ.; 2557.
14. วันชัย มาลีวงษ์ . โรคปรสิตที่สำคัญในแถบลุ่มแม่น้ำโขง: องค์ความรู้พื้นฐาน ระบาดวิทยา ลักษณะทางคลินิก การวินิจฉัย การรักษา การป้องกัน และการประยุกต์ใช้ในชุมชน II. กรุงเทพมหานคร: ฐานข้อมูลโครงสร้างพื้นฐานภาครัฐด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี กระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี; 2554.
15. Useh MF, Asuquo AE, Otu-Bassey IB, Ubi OL. Evaluation of the efficacy of the Mini Parasep SF Faecal Parasite Concentrator; A new technique against the direct smear and formol ether concentration technique for the detection of intestinal parasites in stool. J Med Lab Sci 2011; 20 (1): 37-43.
16. Kaewpitoon SJ, Rujirakul R, Tongtawee T, Matrakul L, Panpimanmas S, Wakkuwattapong P et al. Detection of the Carcinogenic Liver Fluke *Opisthorchis viverrini* Using a Mini Parasep SF Faecal Parasite Concentrator. Asian Pac J Cancer Prev. 2016; 17(1): 373-6.
17. Funk AL, Boisson S, Clasen T, Ensink JH. Comparison of Kato-Katz, ethyl-acetate sedimentation, and Midi Parasep® in the diagnosis of hookworm, *Ascaris* and *Trichuris* infections in the context of an evaluation of rural sanitation in India. Acta Trop. 2013; 126 (3): 265-8.

การพัฒนาแบบแผนการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษา ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดบุรีรัมย์

Program Development for HIV Prevention and Treatment in

Men Who Have Sex with Men, Buriram Province, Thailand

ศันสนีย์ ภัทรศรีวังษ์ชัย และ ธัญภา ชาดิสุภาพ

Sunsanee Phattharasrivongchai and Tanyapar Chartsupap

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์

Buriram Provincial Public Health office

*Corresponding author E-mail : 1966sunsanee@gmail.com

(Received: January 15, 2019 ; Accepted : March 19, 2019)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์สถานการณ์ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและพัฒนาปรับปรุงรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ในจังหวัดบุรีรัมย์มีการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน ดังนี้ 1. ผู้วิจัยทบทวนสภาพปัญหา (Plan) และวางแผนกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานในแต่ละระยะ 2. ปฏิบัติตามแผนและขั้นตอนการดำเนินงาน (Action) 3. ใช้การสังเกต (Observe) แบบสอบถามและประเมินผลการปฏิบัติงาน 4. สะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection) ถอดบทเรียนและสรุปปัญหาอุปสรรค ผ่านการอภิปรายปัญหาเป็นแนวทางในการพัฒนา และเป็นข้อมูลนำไปสู่การปรับปรุงพัฒนาวางแผนและปฏิบัติต่อไปผู้วิจัยดำเนินการ 3 รอบ ใน 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การพัฒนาแบบแผนการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษา ระยะที่ 2 การทดลองรูปแบบฯ ระยะที่ 3 ขยายพื้นที่ดำเนินการเพื่อครอบคลุมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษา ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) คณะทำงานเพื่อพัฒนาแบบแผนการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษากลุ่ม MSM ระดับจังหวัดและอำเภอ 2) MSM ที่ยินยติร่วมโครงการ การเลือกกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีคัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ได้แก่ 1) คณะทำงานฯ ระดับจังหวัดและอำเภอ (ระยะที่ 1 มี 33 คน ระยะที่ 2 มี 40 คน และระยะที่ 3 มี 142 คน) 2) ผู้รับบริการ (ระยะที่ 2 และระยะที่ 3 มี 2,784 คน) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจในการทำงานบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษามีค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม (Kuder-Ricahardson; KR-20) เป็น 0.78 และ 0.82 ตามลำดับ แบบสอบถามความพึงพอใจและความคิดเห็นต่อรูปแบบการจัดบริการฯ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม Epi info version 7 สถิติที่ใช้เป็นสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานสถิติเชิงอนุมานที่ใช้ ได้แก่ Pair t-test กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และใช้การวิเคราะห์ตามเนื้อหาสำหรับข้อมูลเชิงคุณภาพ ผลการศึกษา จังหวัดบุรีรัมย์ดำเนินการบูรณาการการป้องกันและดูแลรักษาเอชไอวีเชื่อมโยงบริการ 5 องค์ประกอบสำคัญอย่างต่อเนื่องกัน (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain:RRTTR) บุคลากรที่ผ่านการอบรมพัฒนาศักยภาพมีความรู้เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญสถิติ ($P < 0.001$) ทั้ง 3 ระยะ โดยการออกแบบรูปแบบการดำเนินการต้องคำนึงถึงเครือข่ายการดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชน การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย การวิเคราะห์ชุมชน การจัดการบริการเชิงรุกในพื้นที่ การให้ข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมาย การจัดการบริการที่เป็นมิตร ทัศนคติของบุคลากรระยะเวลาการรอคอย การตรวจและการส่งต่อเพื่อรับบริการต่าง ๆ ทำให้ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 – 2561 MSM เข้าถึงบริการป้องกันเพิ่มขึ้นในจำนวนนี้ MSM ได้รับการตรวจเลือดเป็นร้อยละ 82.62 77.28 และ 74.55 ผลเลือดบวกร้อยละ 8.73 4.06 และ 6.51 ตามลำดับ ได้รับการรักษาร้อยละ 100 และยังคงอยู่ในระบบในปี 2560 – 2561 เป็นร้อยละ 97.89 95.61 ตามลำดับ โดยผู้รับบริการมีความพึงพอใจระดับมากที่สุด ปี 2560 ร้อยละเท่ากับ 59.77 และปี 2559 ร้อยละเท่ากับ 55.30

สรุปผลการพัฒนาแบบแผนการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษา มีกลไกขับเคลื่อนที่สำคัญ ประกอบด้วย

1. การเตรียมความพร้อมและอบรมบุคลากรให้มีความรู้ ความเข้าใจและทัศนคติที่ถูกต้อง
2. การพัฒนาศักยภาพบุคลากรให้สามารถทำงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับ
3. ความครอบคลุมของบริการหลักในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ
4. การเชื่อมโยงด้านการป้องกันและการดูแลรักษาและส่งต่อทั้งในสถานบริการและนอกสถานบริการ
5. การสร้างความร่วมมือจากภาครัฐ องค์กรชุมชนและแกนนำเครือข่าย อย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ
6. การจัดบริการที่เป็นมิตรสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายเป็นความลับ และรักษาความเป็นส่วนตัว

คำสำคัญ: ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย, บุรีรัมย์

Abstract

This study is the action research. The objectives were to situation analysis of risk factors related to HIV infection and to develop model regarding to HIV prevention and treatment for key populations (Men Who Have Sex with Men; MSM) in Buriram Province. There were 4 steps. 1) Planning; researcher review and analyze problematic situations for plan at each step 2) Action; follow the plan 3) Observing; observe plan compliance by observing technique, questionnaire and performance evaluation and 4) Reflection; reflect the results by after action review activities and summarize obstacles to developing program and implementation. The researcher conducted 3 cycles in 3 phases as following; Phase 1 was to develop program of HIV prevention and treatment in key population (Men who have sex with men; MSM). Phase 2 was to experiment the program in Buriram province and phase 3 was to expand the program cover all key population (MSM) in Buriram province. The population in the study consisted of the committee for development model both district level and provincial level and MSM who willing to join the project. The subjects was selected by purposive sampling including project's staff (33 persons in phase 1, 40 persons in phase 2, and 142 persons in phase 3) and project's client who received care in the project (2,784 cases in phase 2 and phase 3). The tools used in this study were secondary data (document review) and questionnaire. The values of Kuder-Richardson 20 (KR-20) of questionnaire regarding the understanding of the integration of HIV prevention and treatment in the project's staff and MSM group were 0.78 and 0.82, respectively. In addition, key population's satisfaction and opinion on the program were also take to account. The data analysis using the Epi info version 7. Descriptive statistics (such as frequency, percentage, mean and standard deviation) and inferential statistics such as Pair t-test ($P=0.05$) were used for statistical analysis in part of quantitative analysis. The content analysis used for the qualitative analysis. The results of this study shown that the model have been successful in the integration of HIV service package (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain: RRTTR) in Buriram province. Project's staff who have passed the training have significantly knowledge increased ($P<0.001$) in all 3 phases. To achieved the success model, several factors were taken to account including the strength of public – private partnership, assessing key populations, community analysis, proactive services, providing information, friendly services, personnel staff's attitude, waiting time as well as the screening and referral system. In the outcomes from 2016 – 2018 found that MSM increased accessibility rate to preventive services. They have been HIV screened from 82.62 percent, 77.28 percent and 74.55 in respectively. Moreover, positive HIV results have been shown in 8.73 percent, 4.06 percent and 6.51 in respectively. In addition, 100 percent of MSM with HIV positive results have been sent to receive care. In the year 2017 and 2018, 97.89 percent and 95.61 percent of them still being treated continuously

and remaining in the system and were satisfied in the highest level at 59.77 percent and 55.30 percent. Recommendations for the development program of HIV prevention and treatment. There were essential factors to drive mechanisms including 1. Preparing and training project's staff to increase their knowledge, understanding and attitude correction 2. Potential development of project's staff for proactive and passive working 3. The covering of services package in all level of health care service 4. Linking system for prevention, treatment and referral in both service area and out of service area 5. Developing cooperation among the government, community, organization's leader in formal and informal method 6. Friendly services providing in accordance with the context of the target group that is confidential and private.

Keyword : MSM, RRTTR, Buriram

บทนำ

ปัจจุบันการระบาดของเอชไอวีในประเทศไทยผ่านช่วงการระบาดสูงสุด โดยที่การติดเชื้อรายใหม่โดยรวมลดลง⁽¹⁾ แต่จำนวนนี้พบว่าร้อยละ 62⁽²⁾ เป็นการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่ม MSM (Men Who Have Sex With Men) พนักงานบริการชาย พนักงานบริการหญิง สาวประเภทสอง ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดยา และติดเชื้อสูงสุดในกลุ่ม MSM ถึงร้อยละ 41⁽³⁾ จากสถานการณ์ดังกล่าว ประเทศไทยได้มีแผนเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ในช่วงปี พ.ศ. 2558 – 2562 โดยจะเร่งรัดการดำเนินงานในพื้นที่ 30 จังหวัด ที่อยู่ในลำดับต้นของการเรียงลำดับภาระโรค แผนปฏิบัติการนี้มุ่งเน้นเพิ่มผลการป้องกันจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแต่เน้น ๆ และใช้กรอบการดำเนินงานที่มุ่งเน้นความต่อเนื่องของ การเข้าถึง – การเข้าสู่บริการ-การตรวจหาเชื้อเอชไอวี-การรักษา-การคงอยู่ในระบบ (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain: RRTTR) เพื่อปิดช่องว่างและเชื่อมต่อระหว่างการป้องกันและการรักษา⁽³⁾ ซึ่งสอดคล้องกับข้อเสนอหลักข้อหนึ่ง จากรายงานการประเมินของโครงการรับการสนับสนุนจากกองทุนโลก คือ การปรับแนวคิดการให้บริการเชิงรุก ที่นอกจากการสนับสนุนให้ใช้ถุงยางอย่างสม่ำเสมอแล้ว ควรส่งเสริมให้ MSM รู้สถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีของตนเองและเข้ารับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ควบคุมไปกับการส่งเสริมความต้องการเข้ารับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี⁽²⁾ เพื่อลดการติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่ม MSM และให้ MSM ที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽⁴⁾

จังหวัดบุรีรัมย์เป็นพื้นที่หนึ่งที่ต้องดำเนินการภายใต้โครงการฯ ดังกล่าว ถูกจัดอยู่ในกลุ่มพื้นที่เร่งรัดเข้มข้น (บริบทเฉพาะ) ถือเป็นพื้นที่ที่มีความเสี่ยงสูงเพราะเป็นพื้นที่ที่มีการคาดประมาณว่ามีจำนวน MSM และสาวประเภทสองประมาณ 3000 ราย⁽³⁾ และปี พ.ศ. 2557 พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีเพศชาย (ร้อยละ 8.61) ซึ่งสูงกว่าระดับประเทศ (ร้อยละ 3.55)⁽⁴⁾ ผู้วิจัยจึงทำการศึกษารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการรักษาในกลุ่ม MSM จังหวัดบุรีรัมย์ขึ้น โดยการบูรณาการการป้องกันและดูแลรักษาเอชไอวีเชื่อมโยงบริการ 5 องค์ประกอบสำคัญให้ต่อเนื่องกัน กล่าวคือ การเข้าถึง – การเข้าสู่บริการ-การตรวจหาเชื้อเอชไอวี-การรักษา-การคงอยู่ในระบบ (RRTTR) ภายใต้บริบทของจังหวัดบุรีรัมย์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และการเข้าถึงบริการกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
2. เพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
3. เพื่อปรับปรุงและขยายรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
4. เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงชุดบริการ (การเข้าถึง-การเข้าสู่บริการ-การตรวจหาเชื้อเอชไอวี-การรักษา-การคงอยู่ในระบบ (RRTTR) สำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ขอบเขตการศึกษา การศึกษานี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จังหวัดบุรีรัมย์ โดยเชื่อมโยงบริการ 5 องค์ประกอบสำคัญให้ต่อเนื่องกัน กล่าวคือ การเข้าถึง – การเข้าสู่บริการ – การตรวจหาเชื้อเอชไอวี – การรักษา – การคงอยู่ในระบบ (RRTTR) ในกลุ่มหลักข้างต้น

นิยามศัพท์

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) หมายถึง บุคคลที่กำเนิดและมีสรีระเป็นเพศชาย มีพฤติกรรมเพศสัมพันธ์กับเพศชายด้วยกัน เป็นคำที่ระบุพฤติกรรมไม่ใช่ระบุอัตลักษณ์ทางเพศ⁽³⁾

ชุดบริการ (RRTTR) หมายถึง การจัดชุดบริการที่บูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาที่มุ่งเน้นความต่อเนื่องในการเข้าถึง (Reach) – เข้าสู่ (Recruit) – การตรวจเอชไอวี (Test) – การรักษา (Treat) – การคงอยู่ในระบบ (Retain)⁽⁴⁾

ขั้นตอนการศึกษา การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีการดำเนินงาน 4 ขั้นตอน ดังนี้

1. การวางแผน (Plan) ผู้วิจัยทบทวนสภาพปัญหา และแนวคิดการดำเนินโครงการบูรณาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาในกลุ่ม MSM ในพื้นที่เร่ร่อนภายใต้ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาดเสแห่งชาติ พ.ศ. 2555-2559 และวางแผนกำหนดขั้นตอนการดำเนินงานในแต่ละระยะร่วมกับคณะทำงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษา จังหวัดบุรีรัมย์
2. ปฏิบัติตามแผนและขั้นตอนการดำเนินงาน (Action) ได้แก่ การอบรม การประชุมเชิงปฏิบัติการ
3. ใช้การสังเกต แบบสอบถาม และผลการปฏิบัติงาน (Observe)
4. สะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection)

จากการทบทวนระหว่างการปฏิบัติ (After Action Review Technique :AAR) ถอดบทเรียนและสรุปปัญหาอุปสรรค โดยผ่านการอภิปรายปัญหาซึ่งเป็นแนวทางในการพัฒนา และเป็นข้อมูลไปสู่การปรับปรุงพัฒนาวางแผนและปฏิบัติต่อไป กระบวนการ PAOR ข้างต้นผู้วิจัยดำเนินการ 3 รอบ ใน 3 ระยะ ดังนี้ ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ตั้งแต่ พฤษภาคม 2557 – ธันวาคม 2558 ระยะที่ 2 การทดลองรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาในกลุ่ม MSM จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่ มกราคม-ธันวาคม 2559 ระยะที่ 3 ขยายพื้นที่ดำเนินการเพื่อความครอบคลุมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาในกลุ่ม MSM จังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่ มกราคม 2560 – ธันวาคม 2561

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ 1) คณะทำงานเพื่อพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษากลุ่ม MSM ระดับจังหวัดและอำเภอ 2) ผู้รับบริการ (MSM) แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 2.1) MSM ที่มีแกนนำและเป็นสมาชิกของกลุ่ม 2.2) MSM (ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่ม) แต่ร่วมกิจกรรมเชิงรุกในพื้นที่และยินยอมร่วมมือในการวิจัย (เป้าหมายตามโครงการบูรณาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาในกลุ่ม MSM ในพื้นที่เร่ร่อนภายใต้ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาดเสแห่งชาติ พ.ศ. 2555 – 2559 สู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁽⁶⁾ (เป้าหมายจังหวัดบุรีรัมย์ ระยะที่ 2 1,924 คน และระยะที่ 3 2,784 ราย)

การเลือกกลุ่มตัวอย่าง จากประชากรกลุ่มที่ 1 ใช้คัดเลือกตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ประกอบด้วยผู้ดำเนินโครงการและผู้ปฏิบัติงาน เจ้าหน้าที่เชิงรุก (Outreach Coordinator) ทุกคน องค์การชุมชนที่ทำงานด้านเอดส์ และแกนนำ MSM ร่วมโครงการ (ระยะที่ 1 คณะทำงานระดับจังหวัด 33 คน ระยะที่ 2 คณะทำงานอำเภอนำร่อง 40 คน และระยะที่ 3 ระดับอำเภอพื้นที่ขยาย 142 คน) จากประชากรกลุ่มที่ 2 1) MSM ที่มีแกนนำและเป็นสมาชิกกลุ่มทุกคน (ระยะที่ 2 พื้นที่นำร่อง 298 คน และระยะที่ 3 พื้นที่ขยาย 474 ราย) 2) กลุ่ม MSM (ไม่ได้เป็นสมาชิกกลุ่ม) ที่ร่วมกิจกรรมเชิงรุกในพื้นที่และยินยอมร่วมมือในการวิจัย (ระยะที่ 2 พื้นที่นำร่อง 1,670 คน และระยะที่ 3 พื้นที่ขยาย 2,310 ราย)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

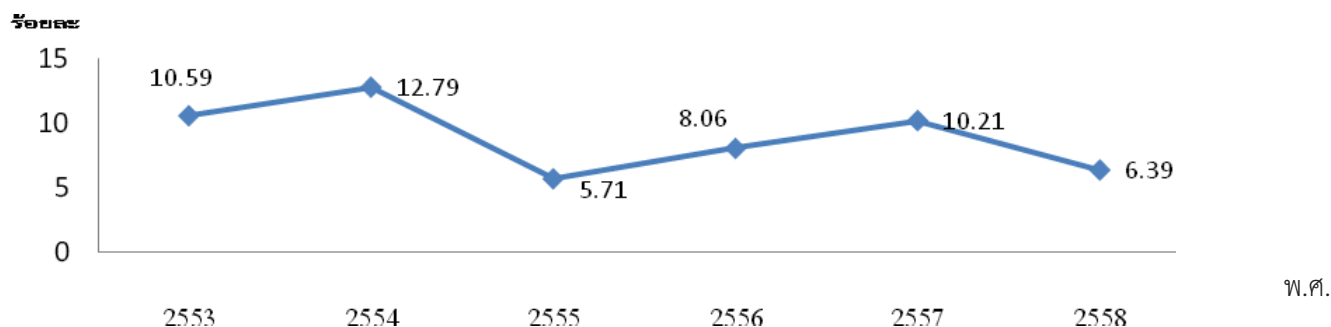
1. การศึกษาจากข้อมูลทุติยภูมิ โดยศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณ จากข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ปี 2553 – 2557 และการเข้าถึงบริการในกลุ่ม MSM จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2556 – 2558
2. จัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยใช้แนวคิดการมีส่วนร่วม SWOT Analysis เพื่อรับฟังแนวคิดแก้ไขปัญหาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและร่วมกำหนดนโยบายการพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษา
3. แบบประเมินความรู้ความเข้าใจการบูรณาการ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาในกลุ่ม MSM นำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มผู้รับผิดชอบงานโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จังหวัดบุรีรัมย์ และปรับปรุงจนได้ค่า Kuder-Richardson20 (KR-20)⁽⁵⁾ = 0.78 จำนวน 45 ข้อ คะแนนเต็ม 45 คะแนน การแปรความหมายของระดับคะแนนดังนี้ ระดับความรู้มาก ช่วงคะแนน 36 – 45 คะแนน ระดับปานกลาง ช่วงคะแนน 27 – 35 คะแนน ระดับน้อย คะแนน 0–26 คะแนน
4. แบบประเมินความรู้หลักสูตรคนทำงานในกลุ่ม MSM นำไปทดสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือในกลุ่มผู้รับผิดชอบงานโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จังหวัดบุรีรัมย์ และปรับปรุงจนได้ค่า Kuder-Richardson20 (KR-20)=0.82 จำนวน 20 ข้อ คะแนนเต็ม 20 คะแนน การแปรความหมายของระดับคะแนนดังนี้ ระดับความรู้มาก ช่วงคะแนน 16–20 คะแนน ปานกลาง ช่วงคะแนน 12–15 คะแนน น้อย คะแนน 0 – 11 คะแนน
5. แบบประเมินความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษา กลุ่ม MSM 2 ด้าน คือ 1) ด้านกระบวนการ/การให้บริการ จำนวน 8 ข้อ และ 2) เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ จำนวน 6 ข้อ
6. ความคิดเห็นต่อรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาในกลุ่ม MSM ใช้การทบทวนระหว่างปฏิบัติการ (After Action Review technique :AAR) เพื่อถอดบทเรียนและสรุปปัญหาอุปสรรค
7. การปรับปรุงรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาในกลุ่ม MSM นำผลของ AAR มาประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้เชี่ยวชาญและคณะทำงานมาปรับปรุงรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษา กลุ่ม MSM ระดับจังหวัด
8. สรุปผลการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาในกลุ่ม MSM จังหวัดบุรีรัมย์

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ค่าสถิติที่ใช้ คือ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์ตามเนื้อหา (content analysis) และวัตถุประสงค์ของการศึกษา และใช้ Pair t-test ในการทดสอบความแตกต่างของการประเมินความรู้การบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษา และการประเมินความรู้ หลักสูตรคนทำงานในกลุ่ม MSM

ผลการศึกษา

ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ใน MSM พบว่าอัตราการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่ม MSM มีแนวโน้มลดลงต่ำสุดในปี พ.ศ.2555 ร้อยละ 5.71 และสูงสุดในปี พ.ศ.2554 ร้อยละ 12.79 กราฟมีลักษณะขึ้นลง ส่วนหนึ่งมาจากในช่วงที่เก็บข้อมูล การยอมรับว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ยังเป็นเรื่องที่น่าอายและถูกตีตรา

แผนภูมิที่ 1 แสดงร้อยละของ MSM ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา จังหวัดบุรีรัมย์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553 – 2558



แหล่งข้อมูล รายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จังหวัดบุรีรัมย์

จำนวน MSM ที่มารับบริการการปรึกษาและตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลทุกแห่งของจังหวัดบุรีรัมย์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2557 มีจำนวนน้อยมาก เนื่องจากก่อนปี 2558 การมารับบริการปรึกษา จะบันทึกข้อมูลเพศเป็น ชาย/หญิง และพฤติกรรมเสี่ยง คือ การมีเพศสัมพันธ์ ทำให้ไม่สามารถจำแนกข้อมูลตามช่องทางการรับและถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวีได้ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 จำนวนของ MSM มารับบริการการปรึกษาและตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลทุกแห่ง ของจังหวัดบุรีรัมย์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2556 – 2558

การรับบริการ	พ.ศ. 2556		พ.ศ. 2557		พ.ศ. 2558	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
1.การบริการปรึกษาก่อนตรวจเลือด	19		23		168	
2.รับบริการตรวจเลือดเอชไอวี	19	100	23	100	168	100
3.ฟังผลการตรวจเลือด	19	100	23	100	168	100
4.ผลเลือดบวก	1	5.26	1	4.35	39	23.21
5.รับยาต้านไวรัส	1	100	1	100	39	100

แหล่งข้อมูล NAP Plus งานระบบบริการสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์⁽⁵⁾

ยังพบอีกว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม MSM มีแนวโน้มสูงขึ้นสูงสุดในปี พ.ศ. 2558 ร้อยละ 23.21 ทำให้ต้องมี แผนปฏิบัติการเร่งรัดแก้ไขปัญหการติดเชื้อและการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ในบริบทเฉพาะกลุ่ม MSM ขึ้นการพัฒนารูปแบบ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาในกลุ่ม (MSM) จึงมีการดำเนินการ 3 ระยะ กล่าวคือในแต่ละระยะมีการพัฒนา ศักยภาพคณะทำงานฯ จังหวัดและอำเภอ โดยการอบรมแนวคิดการบูรณาการ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษา แผนเร่งรัดยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2558 – 2562 และแนวคิด RRTTR พบว่า ในระยะที่ 1 ก่อนและหลังการอบรม คณะทำงานระดับจังหวัดส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 48.89, 84.85 ตามลำดับ ระยะที่ 2 ก่อนการอบรมคณะทำงาน นำร่อง ระดับอำเภอ พบว่าส่วนใหญ่มีระดับปานกลางร้อยละ 47.50 หลังการอบรมมีความรู้ระดับมากสูงสุด ร้อยละ 60.00 ระยะที่ 3 ก่อนการอบรมคณะทำงานในพื้นที่ขยาย ระดับอำเภอ พบว่าส่วนใหญ่มีระดับปานกลางร้อยละ 42.25 หลังการอบรม มีความรู้ระดับมากสูงสุด ร้อยละ 71.83 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละระดับความรู้การอบรมการบูรณาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่ม MSM ของคณะทำงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูเลรักษา จังหวัดบุรีรัมย์ พ.ศ. 2559 – 2560

ระดับความรู้	อบรมระยะที่ 1 N=33		อบรมระยะที่ 2 N=40		อบรมระยะที่ 3 N=142	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
มาก	16 (48.49)	28(84.85)	9(22.50)	24(60.00)	55(38.73)	102(71.83)
ปานกลาง	12(36.36)	5(15.15)	19(47.50)	16(40.00)	60(42.25)	40(28.17)
น้อย	5(15.15)	0(0.00)	12(30.00)	0(0.00)	27(19.02)	0(0.00)
	$\bar{X}$ =34.03	$\bar{X}$ =34.03	$\bar{X}$ =31.40	$\bar{X}$ =38.25	$\bar{X}$ =32.66	$\bar{X}$ =39.05
	(S.D. = 4.69)	(S.D. = 4.69)	(S.D. = 5.26)	(S.D. = 4.69)	(S.D. = 5.26)	(S.D. = 3.39)
	Max=39 Min=25	Max=39 Min=25	Max=40Min=19	Max=41Min=30	Max=41Min=19	Max=45Min=34

พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนของความรู้ ความเข้าใจ ก่อนและหลังการอบรมการบูรณาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่ม MSM ของคณะทำงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูเลรักษา จังหวัดบุรีรัมย์ พ.ศ. 2559 – 2560 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > 0.001$ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ความแตกต่างค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนของความรู้ ความเข้าใจ ก่อนและหลังการอบรมการบูรณาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษา ในกลุ่ม MSM ของคณะทำงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูเลรักษาจังหวัดบุรีรัมย์ พ.ศ. 2559 – 2560

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	d	df	t-test	p-value	95%CI
ระยะที่ 1 หารูปแบบ							
ก่อน/หลังการอบรม	0.76/0.89	0.10/0.06	0.13	32	8.951	>0.001	0.10-0.16
ระยะที่ 2 ทดลองรูปแบบ							
ก่อน/หลังการอบรม	0.70/0.85	0.12/0.07	0.15	39	5.723	>0.001	0.10-0.21
ระยะที่ 3 ขยายรูปแบบ							
ก่อน/หลังการอบรม	0.73/0.87	0.11/0.08	0.14	141	18.749	>0.001	0.13-0.16

พบว่า การอบรมหลักสูตรคนทำงานในกลุ่ม MSM ในระยะที่ 1 ก่อนและหลังการอบรม คณะทำงานระดับจังหวัด ส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมาก ร้อยละ 75.76, 100 ตามลำดับ ระยะที่ 2 ก่อนการอบรมคณะทำงานนำร่อง ระดับอำเภอ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 45.00 หลังการอบรมมีความรู้ระดับมากที่สุด ร้อยละ 67.50 ระยะที่ 3 ก่อนและหลังการอบรมคณะทำงานในพื้นที่ขยาย ระดับอำเภอ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ระดับมากที่สุด ร้อยละ 50.00, 67.61 ตามลำดับ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละระดับความรู้การอบรมหลักสูตรความรู้คนทำงานในกลุ่ม MSM ของคณะทำงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาจังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2559 – 2560

ระดับความรู้	อบรมระยะที่ 1 N=33		อบรมระยะที่ 2 N=40		อบรมระยะที่ 3 N=142	
	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)	จำนวน(ร้อยละ)
มาก	25(75.76)	33(100)	15(37.50)	27(67.50)	71(50.00)	96(67.61)
ปานกลาง	8(24.24)	0(0.00)	18(45.00)	12(30.00)	61(42.96)	46(32.29)
น้อย	0	0(0.00)	7(17.50)	1(2.50)	10(7.04)	0(0.00)
	$\bar{X}=16.33$	$\bar{X}=18.60$	$\bar{X}=15.05$	$\bar{X}=16.82$	$\bar{X}=15.47$	$\bar{X}=17.54$
	(S.D. = 1.08)	(S.D. = 1.00)	(S.D. = 1.97)	(S.D. = 1.90)	(S.D. = 1.72)	(S.D. = 1.44)
	Max= 18 Min=14	Max=20 Min=16	Max= 18 Min=9	Max= 20 Min=11	Max=18Min=9	Max= 20 Min=14

พบว่า ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนของความรู้ความเข้าใจ ก่อนและหลังการอบรมหลักสูตรความรู้คนทำงานในกลุ่ม MSM ของคณะทำงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาจังหวัดบุรีรัมย์ พ.ศ. 2559 – 2560 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > 0.001$ (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานก่อนและหลังการอบรมหลักสูตรความรู้คนทำงานในกลุ่ม MSM ของคณะทำงานพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาระดับจังหวัด จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2559 – 2560

ตัวแปร	$\bar{X}$	SD	d	df	t-test	p-value	95%CI
ระยะที่ 1 หารูปแบบ							
ก่อน/หลังการอบรม	0.82/0.93	0.05/0.06	0.11	32	12.946	>0.001	0.09-0.13
ระยะที่ 2 ทดลองรูปแบบ							
ก่อน/หลังการอบรม	0.75/0.84	0.15/0.16	0.09	39	6.126	>0.001	0.06-0.12
ระยะที่ 3 ขยายรูปแบบ							
ก่อน/หลังการอบรม	0.77/0.87	0.86/0.71	0.10	141	12.686	>0.001	0.08-0.12

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจที่มารับบริการ ระยะที่ 2 ต่อกระบวนการให้บริการมากที่สุด ร้อยละ 54.93 ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่สูงสุดในระดับมาก ร้อยละ 51.09 และระยะที่ 3 มีความพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการและต่อเจ้าหน้าที่ในระดับที่มากที่สุด สูงสุด ร้อยละ 52.24, 60.27 ตามลำดับ (ตารางที่ 6)

จากชุดบริการ RRTTR จังหวัดบุรีรัมย์ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 – 2561 พบว่าสามารถเข้าถึงกลุ่ม MSM และให้บริการชุดบริการ RRTTR ได้ผลอย่างชัดเจนดังในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 ระดับความพึงพอใจ ต่อรูปแบบการจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษากลุ่ม MSM
ที่มารับบริการในจังหวัดบุรีรัมย์ปี 2559 – 2560

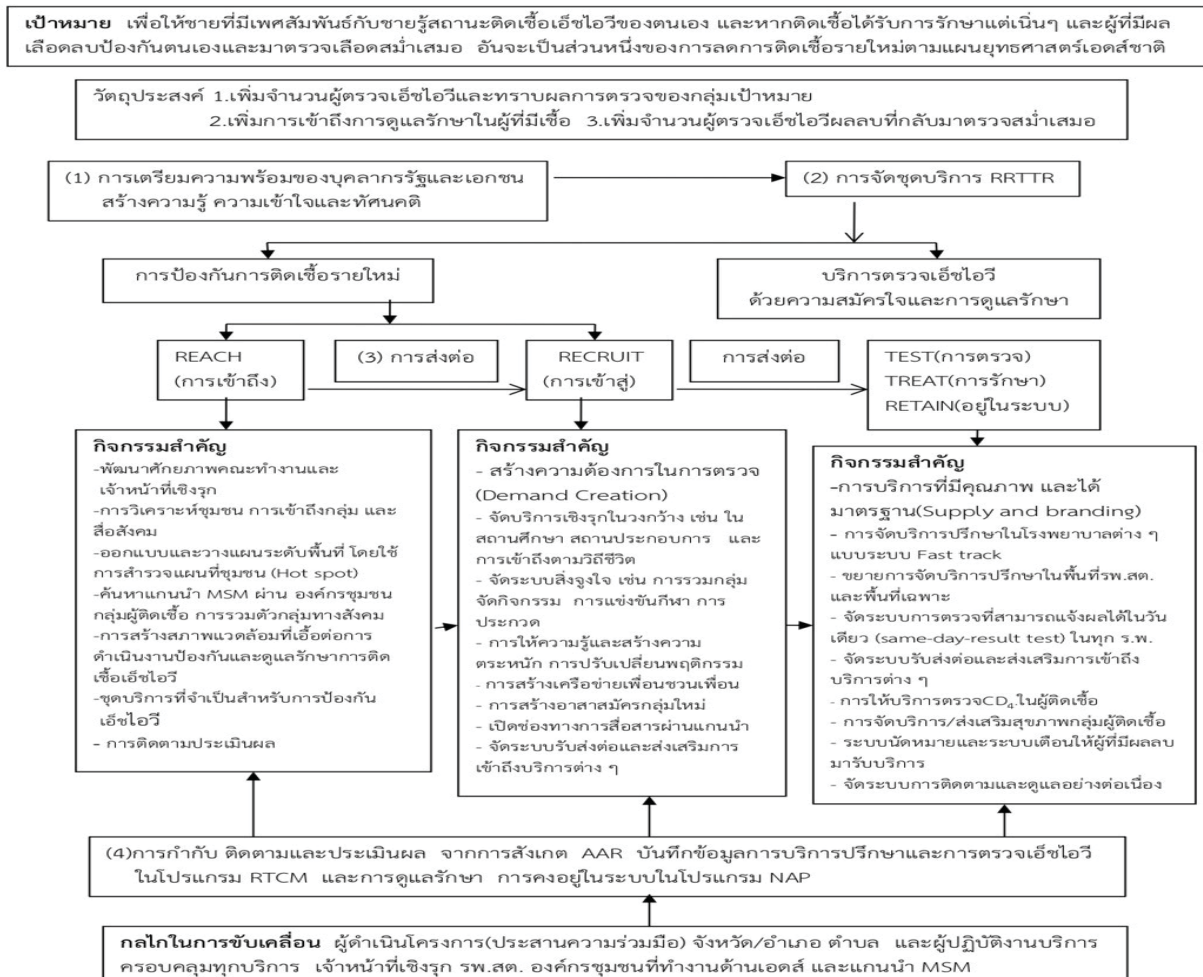
ระดับความพึงพอใจ	กระบวนการให้บริการ		เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ		ระดับความพึงพอใจภาพรวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ปี 2559 ระยะที่ 2 ทดลองรูปแบบ						
มากที่สุด	730	54.93	621	46.73	735	55.30
มาก	371	27.92	679	51.09	558	41.99
ปานกลาง	228	17.16	29	2.18	36	2.71
น้อย	0	0.0	0	0.0	0	0.0
น้อยที่สุด	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	$\bar{X} = 4.26$ (S.D.=0.64)		$\bar{X} = 4.35$ (S.D.=0.43)		$\bar{X} = 4.32$ (S.D.=0.46)	
	Max=5.0 Min=4.26		Max=5.0 Min=3.38		Max=5.0 Min=3.43	
ปี 2560 ระยะที่ 3 ขยายรูปแบบ						
มากที่สุด	1,144	52.24	1,320	60.27	1,309	59.77
มาก	1,001	45.71	621	28.36	869	39.68
ปานกลาง	45	2.05	249	11.37	12	0.55
น้อย	0	0.0	0	0.0	0	0.0
น้อยที่สุด	0	0.0	0	0.0	0	0.0
	$\bar{X} = 4.37$ (S.D=0.57)		$\bar{X} = 4.42$ (S.D.=0.41)		$\bar{X} = 4.40$ (S.D.=0.43)	
	Max=5.0 Min=3.0		Max=5.0 Min=3.38		Max=5.0 Min=3.43	

ตารางที่ 7 จำนวนและร้อยละ MSM มารับบริการชุดบริการ RRTR จังหวัดบุรีรัมย์ ปี 2559 – 2561

	2559		2560		2561	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เป้าหมายการเข้าถึง	N=1968		N = 2784		N=2784	
1.การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย(Reach)	1968	100	2784	100	2784	100
2.การเข้าถึงบริการป้องกัน(Recruit)	1726	87.70	2310	82.97	2346	84.27
3.การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี (Test)	1426(n=1726)	82.62	1785(n=2310)	77.28	1749(n=2346)	74.55
4.การติดเชื้อเอชไอวี ผลบวก(รายใหม่)	142(n=1426)	8.73	89(n=1785)	4.99	114(n=1749)	6.52
5.ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับยาต้านTREAT	142(n=142)	100	89(n=89)	100	114(n=114)	100
6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีการคงอยู่ Retain	-	-	139(n=142)	97.89	218(n=228)	95.61
7. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผลลบ ได้รับการตรวจเลือดซ้ำ > 1 ครั้งใน 6 เดือน	295(n=1284)	22.96	375(n=1696)	22.11	326(n=1635)	19.94

แหล่งข้อมูล NAPPlus งานระบบบริการสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์⁽⁴⁾ และ RIHIS ศูนย์อำนวยการ
บริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ⁽⁶⁾

โมเดลการดำเนินงาน RRTTR พัฒนาขึ้นจากประสบการณ์ของผู้วิจัยขณะทำงานพัฒนาแบบแผนการป้องกันการติดเชื้อ
เอชไอวี การสนทนากลุ่มและสัมภาษณ์เชิงลึกกับแกนนำชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสมาชิกกลุ่ม รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูล
เอกสารที่เกี่ยวข้อง



แผนภาพที่ 1 แสดงรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษา ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดบุรีรัมย์

จากการพัฒนาและปรับปรุงรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาตั้งแต่พฤษภาคม 2557 –
ธันวาคม 2561 ที่ใช้แนวคิดการจัดชุดบริการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาที่มุ่งเน้น
ความต่อเนื่อง (RRTTR) และกรอบการดำเนินงานในแผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2558 –2562⁽⁵⁾
มีรูปแบบการดำเนินงาน แบ่งเป็น 3 ขั้นตอน 1) การเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ซึ่งเริ่มจากการพัฒนาศักยภาพบุคลากร
ให้สามารถวิเคราะห์ชุมชน เข้าใจบริบทของกลุ่มและวางแผนเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย 2) การสร้างความต้องการ
ใช้บริการ ด้วยกระบวนการเชิงรุก การให้ความรู้และการสร้างแรงจูงใจ 3) การจัดบริการที่มีคุณภาพ และได้มาตรฐาน ครอบคลุม
ทุกระบบโดยมีระบบการส่งต่อเป็นตัวเชื่อมบริการจากแต่ละขั้นตอน กลไกสำคัญที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อน คือผู้ประสานความ
ร่วมมือซึ่งต้องมีในทุกกระดับ ทีมปฏิบัติงานบริการครอบคลุมทุกบริการ เจ้าหน้าที่ดำเนินการเชิงรุก องค์กรชุมชนที่ทำงาน
ด้านเอดส์และแกนนำกลุ่ม MSM

วิจารณ์

จากชุดบริการ RRTTR จังหวัดบุรีรัมย์ตั้งแต่ พ.ศ. 2559 – 2561 พบว่าสามารถเข้าถึงกลุ่ม MSM และให้บริการชุดบริการ RRTTR ทั้งนี้เพราะผู้ให้บริการสามารถเข้าถึงกลุ่ม MSM และสร้างความต้องการในการตรวจเอชไอวี มีระบบบริการแบบตั้งรับและบริการเชิงรุก เช่น บริการปรึกษาและตรวจเอชไอวีนอกสถานที่ การตรวจเอชไอวีที่รู้ผลในวันเดียว การส่งต่อเพื่อรับบริการต่าง ๆ มีการติดตามอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับการศึกษาสุทธาอินทรเพชร⁽⁷⁾ เสนอว่ากลยุทธ์หนึ่งในการดำเนินงานชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คือ การสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและการจัดบริการที่เข้าถึงง่ายกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการ ระยะที่ 2 มีความพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการมากที่สุด ร้อยละ 54.93 ความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่สูงสุดในระดับมากที่สุด ร้อยละ 51.09 และระยะที่ 3 มีความพึงพอใจต่อกระบวนการให้บริการและต่อเจ้าหน้าที่ในระดับที่มากที่สุด ร้อยละ 52.24, 60.27 ตามลำดับทั้งนี้ เพราะมีการพัฒนาระบบบริการที่สอดคล้องกับบริบทและความต้องการของกลุ่ม MSM สอดคล้องกับการศึกษาของ มณีนี วสันติอุปโภคกร⁽⁸⁾ พบว่าความพึงพอใจต่อเจ้าหน้าที่ให้บริการเชิงรุกสามารถช่วยให้เข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น เช่น การใช้ใบส่งต่อ พาไปเอง หรือนัดหมาย

การออกแบบรูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการรักษา ใน MSM เป็นการบูรณาการการป้องกันและดูแลรักษาเอชไอวีเชื่อมโยงบริการ 5 องค์ประกอบสำคัญให้ต่อเนื่องกัน (RRTTR) โดยบุคลากรที่ดำเนินการต้องผ่านการพัฒนาศักยภาพในด้านต่าง ๆ เช่น การอบรมความรู้ของคณาจารย์กับกลุ่ม MSM⁽⁹⁾ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) การอบรมการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและดูแลรักษาแผนเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย การเชื่อมโยง ส่งต่อ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) ทั้ง 3 ระยะ โดยการออกแบบต้องคำนึงถึง เครือข่ายการดำเนินงานทั้งภาครัฐและเอกชนการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย การวิเคราะห์ชุมชน การจัดบริการเชิงรุกในพื้นที่ การให้ข้อมูลแก่กลุ่มเป้าหมายการจัดบริการที่เป็นมิตร ทัศนคติของบุคลากร ระยะเวลาการรอคอย การตรวจและการส่งต่อเพื่อรับบริการต่าง ๆ⁽¹⁰⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการนำแนวคิด การจัดชุดบริการ RRTTR สำหรับกลุ่ม MSM ไปปรับใช้ในทุกพื้นที่รวมทั้งกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงยาก
2. ควรมีการจัดกระบวนการเรียนรู้สำหรับแกนนำ และประชาชนอย่างต่อเนื่องเพื่อสร้างความต้องการในการตรวจเอชไอวี
3. บุคลากรและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ทำงานด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ควรใช้เทคนิคการวิเคราะห์ชุมชนในการวางแผนเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย
4. สร้างความร่วมมือจากหน่วยงานภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามาร่วมแก้ไขปัญหาส่งเสริมการพัฒนาระบบเครือข่ายการทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐภาคเอกชน ภาคประชาสังคมและภาคประชาชนช่วยเติมเต็มช่องว่างการให้บริการเชิงรุกเชิงรับและการจัดบริการสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ นายวิฑิต สฤษฏีชัยกุล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ นางนิภา สุทธิพันธ์ นางสาวลิษา กันธมาลา นางปนัดดา ไชยชมพู ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์ โรงพยาบาลสาธารณสุขอำเภอทุกท่านองค์กรชุมชน แกนนำและกลุ่ม MSM จังหวัดบุรีรัมย์ ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยครั้งนี้ ในการสนับสนุน ให้คำแนะนำ ข้อคิดเห็นในการศึกษาวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูล อันเป็นประโยชน์ต่อการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ.2558 นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข, 2558.
2. The Asian Epidemic Model (AEM) Projections for HIV/AIDS in Thailand 2005-2025, A2 Analysis and Advocacy, 2008, Family Health International and Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand.
3. Sullivan PS, Carballo-Die'guez A, Coates T, et al. Successes and challenges of HIV prevention in men who have sex with men. The Lancet 2012; 380 : 388-99.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.คู่มือการใช้งานระบบบริการสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ NAP Web Report.2559 [อินเทอร์เน็ต].[สืบค้นเมื่อวันที่ 20 ธันวาคม 2561].แหล่งข้อมูล : http://www.cqihiv.com/Manual_NAPPWebReport_V1_010959_final.pdf
5. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์.แผนปฏิบัติการยุติปัญหายาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2558 – 2562.นนทบุรี: เอ็นซี คอนเซ็ปต์; 2557.
6. ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหายาเอดส์ชาติ. คู่มือการบันทึกข้อมูลและจัดทำรายงานการให้บริการเชิงรุกและบริการในสถานพยาบาลเพื่อการติดตามงานการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก (KAPs) และกลุ่มเยาวชน (Youth). นนทบุรี: ม.ป.ท.; 2557.
7. สุทธิดา อินทรเพชร, ชมนาด พจนามাত্রและนางเยาว์ เกษตรภิบาล. การพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่. วารสารสภาพยาบาล 2551; 23 (4) : 72-85.
8. มณฑิณี วสันติอุปโภคการ, สุเมธ องค์กรวรรณดีและพิชพันธ์ พงษ์สกุล. การประเมินโครงการบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานครและพื้นที่เร่งรัดภายใต้ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2555-2559 สู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์. วารสารโรคเอดส์ 2560 ; 29 (1) : 10-24.
9. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองระดับชาติ. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย ; 2556.
10. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์.แนวทางการอบรมคนทำงานในกลุ่ม MSM เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์. นนทบุรี: จัดพิมพ์โดย กลุ่มงานป้องกันทางพฤติกรรมและชุมชน สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ; 2551.

การประเมินผลด่านชุมชนเพื่อลดอุบัติเหตุการจราจรทางถนน เขตสุขภาพที่ 9 ช่วง 7 วันอันตรายเทศกาลสงกรานต์ ปี พ.ศ. 2561

The Evaluation of Community Checkpoints for Reducing Road Traffic Accidental Health Region 9th

during 7 Days Hazardous in Songkran Festival 2018

สมร นุ่มพอง, ขนิษฐา ศรีวันทา, ปัทรา สว่างดี และ พวงเพชร กฤษหมื่นไว

Samorn Numpong, Khanitha Sriwantha, Pattara Sawangdee and Puangpet Kritmuenwai

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

The Office of Disease Prevention and Control 9th Nakhon Ratchasima

*Corresponding author E-mail : Samorn.nok@gmail.com

(Received: September 12, 2018 ; Accepted : October 24, 2019)

บทคัดย่อ

เทศกาลสงกรานต์พื้นที่ชนบทเกิดอุบัติเหตุการจราจรทางถนนจากรถมอเตอร์ไซด์สูงสุด 54.2% สาเหตุจากเมาแล้วขับ 37.6% ด่านชุมชนถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อสกัดคนเมาไม่ให้ขับรถออกจากชุมชนสู่ถนนสายหลัก การประเมินผลครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบระหว่างพื้นที่ที่ได้รับการสนับสนุนให้ใช้แนวทาง เตรียม ตั้ง ติดตาม ของกรมควบคุมโรค (ด่านชุมชนต้นแบบ) กับพื้นที่ที่ดำเนินงานจากการสั่งการของฝ่ายปกครองส่วนท้องถิ่น (ด่านชุมชนสั่งการ) ใช้วิธีวิจัยเชิงประเมิน เลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจงจำนวน 16 แห่งในเขตสุขภาพที่ 9 ประเมินผู้ให้บริการแต่ละ 7-15 คน ประเมินผู้รับบริการจากการคำนวณขนาดตัวอย่าง 320 คน เก็บข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจงตามเกณฑ์ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มสองกลุ่ม (t-test) ผลการประเมินในผู้ให้บริการพบว่า ปัจจัยนำเข้าด้านบุคลากรด่านชุมชนต้นแบบมีบุคลากรเพียงพอต่อการปฏิบัติงานในขณะที่ด่านชุมชนสั่งการไม่เพียงพอ ด้านงบประมาณไม่เพียงพอในด่านชุมชนทั้ง 2 รูปแบบ ด้านวัสดุ-อุปกรณ์ ด่านชุมชนต้นแบบมีความพร้อมมากกว่าด่านชุมชนสั่งการ กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ที่เกิดจากการดำเนินงานคล้ายคลึงกัน ผลกระทบจำนวนครั้งในการเกิดอุบัติเหตุไม่แสดงแนวโน้มที่ชัดเจน แต่ความรุนแรงและจำนวนผู้เสียชีวิตลดลงเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนตั้งด่านชุมชนผู้รับบริการมีความรู้และการปฏิบัติตนต่อด่านชุมชนไม่แตกต่างกัน คะแนนเฉลี่ยทัศนคติต่อด่านชุมชนของผู้รับบริการด่านชุมชนต้นแบบแตกต่างกับด่านชุมชนสั่งการ ($\bar{x} = 47.7 \pm 4.3$ VS 49.3 ± 4.9) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P-value = 0.002*) สรุป ประโยชน์ด่านชุมชนไม่แตกต่างกันแต่ข้อมูลเชิงคุณภาพ กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ความพร้อมและความเป็นจิตอาสาของด่านชุมชนต้นแบบมากกว่าชุมชนสามารถดำเนินงานได้เองอย่างต่อเนื่อง แต่ผู้ให้บริการด่านชุมชนสั่งการระบุว่า หากไม่สั่งการก็จะไม่ดำเนินการดังนั้น ควรสร้างรูปแบบการพัฒนาด่านชุมชนสั่งการสู่การเป็นด่านชุมชนต้นแบบต่อไป

คำสำคัญ: ด่านชุมชน อุบัติเหตุการจราจรทางถนน เทศกาลสงกรานต์

Abstract

Songkran festival, the rural areas have been occurring the highest road traffic accident by motorcycles. Drinking and driving is the major cause of accidents. Community checkpoints were set up for extract drinkers outside from communities to main roads. The evaluation purposes to compare inputs, processes, outputs, outcomes, and impacts of the operations. The original community checkpoints which used the guideline from Department of Disease Control (preparing, setting, and monitoring) and top down community checkpoints which not used those were compared. The evaluation research were applied for the study. The community checkpoints were purposively selected 16 areas of health region 9th, and

data collection were done among 7-15 of service providers and 320 of service recipients. Qualitative and quantitative data were approached, and sampling cases were purposively selected with inclusion criteria, and we also used t-test for comparing the mean between 2 groups. The results found that personnel were sufficient for the original community checkpoints, but there were insufficient for the top down community checkpoints. Budgets were not enough for 2 types, and materials for the original community checkpoints had more readiness than the top down community checkpoints. Processes, outputs, and outcomes between 2 types had similar; the data cloud not show trend of impact such as number of the accidents. However, severity and the number of death cases were reduced after community checkpoint were set up. Knowledge and practice were not difference among service recipients, but the mean score of attitude between 2 groups were statistically significant differences ($\bar{x}= 47.7\pm4.3$ VS 49.3 ± 4.9) with the confidence interval of 95% (p-value = 0.002*) In conclusion, benefit of the community checkpoints were similar, but qualitative approached found that participation of communities, readiness, and volunteer of the original community checkpoints were more willingness than the top down community checkpoints. They will continuously set up it by themselves. In contrast, the top down community checkpoints will not be done if the commanders do not order. For recommendation, we should develop them to become as the original community checkpoints.

Keywords : Community checkpoints, Road traffic accident, Songkran festival

บทนำ

ด้านชุมชนเพื่อลดอุบัติเหตุการจราจรทางถนนจัดตั้งอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 โดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขใช้ข้อมูลเชิงวิชาการจำนวนผู้ประสบอุบัติเหตุ ผู้บาดเจ็บ และผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนนช่วงเทศกาลที่มีผู้เดินทางกลับภูมิลำเนาเป็นจำนวนมาก เช่น เทศกาลปีใหม่ เทศกาลสงกรานต์ เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ ด้านชุมชนเริ่มต้นจากการจัดเวรยามดูแลความสงบเรียบร้อยในหมู่บ้านเพื่อเฝ้าระวังเหตุการณ์ไม่ปกติ โจรผู้ร้ายและยาเสพติดในชุมชน โดยใช้กระบวนการทางสังคมในการจัดการปัญหา เช่น การประชุมหมู่บ้านเพื่อขอความเห็นชอบและรับสมัครจิตอาสาในชุมชนร่วมดำเนินการปัจจุบันทุกอำเภอในเขตสุขภาพที่ 9 (88 อำเภอ) มีการจัดตั้งด้านชุมชนรูปแบบการจัดตั้งมีทั้งที่มาจากการประชุมหมู่บ้าน และสั่งการจากฝ่ายปกครองส่วนท้องถิ่น ค่าเป้าหมายลดการตายจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนนปีงบประมาณ 2561 ให้ลดลงจากค่ามัธยฐานย้อนหลัง 5 ปี (พ.ศ. 2553 - 2555) จากร้อยละ 21 ต่อประชากรแสนคน ลดลงเหลือ ร้อยละ 16 ต่อประชากรแสนคน

สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขประมาณการจำนวนผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนนปี พ.ศ. 2561 ของจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์ ต้องลดลงเท่ากับ 136, 18, 44 และ 41 ราย คิดเป็น 611, 88, 215, และ 186 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ คิดเป็นอัตราตายเท่ากับ 23.28, 7.71, 13.56 และ 13.37 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽¹⁾ ข้อมูลคาดการณ์อัตราตายจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนน เมื่อเชื่อมโยงกับข้อมูลการจัดตั้งด้านชุมชนปี พ.ศ. 2560 จำนวน 5,240 แห่ง ในเขตสุขภาพที่ 9 และรายงานสรุปผลการดำเนินงานส่งเสริมการตั้งศูนย์สร้างเมาในด้านชุมชน พบว่าปี พ.ศ. 2558 - 2559 เขตสุขภาพที่ 9 มีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุทางถนนลดลงเหลือร้อยละ 21 ต่อประชากรแสนคน แต่จำนวนผู้เสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 22 ต่อประชากรแสนคน⁽²⁾ เปรียบกับข้อมูลประเทศ พบว่าเทศกาลปีใหม่และสงกรานต์ของสังคมไทย ช่วง 7 วันอันตราย มีผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุทางถนน 300 - 400 ราย คิดเป็น 2 คนต่อชั่วโมงรถจักรยานยนต์เกิดอุบัติเหตุสูงสุด^(3,4) สาเหตุหลักมาจากเมาสุรา รongลงมา

คือ ขับรถเร็ว พื้นที่ชนบทเกิดอุบัติเหตุสูงสุด คิดเป็นร้อยละ 54.2 รองลงมา ได้แก่ ทางหลวงร้อยละ 26.1 และเขตเมือง ร้อยละ 17.4 ตามลำดับ พื้นที่ชนบทมีการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และเกิดอุบัติเหตุมากที่สุด ร้อยละ 37.6^(4, 5) ข้อมูลผลการประเมินก่อนหน้านี้⁽⁶⁾ แนวโน้มการเกิดอุบัติเหตุในพื้นที่ที่ทำการประเมินโครงการด่านชุมชนลดลงเพียงเล็กน้อย มีการประเมินภาคีเครือข่ายและกระบวนการ ทรัพยากรบุคคลและระยะเวลาในการตั้งด่านชุมชน งบประมาณและอุปกรณ์ในการตั้งด่านชุมชน ประสิทธิภาพของด่านชุมชน แต่ประเมินเพียงพื้นที่เดียว ทำให้ผลการประเมินไม่เพียงพอต่อการตัดสินใจของผู้บริหารในภาพรวมเขตสุขภาพที่ 9 โดยเฉพาะประเด็นการพัฒนาเพื่อส่งเสริมประสิทธิภาพและประสิทธิผลของด่านชุมชนสถิตีย้อนหลัง 5 ปี ช่วงเทศกาลสงกรานต์ (พ.ศ. 2556-2560) ภาพรวมประเทศ พบว่า มีผู้บาดเจ็บจากอุบัติเหตุการจราจรทางถนน เฉลี่ย 27,687 คนต่อปี พิกการ 190 คนต่อปี เสียชีวิต 441 คนต่อปี มูลค่าความสูญเสีย 5,000 ล้านบาทต่อปี การจัดตั้งด่านชุมชนแตกต่างจากด่านตรวจ จุดตรวจ จุดสกัดของตำรวจเพราะจุดประสงค์หลัก คือ การสกัดคนเมาไม่ให้ขับออกจากชุมชนเข้าสู่ถนนสายหลัก คนในชุมชนสอดส่องดูแลกันเอง ไม่มีการบังคับใช้กฎหมายใดๆ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 ถอดบทเรียนการดำเนินงาน พบว่าสามารถดำเนินการได้ดีและช่วยลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุการจราจรทางถนนหรือความรุนแรงในหลายพื้นที่ เช่น อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดชัยภูมิ อำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ อำเภอปรางค์กู่ จังหวัดนครราชสีมา และอำเภอบัวลาย จังหวัดบุรีรัมย์ ปี พ.ศ. 2558 สามารถสกัดคนเมาได้ 106 คน ปี พ.ศ. 2556-2558 อัตราการเกิดอุบัติเหตุการจราจรทางถนนช่วงเทศกาลสงกรานต์มีแนวโน้มลดลง บาดเจ็บ 62, 32, 21 ราย⁽⁷⁾ เสียชีวิต 2, 1, 0 ราย ตามลำดับ

ผู้ประเมินมีคำถามว่าการจัดตั้งด่านชุมชนส่งผลต่อการเพิ่มขึ้นหรือลดลงของจำนวนการเกิดอุบัติเหตุการจราจรทางถนนหรือไม่ อย่างไร พื้นที่ที่สามารถลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุได้กับพื้นที่ที่ไม่สามารถลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุได้ดำเนินงานแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไรเพื่อใช้เป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจของผู้บริหารในการพัฒนางานต่อไป

1. รูปแบบการประเมิน

การประเมินครั้งนี้เก็บข้อมูล 2 ส่วน ได้แก่ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่ครบถ้วนด้านปัจจัยนำเข้า กระบวนการ ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบใช้รูปแบบการวิจัยเชิงประเมิน ประยุกต์ใช้แนวคิดทฤษฎีของ Michael Scriven Evaluation Theory ที่พิจารณามุ่งไปที่ความมากน้อยของประโยชน์ที่เกิดกับผู้รับบริการมากกว่ามุ่งตัดสินผลลัพธ์ตามวัตถุประสงค์⁽⁸⁾

1.1 พื้นที่ประเมินและกลุ่มเป้าหมาย เลือกพื้นที่แบบเฉพาะเจาะจง พื้นที่ที่ใช้กระบวนการจัดตั้งด่านชุมชนตามหลักเตรียม ตั้ง ติดตาม ได้แก่ อำเภอบัวลาย จังหวัดนครราชสีมา อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดชัยภูมิ อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ และอำเภอปราสาท จังหวัดสุรินทร์ พื้นที่ที่จัดตั้งด่านชุมชนสังการ ได้แก่ อำเภอครบุรี จังหวัดนครราชสีมา อำเภอหนองบัวแดง จังหวัดชัยภูมิ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์ และอำเภอศีขรภูมิ จังหวัดสุรินทร์รวมทั้งสิ้น 8 อำเภอ เลือกด่านชุมชนที่พร้อมรับการประเมินโดยพื้นที่เป็นผู้คัดเลือก จำนวน 2 ตำบล เลือกด่านชุมชนในระดับหมู่บ้าน จำนวน 2 แห่ง เพื่อลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูล รวมทั้งสิ้น 16 แห่งแบ่งกลุ่มตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ให้บริการและผู้รับบริการ

1.2 การคำนวณขนาดตัวอย่าง

1.2.1 ผู้ให้บริการตามโครงสร้างที่มีอยู่จริงในพื้นที่แห่งละ 7-15 คน

1.2.2 ผู้รับบริการคำนวณขนาดตัวอย่างรูปแบบ Cohort study ที่ค่าความเชื่อมั่น 95% Percent of Exposed with Outcome อ้างอิงจากอัตราการเกิดอุบัติเหตุ 45 รายต่อประชากรแสนคน⁽⁶⁾ Power

(1-beta, % chance of detecting) เท่ากับ 80 คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม Open Source Epidemiologic Statistic for Public Health⁽⁹⁾ ได้ขนาดตัวอย่างเท่ากับ 316 คน ผู้ประเมินจึงดำเนินการเก็บข้อมูลจากประชาชนด่านชุมชนละ 20 คน จำนวน 16 แห่ง รวมทั้งสิ้น 320 คน

1.3 เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria)

ผู้ให้บริการ

- 1.3.1 ผู้ให้บริการด่านชุมชนที่อยู่เวรปฏิบัติงาน ณ ช่วงเวลาที่ผู้ประเมินลงพื้นที่
- 1.3.2 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอและเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลระดับอำเภอที่รับผิดชอบงานอุบัติเหตุ

ผู้รับบริการ

- 1.3.3 ประชาชนในหมู่บ้านที่มีการจัดตั้งด่านชุมชนช่วงเทศกาลสงกรานต์ ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่นั้น ๆ อย่างน้อย 1 ปี
- 1.3.4 ประชาชนกลุ่มเสี่ยง เช่น ขับรถเร็ว เมาแล้วขับ วิทยุร่น

1.4 เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ผู้รับบริการ

- 1.4.1 มีภาวะหลงลืม พุดจาสับสน ไม่สามารถให้ข้อมูลได้
- 1.4.2 ผู้ป่วยติดเตียง
- 1.4.3 อายุต่ำกว่า 15 ปี

2. การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ประเมินดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ในพื้นที่เป้าหมาย จำนวน 2 ครั้ง ๆ ละ 2 วัน ครั้งที่ 1 ช่วง 7 วันอันตราย (11 เมษายน 2561 ถึง 17 เมษายน 2561) เพื่อประเมินปัจจัยนำเข้า กระบวนการ และผลผลิตในผู้ให้บริการ และประเมินความรู้ ทักษะการปฏิบัติตนต่อต้านชุมชนของผู้รับบริการ ครั้งที่ 2 (23 เมษายน 2561 ถึง 26 เมษายน 2561) เพื่อประเมินผลลัพธ์ และผลกระทบจากการดำเนินงานด่านชุมชน

2.1 เครื่องมือประเมินผล ใช้แบบประเมินที่ผู้ประเมินสร้างขึ้นและตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน

2.1.1 ผู้ให้บริการแบบประเมิน ประกอบด้วย แบบประเมินปัจจัยนำเข้า (บุคลากร งบประมาณ วัสดุ-อุปกรณ์) แบบคำถามปลายเปิดจำนวน 5 ข้อ กระบวนการตามแนวทาง District Health System Road Traffic Injury Team (DHS-RTI) แบบมาตราส่วนประมาณค่าจำนวน 3 ข้อ และแนวทางตามหลัก 3 ต. (เตรียม ตั้ง ติดตาม) แบบมาตราส่วนประมาณค่าจำนวน 15 ข้อ ผลผลิต แบบเติมคำในช่องว่าง จำนวน 2 ข้อ ผลลัพธ์ แบบเติมคำในช่องว่าง จำนวน 3 ข้อ ผลกระทบ แบบเติมคำในช่องว่าง จำนวน 3 ข้อ

2.1.2 ผู้รับบริการแบบประเมิน ประกอบด้วย แบบประเมินความรู้แบบ 4 ตัวเลือก จำนวน 14 ข้อ ทักษะการปฏิบัติตนต่อต้านชุมชน แบบมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน 20 ข้อ การปฏิบัติตนต่อต้านชุมชน แบบมาตราส่วนประมาณค่า จำนวน 15 ข้อ

3. การประมวลผลและการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปเพื่อการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติสำหรับข้อมูลเชิงปริมาณ เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่มสองกลุ่มด้วยสถิติ t-test นำค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ทักษะการปฏิบัติตนต่อต้านชุมชน เปรียบเทียบกับเกณฑ์คะแนนมาตรฐาน โดยใช้แบบอิงเกณฑ์ของ Bloom⁽¹⁰⁾ แปรผล 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย ปานกลาง มาก ข้อมูลเชิงคุณภาพจำแนกชนิดข้อมูล จัดกลุ่ม และวิเคราะห์เนื้อหา

4. ผลการประเมินปัจจัยนำเข้า

ผู้ให้บริการ

4.1 ปัจจัยนำเข้าด้านบุคลากรด่านชุมชนต้นแบบและด่านชุมชนสั่งการมีโครงสร้างคล้ายคลึงกัน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ได้แก่ กำนันผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) อาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.) เจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ตำรวจ คณะกรรมการหมู่บ้านและจิตอาสา จำนวน 7-15 คน ผู้ประเมินพบข้อสังเกต คือ ด่านชุมชนต้นแบบจะมีบุคลากรในลักษณะของจิตอาสาที่มาจากประชาชนในชุมชนประมาณ 4-5 คน ในขณะที่ด่านชุมชนสั่งการ บุคลากรส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่มีบทบาทหน้าที่ชัดเจนในการดูแลความสงบเรียบร้อยในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่ อบต. ส่งผลให้ด่านชุมชนต้นแบบมีบุคลากรเพียงพอต่อการปฏิบัติงาน ในขณะที่ด่านชุมชนสั่งการขาดแคลนบุคลากรอยู่เวรปฏิบัติงาน

4.2 ปัจจัยนำเข้าด้านงบประมาณ ด่านชุมชนต้นแบบและด่านชุมชนสั่งการไม่มีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานที่ชัดเจน ทั้งในส่วนของการค่าอาหาร ค่าตอบแทน แต่ได้รับการสนับสนุนจากการบริจาคของประชาชนในรูปแบบของอาหารและเครื่องดื่ม บางแห่งมีเงินกองทุนหมู่บ้านร่วมสมทบ จิตอาสาส่วนใหญ่เตรียมอาหารมารับประทานเอง บางแห่งใช้การปรับงบประมาณจากโครงการอื่น ขององค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อใช้เป็นค่าวัสดุ-อุปกรณ์ เช่น ป้าย ค่าเช่าเต็นท์ และจ่ายค่าป่วยการให้กับ อปพร. เวนละ 300 บาท

4.3 ปัจจัยนำเข้าด้านวัสดุ-อุปกรณ์ ด่านชุมชนต้นแบบมีความพร้อมของวัสดุ-อุปกรณ์มากกว่าด่านชุมชนสั่งการ อุปกรณ์ที่จำเป็นต้องใช้ในการจัดตั้งด่านชุมชน ได้แก่ กรวยยาง กระบองไฟ ไฟสัญญาณเตือน ไม้ม้วนหรือที่กั้น โต๊ะ – เก้าอี้ ไฟฉาย เสื้อสะท้อนแสง ป้ายด่าน นกหวีด วัสดุ-อุปกรณ์ที่ระบุไว้ไม่เพียงพอ ได้แก่ เสื้อสะท้อนแสง กระบองไฟ นกหวีด และไฟฉาย

5. ผลการประเมิน กระบวนการลักษณะการปฏิบัติงานใช้วิธีการหมุนเวียน ส่วนใหญ่จัดตั้งด่านชุมชนและปฏิบัติงานตลอด 24 ชั่วโมง ยกเว้นบางแห่งที่ปฏิบัติงานถึงเวลา 24.00 น. เวรแบ่งเป็น 2 ช่วง คือ ช่วงเวลากลางวันและกลางคืน ด่านชุมชนทั้ง 2 รูปแบบ มีกระบวนการดำเนินงานคล้ายคลึงกัน คือ การดำเนินงานมาตรการชุมชน การรณรงค์ให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ การสรุปผลการดำเนินงานด่านชุมชนต้นแบบร้อยละ 100 มีกระบวนการดำเนินงานตามหลัก 3 ต. คือ 1) เตรียมการก่อนจัดตั้งด่านชุมชน ได้แก่ การประชุมหมู่บ้าน จัดเตรียมวัสดุ - อุปกรณ์ จัดการสิ่งแวดล้อมที่เป็นจุดเสี่ยงต่อการเกิดอุบัติเหตุ ประเมินกลุ่มเสี่ยง เช่นเมาแล้วขับ วัยรุ่น ขับรถเร็ว เพื่อเฝ้าระวัง ประเด็นที่ดำเนินการไม่ครบทุกแห่ง ได้แก่ การร่วมประเมินจุดเสี่ยงการกำหนดจุดเสี่ยง 2) ตั้งด่านชุมชน 3) ติดตามประเมินผล ด่านชุมชนต้นแบบร้อยละ 100 มีการพูดคุยถึงสาเหตุการเกิดอุบัติเหตุเพื่อหาแนวทางแก้ไขและป้องกันการเกิดเหตุซ้ำ ในขณะที่ด่านชุมชนสั่งการเพียงร้อยละ 75 ที่มีการดำเนินการวิเคราะห์สาเหตุการเกิดอุบัติเหตุ

ตารางที่ 1 ความพร้อมและความเพียงพอรายด้านต่อการดำเนินงานด่านชุมชนต้นแบบและด่านชุมชนสั่งการ

หัวข้อการประเมิน	ด่านชุมชนต้นแบบ	ด่านชุมชนสั่งการ
1. ปัจจัยนำเข้า		
- คน	√	×
- เงิน	×	×
- วัสดุ- อุปกรณ์	√	×
2. กระบวนการ		
- กระบวนการตามแนวทาง DHS -	√	√
- กระบวนการตามหลัก 3 ต.	√	×

ตารางที่ 1 ความพร้อมและความเพียงพอรายด้านต่อการดำเนินงานด้านชุมชนต้นแบบและด้านชุมชนสั่งการ (ต่อ)

หัวข้อการประเมิน	ด้านชุมชนต้นแบบ	ด้านชุมชนสั่งการ
3. ผลผลิต	✓	×
4. ผลลัพธ์	✓	✓
5. ผลกระทบ	✓	✓

จากตารางที่ 1 พบว่า ด้านชุมชนต้นแบบมีความพร้อมรายด้านมากกว่าด้านชุมชนสั่งการ ยกเว้นงบประมาณที่ไม่เพียงพอต่อการดำเนินงานด้านชุมชนทั้ง 2 รูปแบบ

6. ผลการประเมินผลผลิต พบว่าด้านชุมชนต้นแบบที่จัดตั้งในปี พ.ศ. 2560 และ 2561 มีจำนวนมากกว่าด้านชุมชนสั่งการ จำนวนผู้รับบริการได้แก่ ผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ไม่สวมหมวกนิรภัย เมาแล้วขับด้านชุมชนต้นแบบมากกว่าด้านชุมชนสั่งการ

7. ผลการประเมินผลลัพธ์ พบว่าผู้รับบริการมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่จำนวนครั้งในการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่มีแนวโน้มลดลง ผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงได้รับการสกัด ตรวจเตือน และลดความเสี่ยงเพิ่มขึ้น จำนวนครั้งในการขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่มีความแตกต่างกันค่อนข้างมากในแต่ละพื้นที่

8. ผลการประเมินผลกระทบ ได้แก่ จำนวนครั้งในการเกิดอุบัติเหตุ จำนวนผู้บาดเจ็บ จำนวนผู้เสียชีวิต มีรายละเอียด ดังนี้

ตารางที่ 2 ผลกระทบของการจัดตั้งด้านชุมชนต้นแบบกับด้านชุมชนสั่งการ

ด้านชุมชน	จำนวนครั้งในการเกิดอุบัติเหตุ การจราจร ทางถนน		จำนวนผู้บาดเจ็บ		จำนวนผู้เสียชีวิต	
ปี พ.ศ.	2560	2561	2560	2561	2560	2561
อำเภอต้นแบบ						
ปักธงชัย	4	45	5	66	0	0
ภูเขียว	9	5	6	8	0	0
นางรอง	59	54	59	54	3	1
ปราสาท	16	2	10	3	2	0
อำเภอเปรียบเทียบ						
ครบุรี	36	36	45	40	1	2
หนองบัวแดง	3	1	5	1	0	0
สตึก	55	30	55	30	1	0
ศีขรภูมิ	42	45	54	62	0	0

จากตารางที่ 2 พบว่า จำนวนครั้งในการเกิดอุบัติเหตุ จำนวนผู้บาดเจ็บ ไม่สามารถแสดงแนวโน้มการเพิ่มขึ้นหรือลดลงที่ชัดเจนได้ แต่จำนวนผู้เสียชีวิตมีแนวโน้มลดลง

9. ผลการประเมินความรู้ ทักษะ และการปฏิบัติตนต่อต้านชุมชนของผู้รับบริการ

9.1 ความรู้เกี่ยวกับด่านชุมชนของผู้รับบริการเนื่องจากบางแห่งมีผู้รับบริการมากกว่า 20 คนผู้ประเมินจึงเก็บข้อมูลเพิ่ม เพื่อใช้ทดแทนกรณีข้อมูลไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ จึงได้กลุ่มตัวอย่าง 324 รายดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้ของผู้รับบริการด้านชุมชนต้นแบบกับด้านชุมชนสั่งการ

ความรู้	n	$\bar{X}$	SD	t	df	p
ด้านชุมชนต้นแบบ	161	10.83	2.28	1.497	322	0.135
ด้านชุมชนสั่งการ	163	10.48	1.88			

จากตารางที่ 3 พบว่า ผู้รับบริการด้านชุมชนต้นแบบและด้านชุมชนสั่งการ มีความรู้เกี่ยวกับด้านชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง ไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

9.2 ทักษะต่อต้านชุมชนของผู้รับบริการเนื่องจากผู้รับบริการด้านชุมชนต้นแบบบางรายตอบข้อมูลไม่ครบถ้วน ผู้ประเมินจึงไม่นำมาวิเคราะห์ข้อมูล

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติตนต่อต้านชุมชนต้นแบบกับด้านชุมชนสั่งการ

ทักษะ	n	$\bar{X}$	SD	t	df	P
ด้านชุมชนต้นแบบ	159	47.69	4.26	3.20	320	0.002*
ด้านชุมชนสั่งการ	163	49.33	4.94			

จากตารางที่ 4 พบว่า ผู้รับบริการด้านชุมชนต้นแบบและด้านชุมชนสั่งการ มีทักษะต่อต้านชุมชนอยู่ในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยทักษะการปฏิบัติตนต่อต้านชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

9.3 ผลการประเมินการปฏิบัติตนต่อต้านชุมชนของผู้รับบริการประเมินทั้งพฤติกรรมเชิงบวกและเชิงลบของผู้รับบริการ

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบค่าคะแนนเฉลี่ยการปฏิบัติตนต่อต้านชุมชนต้นแบบกับด้านชุมชนสั่งการ

การปฏิบัติตน	n	$\bar{X}$	SD	t	df	P
ด้านชุมชนต้นแบบ	159	37.80	4.55	0.47	320	0.64
ด้านชุมชนสั่งการ	163	37.52	5.98			

จากตารางที่ 5 พบว่า ผู้รับบริการด้านชุมชนต้นแบบและด้านชุมชนสั่งการปฏิบัติตนต่อต้านชุมชนอยู่ในระดับดีไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

10. อภิปรายผลการประเมินในผู้ให้บริการ

10.1 ปัจจัยนำเข้าด้านบุคลากรด่านชุมชนต้นแบบและด้านชุมชนสั่งการมีโครงสร้างคล้ายคลึงกันสอดคล้องกับผลการ

ประเมินก่อนหน้า^(4, 6)ด้านชุมชนต้นแบบจะมีประชาชนเข้ามาเป็นจิตอาสาในการอยู่เวรปฏิบัติงาน แตกต่างจากด้านชุมชนสั่งการที่มีกะทอนปัญหาการขาดแคลนบุคลากรในการอยู่เวรและเสนอให้ตั้งด้านชุมชนเพียงบางวัน เพราะคนในชุมชนส่วนใหญ่มองว่าเป็นหน้าที่ของฝ่ายปกครองและแกนนำชุมชน

10.2 ปัจจัยนำเข้าด้านงบประมาณ พบว่า การดำเนินงานด้านชุมชนไม่มีงบประมาณสนับสนุนที่ชัดเจนทั้งในส่วนของการตอบแทนผู้ปฏิบัติงาน ค่าอาหาร ค่าเครื่องดื่ม มีเพียงเจ้าหน้าที่อปพร. เท่านั้น ที่ได้รับค่าตอบแทนที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากงานด้านชุมชนไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบที่ชัดเจน ส่วนใหญ่ใช้ทรัพยากรจากงานอุบัติเหตุของหน่วยงานในพื้นที่ เช่น อบต. รพ.สต. และกองทุนหมู่บ้าน อยู่กับวิธีการบริหารจัดการของหน่วยงานที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ส่งผลให้งบประมาณไม่เพียงพอต่อการดำเนินงาน

10.3 ปัจจัยนำเข้าด้านวัสดุ - อุปกรณ์พบว่า ด้านชุมชนต้นแบบมีวัสดุ - อุปกรณ์ และมีความพร้อมมากกว่าด้านชุมชนสั่งการ แต่ยังพบปัญหาวัสดุ - อุปกรณ์บางรายการด้านชุมชนสั่งการบางแห่งขาดแคลนอุปกรณ์ในการดำเนินงานที่จำเป็นต้องใช้เกือบทุกรายการ เช่น กรวยยาง กระบองไฟ ไฟสัญญาณเตือนที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากพื้นที่ไม่มีความพร้อมและเข้าใจประโยชน์ที่แท้จริงของการจัดตั้งด้านชุมชนแต่ต้องจัดตั้งตามนโยบายหรือคำสั่งของฝ่ายปกครองส่วนท้องถิ่น

10.4 กระบวนการจัดตั้งด้านชุมชนพบว่ากระบวนการในการจัดตั้งด้านชุมชนต้นแบบและด้านชุมชนสั่งการมีขั้นตอนคล้ายคลึงกันแต่ด้านชุมชนต้นแบบมีข้อแตกต่างจากด้านชุมชนสั่งการด้านความเข้าใจของแกนนำชุมชนต่อประโยชน์ของการจัดตั้งด้านชุมชนที่จะช่วยลดอัตราการเกิดอุบัติเหตุให้กับประชาชนในชุมชนของตนเอง ทำให้แกนนำชุมชนสามารถถ่ายทอดสื่อสาร โน้มน้าวและสร้างแรงจูงใจให้กับประชาชนในพื้นที่ให้เห็นประโยชน์ของการจัดตั้งด้านชุมชนและเข้ามามีส่วนร่วม ผู้ประเมินพบว่าหากแกนนำชุมชนเองไม่เข้าใจ ก็จะไม่สามารถสร้างความเข้าใจให้กับประชาชน และสร้างการมีส่วนร่วมได้

10.5 ผลผลิต ผลลัพธ์ และผลกระทบของการจัดตั้งด้านชุมชน

10.5.1 ผลการประเมินผลผลิต พบว่า จำนวนผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ผู้ขับขีรถจักรยานยนต์ที่ไม่สวมหมวกนิรภัย เมาแล้วขับ ขับรถเร็ว ไม่มีแนวโน้มนำเพิ่มขึ้นหรือลดลงอย่างชัดเจน ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากวิธีการนับจำนวนผู้ใช้บริการไม่ได้นับเฉพาะคนในชุมชนเท่านั้น แต่นับประชาชนที่สัญจรไป-มาผ่านเส้นทางที่มีการจัดตั้งด้านชุมชนผู้ประเมินมีข้อค้นพบว่า จำนวนด้านสั่งการที่จัดตั้งเพิ่มขึ้น โดยที่ชาวบ้านในชุมชนไม่มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง มีเพียงโครงสร้างของด้านชุมชนที่ไม่สมบูรณ์ บางแห่งขาดแคลนผู้อยู่เวรปฏิบัติงาน บางแห่งวัสดุ-อุปกรณ์ไม่เพียงพอ สอดคล้องกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่สรุปได้ว่า “การมีส่วนร่วม” คือ การที่ประชาชนหรือกลุ่มบุคคลมีแนวคิดหรือจุดมุ่งหมายที่เหมือนกันเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการนั้นให้แล้วเสร็จตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดแล้วรับผลประโยชน์ร่วมกัน ซึ่งต้องเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ทั้งการตัดสินใจ การปฏิบัติ ร่วมรับผลประโยชน์และประเมินผล และทฤษฎีการกระทำทางสังคม⁽¹¹⁾ที่ระบุว่า การกระทำใด ๆ ของมนุษย์จะขึ้นอยู่กับความสนใจและระบบค่านิยมของบุคคล ดังนั้น หากต้องการการมีส่วนร่วมของประชาชน ควรจัดให้มีกระบวนการมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนก่อนการจัดตั้งด้านชุมชน

10.5.2 ผลการประเมินผลลัพธ์พบว่า พฤติกรรมการขับรถเร็ว เมาแล้วขับ ลดลง เนื่องจากผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงได้รับการสกัดตรวจเตือน และลดความเสี่ยงเพิ่มขึ้น

10.5.3 ผลการประเมินผลกระทบพบว่า จำนวนครั้งในการเกิดอุบัติเหตุ ผู้บาดเจ็บ ไม่สามารถสรุป

ได้ชัดเจนว่าเพิ่มขึ้นหรือลดลง ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากข้อมูลที่จัดเก็บไม่ครบถ้วนในบางพื้นที่ เพราะการจัดเก็บข้อมูลเริ่มต้นดำเนินการอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนในปี 2560 แบบฟอร์มการจัดเก็บข้อมูลและฐานข้อมูล ดังแสดงในเว็บไซต์ของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข⁽¹²⁾ และกองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข⁽¹³⁾ ทำให้ผู้ประเมินไม่มีข้อมูลเพื่อใช้เปรียบเทียบแนวโน้ม แต่จากข้อมูลที่ได้ พบว่า จำนวนผู้เสียชีวิตจากการเกิดอุบัติเหตุการจราจรทางถนนมีแนวโน้มลดลงบางพื้นที่ แต่ทั้งนี้คงไม่สามารถสรุปได้ว่าลดลงจากการจัดตั้งด่านชุมชนหรือจากปัจจัยอื่น ๆ เนื่องจากมีตัวแปรอื่น ๆ เข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น จำนวนผู้เดินทาง อย่างไรก็ตาม ประชาชนในพื้นที่พึงพอใจต่อการจัดตั้งด่านชุมชน และต้องการให้ดำเนินการต่อไป เพราะนอกจากจะช่วยลดความรุนแรงหรือความสูญเสียจากการเกิดอุบัติเหตุการจราจรทางถนน ยังช่วยสร้างความสามัคคีให้เกิดขึ้นในชุมชน

11. อภิปรายผลการประเมินในผู้รับบริการ

11.1 ผู้รับบริการมีความรู้อยู่ในระดับปานกลางไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากช่องทางการรับรู้ข้อมูล ข่าวสาร เกี่ยวกับด่านชุมชนคล้ายคลึงกัน ได้แก่ เวทีประชาคมหมู่บ้าน จากการพูดคุยกับคนในชุมชนการเรียนรู้ด้วยตนเองว่าด่านชุมชนถูกจัดตั้งขึ้นเพื่อวัตถุประสงค์ใด และมีกระบวนการดำเนินงานอย่างไร

11.2 ประชาชนในพื้นที่ด่านชุมชนทั้ง 2 รูปแบบ มีทัศนคติต่อด่านชุมชนอยู่ในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่จากการวิเคราะห์ผลต่างของค่าคะแนนเฉลี่ย พบว่า แตกต่างกันเพียงเล็กน้อย ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจากประชาชนรับรู้ประโยชน์ของการจัดตั้งด่านชุมชนแต่ไม่ทราบว่าด่านทั้ง 2 รูปแบบ มีที่มาในการจัดตั้งแตกต่างกัน ตรงกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้รับบริการที่กล่าวว่า “ผมไม่รู้หรือว่าเป็นด่านแบบไหน แต่ช่วยให้ลูกหลานหรือคนในชุมชน ขับรถช้าลง และมีความระมัดระวังมากขึ้น เพราะกลัวถูกจับไปดำเนินคดี” (เพศชาย อายุ 47 ปี)

11.3 ผู้รับบริการปฏิบัติตนต่อด่านชุมชนอยู่ในระดับดีไม่แตกต่างกันที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 ที่เป็นเช่นนี้เนื่องจาก ชาวบ้านในชุมชนมีความเกรงกลัวและพึงพอใจต่อด่านชุมชนทั้ง 2 รูปแบบเท่ากัน ส่งผลให้พฤติกรรมที่แสดงออกไม่แตกต่างกันส่วนใหญ่เป็นพฤติกรรมเชิงบวก เช่น 1) ร่วมประชาคมเพื่อร่วมตัดสินใจว่า ควรจัดตั้งด่านชุมชนในช่วง 7 วันอันตราย หรือไม่ 2) ไม่ขับรถออกจากชุมชนหากอยู่ในสภาพมีเมา 3) แจ้งทีมด่านชุมชน เมื่อพบเห็นผู้เมาสุรากำลังจะขับขึ้นรถออกสู่ถนนสายหลัก 4) ร่วมมือในการสอดส่องดูแลบุตร-หลานของตน เกี่ยวกับพฤติกรรมรถขับขึ้นจากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้ให้ข้อมูลระบุว่า พฤติกรรมรถขับขึ้นที่ไม่ปลอดภัย มีกฎหมายและบทลงโทษที่ชัดเจน หากไม่ปฏิบัติตามเกรงว่าเจ้าหน้าที่ด่านชุมชนจะประสานงานไปยังตำรวจเพื่อดำเนินการตามกฎหมาย

12. สรุปผลการประเมินด่านชุมชน

ด่านชุมชนทั้ง 2 รูปแบบ ประชาชนมีความรู้ และการปฏิบัติตนต่อด่านชุมชนไม่แตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05 มีความรู้ในระดับปานกลาง ปฏิบัติตนอยู่ในระดับดี มีค่าคะแนนเฉลี่ยของทัศนคติแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 แต่ทัศนคติอยู่ในระดับดีเท่ากัน มีความเกรงกลัวที่จะแสดงพฤติกรรมรถขับขึ้นไม่ปลอดภัย ผู้ประเมินมีข้อค้นพบว่า ผู้ให้บริการ ด่านชุมชนที่ถูกจัดตั้งโดยความเห็นชอบของชุมชน และความเข้าใจถึงประโยชน์ ประชาชนจะมีส่วนร่วมมาก ในขณะที่ด่านชุมชนสั่งการ (Top down) จากฝ่ายปกครองประชาชนมีส่วนร่วมน้อย ส่งผลให้แกนนำชุมชนไม่เพียงพอต่อการ

อยู่เวรปฏิบัติงาน นอกจากนี้ผู้ประเมินพบว่า หากแกนนำชุมชนเองไม่เข้าใจกระบวนการที่ดีในการจัดตั้งด้านชุมชน การสร้างการมีส่วนร่วมจากประชาชนคงเป็นไปได้ยากเช่นกัน

13. ข้อเสนอแนะจากผู้ประเมินเพื่อการพัฒนา ปรับปรุง ด้านชุมชนต่อผู้รับผิดชอบงานป้องกันการบาดเจ็บทางถนนของเขตสุขภาพที่ 9

1. ควรสร้างรูปแบบการพัฒนาแกนนำชุมชนเพื่อเพิ่มการรับรู้สร้างทัศนคติเชิงบวก เกี่ยวกับประโยชน์ของการมีด้านชุมชน เพื่อให้แกนนำชุมชนนำไปสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมในชุมชน
2. ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียควรร่วมกันพัฒนารูปแบบการสื่อสารเพื่อทำความเข้าใจกับประชาชน
3. ควรพัฒนารูปแบบการสร้างแรงจูงใจในการเป็นจิตอาสาอยู่เวรปฏิบัติงานด้านชุมชน ทั้งในรูปแบบการสร้างความรู้ความภาคภูมิใจการเชิดชูเกียรติและวางแผนจัดทางงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานตามความเหมาะสม
4. การจัดสนับสนุนงบประมาณในการจัดตั้งด้านชุมชนควรเริ่มจากพื้นที่ที่ประชาชนมีความพร้อมที่จะร่วมดำเนินงาน เพื่อให้ผู้ให้บริการและผู้รับบริการมีความพึงพอใจต่อด้านชุมชนและเกิดประโยชน์สูงสุด เพราะหากจัดสรรงบประมาณลงไปยังพื้นที่ที่ไม่มีความพร้อม อาจทำให้สูญเสียงบประมาณโดยเปล่าประโยชน์
5. ควรสร้างรูปแบบการจัดเก็บข้อมูลรายงานผลการปฏิบัติงาน โดยให้ผู้ปฏิบัติงานเข้ามามีส่วนร่วมในการออกแบบ เพื่อป้องกันปัญหาการจัดเก็บข้อมูลที่มากเกินไปจนความจำเป็น และเพิ่มภาระงานให้กับผู้ปฏิบัติงาน

กิตติกรรมประกาศ

การประเมินผลด้านชุมชน เพื่อลดอุบัติเหตุการจราจรทางถนน ช่วง 7 วันอันตราย เทศกาลสงกรานต์ปี พ.ศ. 2561 สำเร็จได้เพราะได้รับความอนุเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือประเมินผลความร่วมมือในการติดต่อประสานงานในพื้นที่จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด ความร่วมมือจากทีมในการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลผู้ประเมินขอขอบพระคุณผู้มีส่วนได้ส่วนเสียทุกท่านโดยเฉพาะประชาชน แกนนำชุมชน ตำรวจ ทหาร และผู้ปฏิบัติงานด้านชุมชนในพื้นที่เป้าหมายและผู้ที่ไม่สามารถกล่าวนามได้ทั้งหมด

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. เป้าหมายการทำงาน "ลดการตายจากอุบัติเหตุทางถนน" ปีงบประมาณ 2561 รายจังหวัดรายไตรมาส[ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2561 มกราคม 20]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com/2016/news/hot-news>.
2. เปรมปรีดี ชวนะนรเศรษฐ์. ผลการส่งเสริมการตั้งศูนย์สร้างเมาในด้านชุมชน ช่วงเทศกาลสงกรานต์ พื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 [ออนไลน์]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2561 มกราคม 15]. เข้าถึงได้จาก <http://odpc9.ddc.moph.go.th/Research/SoberUpCenter.pdf>. ธีระวุธ ธรรมกุล และคณะ 2559. อ้างถึงใน ศูนย์อำนวยการป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาล ปีใหม่. รายงานผลการปฏิบัติงานป้องกันและลดอุบัติเหตุทางถนนในช่วงเทศกาลปีใหม่ 2556. [ออนไลน์]. 2556[เข้าถึงเมื่อ 2558 มีนาคม 7]. เข้าถึงได้จาก <http://www.roadsafetythai.org/>.
3. ญัฐกานต์ ไวยเนตร และคณะ. การขับเคลื่อนการดำเนินงานมาตรการชุมชน (ด้านชุมชน) ในช่วงเทศกาลสงกรานต์ ปี 2558. [ออนไลน์]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 2561 เมษายน 10]. เข้าถึงได้จาก <http://www.thaincd.com>.

4. อีระวุธ ธรรมกุล และคณะ 2559. อ้างถึงในสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. ข้อมูลอุบัติเหตุช่วงเทศกาลปีใหม่ (ปี2551-2558). [ออนไลน์]. 2559. [เข้าถึงเมื่อ 2558 มีนาคม 7]. เข้าถึงได้จาก <http://www.niems.go.th/th/>.
5. อีระวุธ ธรรมกุล และคณะ 2559. กระบวนการและผลลัพธ์ของการตั้งด่านชุมชน ในการป้องกันอุบัติเหตุทางถนน ช่วงเทศกาลสงกรานต์.วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่9 จังหวัดนครราชสีมา 2559;22; 2: 5-16.
7. กัลปียาภัสร์ อัครภูมิรัตน์ และคณะ2558. ด่านชุมชนพุทไธสง. [ออนไลน์]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 2561 มีนาคม 15]. เข้าถึงได้จาก www.thaincd.com/document/file/download/powerpoint.
8. ศุภามน จันทรสกุล. ยุคสมัยของการประเมินผลและแนวคิดทฤษฎีของนักประเมิน. วารสารวิชาการ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย 2557;8:68-79.
9. Bill and Melinda Gates Foundation to Emory University, Rollins School of Public health. Sample size. [Online]. 2013. [Cited 2018 March 5]. Available from: <https://www.openepi.com/SampleSize/>.
10. Bloom, B. S. et al. (1971). Hand book on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw Hill.
11. เยาวมาลย์ จ้อยจุฬี. การมีส่วนร่วมของประชาชนในท้องถิ่นต่อการจัดการมูลฝอย: ศึกษาเฉพาะกรณีเทศบาล ตำบลแหลมฉบัง จังหวัดชลบุรี [รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเกริก, 2542.
12. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานการป้องกันและลดการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน กระทรวงสาธารณสุข ปี 2560. [ออนไลน์].2560. [เข้าถึงเมื่อ 2561 กุมภาพันธ์8].เข้าถึงได้จาก<http://www.thaincd.com/2016/mission5>.
13. กองสาธารณสุขฉุกเฉิน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการรายงานการดำเนินงานป้องกันและลดการบาดเจ็บจากการจราจรทางถนน กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2561. [ออนไลน์]. 2561. [เข้าถึงเมื่อ 2561 มีนาคม 30]. เข้าถึงได้จาก <http://pher.moph.go.th/wordpress/home/>.

ท้ายเล่ม

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคติดเชื้อ หรือโรคไม่ติดต่อ ตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่างๆ โดยเน้นเรื่องที่ต้องไม่เคยตีพิมพ์หรือกำลังตีพิมพ์วารสารฉบับอื่นมาก่อน ทุกผลงานวิชาการที่ลงตีพิมพ์เผยแพร่จะต้องผ่านการพิจารณาลั่นกรองจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านเนื้อหาและรูปแบบการวิจัย จำนวน 2 ท่าน ที่จะช่วยพัฒนาต้นฉบับให้มีคุณภาพมากขึ้น และบทความในวารสารได้ผ่านระบบตรวจสอบ การลอกเลียนวรรณกรรมทางวิชาการของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทั้งนี้ทางกองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์คำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัสดุ และวิธีการ ผลวิจารณ์ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์

รายงานผลปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความพื้นวิชาการ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่างๆ ประกอบด้วย บทความย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิจารณ์ หรือวิเคราะห์ ความรู้หรือข้อมูลที่นำมาเขียน สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

ย่อเอกสาร อาจย่อจากบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทยที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องต้องมีภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาต่างประเทศ (ไม่ใช่คำย่อ) คำสำคัญ พร้อมทั้งอธิบายต่อท้ายชื่อและสถานที่ทำงาน

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เอาแต่เนื้อหาที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคที่สมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้วไม่แบ่งเป็นข้อๆ ในการเขียนบทคัดย่อมีส่วนประกอบดังนี้ วัตถุประสงค์ ขอบเขต การวิจัย วิธีรวบรวมและวิเคราะห์ ข้อมูลและวิจารณ์ผลหรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อ ต้องเขียนทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง วัตถุประสงค์ของการวิจัย สมมุติฐาน ขอบเขตการวิจัย

วิธีและวิธีการวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล วิธีการรวบรวมข้อมูล วิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือในการวิจัยตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล หรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผล/ผลการดำเนินงาน อธิบายสิ่งที่ได้พบจากการวิจัยโดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระเบียบ พร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์แล้วพยายามสรุปเปรียบเทียบกับสมมุติฐานที่วางไว้

วิจารณ์ผล ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัย ว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึงทฤษฎีหรือผลการวิจัยหรือผลการดำเนินงานของผู้อื่นที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

บทสรุป (ถ้ามี) ควรเขียนเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยอย่างสั้นๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้เป็นประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะ ประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง ใช้การอ้างอิงแบบแวนคูเวอร์ โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บยกไว้หลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

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

ในกรณีที่ผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคนด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้าเกิน 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 ; 255: 640 - 644.

ข. ภาษาไทย ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็มตามด้วยนามสกุลและใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

ธีระ รามสูตล นีวัต มนตรีสุวัต, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช, และคณะ. อุบัติการณ์โรคเริ่ดระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยา คลินิกจากกวด้านของผิวหนังผู้ป่วยโรคเริ่ดที่สงสัยเป็นโรคเริ่ด 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527 ; 10 : 101 – 102.

3.2 การอ้างหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างหนังสือหรือตำรา

ชื่อผู้แต่ง (สกุล อักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ, ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

Joman k. Tuberculosis case – finding and chemotherapy, Geneva : World Health Organization, 1979.

ข. การอ้างบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

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

ตัวอย่าง

ศรีชัย หล่อริย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน : ศรีชัย หล่อริย์สุวรรณ, ดนัย บุญนาค, คุณหญิงตระหนักจิต หะริณสุต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ : รวมทรัพย์ ; 2553 : 115 – 120.

3.3 การอ้างวิทยานิพนธ์

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์: มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

ตัวอย่าง

ชื่อผู้นิพนธ์. ชื่อเรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา.

ตัวอย่าง

อังคาร ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

3.4 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ [ประเภทของเรื่อง/วัสดุ]. ปีที่พิมพ์ [เข้าถึงเมื่อ ปี เดือน วันที่]. เข้าถึงได้จาก/ <http://...>

4. การส่งต้นฉบับ

4.1 ให้พิมพ์ติดหน้าเดียวลงบนกระดาษสัน ขนาด A4 (21 x 29.7 ซม.) ใช้ Font Angsana new ขนาดตัวอักษร 16 จำนวน 12 แผ่น

4.2 การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้นคำภาษาไทยที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

4.3 ภาพประกอบถ้าเป็นภาพลายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกบนกระดาษหนาแน่น ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์หรืออาจใช้ภาพโปสเตอร์แทนก็ได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในรูป

4.4 การส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ทางเว็บไซต์ ThaiJo

ขั้นตอนการส่งบทความ

1. เข้า <https://www.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/index>

2. สมัครสมาชิก Register สร้าง Username / Password สร้าง Profile จากนั้นเข้าสู่ระบบ log in และไปยังขั้นตอนการ SUBMISSION

3. SUBMISSION คลิก NEW SUBMISSION

STEP 1 เลือกทุกช่องทางเพื่อเป็นการยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

STEP 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ Word หรือไฟล์แนบอื่น ๆ

STEP 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น ข้อมูล Author, Title, Abstract, Keywords, References

STEP 4 ยืนยันการส่งบทความ

STEP 5 เสร็จสิ้นการ SUBMISSION และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบโดยบรรณาธิการ (Editor)

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับการพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับการพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ผู้เขียนทราบ

บทบาทและหน้าที่ของผู้นิพนธ์

1. ผู้นิพนธ์ต้องรับรองว่าผลงานที่ส่งมานั้นเป็นผลงานใหม่และไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน
2. ผู้นิพนธ์ต้องรายงานข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัย ไม่บิดเบือนข้อมูล
3. ผู้นิพนธ์ต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่น หากมีการนำผลงานเหล่านั้นมาใช้ในผลงานตัวเอง

4. ผู้นิพนธ์ต้องเขียนบทความวิจัยให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดไว้ใน “คำแนะนำผู้เขียน”
5. ผู้นิพนธ์ที่มีชื่อปรากฏในบทความทุกคน ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนในการดำเนินการวิจัยจริง

บทบาทหน้าที่ของกองบรรณาธิการ

1. บรรณาธิการวารสารมีหน้าที่พิจารณาคุณภาพของบทความ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ตนรับผิดชอบ
2. บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้นิพนธ์ และผู้ประเมินบทความ
3. บรรณาธิการต้องไม่ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความเพราะความสงสัยหรือไม่แน่ใจ

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล
2. ผู้ประเมินบทความควรประเมินบทความในสาขาวิชาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ
3. ผู้ประเมินบทความต้องระบุผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมินแต่ผู้นิพนธ์ไม่ได้อ้างอิงถึง