

**THE OFFICE OF DISEASE PREVENTION AND CONTROL 9
NAKHON RATCHASIMA JOURNAL**

ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 เดือนตุลาคม 2564-มกราคม 2565

Volume 28 Number 1 October 2021-January 2022

ISSN 0859-1083

วารสารของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

- การศึกษาความรู้ความตระหนักและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชากรในหมู่บ้านแห่งหนึ่ง ในจังหวัดอุบลราชธานี
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลของเกษตรกรอายุ 50 ปีขึ้นไป ตำบลพุดซา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา
- การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ต้นแบบ อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์
- การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน
- การพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดบุหรี่เพื่อลดการสูบบุหรี่ ตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา
- สถานการณ์ และแนวทางปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล
- แนวปฏิบัติในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด



วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

วัตถุประสงค์

เพื่อเผยแพร่บทความวิชาการที่เกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่สนับสนุนการดำเนินงานในเขตสุขภาพที่ 9 และเพื่อเป็นสื่อกลางในการแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างนักวิชาการและบุคลากรทางด้านสาธารณสุข

สำนักงาน

กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9
อ.เมือง จ.นครราชสีมา
โทร. 044-212900 ต่อ 312
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.ธีรวัฒน์ วลัยเสถียร

บรรณาธิการ

นพ.มานิต คงแป้น

ผู้ช่วยบรรณาธิการ

นางญาดา โตอุตชนม์

ฝ่ายจัดการ

1. นางสมร นุ่มพ่อง
2. นางสาวกรรณิกา บัวทะเล

กองบรรณาธิการนอกหน่วยงาน

1. ศ.เกียรติคุณ ดร.พันธุ์ทิพย์ รามสูต
สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ
2. รศ.อรุณ จิรวัดน์กุล มหาวิทยาลัยขอนแก่น
3. รศ.ดร.โยธิน แสงดี มหาวิทยาลัยมหิดล
4. รศ.ดร.มณฑา เก่งการพานิช มหาวิทยาลัยมหิดล
5. ผศ.ดร.เชษฐา งามจรัส มหาวิทยาลัยขอนแก่น
6. ผศ.ดร.ทัศนีย์ ศิลาวรรณ มหาวิทยาลัยมหิดล
7. รศ.ดร.จรัมพร แก้วก๊วย มหาวิทยาลัยมหิดล
8. ผศ.ดร.หนึ่งหทัย ขอผลกลาง มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
9. ผศ.ดร.ศุภวรรณ มโนสุนทร นักวิชาการอิสระ
10. ผศ.ดร.สมรภพ บรรหารักษ์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
11. ผศ.ดร.ธีระวุธ ธรรมกุล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช
12. ดร.ชัยยา นรเดชาพันธ์ มหาวิทยาลัยราชภัฏพิบูลสงคราม
13. ผศ.ดร.ฐาวิ ชันสำโรง มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น
14. ผศ.ดร.ชลาลัย หาญเจนลักษณ์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
15. นพ.เกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์ นักวิชาการอิสระ
16. นางอัญชญา ประศาสน์วิทย์ นักวิชาการอิสระ

กองบรรณาธิการในหน่วยงาน

1. นพ.บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันท์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2. พญ.เพชรวรรณ พึ่งรัมย์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
3. นพ.วีรวัฒน์ มโนสุทธิ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
4. นางนันทนา เต้ประเสริฐ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นม.

กำหนดออกเผยแพร่

3 ฉบับ

ฉบับที่ 1 เดือนตุลาคม - มกราคม

ฉบับที่ 2 เดือนกุมภาพันธ์ - พฤษภาคม

ฉบับที่ 3 เดือนมิถุนายน - กันยายน

จำนวน

30 เล่ม

พิมพ์ที่

หจก.เลิศศิลป์ สาส์น โฮลดิ้ง

336 ถ.สุรนารี ต.ในเมือง อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

โทรศัพท์ 044-252883

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ตีพิมพ์ปีละ 3 ครั้ง
เผยแพร่บทความวิชาการเกี่ยวกับการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ
รายละเอียดเกี่ยวกับการส่งบทความหรือรายงานการวิจัยเพื่อลงตีพิมพ์ ศึกษาได้จากคำแนะนำ
สำหรับผู้เขียนซึ่งอยู่ด้านท้ายของวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9
จังหวัดนครราชสีมาทุกฉบับ ทางกองบรรณาธิการจะไม่พิจารณาตีพิมพ์บทความหรือรายงาน
การวิจัยถ้าไม่ได้เขียนในรูปแบบคำแนะนำและบทความที่ได้ตีพิมพ์ในวารสารวิชาการสำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ไม่สามารถนำไปเผยแพร่ในวารสารวิชาการ
อื่น ๆ ได้

ส่งผลงาน/บทความ/รายงานการวิจัยมายัง

กลุ่มพัฒนานวัตกรรมและวิจัย

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

อ.เมือง จ.นครราชสีมา 30000

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

สารบัญ / Content

ปีที่ 28 ฉบับที่ 1 เดือนตุลาคม-มกราคม 2565

1.	การศึกษาความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชากรในหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี A Study of Assessing Knowledge, Awareness, and Sodium Consumption Behavior of Population in a Village in Ubon Ratchathani Province อรรถัย พรหมแก้ว, มัลลย์พร ล้วนศรี, รุ่งศิริรัตน์ ครองยุติ และ วรางคณา ใจสู้ศึก.....	5
2.	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลของเกษตรกรอายุ 50 ปีขึ้นไป ตำบลพุดซา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา Factors Related to the Use of Personal Protective Equipment Among the Farmers Aged Over 50 Years in Pudsasub-district, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province วิเศษ เพชรเลียบ* และวลัญชยา เขตบำรุง.....	16
3.	การพัฒนาแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ต้นแบบอำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ Development of a model for enhancing health literacy to prevent and control rabies in the model area, Srinarong District, Surin Province จันทกานต์ วลัยเสถียร* และเบญจมาศ อุณรัตน์.....	27
4.	การพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน The Development of Health Behavior Change Model for a Risk of Hypertension Group in a Manufacturer นันทน์ภัส สุขใจ และรัฐริณี ธนเศรษฐ.....	38
5.	การพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดบุหรี่เพื่อลดการสูบบุหรี่ ตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา Capacity Development of Non-communicable Chronic Diseases Patients with Smoking Addiction for Smoking Reduction, Dankwian Sub-district, Chokchai District, Nakhon Rachasima Province ปิยรัฐ เหล่าอด และพุดพิงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์.....	50
6.	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา Factors Associated with Antibiotic Used of Working Age Group in Chaloem Phrakiat District, Nakhon Ratchasima Province พีรภัทร ไตรคุ้มตัน.....	62
7.	สถานการณ์ และแนวทางปรับปรุงประสิทธิภาพ การดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล Situation and Performance Improvement Guidelines for Occupational Health and Environmental Medicine Services Standard Implementation Among Sub-District Health Promoting Hospitals สุภาพร แสนศรี, กรองกาญจน์ ฝ่ายภูเขียว, ภิญญา เจริญยุทธ และนิชาภัทร เครือวัลย์.....	70
8.	แนวปฏิบัติในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด Practical Guidelines for Driving the Development of Public Sector Management Quality Award (PMQA), Provincial Public Health Office สิริพร สมชื่อ.....	81
ท้ายเล่ม	คำแนะนำสำหรับผู้เขียน.....	91

บรรณาธิการแถลง

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ดำเนินงานเข้าสู่ปีที่ 28 ที่ยังคงมุ่งมั่นสร้างองค์ความรู้ด้านการป้องกันควบคุมโรคให้กับผู้อ่าน โดยนำเสนอบทความทางวิชาการหลากหลายรูปแบบ ได้แก่ วิจัยเชิงปริมาณ วิจัยเชิงคุณภาพ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อ รวมถึงโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม รายงานการสอบสวนโรค กองบรรณาธิการคัดสรรบทความที่มีคุณภาพเพื่อนำเสนอแก่ผู้อ่าน เพื่อให้วารสารฉบับนี้ครอบคลุมเนื้อหาเกี่ยวกับโรคและภัยคุกคามสุขภาพทุกมิติ

กองบรรณาธิการขอแสดงความขอบคุณผู้อ่านและผู้สนับสนุนทุกท่านที่ให้ความสนใจวารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 ทั้งในแง่ของการเลือกอ่านและส่งบทความลงตีพิมพ์เผยแพร่ และขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่เสียสละเวลาอันมีค่า ข้อเสนอแนะของท่านมีประโยชน์อย่างยิ่งในการพัฒนาคุณภาพบทความ ทำนุขอขอบพระคุณผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ได้กล่าวถึง ณ ที่นี้ กองบรรณาธิการรู้สึกภูมิใจและเป็นเกียรติอย่างยิ่ง หากเนื้อหาในบทความวิชาการนี้ถูกนำไปใช้ประโยชน์ด้านการป้องกันควบคุมโรคให้กับประชาชนต่อไป

นายแพทย์มานิต คงแป้น
บรรณาธิการ

การศึกษาความรู้ ความตระหนัก และพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของประชากร ในหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดอุบลราชธานี

A Study of Assessing Knowledge, Awareness, and Sodium Consumption Behavior of Population in a Village in Ubon Ratchathani Province

อรัทัย พรหมแก้ว, มาลัยพร ล้วนศรี, รุ่งศิริรัตน์ ครองยุดิ และวารังกนา ใจสุตึก
Orathai Promkaew, Malaiporn Luansri, Rungsirirat Khongyut, Warangkana Jaisoosuek
วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์

Boromarajonani College of Nursing Sanpasithiprasong

*Corresponding Author Email: orathai@bcnsp.ac.th

(Article submitted: June 3, 2021; final version accepted: October 12, 2021)

บทคัดย่อ

ปัญหาโรคไตเรื้อรังมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงมีส่วนทำให้ป่วยเป็นโรคไตเรื้อรัง การสร้างความรู้ ความตระหนัก แก่ประชากรในการลดพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงเป็นแนวทางที่ลดปัญหาได้ การศึกษาวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการสุ่มอย่างง่ายจากประชากรที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไปอาศัยอยู่จริงในหมู่บ้านคำนางรายใต้ หมู่ 7 ตำบลคำน้ำแซบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ทั้งหมดจำนวน 122 คน เครื่องมือวิจัย ได้แก่ 1. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป 2. แบบสอบถามความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับการรับประทานเกลือและโซเดียม 3. แบบสำรวจพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม การตรวจคุณภาพเครื่องมือ โดยมีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI: 0.95, 0.80, 0.81 ของเครื่องมือที่ 1, 2 และ 3 ตามลำดับ) และการหาความเชื่อมั่น (Reliability) ของแบบสอบถามที่ 2 และ 3 ได้ค่าอัลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.72, 0.70 ตามลำดับวิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติ t-test ผลการวิจัย พบว่า 1) ร้อยละระดับความรู้และความตระหนัก เกี่ยวกับการบริโภคเกลือและโซเดียม ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด เท่ากับ 46.30 ระดับน้อย และแยกเป็นกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง เท่ากับ ร้อยละ 55.53 ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ร้อยละ 45.53 การแปลผล ระดับน้อย ทั้งสองกลุ่ม เมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความตระหนักภาพรวมของสองกลุ่ม ($\bar{X} = 1.41$, S.D. = 0.46, $\bar{X} = 1.45$, S.D. = 0.46) ไม่แตกต่างทางสถิติ 2) ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ทั้งสองกลุ่ม อยู่ในระดับปานกลาง ไม่แตกต่างทางสถิติ ($\bar{X} = 1.96$, S.D. = 0.71, $\bar{X} = 2.05$, S.D. = 0.68) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างพฤติกรรมรายข้อของทั้งสองกลุ่ม พบว่า มี 1 ข้อ คือ ข้อ 7 อ่านฉลากโภชนาการทุกครั้ง โดยดูที่ปริมาณโซเดียมในผลิตภัณฑ์นั้น ๆ ($\bar{X} = 2.06$, S.D. = 0.96, $\bar{X} = 1.54$, S.D. = 0.70) มีผลแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ < 0.05 ข้อเสนอแนะ 1. ควรส่งเสริมให้ประชากรมีความรู้และความตระหนักในการลดบริโภคโซเดียมให้มากขึ้น 2. แนะนำการอ่านฉลากโภชนาการทุกครั้ง ก่อนบริโภคอาหาร โดยเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องจำกัดโซเดียม เช่น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และโรคไตเรื้อรัง เป็นต้น และ 3. ควรแนะนำเมนูอาหารเฉพาะโรคเฉพาะรายให้มากขึ้นและควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของกลุ่มตัวอย่าง

คำสำคัญ: ความรู้ ความตระหนักบริโภคโซเดียม พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ไตเรื้อรัง

Abstract

The problem of chronic kidney disease (CKD) is likely to increase continuously. Raising awareness of the population about how to reduce high-sodium food consumption behavior is the way to reduce this problem. This research aims to study the knowledge, awareness, and behavior of sodium food consumption. Random sampling was conducted for collecting data including over 30-years people who actually live in Kham Nang Ruay Tai village, moo. 7, Kham Nam Zap sub-district, Warin Chamrap district, Ubon Ratchathani province, a total of 122 people was collected the data by using a general information questionnaire, knowledge and awareness questionnaire about salt and sodium intake, sodium consumption behavior. Descriptive statistics; the validity of questionnaires was CVI: 0.95, 0.80, 0.81 respectively. The reliability of knowledge and awareness questionnaires was shown with Alpha Cronbach = 0.72 and 0.70 respectively. The data were analyzed by frequency, percentage, mean, and standard deviation. Comparing the difference of mean was done by independent t-test statistics. The results were as follows: 1) The knowledge and awareness about salt and sodium consumption was 46.30% (low level). knowledge and awareness of the participants who had diabetes and hypertension were 55.53%, which was greater than the non-diabetes, non-hypertension persons (45.53%). T-test statistics used to analyze the average knowledge awareness of two groups ($\bar{X}$ = 1.41, S.D. = 0.46, $\bar{X}$ = 1.45, S.D. = 0.46). There were no statistical differences between groups 2) The average sodium consumption behavior in both groups was at a moderate level, there were no statistically different ($\bar{X}$ = 1.96, S.D. = 0.71, $\bar{X}$ = 2.05, S.D. = 0.68). Compared data by t-test statistics of the average individual behavioral differences for both groups found that there was 1 item: Item number 7 indicated that the participants always read the nutrition label for looking the sodium content information ($\bar{X}$ = 2.06, S.D. = 0.96, $\bar{X}$ = 1.54, S.D. = 0.70), there was a statistically significant difference (P-value < 0.05). There are some recommendations: 1) public health providers should be promoted to people to have more knowledge and awareness about reducing sodium consumption. 2) suggestion the consumers about how to read food labels. 3) recommendation specific food for specific patients who need to limit sodium such as diabetes, hypertension and chronic kidney disease, etc., moreover, should study about the factors affecting the behavior of the sodium consumption.

Keywords: Knowledge, Awareness, Behavior of sodium food consumption, CKD

บทนำ

โรคไตเรื้อรังเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่สำคัญของคนทั่วโลก มีผลกระทบต่อประชาชนทุกช่วงอายุ ทุกเชื้อชาติ และสถานะทางเศรษฐกิจ ความชุกของโรคไตเรื้อรังทั่วโลกร้อยละ 11.0–13.0 หรือ 200 ล้านคน⁽¹⁾ สหรัฐอเมริกามีประชาชนมากกว่า 327.2 ล้านคน ในจำนวนนี้ 1 ใน 9 คนที่เป็นโรคไตเรื้อรัง และมีประชาชน 20 ล้านคนที่มีความเสี่ยงต่อการเป็นโรคไตเรื้อรัง เนื่องจากผู้ป่วยจะไม่มีอาการในระยะแรก อาการจะปรากฏเมื่อน้ำที่ของไตเสียหายที่ไปมากกว่าร้อยละ 70–80 ความชุกและอุบัติการณ์ของโรคเพิ่มมากขึ้น โดยสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทย พ.ศ. 2552 ใช้การคำนวณอัตราการกรองของไต แบบเอ็มดีเอดี (MDRD: Modification of Diet in Renal Disease) พบว่า มีความชุกของโรคไตเรื้อรังในระยะที่ 1–5 ร้อยละ 17.5 ของประชากร⁽²⁾ การรายงานของสมาคมโรคไตแห่งประเทศไทยในปี พ.ศ. 2555 พบว่า สาเหตุทำให้เกิดไตเรื้อรังมากที่สุดเกิดจากโรคเบาหวานร้อยละ 37.5 รองลงมา เป็นโรคความดันโลหิตสูง⁽³⁾ และการรับประทานอาหารที่มีโซเดียมสูงมีผลให้ไตทำงานหนักมากขึ้นในการขับโซเดียมออก ส่งผลเกิดไตเสื่อมและไตวายในระยะยาว การรักษาโรคไตวายมีความซับซ้อนมากขึ้นและส่งผลกระทบต่อทั้งด้านคุณภาพชีวิตและภาวะเศรษฐกิจของบุคคล ครอบครัวและประเทศชาติ

การจำกัดการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมเป็นเรื่องยาก เนื่องจากโซเดียมเป็นอีกหนึ่งส่วนผสมที่มักแฝงตัวมากับอาหารหลากหลายรูปแบบ ถึงแม้โซเดียมจะมีประโยชน์ต่อระบบการทำงานของร่างกายหลายระบบ เช่น ช่วยปรับสมดุลของเหลวและเกลือแร่ในร่างกาย ช่วยให้การส่งกระแสไฟฟ้าไปตามเส้นประสาททำงานได้เป็นปกติ ช่วยการหดและคลายของกล้ามเนื้อ และช่วยควบคุมการเต้นของหัวใจ แต่หากบริโภคในปริมาณที่มากเกินไป โซเดียมจะทำลายร่างกายได้ ซึ่งโซเดียมมีอยู่ทั้งในอาหารธรรมชาติ เช่น กลุ่มเนื้อสัตว์ ผักและผลไม้ทุกชนิด ธัญพืช และถั่วเมล็ดแห้ง อาหารแปรรูป เช่น ไส้กรอก หมูยอ และโซเดียมแฝงจากผลิตภัณฑ์อาหารที่ไม่มีรสเค็ม แต่มีโซเดียมบางชนิดผสมอยู่ เช่น ผงชูรส ซุปก้อน ผงปรุงรส และผงฟู ซึ่งอยู่ในขนมปัง พาย ซาลาเปา เค้ก โดนัท รวมถึงสารกันบูดในอาหารสำเร็จรูปต่าง ๆ⁽⁴⁾

กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยมีความพยายามในการลดการเกิดโรคไตเรื้อรังในประชาชนโดยเร่งส่งเสริมให้ลดการบริโภคอาหารเกลือหรือโซเดียมสูงทุกด้านเพื่อให้เป็นไปตามการวางแผนป้องกันโรคไตเรื้อรัง ขององค์การอนามัยโลก ซึ่งได้ตั้งเป้าหมายในระดับประเทศให้ดำเนินการ “ลดการบริโภคโซเดียมในประชากรลงร้อยละ 30 ภายในปี 2023” โดยขอให้ประเทศทั่วโลก ผนึกกำลังให้ประชากรมีการบริโภคเกลือต่ำกว่า 5 กรัม/วัน (โซเดียมน้อยกว่า 2,000 มิลลิกรัม/วัน)⁽⁵⁾ ซึ่งผลการสำรวจการบริโภคโซเดียมคลอไรด์หรือเกลือของประชากรไทย มีการบริโภคโซเดียมสูงกว่าปริมาณองค์การอนามัยโลกกำหนดถึง 2 เท่า และการสำรวจสุขภาพประชากรไทยโดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551–2552 พบว่า ค่าเฉลี่ยของการบริโภคโซเดียมอยู่ที่ 3,264 มิลลิกรัมต่อวัน⁽⁶⁾ และจากการศึกษาการบริโภคโซเดียมมากกว่า 8 กรัมต่อวันส่งผลให้การทำงานของไตในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงเสื่อมลง⁽⁷⁾

จากปัญหาที่ได้กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยเห็นถึงความสำคัญของโรคไตเรื้อรังที่มีความรุนแรงเพิ่มขึ้นและส่งผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัวและเศรษฐกิจของชาติ คณะผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาความรู้และความตระหนัก พฤติกรรมการบริโภคโซเดียมในแต่ละวันของคนในชุมชนในเบื้องต้น โดยเฉพาะกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงเทียบกับกลุ่มที่ไม่เป็นโรค เพื่อเป็นประโยชน์ในการศึกษาแนวโน้มนการเป็นโรคไตของคนในชุมชน และเพื่อส่งเสริมให้ความรู้ในการปฏิบัติตนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมให้เหมาะสมตามหลักโภชนาการและช่วยชะลอการเสื่อมของไตได้โดยเลือกศึกษาพื้นที่อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี เนื่องจากมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีอันดับสูงสุดในจังหวัดอุบลราชธานี จากการสำรวจปี 2559 และ 2560 ผู้ป่วยเบาหวาน จำนวน 839 และ 797 ราย ตามลำดับ และความดันโลหิตสูง จำนวน 2,626 ราย และ 2,560 ราย ตามลำดับ⁽⁸⁾ และหมู่บ้านค่านางรายใต้ อำเภอวารินชำราบ เป็นหมู่บ้านใกล้เขตเมือง มีวิถีชีวิตทำงานนอกบ้าน มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมสูงทุกวัน การศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และความตระหนัก พฤติกรรมและการบริโภคโซเดียมของกลุ่มตัวอย่างและคาดหวังที่จะนำผลการศึกษาใช้ในการส่งเสริมให้ความรู้ในการปฏิบัติตนและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมเพื่อชะลอการเสื่อมของไตในระยะต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมระหว่างประชากรที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และประชากรที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

2) เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย ความรู้ ความตระหนักและพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมระหว่างประชากรที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และประชากรที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

วิธีการศึกษา การศึกษาครั้งนี้เป็นวิจัยเชิงสำรวจ โดยมีการศึกษา ดังนี้

ประชากร คือ ประชาชนที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริง ณ ปัจจุบัน ในช่วงเวลา 1 ปี (2562–2563) ในหมู่บ้านค่านางรายใต้ หมู่ 7 ตำบลค่าน้ำแซบ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 244 คน กลุ่มตัวอย่าง โดยคำนวณกลุ่มตัวอย่างจากสูตรคำนวณของ เดเนียล (Daniel)⁽⁹⁾ จำนวนทั้งหมด 122 คน เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มจับฉลากแบบไม่ใส่คืน

และกลุ่มตัวอย่างมีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้า ได้แก่ เป็นประชากรที่มีอายุ 30 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในพื้นที่ ระยะเวลา
มากกว่าหรือเท่ากับ 1 ปี สามารถสื่อสารภาษาไทยได้เข้าใจ ให้ความร่วมมือและยินดีเข้าร่วมการวิจัย และอาศัยอยู่จริง
ในหมู่บ้านค่านางรวไรใต้ หมู่ 7 ตำบล ค่าน้ำแซบ อำเภอวาริน-ชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างวันที่ 23 กุมภาพันธ์ –
23 มีนาคม พ.ศ. 2563

เครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัย แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นคำถามแบบเลือกตอบจำนวน
7 ข้อ ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ อาชีพ การศึกษา สถานภาพ รายได้ และโรคประจำตัว ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้
และความตระหนักเกี่ยวกับการรับประทานเกลือและโซเดียม จำนวน 4 ข้อ โดยให้เลือกข้อที่ถูกต้องที่สุดเพียงคำตอบเดียว
(แบบสอบถามให้ตอบแบบ 2 ทางเลือกอย่างใดอย่างหนึ่ง แบบ ใช่ หรือไม่ใช่ การแปลผล “ใช่” เท่ากับ 1 คะแนน “ไม่ใช่”
เท่ากับ 0 คะแนน) ประยุกต์จากแนวทางการดำเนินงานโรงพยาบาลเคม้น้อยอรร้อย⁽³⁾ ดี⁽¹⁰⁾ การแปลผลระดับความรู้และ
ความตระหนัก ใช้การพิจารณาแบ่งระดับคะแนนอิงเกณฑ์โดยประยุกต์จากหลักเกณฑ์ของ Bloom (1971)⁽¹¹⁾ แบ่งระดับ
ดังนี้ ตอบถูกต้องคิดเป็นร้อยละ 100 โดยแบ่งระดับคะแนนเป็นร้อยละ ถ้าได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60 แปลผล ระดับน้อย
คะแนนร้อยละ 60–79.99 แปลผล ระดับปานกลาง คะแนน เท่ากับ หรือมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป แปลผล ระดับมาก ส่วนที่ 3
แบบสำรวจพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม จำนวน 16 ข้อ โดยผู้จัดทำได้นำแบบประเมินของแนวทางการดำเนินงาน
โรงพยาบาลเคม้น้อยอรร้อย⁽³⁾ ดี มาปรับแบบสอบถามให้ตอบเลือกตอบ ข้อละ 1 คำตอบ จาก 3 คำตอบ ได้แก่ ไม่ปฏิบัติ
เลย/น้อยกว่า 2 ครั้ง/สัปดาห์ เท่ากับ 1 คะแนน ปฏิบัติบางครั้ง/ ปฏิบัติ 3–4 ครั้ง ต่อสัปดาห์ เท่ากับ 2 คะแนน และปฏิบัติ
ทุกครั้ง/เกือบทุกครั้ง เท่ากับ 3 คะแนน การแปลผล แบ่งระดับพฤติกรรมการบริโภคอาหารโซเดียม จากแบบสอบถาม
มาแบ่งกลุ่มคะแนน เป็น 3 ระดับ โดยใช้เกณฑ์ของเบส (Best, 1977)⁽¹²⁾ ค่าเฉลี่ย 2.36–3.00 หมายถึง ระดับมาก
ค่าเฉลี่ย 1.68–2.35 หมายถึง ระดับปานกลาง และค่าเฉลี่ย 1.00–1.67 หมายถึง ระดับน้อย

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือวิจัยผ่านการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ โดยตรวจสอบ
ความตรงของเนื้อหา (validity) โดยผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน คือ ด้านการพยาบาลผู้ใหญ่และผู้สูงอายุ โดยดัชนีความเที่ยงตรง
เชิงเนื้อหา CVI (content validity index) ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป CVI เท่ากับ 0.95 ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้
และความตระหนักเกี่ยวกับรับประทานเกลือและโซเดียม เท่ากับ 0.80 ส่วนที่ 3 แบบสำรวจพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม
เท่ากับ 0.81 จากนั้นนำเครื่องมือส่วนที่ 2 และส่วนที่ 3 ไปทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) กับประชากร ที่มีคุณสมบัติ
คล้ายกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ทดสอบโดยหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ 0.72 และ 0.70 ลำดับ

การดำเนินการวิจัย

1. คณะผู้วิจัย จัดทำหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยกับผู้นำชุมชนที่บ้านค่านางรวไรใต้ หมู่ 7 ตำบลค่าน้ำแซบ อำเภอ
วารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี และเข้าพบผู้นำชุมชนและกลุ่มตัวอย่าง อธิบายวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย ชี้แจงขั้นตอน
และวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลในการทำวิจัย ประสิทธิภาพความปลอดภัย หรืออันตรายที่เกิดขึ้น การเข้าร่วมหรือการยกเลิก
การเข้าร่วมการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่ได้รับจากการทำวิจัยโดยละเอียดแล้วให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารยินยอมการ
ร่วมวิจัยโดยสมัครใจ และตอบแบบสอบถามจำนวน 1 ฉบับ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป
ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับรับประทานเกลือและโซเดียม ส่วนที่ 3 แบบสำรวจพฤติกรรมการ
บริโภคโซเดียม

2. ดำเนินการแจกแบบสอบถามและเก็บรวบรวมข้อมูล สอบถามกลุ่มตัวอย่างจำนวน 122 ชุด และรับคืนครบตาม
จำนวน พร้อมตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล นำแบบสอบถามมาลงรหัสและบันทึกลงในคอมพิวเตอร์เพื่อวิเคราะห์
ข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์วิทยาลัย
พยาบาลบรมราชชนนี สรรพสิทธิประสงค์ ใบรับรองการวิจัยเลขที่ 18/2563

การวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์โดยการหาค่าความถี่ และค่าร้อยละ ส่วนที่ 2
แบบสอบถามความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับรับประทานเกลือและโซเดียม วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบน
มาตรฐานและวิเคราะห์เปรียบเทียบ ค่าเฉลี่ยความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับรับประทานเกลือและโซเดียม ของกลุ่มที่
เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงกับกลุ่มที่ไม่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง การเลือกใช้สถิติ Independent t-test ส่วนที่
3 แบบสำรวจพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม วิเคราะห์โดยการหาค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์เปรียบเทียบ
ใช้สถิติ Independent t-test

ผลการศึกษา

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 122 คน 1) เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพศหญิง จำนวน 79 คน
(ร้อยละ 64.75) เพศชาย จำนวน 43 คน (ร้อยละ 35.25) 2) อายุอยู่ระหว่าง 46–60 ปี มากที่สุด จำนวน 58 คน
(ร้อยละ 47.54) 3) ประกอบอาชีพ จำนวน 111 คน (ร้อยละ 90.98) อาชีพรับจ้างมากที่สุดจำนวน 63 คน (ร้อยละ 51.64)
4) จบระดับประถมศึกษามากที่สุดจำนวน 69 คน (ร้อยละ 56.56) 5) สถานภาพสมรสคู่มากที่สุดจำนวน 83 คน (ร้อยละ 68.03)
6) มีรายได้จำนวน 103 คน (ร้อยละ 84.42) ระดับรายได้อยู่ระหว่าง 5,000–10,000 บาทต่อเดือนมากที่สุดจำนวน 40 คน
(ร้อยละ 32.79) 7) ไม่มีโรคประจำตัว 85 คน (ร้อยละ 69.67) มีโรคประจำตัว จำนวน 37 คน (ร้อยละ 30.33) และ
แยกเป็นกลุ่มโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง 15 คน (ร้อยละ 12.29) กลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง
จำนวน 107 คน (ร้อยละ 87.70)

ตอนที่ 2 ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับเกลือและโซเดียม ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และ
ความตระหนักเกี่ยวกับเกลือและโซเดียมอยู่ที่ระดับน้อย ร้อยละ 46.30 พบว่า ระดับความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับ
เกลือและโซเดียมอยู่ในระดับปานกลาง (ข้อ 4) การหลีกเลี่ยงการปรุงเครื่องปรุงรสในอาหารช่วยลดการบริโภคโซเดียม
ทำให้ลดการเสื่อมของไต ร้อยละ 69.67 ส่วนข้อ 1–3 ระดับความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับเกลือและโซเดียม
อยู่ในระดับน้อย เช่น ข้อ 1. ปริมาณเกลือและโซเดียมที่ควรบริโภคต่อวัน น้อยกว่า 1 ช้อนชา ร้อยละ 31.14 ข้อ 2 โซเดียม
มีรูปแบบเค็มและไม่เค็ม เกลือเป็นโซเดียมที่มีรสเค็ม ร้อยละ 27.34 ข้อ 3 การหลีกเลี่ยงการปรุงเครื่องปรุงรสในอาหาร
ช่วยลดการบริโภคโซเดียม ร้อยละ 57.37 เมื่อเปรียบเทียบ ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับเกลือและโซเดียมของกลุ่ม
ตัวอย่าง ระหว่างกลุ่มเป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงกับกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ภาพรวมมีร้อยละ
53.33 และ 45.32 ตามลำดับ ซึ่งกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง มีระดับคะแนนความรู้และความตระหนัก
เกี่ยวกับเกลือและโซเดียม มากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (ตารางที่ 1) พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เป็น
โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมีความรู้ ความตระหนักเกี่ยวกับเกลือและโซเดียม ไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 1 ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับเกลือและโซเดียมระหว่างกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวานความดันโลหิตสูง และกลุ่มที่ไม่เป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ข้อคำถาม ความรู้	เป็นโรคเบาหวาน / ความดันโลหิตสูง (15 คน)			ไม่เป็นโรคเบาหวาน /ความดัน โลหิตสูง (107 คน)			รวม	
	ถูกต้อง		แปลผล	ถูกต้อง		แปลผล	ถูกต้อง	แปลผล
	จำนวน	ร้อยละ	ระดับ	จำนวน	ร้อยละ	ระดับ	จำนวน (ร้อยละ)	ระดับ
1. ปริมาณเกลือและโซเดียมที่ควรบริโภคต่อวัน น้อยกว่า 1 ช้อนชา	5	33.33	น้อย	33	30.84	น้อย	38 (31.14)	น้อย
2. โซเดียมมีรูปแบบเค็ม และ ไม่เค็ม เกลือเป็น โซเดียมที่มีรสเค็ม	4	26.66	น้อย	29	27.10	น้อย	33 (27.04)	น้อย
3. การหลีกเลี่ยงการปรุงเครื่องปรุงรสในอาหารช่วยลดการบริโภคโซเดียม	11	73.33	ปานกลาง	59	55.14	น้อย	70 (57.37)	น้อย
4. การหลีกเลี่ยงการปรุงเครื่องปรุงรสในอาหารช่วยลดการบริโภคโซเดียมทำให้ลดการเสื่อมของไต	12	80	มาก	73	68.84	ปานกลาง	85 (69.67)	ปานกลาง
ค่าเฉลี่ยรวม	8	53.33	น้อย	48.5	45.32	น้อย	56.5 / 46.30	น้อย

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับเกลือและโซเดียมระหว่างกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงกับกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับ เกลือและโซเดียม	กลุ่มที่เป็น โรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง		กลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ความ ดันโลหิตสูง			การวิเคราะห์	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.		ค่าเฉลี่ย	S.D.	t	p-value
1. ปริมาณเกลือและโซเดียมที่ควรบริโภคต่อวัน น้อยกว่า 1 ช้อนชา	1.26	0.45		1.31	0.47	-.397	.383
2. โซเดียมมีรูปแบบเค็มและไม่เค็ม เกลือเป็นโซเดียมที่มีรสเค็ม	1.20	0.41		1.23	0.44	-.275	.438
3. การหลีกเลี่ยงการปรุงเครื่องปรุงรสในอาหารช่วยลดการบริโภคโซเดียม	1.60	0.50		1.57	0.49	.150	.744
4. การหลีกเลี่ยงการปรุงเครื่องปรุงรสในอาหารช่วยลดการบริโภคโซเดียมทำให้ลดการเสื่อมของไต	1.66	0.48		1.70	0.46	-.268	.617
รวม	1.41	0.46		1.45	0.46	.196	.545

ระดับความเชื่อมั่น <0.05

ตอนที่ 3 พฤติกรรมการบริโภคโซเดียม

ผลการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมภาพรวมทั้งสองกลุ่ม กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ตามลำดับ ($\bar{X} = 1.96$, S.D. = 0.71, $\bar{X} = 2.05$, S.D. = 0.68) และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโซเดียม ระหว่างกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง พบว่า กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยระดับมาก จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ ข้อ 9, 13, 14, 15 และข้อ 16 ส่วนกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ค่าเฉลี่ยระดับมาก จำนวน 2 ข้อ คือ ข้อ 1 และข้อ 14 และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมรายข้อ ทั้งสองกลุ่ม โดยใช้สถิติ Independent t-test พบว่า ข้อ 7 อ่านฉลากโภชนาการทุกครั้ง โดยดูที่ปริมาณโซเดียมในผลิตภัณฑ์นั้น ๆ กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยมากกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($t = 2.576$, $p\text{-value} = 0.006$)

ตารางที่ 3 แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง

รายการประเมิน	กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง			กลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง			การวิเคราะห์	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล	t	p-value
1. ชิมอาหารก่อนปรุง	2.00	.84	ปานกลาง	2.39	.77	ปานกลาง	-1.81	.794
2. ปรุงน้อย	2.06	.70	ปานกลาง	2.21	.71	ปานกลาง	-1.70	.340
3. ไม่ปรุงอาหารเพิ่ม	2.06	.59	ปานกลาง	2.05	.68	ปานกลาง	.052	.353
4. ใช้เครื่องเทศปรุงอาหารแทนเครื่องปรุง เช่น พงพะไล พริกไทย พงกะหรี	1.86	.74	ปานกลาง	1.68	.62	ปานกลาง	1.04	.734
5. ไม่ใส่ผงชูรสในการปรุงอาหาร	1.60	.73	น้อย	1.79	.64	ปานกลาง	-1.08	.235
6. หลีกเลี่ยงการกินอาหารแปรรูป อาหารกึ่งสำเร็จรูป ขนมกรุบกรอบ อาหารหมักดอง / แซ่ฉ่ำ อาหารกระป๋อง และขนมปัง	1.80	.67	ปานกลาง	1.95	.60	ปานกลาง	-.90	.258
7. อ่านฉลากโภชนาการทุกครั้ง โดยดูที่ปริมาณโซเดียมในผลิตภัณฑ์นั้น ๆ	2.06	.96	ปานกลาง	1.54	.70	น้อย	2.57	.006*
8. เวลาที่กินอาหารที่ต้องปรุง เช่น ก๋วยเตี๋ยว บะหมี่ ผัดซีอิ๊ว ท่านมักชิมก่อนปรุงเสมอ	2.00	.75	ปานกลาง	2.06	.71	ปานกลาง	-.329	.950
9. ท่านกินข้าวนอกบ้านหรือซื้อกลับบ้านที่บ้านเป็นประจำ (2-3 มื้อ / วัน)	2.40	.63	มาก	2.22	.58	ปานกลาง	1.07	.371
10. อาหารที่ท่านทำเองท่านมักใช้เครื่องปรุงจำพวก ผงปรุงรส เช่น ผงชูรส ปลาเ้า น้ำปลา เกลือ ซีอิ๊วขาว เค้าเจียว	1.73	.70	ปานกลาง	1.61	.66	น้อย	.629	.920
11. ท่านกินน้ำจิ้มในอาหารจำพวก ข้าวมันไก่ สุกี้ หมูกระเพาะ	2.00	.84	ปานกลาง	2.06	.78	ปานกลาง	-.301	.767
12. ทุกครั้งที่ท่านกินผลไม้สด ท่านต้องจิ้มพริกเกลือหรือน้ำปลาหวาน	2.20	.77	ปานกลาง	2.01	.80	ปานกลาง	.824	.988

ตารางที่ 3 แสดงเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมของกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และ กลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง (ต่อ)

รายการประเมิน	กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน			กลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน			การวิเคราะห์	
	ความดันโลหิตสูง			ความดันโลหิตสูง			t	p-value
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล	ค่าเฉลี่ย	S.D.	แปลผล		
13. ท่านกินผลิตภัณฑ์อาหารที่มาจากเนื้อและปลาที่มีการแปรรูป เช่น แหนม ไส้กรอก แฮม ปลาเค็ม ปลาสามก่อนข้างบ่อ (3-4 ครั้ง / สัปดาห์)	2.40	.50	มาก	2.32	.64	ปานกลาง	.422	.268
14. ท่านกินอาหารประเภทกึ่งสำเร็จรูป และอาหารกระป๋อง เช่น บะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ไอ้กึ่งสำเร็จรูป ปลากระป๋องก่อนข้างบ่อ (3-4 ครั้ง / สัปดาห์)	2.66	.48	มาก	2.46	.63	มาก	1.16	.053
15. เวลาที่ท่านกินบะหมี่กึ่งสำเร็จรูป ท่านมักเติมเครื่องปรุงจนหมดซอง	2.53	.83	มาก	2.20	.80	ปานกลาง	1.46	.791
16. ท่านกินอาหารจำพวก ขนมกรุบกรอบปรุงรส มันฝรั่งทอดกรอบ ปลาเส้น สำหรับปรุงรส ก่อนข้างบ่อ (3-4 ครั้ง / สัปดาห์)	2.60	.63	มาก	2.29	.71	ปานกลาง	1.54	.303
รวม	1.96	.71	ปานกลาง	2.05	.68	ปานกลาง	0.29	.508

ระดับความเชื่อมั่น < 0.05

อภิปรายผล

1) ความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับเกลือและโซเดียม ผลค่าเฉลี่ยรวม 4 ข้อ อยู่ในระดับปานกลาง ทั้ง 2 กลุ่ม และค่าเฉลี่ยรายข้อมีค่าเฉลี่ยใกล้เคียงกันทั้งสองกลุ่ม และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับเกลือและโซเดียม โดยใช้สถิติ Independent t-test ไม่แตกต่างกันทางสถิติ ซึ่งอธิบายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างในพื้นที่ได้รับความรู้และเกิดความตระหนักในชุมชนได้ใกล้เคียงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิกา สุวรรณ, วลัยลักษณ์ สิทธิบรรณ, จิรา แก้วดำ, เลอศักดิ์ อินทร์นุภาพ⁽¹³⁾ ศึกษาความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มของประชาชนจังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า ประชาชนมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการบริโภคอาหารเค็มไม่แตกต่างกัน อยู่ในระดับปานกลาง (78.02%)

2) ด้านพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมระหว่างประชาชนที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและประชาชนที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง พบว่า ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมทั้งสองกลุ่มอยู่ในระดับ ปานกลาง เหมือนกัน แต่เมื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมรายข้อพบว่า กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมีค่าเฉลี่ยระดับมากหลายข้อว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง อาจเกิดจากการเข้าถึงบริการโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง เริ่มที่ระดับสถานบริการปฐมภูมิ สามารถพัฒนาตนเองให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ยั่งยืน เพื่อการมีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น⁽¹⁴⁾ และพฤติกรรมที่อยู่ในระดับมาก เป็นการหลีกเลี่ยงปฏิบัติพฤติกรรมด้านลบที่มีโอกาสได้รับโซเดียมสูง ถ้ามีการปฏิบัติบ่อยในชีวิตประจำวัน ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่ควรปฏิบัติอย่างมากเพื่อลดการเติมเครื่องปรุงเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่รับประทานอาหารนอกบ้าน มีโอกาสรับประทานอาหารจานด่วนและมีโอกาสเติมเครื่องปรุง และอาหารที่ร้านค้าปรุงขายจะมีการปรุงด้วยเครื่องปรุงรสและมีปริมาณโซเดียมสูง⁽¹⁵⁾

เมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่มีโซเดียมระหว่างกลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และกลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง พบว่า มีเพียง 1 ข้อ ที่แตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ ข้อที่ 7 อ่านฉลากโภชนาการทุกครั้ง โดยดูที่ปริมาณโซเดียมในผลิตภัณฑ์นั้น ๆ กลุ่มที่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง มีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มที่ไม่เป็นโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ $P < 0.05$ สอดคล้องกับการศึกษาของกรรณิการ์และคณะพบว่า การอ่านฉลากดูปริมาณเกลือโซเดียมที่หน้าซองหรือข้างกล่อง ก่อนเลือกซื้อผลิตภัณฑ์ในระดับสูงในคนเคยอ่าน (ร้อยละ 66.14) สูงกว่าคนไม่เคยอ่าน (ร้อยละ 33.86)⁽¹⁶⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของกิตติ สรณเจริญพงศ์ และนางสาวสิรินทรียา พูลเกิด⁽¹⁷⁾ รายงานผลการวิจัยประเมินผลมาตรการรณรงค์ลดการบริโภคเกลือในคนไทย: ปีที่ 1 ศึกษา ระดับความรู้และความตระหนักของกลุ่มประชากรก่อนและหลังการรณรงค์ลดการบริโภคเกลือในคนไทย พบว่า มีความรู้ ความตระหนักการบริโภคโซเดียมระดับสูงขึ้นแตกต่างกันมีนัยสำคัญทางสถิติ และพบว่าข้อที่ความรู้และความตระหนัก ระดับน้อย คือ “การหลีกเลี่ยงการปรุงเครื่องปรุงรสในอาหารช่วยลดการบริโภคโซเดียมทำให้ลดการเสื่อมของไตได้” ซึ่งอภิปรายได้ว่า ประชากรยังไม่ทราบประโยชน์ของการลดอาหารที่มีโซเดียมโดยการหลีกเลี่ยงการปรุงรสในอาหารเพื่อที่จะลดโซเดียมในอาหารลง และส่งผลต่อการชะลอการเสื่อมของไต จึงเป็นข้อเสนอแนะสำหรับบุคลากรสาธารณสุขในการ พัฒนาการส่งเสริมความรู้แก่ประชาชนให้มีความรู้และความตระหนักของประโยชน์การลดอาหารที่มีโซเดียมสูง และสอนวิธีการหลีกเลี่ยงเครื่องปรุงรสในอาหารให้กับประชาชนต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ควรส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้และความตระหนักในการบริโภคโซเดียมให้มากขึ้น
2. แนะนำการอ่านฉลากโภชนาการเพื่อดูปริมาณโซเดียมก่อนรับประทานอาหารจากผลิตภัณฑ์สำเร็จรูป โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโรคประจำตัวที่ต้องจำกัดปริมาณโซเดียม เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง เพื่อชะลอการเสื่อมของไต และประชาชนทั่วไปเพื่อลดการเกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง
3. ควรแนะนำวิธีการที่จะหลีกเลี่ยงการปรุงรสในอาหาร เพื่อที่จะลดโซเดียมในอาหาร และควรแนะนำเมนูอาหารเฉพาะโรคเฉพาะรายให้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาสิ่งแวดล้อมที่สนับสนุนพฤติกรรมการบริโภคอาหารโซเดียมในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง และผู้ที่ไม่ป่วย เพื่อส่งเสริมลดการบริโภคโซเดียมของชุมชน ในเขตหมู่บ้านคำนางรวยใต้ หมู่ 7 ตำบลคำน้ำแซบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
2. ควรศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการบริโภคโซเดียมในเขตหมู่บ้านคำนางรวยใต้ หมู่ 7 ตำบลคำน้ำแซบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัย ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสรรพสิทธิประสงค์ ที่ให้การส่งเสริมสนับสนุน และอนุมัติโครงการวิจัยเรื่องนี้ และขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำน้ำแซบ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขทุกคน ในพื้นที่ผู้ร่วมวิจัยหมู่บ้านคำนางรวยใต้ หมู่ 7 ตำบลคำน้ำแซบ อำเภวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ที่ได้อนุญาตให้ดำเนินการวิจัยในพื้นที่และให้การสนับสนุนตลอดจนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Nicola L.D. & Zoccali C. Chronic kidney disease prevalence in the general population: heterogeneity and concerns. *Nephrol Dial Transplant* 2016; 31: 331–335.
2. ประเสริฐ ธนกิจจารุ. สถานการณ์ปัจจุบันของโรคไตเรื้อรังในประเทศไทย. *วารสารกรมการแพทย์* 2558; 40(5): 5–19.
3. วรางคณา พิชัยวงศ์. โรคไตจากเบาหวาน. *วารสารกรมการแพทย์* 2558; 40(5): 20–25.
4. ลือชัย ศรีเงินยาง, ชนิตาม วงษ์จินดา และฐนิตา อภิชนะกุลชัย. สถานการณ์การบริโภคเกลือ โซเดียมในประเทศไทย. *สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข*; 2550.
5. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. พฤติกรรมการบริโภคหวาน มัน เค็ม [อินเทอร์เน็ต]. 2556 [เข้าถึงเมื่อ 2562 ธันวาคม 10]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.hed.go.th>.
6. แพรวพรรณ สุริวงศ์. โซเดียม ภัยร้ายที่ไม่ควรมองข้าม [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2562 ธันวาคม 10]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.thaihealth.or.th/Content/35967>.
7. Yuko Ohta, Takuya Tsuchihashi, Kanako Kiyohara & Hideyuki Onik. High salt intake promotes a decline in renal function in hypertensive patients: a 10-year observational study. *Hypertension Research* 2013; 36:172–176.
8. กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนผู้ป่วยรายใหม่เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ปีงบประมาณ 2560 แยกตามเขตบริการสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2562 ธันวาคม 10]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=13893&tid=32&gid=1-020>.
9. Daniel W.W. Biostatistics: Basic Concepts and Methodology for the Health Sciences, 9th ed. New York: John Wiley & Sons; 2010.
10. คณะกรรมการนโยบายการลดการบริโภคเกลือและโซเดียมเพื่อลดโรคไม่ติดต่อระดับชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงาน โรงพยาบาลเค็มน้อย อร่อย(3) ดี [อินเทอร์เน็ต] 2561. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2562 ธันวาคม 10]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Book](http://www.thaincd.com/document/file/download/paper-manual/Book%20โรงพยาบาลเค็มน้อยอร่อย(3)ดี.pdf)
11. Bloom B.S. Handbook on formative and summative evaluation of student learning. New York: McGraw-Hill; 1971.
12. Best J.W. Research in Education, 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall; 1977.
13. กรรณิกา สุวรรณ, วลัยลักษณ์ สิทธิพรณ์, จิรา แก้วดำ และ เลอศักดิ์ อินทร์นุภาพ. ความรู้ ความเชื่อด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มของประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ* 2563; 2(1): 53–61.
14. ลัดดา ดำริการเลิศ. การจัดการความรู้และสังเคราะห์แนวทางปฏิบัติของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล: การจัดการระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง กรณีเบาหวานและความดันโลหิตสูง.โครงการ สนับสนุนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) สำนักงานวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพชุมชน (สพข.) สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) 2553.
15. พัศมัย เอกกานตรง, อุไรพร จิตต์แจ้ง, ประไพศรี ศิริจักรวาล และวันทนี เกียรติสินยศ. ปริมาณโซเดียมในอาหารยอดนิยมภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย. *วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา* 2561; 24(2): 6–17.
16. กรรณิกา สุวรรณ, วลัยลักษณ์ สิทธิพรณ์, จิรา แก้วดำ และ เลอศักดิ์ อินทร์นุภาพ. ความรู้ ความเชื่อ ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารเค็มของประชาชน จังหวัดนครศรีธรรมราช. *วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ*

มหาวิทยาลัยทักษิณ 2563; 2(1): 53–61

17. กิตติ สรณเจริญพงศ์ และสิรินทรียา พูลเกิด. การประเมินผลมาตรการรณรงค์ลดการบริโภคเกลือในคนไทย: ปีที่ 1. สถาบันโภชนาการ มหาวิทยาลัยมหิดล และแผนงานวิจัยนโยบายอาหารและโภชนาการ เพื่อการสร้างเสริมสุขภาพคนไทย กระทรวงสาธารณสุข [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2562 ธันวาคม 10]. เข้าถึงได้จาก: <https://www.lowsaltthai.com>.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลของเกษตรกร อายุ 50 ปีขึ้นไป ตำบลพุดซา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

Factors Related to the Use of Personal Protective Equipment Among the Farmers Aged Over 50 Years in Pudsasub-district, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province

วิทย์ เพชรเลียบ* และวัลลัญช์ชยา เขตบำรุง
Witchaya Phetliap and Valanchaya Khetbumrung
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล
Faculty of Public Health Vongchavalitkul University
* Corresponding Author Email: witchaya_phe@vu.ac.th

(Article submitted: July 27, 2021; final version accepted: September 10, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลของเกษตรกร ตำบลพุดซา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ เกษตรกรที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป จำนวน 236 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติทดสอบไคสแควร์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลเป็นบางครั้ง ร้อยละ 50.8 ใช้เป็นประจำ ร้อยละ 36.9 และไม่ใช่ ร้อยละ 12.3 ตามลำดับ กลุ่มเกษตรกรส่วนใหญ่มีการสวมรองเท้าบูทขณะทำงาน ร้อยละ 83.5 สวมเสื้อแขนยาว กางเกงขายาวที่ปิดมิดชิด ร้อยละ 74.6 สวมถุงมือ ร้อยละ 62.7 สวมแว่นตาและถุงมืออย่างเหมาะสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ร้อยละ 61.9 โดยพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่มีการสวมปลั๊กอุดหูขณะขับรถไถนาหรือรถนวดข้าว ร้อยละ 83.9 และพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ได้แก่ ปัจจัยด้านระยะเวลาการทำงานต่อวัน ($P < 0.001$) และการรับรู้ความเสี่ยงจากการทำงาน ($P = 0.027$) ตามลำดับ ดังนั้น หน่วยงานของภาครัฐและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีการจัดกิจกรรม เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยง และการป้องกันตนเองจากการทำงาน รวมทั้งมีการสร้างความตระหนักให้เกษตรกรใส่ใจต่อการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ปัจจัย อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล เกษตรกร

Abstract

The purpose of this descriptive study was to determine factors related to the use of personal protective equipment among the farmers in Pudsasub-district, Mueang District, Nakhon Ratchasima Province. A simple random sampling method was performed to recruit 236 farmers (aged = 50 years and over). A questionnaire was used for data collection. All data were analyzed by descriptive statistics and chi-square test. The results revealed that most of the participants used personal protective equipment occasionally (50.8 %), regularly (36.9 %), and did not use (12.3 %), respectively. About 83.5 % of the farmers wore rubber boots, wore work clothing with long pants and sleeves (74.6 %), wore gloves (62.7 %), wore goggles and rubber gloves when mixing pesticides (61.9 %). Further, it was found that 83.9% of the sample did not wear earplugs while driving a tractor or operating threshing equipment. The factors were significantly associated with the use of personal protective equipment among the farmers, namely, work time/day ($P < 0.001$) and risk perception ($P = 0.027$), respectively. Therefore, government agencies and related organizations should provide appropriate activities to establish knowledge of risk perception and hazard prevention

in the workplace. These include raising awareness for the need to continuously use personal protection equipment.

Keywords: Factors, Personal protective equipment, Farmers

บทนำ

จากการสำรวจแรงงานในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2563 พบว่า จำนวนผู้มีงานทำทั้งสิ้น 37.9 ล้านคน โดยเป็นแรงงานนอกระบบ 20.4 ล้านคน หรือร้อยละ 53.8 และที่เหลือเป็นแรงงานในระบบ 17.5 ล้านคน หรือร้อยละ 46.2 สำหรับแรงงานนอกระบบส่วนใหญ่ทำงานอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ร้อยละ 35.2 และเมื่อพิจารณาถึงประเภทการประกอบกิจกรรมทางเศรษฐกิจ พบว่า แรงงานนอกระบบมากกว่าครึ่งหนึ่งทำงานอยู่ในภาคเกษตรกรรมโดยมีจำนวนถึง 11.3 ล้านคน หรือร้อยละ 55.6 เป็นต้น⁽¹⁾ ซึ่งลักษณะการทำงานในภาคเกษตรกรรมถือเป็นงานที่มีอันตรายและเสี่ยงต่อการสัมผัสปัจจัยอันตรายต่าง ๆ ที่เกิดจากการทำงานที่หลากหลายรูปแบบ ทั้งปัจจัยอันตรายด้านกายภาพ ด้านเคมี ด้านชีวภาพ ด้านการยศาสตร์และด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ อันตรายจากสารเคมีทางการเกษตร อันตรายจากความร้อน เสียง การบาดเจ็บกล้ามเนื้อและข้อ การเกิดโรคติดเชื้อ สัตว์ / แมลงมีพิษ ความเครียด รวมถึงการเกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน เป็นต้น⁽²⁻⁶⁾ หลักการควบคุมและป้องกันอันตรายจากการทำงานนั้น จะมุ่งเน้นการควบคุมป้องกันที่แหล่งต้นกำเนิดของอันตรายเป็นอันดับแรก รองลงมาคือการควบคุมป้องกันที่ทางผ่านในกรณีที่ไม่สามารถทำให้สิ่งแวดล้อมในการทำงานมีความปลอดภัยต่อผู้ปฏิบัติงานอย่างสมบูรณ์ อาจจะต้องคุ้มครองผู้ปฏิบัติงานจากการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลร่วมด้วย⁽⁷⁾ ซึ่งอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลเป็นอุปกรณ์ที่สวมใส่ลงบนอวัยวะส่วนใดส่วนหนึ่งของร่างกายหรือหลายส่วนรวมกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายแก่อวัยวะส่วนนั้น หรือเพื่อช่วยลดความรุนแรงของอันตรายที่อาจเกิดขึ้นกับบุคคลในระหว่างการทำงาน

เกษตรกรควรมีการสวมอุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล ได้แก่ หมวก แว่นตา หน้ากาก ปลั๊กอุดหู ถุงมือ เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว รองเท้าหุ้มข้อที่มิดชิด เพื่อป้องกันการสัมผัสอันตรายจากสภาพแวดล้อมการทำงาน ซึ่งการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลเป็นหลักการที่สามารถปฏิบัติได้ง่าย ค่าใช้จ่ายน้อย และสามารถป้องกันได้ทั้งตัวบุคคลโดยตรง จากการศึกษาที่ผ่านมาเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลในเกษตรกร พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่ยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม โดยให้เหตุผลว่าไม่เคยชิน ไม่สะดวกในการทำงาน และที่สำคัญเกษตรกรไม่กลัวอันตรายที่จะเกิดขึ้นกับตนเอง⁽⁸⁻⁹⁾ รวมถึงการศึกษาในเกษตรกรชาวนาที่ผ่านมา พบว่า ยังมีประเด็นปัญหาการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล คือ การไม่สวมปลั๊กอุดหูขณะขับรถไถนาหรือเกี่ยวข้าว ร้อยละ 69.1 รวมทั้งไม่สวมแว่นตาหรือปลั๊กอุดหูขณะใช้เครื่องตัดหญ้า ร้อยละ 33.7⁽¹⁰⁾ เป็นต้น และจากการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมความปลอดภัยในการทำงานของเกษตรกรชาวนาที่ผ่านมา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ปัจจัยด้านทัศนคติ และประสพการณ์การทำงาน⁽¹¹⁾ และเมื่อพิจารณาทฤษฎีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ได้แก่ ความรู้ ทัศนคติ และการยอมรับการปฏิบัติ โดยการเปลี่ยนแปลงนี้จะเกิดขึ้นในลักษณะต่อเนื่องกัน คือ เมื่อได้รับสารก็จะทำให้เกิดความรู้ขึ้นก็จะไปมีผลทำให้เกิดทัศนคติ และขั้นสุดท้ายคือการก่อให้เกิดการกระทำหรือการปฏิบัติ⁽¹²⁾ ซึ่งการศึกษาเพื่อทราบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลของกลุ่มเกษตรกรจะช่วยแก้ไข และป้องกันปัญหาการเกิดอันตรายจากสภาพแวดล้อมการทำงาน รวมถึงลดความรุนแรงจากอุบัติเหตุจากการทำงานในภาคการเกษตรได้ โดยจากการทบทวนงานวิจัยที่ผ่านมาในกลุ่มแรงงานนอกระบบ มีการศึกษาในกลุ่มผู้ที่มีอายุ 50 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป⁽¹³⁻¹⁴⁾ ซึ่งเป็นผู้ที่มีประสพการณ์การทำงาน และเริ่มพบความเสื่อมด้านร่างกาย รวมถึงพบปัญหาด้านสุขภาพตามมา และเนื่องจากอาชีพภาคเกษตรกรรมเป็นงานที่ค่อนข้างหนักต้องทำงานในทุกชั้นตอน จึงอาจทำให้เกษตรกรกลุ่มช่วงอายุดังกล่าวมีความเสี่ยงที่สามารถเกิดอันตรายจากการทำงานได้มากกว่ากลุ่มอื่น เป็นต้น โดยในการศึกษารุ่นนี้ได้ยึดหลักการของแรงงาน

นอกระบบที่ผ่านมาที่เก็บข้อมูลในกลุ่มแรงงานอายุ 50 ปีขึ้นไป ดังนั้น เกษตรกรในการศึกษานี้ จึงหมายถึง ผู้ที่มีอายุ 50 ปี บริบูรณ์ขึ้นไป ที่ทำงานในภาคเกษตรกรรม

จากที่กล่าวมา พบว่า เกษตรกรเป็นกลุ่มผู้ประกอบการอาชีพที่มีความเสี่ยง ความไม่ปลอดภัยจากกระบวนการทำงาน และ สภาพแวดล้อมการทำงาน โดยจังหวัดนครราชสีมาเป็นจังหวัดหนึ่งที่มีพื้นที่และจำนวนเกษตรกรเป็นจำนวนมาก จากข้อมูล มีจำนวนเกษตรกร ประมาณ 880,000 คน⁽¹⁵⁾ โดยเฉพาะพื้นที่ตำบลพุดซา อำเภอมืองนครราชสีมา พบว่า ประชากรในพื้นที่ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพในภาคเกษตรกรรม ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาความเสี่ยงและอันตรายจากการทำงานในภาคการเกษตร มีส่วนน้อยที่ศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะในกลุ่มเกษตรกรอายุ 50 ปีขึ้นไป ที่ยังไม่พบรายงานการศึกษา ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาในประเด็นดังกล่าว ซึ่งผลการศึกษาที่ได้สามารถนำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัย และสร้างความตระหนักให้เกิดการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลในกลุ่มเกษตรกรต่อไป

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลของเกษตรกรอายุ 50 ปีขึ้นไป ตำบลพุดซา อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลของเกษตรกรอายุ 50 ปีขึ้นไป ตำบลพุดซา อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา

วิธีการศึกษา การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) โดยประชากร คือ เกษตรกรที่มีอายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ที่อาศัยในพื้นที่ตำบลพุดซา อำเภอมือง จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 440 ราย⁽¹⁶⁾ กำหนดขนาดตัวอย่างจากตารางสำเร็จรูปของเครจซี่ และมอร์แกน⁽¹⁷⁾ ที่ระดับความคลาดเคลื่อน 0.05 ได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 205 ราย และเพื่อป้องกันปัญหาการ drop out ของกลุ่มตัวอย่าง จึงได้เพิ่มจำนวนตัวอย่างขึ้นร้อยละ 15 ดังนั้น จึงได้ขนาดตัวอย่างรวมทั้งสิ้น 236 ราย โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างทั้ง 18 หมู่บ้าน ตามสัดส่วนประชากร สุ่มเลือกตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่ายด้วยการจับสลากจากบัญชีรายชื่อเกษตรกร ตามเกณฑ์คัดเข้าที่กำหนด คือ เป็นเกษตรกรอายุ 50 ปีขึ้นไป ทำงานมาอย่างน้อย 1 ปี และสามารถสื่อสารอ่านออกเขียนได้

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือที่ใช้การศึกษาคครั้งนี้เป็นแบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง มีการตรวจสอบความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาของผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความสอดคล้องรายข้ออยู่ในช่วง 0.67–1.00 โดยนำเอาแบบสอบถามไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ในส่วนของแบบสอบถามด้านความรู้ ด้วยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.73 ด้านการรับรู้ความเสี่ยง ทักษะ และพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล วิเคราะห์หาความเชื่อมั่นโดยวิธีการของครอนบาช (Cronbach's Method) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Coefficient of Alpha) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.79, 0.85 และ 0.75 ตามลำดับ ซึ่งแบบสอบถามในการศึกษาคครั้งนี้ประกอบด้วยข้อมูล 5 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 10 ข้อ เป็นแบบเลือกคำตอบและ / หรือเติมข้อความในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับการรับรู้ความเสี่ยงจากการทำงานแบบมี 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบ คือ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย จำนวน 10 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนน คือ การรับรู้เชิงบวก เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่แน่ใจ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน ส่วนการรับรู้เชิงลบ เห็นด้วย 1 คะแนน ไม่แน่ใจ 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย 3 คะแนน ตามลำดับ

การแปลผลการรับรู้ใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์โดยคำนวณช่วงคะแนนแต่ละชั้นจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด) / จำนวนชั้น
แบ่งระดับการรับรู้ออกเป็น 3 ระดับ คือ การรับรู้ระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00) การรับรู้ระดับปานกลาง
(คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33) และการรับรู้ระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66)

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้ด้านความปลอดภัยในการทำงาน แบบมี 2 ตัวเลือก (ใช่ / ไม่ใช่) ให้เลือก
ตอบจำนวน 15 ข้อ มีเกณฑ์การให้คะแนน คือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดให้ 0 คะแนน และมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน
พิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม(18) คือ ระดับความรู้ดี (12-15 คะแนน) ระดับความรู้ปานกลาง (9-11 คะแนน) และระดับ
ความรู้น้อย (0-8 คะแนน)

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับทัศนคติด้านความปลอดภัยในการทำงาน แบบมี 3 ตัวเลือกให้เลือกตอบ คือ
เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยจำนวน 15 ข้อ เกณฑ์การให้คะแนนทัศนคติ คือ ทัศนคติเชิงบวก เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย
2 คะแนน และไม่เห็นด้วย 1 คะแนน ส่วนทัศนคติเชิงลบ เห็นด้วย 1 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน และไม่เห็นด้วย 3 คะแนน ตาม
ลำดับ การแปลผลทัศนคติใช้คะแนนเฉลี่ยเป็นเกณฑ์โดยคำนวณช่วงคะแนนแต่ละชั้นจาก (คะแนนสูงสุด-คะแนนต่ำสุด) /
จำนวนชั้น แบ่งระดับทัศนคติออกเป็น 3 ระดับ คือ ทัศนคติระดับดี (คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00) ทัศนคติระดับปานกลาง
(คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33) และทัศนคติระดับต่ำ (คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66)

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลรายข้อ แบบมี 3 ตัวเลือก
ให้เลือกตอบ คือ ปฏิบัติเป็นประจำทุกครั้งที่ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 14 ข้อ

การเก็บรวบรวมข้อมูลและการพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง งานวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรม
การวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล เลขที่ใบรับรอง 004/2563

การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป ด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่
ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และใช้สถิติไคสแควร์ (Chi-square test) เพื่อวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีความ
สัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 55.9 เพศชาย ร้อยละ 44.1
อายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 50-60 ปี ร้อยละ 56.8 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 93.2 มีรายได้ ต่อเดือนน้อยกว่า
หรือเท่ากับ 5,000 บาท ร้อยละ 53.4 และรายได้ 5,001-10,000 บาท ร้อยละ 45.3 (เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ $5,349.58 \pm 2,474.47$ บาท) ระยะเวลาการทำงานเฉลี่ยแต่ละวัน เท่ากับ 7.13 ± 1.50 ชั่วโมง / วัน เกษตรกรมีสถานะเป็นเจ้าของ
ร้อยละ 85.2 และเกษตรกรในพื้นที่ส่วนใหญ่ทำนา ร้อยละ 97.9 รองลงมา คือ ปลูกผัก ร้อยละ 34.3 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่
เคยได้รับการแนะนำ / ฝึกอบรมด้านความปลอดภัย ร้อยละ 57.2 เกษตรกรมีการรับรู้ความเสี่ยง และความรู้ด้านความ
ปลอดภัยในการทำงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.9 และร้อยละ 62.7 ส่วนทัศนคติด้านความปลอดภัยใน
การทำงานอยู่ในระดับดี ร้อยละ 79.7 ตามลำดับ

ตารางที่ 1 จำนวน และร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล

พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล	ชาย (104) จำนวน (ร้อยละ)	หญิง (132) จำนวน (ร้อยละ)	รวม (236) จำนวน (ร้อยละ)
ใช้เป็นประจำ	33 (31.7)	54 (40.9)	87 (36.9)
ใช้เป็นบางครั้ง	56 (53.9)	64 (48.5)	120 (50.8)
ไม่ใช้	15 (14.4)	14 (10.6)	29 (12.3)

2. พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล ผลการศึกษาพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้เป็นบางครั้ง ร้อยละ 50.8 ใช้เป็นประจำ ร้อยละ 36.9 และไม่ใช้ ร้อยละ 12.3 ตามลำดับ เมื่อจำแนกตามเพศ พบว่า ส่วนใหญ่เกษตรกรเพศชาย และหญิง มีพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยเป็นบางครั้ง ร้อยละ 53.9 และร้อยละ 48.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 1) ส่วนพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลรายข้อ พบว่ากลุ่มเกษตรกรส่วนใหญ่ (ร้อยละ 52.5-83.5) มีพฤติกรรมถูกต้องที่ปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ การสวมผ้าปิดจมูก แว่นตา เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว หมวก รองเท้าบูท ขณะพ่นสารเคมี การตรวจสอบสภาพความพร้อมของอุปกรณ์ก่อนใช้งาน การสวมแว่นตาและถุงมืออย่างขณะผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การสวมถุงมือเมื่อใช้เคียวเกี่ยวข้าว การเปลี่ยนอุปกรณ์เมื่อพบว่ามีสภาพชำรุด การสวมเสื้อแขนยาว กางเกงขายาว ที่ปิดมิดชิด และการสวมรองเท้าบูทเมื่อทำงานในที่ที่มีน้ำขังหรือดินโคลน ตามลำดับ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีพฤติกรรมที่ไม่ปฏิบัติเลย คือ การสวมปลั๊กอุดหูขณะขับรถไถนาหรือรถนวดข้าว ร้อยละ 83.9 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล รายข้อ (n = 236)

รายการคำถาม	ระดับการปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)		
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
ตรวจสอบสภาพความพร้อมของอุปกรณ์ก่อนใช้งาน	128 (54.2)	59 (25.0)	49 (20.8)
เปลี่ยนอุปกรณ์เมื่อพบว่ามีสภาพชำรุด	165 (69.9)	54 (22.9)	17 (7.2)
สวมเสื้อแขนยาว กางเกงขายาว ปิดมิดชิด	176 (74.6)	38 (16.1)	22 (9.3)
สวมหมวกหรือผ้าโพกศีรษะขณะทำงานป้องกัน แสงแดด	105 (44.5)	75 (31.8)	56 (23.7)
สวมผ้าปิดปากปิดจมูกขณะทำงาน	113 (47.9)	87 (36.9)	36 (15.2)
สวมรองเท้าบูทเมื่อทำงานในที่ที่มีน้ำขังหรือดินโคลน	197 (83.5)	21 (8.9)	18 (7.6)
สวมรองเท้าบูทป้องกันของแหลมคม หรือป้องกันสัตว์มีพิษกัด	91 (38.6)	93 (39.4)	52 (22.0)
สวมแว่นตาและปลั๊กอุดหูขณะใช้เครื่องตัดหญ้า	45 (19.1)	78 (33.0)	113 (47.9)
สวมปลั๊กอุดหูขณะขับรถไถนาหรือรถนวดข้าว	10 (4.2)	28 (11.9)	198 (83.9)

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล
รายข้อ (n = 236) (ต่อ)

รายการคำถาม	ระดับการปฏิบัติ จำนวน (ร้อยละ)		
	ปฏิบัติทุกครั้ง	ปฏิบัติบางครั้ง	ไม่ปฏิบัติ
สวมแว่นตาและถุงมืออย่างเหมาะสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืช	146 (61.9)	51 (21.6)	39 (16.5)
สวมผ้าปิดจมูก แว่นตา เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว หมวก รองเท้าบู๊ท ขณะพ่นสารเคมี	124 (52.5)	89 (37.7)	23 (9.8)
สวมถุงมือเมื่อใช้เลื่อยเกี่ยวข้าว	148 (62.7)	71 (30.1)	17 (7.2)
ทำความสะอาดอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลหลังใช้งาน	49 (20.8)	157 (66.5)	30 (12.7)
จัดเก็บอุปกรณ์ป้องกันอันตรายส่วนบุคคลให้เป็นระเบียบหลังใช้งาน	64 (27.1)	138 (58.5)	34 (14.4)

3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล จากตารางที่ 3 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล จำแนกตามลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ได้แก่ ระยะเวลาการทำงานต่อวัน ($P < 0.001$) และการรับรู้ความเสี่ยงจากการทำงาน ($P = 0.027$) เมื่อพิจารณา ระดับความสัมพันธ์ของตัวแปรระยะเวลาการทำงานต่อวัน โดยใช้สถิติ Cramer's V พบว่า มีค่าเท่ากับ 0.259 แสดงว่า ระยะเวลาการทำงานต่อวันกับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.05$ ส่วนตัวแปรการรับรู้ความเสี่ยงจากการทำงาน พบว่า มีระดับความสัมพันธ์เท่ากับ 0.175 แสดงว่าการรับรู้ความเสี่ยงจากการทำงานกับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $P\text{-value} < 0.05$ เช่นเดียวกัน ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ประสบการณ์การทำงาน การอบรมด้านความปลอดภัย ความรู้และทัศนคติด้านความปลอดภัยในการทำงาน ตามลำดับ

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล (n = 236)

ปัจจัย	พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัย ส่วนบุคคล จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	ไม่ใช้	ใช้บางครั้ง	ใช้ประจำ	
เพศ				0.309
หญิง	14 (10.6)	64 (48.5)	54 (40.9)	
ชาย	15 (14.4)	56 (53.9)	33 (31.7)	
ระดับการศึกษา				0.239
ประถมศึกษา	4 (25.0)	6 (37.5)	6 (37.5)	
สูงกว่าประถมศึกษา	25 (11.4)	114 (51.8)	81 (36.8)	

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล (n = 236) (ต่อ)

ปัจจัย	พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัย ส่วนบุคคล จำนวน (ร้อยละ)			p-value
	ไม่ใช้	ใช้บางครั้ง	ใช้ประจำ	
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)				0.121
≤ 5,000	9 (8.2)	55 (50.0)	46 (41.8)	
> 5,000	20 (15.9)	65 (51.6)	41 (32.5)	
เวลาการทำงานต่อวัน (ชม.)				<0.001*
≤ 8	5 (31.2)	6 (37.5)	5 (31.2)	
> 8	24 (10.9)	114 (51.8)	82 (37.3)	
ประสบการณ์การทำงาน (ปี)				0.437
≤ 10	25 (13.7)	92 (50.5)	65 (35.8)	
> 10	4 (7.4)	28 (51.9)	22 (40.7)	
การอบรมความปลอดภัย				0.348
เคย	13 (9.6)	70 (51.9)	52 (38.5)	
ไม่เคย	16 (15.8)	50 (49.5)	35 (34.7)	
การรับรู้ความเสี่ยง				0.027**
ดี	19 (10.4)	88 (48.4)	75 (41.2)	
ต่ำ และปานกลาง	10 (18.5)	32 (59.3)	12 (22.2)	
ความรู้ด้านความปลอดภัย				0.669
ดี	22 (13.6)	81 (50.0)	59 (36.4)	
น้อย และปานกลาง	7 (9.5)	39 (52.7)	28 (37.8)	
ทัศนคติด้านความปลอดภัย				0.562
ดี	25 (13.3)	96 (51.1)	67 (35.6)	
ต่ำ และปานกลาง	4 (8.3)	24 (50.0)	20 (41.7)	

* Cramer's V = 0.259, P-value < 0.001

** Cramer's V = 0.175, P-value = 0.027

อภิปรายผล

จากผลการศึกษาประเด็นพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลในกลุ่มเกษตรกรอายุ 50 ปีขึ้นไป พบว่า ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการใช้เป็นประจำร้อยละ 36.9 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล ร้อยละ 33.1 ถึงร้อยละ 35.0⁽¹⁹⁻²⁰⁾ และเมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลรายข้อ พบว่า เกษตรกรส่วนใหญ่มีพฤติกรรมถูกต้องที่ปฏิบัติเป็นประจำ ได้แก่ การสวมรองเท้าบูทเมื่อทำงานในที่ที่มีน้ำขังหรือดินโคลน การสวมเสื้อแขนยาว กางเกงขายาว ที่ปิดมิดชิด การเปลี่ยนอุปกรณ์เมื่อพบว่ามีความชำรุด การสวมถุงมือเมื่อใช้เคียวเกี่ยวข้าว และการสวมแว่นตาและถุงมือยางขณะผสมสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ตามลำดับ ซึ่งใกล้เคียงกับผลการศึกษาที่ผ่านมาในกลุ่มเกษตรกรชาวนา จังหวัดเชียงใหม่⁽¹⁰⁾ รวมถึงการศึกษาในกลุ่มเกษตรกรต่างประเทศที่พบข้อมูลพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลที่สอดคล้องกัน ได้แก่ การสวมรองเท้าบูทขณะปฏิบัติงาน⁽²¹⁻²³⁾ การสวมถุงมือ^(21, 24) การสวมเสื้อแขนยาว กางเกงขายาว⁽²³⁾ และการสวมผ้าปิดจมูก แว่นตา เสื้อแขนยาว กางเกงขายาว หมวก รองเท้าบูทขณะ พ่นสารเคมี^(21, 24-25) ทั้งนี้ อาจเกี่ยวเนื่องกับกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เป็นเกษตรกรที่มีอายุ 50 ปีขึ้นไป ซึ่งถือเป็นวัยที่มีประสบการณ์ร่วมกับมีวุฒิภาวะทางอารมณ์ การตัดสินใจในเหตุการณ์ต่าง ๆ ได้อย่างมีเหตุผล และจากข้อมูลกลุ่มเกษตรกรส่วนใหญ่เคยได้รับการแนะนำ / ฝึกอบรมด้านความปลอดภัย (ร้อยละ 57.2) ปัจจัยเหล่านี้อาจส่งผลต่อการแสดงออกของพฤติกรรมกลุ่มตัวอย่างในการปฏิบัติและมีพฤติกรรมที่ถูกต้องในการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลที่ยังเป็นประเด็นปัญหา คือ การไม่สวมปลั๊กอุดหูขณะขับรถไถนาหรือรถนวดข้าว (ร้อยละ 83.9) รวมทั้งการไม่สวมแว่นตาและปลั๊กอุดหูขณะใช้เครื่องตัดหญ้า (ร้อยละ 47.9) ซึ่งประเด็นพฤติกรรมดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาในกลุ่มเกษตรกรชาวนา จังหวัดเชียงใหม่⁽¹⁰⁾ ที่พบเกษตรกรส่วนใหญ่ไม่มีการใช้ปลั๊กอุดหูขณะใช้รถไถนาหรือรถนวด ทำให้เกษตรกรมีโอกาสเสี่ยงต่อการสูญเสียการได้ยินจากการสัมผัสเสียงดัง ทั้งนี้ อาจเกี่ยวเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 93.2) จบการศึกษาระดับประถมศึกษาซึ่งเป็นข้อจำกัดของโอกาสการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ หรืออาจเกี่ยวกับเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการแสวงหาปัจจัยพื้นฐานในการดำรงชีวิต เพราะร้อยละ 53.4 มีรายได้ต่อเดือนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท ซึ่งเป็นรายได้ที่ไม่สูงมากนัก อาจส่งผลต่อการแสวงหาสิ่งที่เป็นประโยชน์ในการป้องกันอันตรายจากการทำงานซึ่งรวมถึงการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลมาใช้ในการปฏิบัติงาน นอกจากนี้จากการศึกษาที่ผ่านมาพบเหตุผลของการไม่ใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลในกลุ่มเกษตรกร เนื่องจากมีความเข้าใจว่าอุปกรณ์ดังกล่าวรบกวนการทำงานและไม่มีความสะดวกในการเคลื่อนย้ายระหว่างการทำงาน^(9, 26)

ประเด็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล พบว่า มี 2 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.05$) ได้แก่ ปัจจัยด้านระยะเวลาการทำงานต่อวันและการรับรู้ความเสี่ยงจากการทำงาน โดยสามารถอธิบายได้ ดังนี้ ความแตกต่างในด้านระยะเวลาการทำงานต่อวันมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลของเกษตรกร ทั้งนี้ อาจเนื่องจากเกษตรกรผู้ที่ใช้เวลาในการทำงานต่อวันมาก (> 8 ชั่วโมง / วัน) จะมีโอกาสในการสัมผัสปัจจัยเสี่ยงจากสภาพแวดล้อมการทำงาน และที่ต้องใช้เวลานานในการทำงานทำให้เกษตรกรตระหนักถึงอันตราย ดังนั้น เพื่อเป็นการป้องกันความเสี่ยงและอันตรายที่อาจเกิดขึ้นจึงทำให้เกษตรกรมีการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลแตกต่างจากเกษตรกรที่มีระยะเวลาการทำงานต่อวันที่น้อยกว่า ประเด็นการรับรู้ความเสี่ยงจากการทำงานที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล อาจกล่าวได้ว่าเกษตรกรในการศึกษาครั้งนี้ (อายุ 50 ปีขึ้นไป) เป็นผู้ที่ทำงานมายาวนาน มีประสบการณ์ในการทำงาน และตระหนักถึงอันตรายที่อาจจะเกิดขึ้นอันเนื่องมาจากการทำงาน ทำให้เกิดการรับรู้ความเสี่ยง ซึ่งการรับรู้ความเสี่ยงจากการทำงานเป็นการรับรู้และเชื่อว่าตนเองมีโอกาสที่จะเกิดอุบัติเหตุจากการทำงานและรู้ถึงผล เหตุการณ์ การกระทำภายใต้ความ

ไม่แน่นอนที่เกิดตามมาของการเกิดอุบัติเหตุ และรับรู้ระดับความรุนแรงที่จะเกิดขึ้นกับสุขภาพอนามัย ซึ่งจากผลการศึกษา
ดังกล่าวสอดคล้องกับการศึกษาที่ผ่านมาที่พบความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความเสี่ยงจากการทำงานและพฤติกรรมการใช้
อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล (27-28) เป็นต้น ข้อจำกัดของการศึกษาในครั้งนี้ คือ การศึกษานี้เป็นเพียง
การวิเคราะห์เบื้องต้นระหว่างตัวแปรจำแนกประเภทเท่านั้น ไม่ได้ควบคุมอิทธิพลของปัจจัยอื่นร่วมด้วย จึงอาจทำให้ไม่
สามารถสรุปผลความสัมพันธ์ในเชิงเหตุและผลได้

ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

การดำเนินกิจกรรมส่งเสริมพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลกับเกษตรกร หน่วยงาน
สาธารณสุขในพื้นที่ต้องให้ความสำคัญกับการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความเสี่ยง ระยะเวลาการทำงานที่เหมาะสม
และต้องเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารอันตรายจากการทำงาน ตลอดจนอบรมหรือแนะนำวิธีการทำงานอย่างปลอดภัยร่วมกับการใช้
อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ เพื่อให้เกษตรกรเกิดการรับรู้ความเสี่ยง ซึ่งจะส่งผล
ต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคลในการทำงานที่ปลอดภัยต่อไป

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนารูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครองความปลอดภัยส่วนบุคคล
ในกลุ่มเกษตรกรอย่างมีส่วนร่วม รวมถึงศึกษาปัจจัยอื่นเพิ่มเติมที่อาจมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการใช้อุปกรณ์คุ้มครอง
ความปลอดภัยส่วนบุคคลโดยอาศัยแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างอาสาสมัครที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูลอย่างดียิ่ง โดยงานวิจัยนี้ได้รับทุน
สนับสนุนจากมหาวิทยาลัยวงษ์ชวลิตกุล

เอกสารอ้างอิง

1. กลุ่มสถิติแรงงาน สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจแรงงานนอกระบบ พ.ศ. 2563 [อินเทอร์เน็ต]. 2563
[เข้าถึงเมื่อ 2563 ส.ค. 4]. เข้าถึงได้จาก: [http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาแรงงาน/
Informal_work_force/2563/fullreport_63.pdf](http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13/ด้านสังคม/สาขาแรงงาน/Informal_work_force/2563/fullreport_63.pdf).
2. Fuente A., & Hickson L. Noise-induced hearing loss in Asia. *International Journal of Audiology* 2011; 50(2): 3-10.
3. Donham J.K., & Thelin A. Agriculture medicine: Occupational environmental health for the health professions.
Iowa: Blackwell Publishing; 2006.
4. จิว เซวี่ถาวร, ขวพรพรรณ จันทรประสิทธิ์ และวรินทร์ จรุงโรจน์สกุล. ภาวะสุขภาพตามความเสี่ยงจากการทำงาน
ของเกษตรกรปลูกหอมแดง. *พยาบาลสาร* 2557; 41(2): 35-47.
5. อนุวัฒน์ อัครสุวรรณ, นุจริย์ แซ่จิว, จำนงค์ ธนะภพ และจันจิรา มหายุ. การบาดเจ็บและอาการทางระบบโครงร่าง
กล้ามเนื้อและกระดูกอันเนื่องมาจากการทำงานของเกษตรกรผู้ประกอบอาชีพสวนปาล์ม เขตพื้นที่ตำบลสินปุน
อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. *วารสารความปลอดภัยและสุขภาพ* 2558; 8(3): 48-58.
6. สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือแรงงานนอกระบบ
ปลอดภัยใส่ใจสุขภาพ: กลุ่มอาชีพเกษตรกร. นนทบุรี: ศูนย์สื่อและสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม มหาวิทยาลัยราชภัฏ
สวนสุนันทา; 2559.

7. Barbara A.P., Jill N., & Patricia, J.Q. Fundamentals of Industrial Hygiene. 5th ed. Atlanta: National Safety Council; 1996.
8. วิทยา ตันอารีย์. การประเมินผลกระทบสุขภาพจากการใช้สารเคมีทางการเกษตรในการปลูกพืชไร่ เขตเทศบาลเมือง
แกนพัฒนา อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏ
เชียงใหม่; 2554.
9. Tri J., Nikie A.D. & Hanan L.D. Pesticide Poisoning and the Use of Personal Protective Equipment (PPE) in
Indonesian Farmers. Journal of Environmental and Public Health 2020; 25(3): 1–7.
10. วรันธรณ์ จรุงโรจน์สกุล, ขวพรพรรณ จันทร์ประสิทธิ์, ธาณี แก้วธรรมานุกุล, อนนท์ วิสุทธิธนานนท์ และ
วิไลพรรณ ใจวิล. ความเสี่ยงด้านอาชีวอนามัยและการบาดเจ็บที่เกี่ยวข้องเนื่องจากการทำงานของเกษตรกรชาวนา:
กรณีศึกษาพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่. พยาบาลสาร 2562; 46(4): 37–48.
11. วิทชัย เพชรเลียบ และวลัญช์ชยา เขตบำรุง. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการความปลอดภัยในการทำงาน
ของเกษตรกรสูงอายุ ตำบลพุดซา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารควบคุมโรค 2564; 47(1): 151–161.
12. สุรพงษ์ ไสธนะเสถียร. การสื่อสารกับสังคม. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2550.
13. เกษราวัลณ์ นิลวางกูร, วันเพ็ญ ทรงคำ, ลดาวัลย์ พันธุ์พานิชย์, ศิมาลักษณ์ ดีธิสวัสดิ์เวทย์ และ John, F.S.
การพัฒนาองค์ความรู้ในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคจากการทำงานของแรงงานสูงวัยนอกระบบ.
กรุงเทพมหานคร: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2560.
14. ฉันทนา จันทวงศ์, นันทพร ภัทรพุทธ, วรณภา ลีอกิตินันท์ และกัญจนวลัย นนทแก้ว แฟร์รี่. อาชีวอนามัยและ
ความปลอดภัยในการประกอบอาชีพคุณภาพชีวิตและข้อเสนอแนะในการจัดบริการสุขภาพระดับปฐมภูมิแก่แรงงาน
สูงอายุนอกระบบ: กรณีศึกษาในชายทะเลฝั่งตะวันออกของ ประเทศไทย. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี
กรุงเทพ 2559; 32(1): 1–14.
15. สำนักงานเกษตร จังหวัดนครราชสีมา. ข้อมูลทะเบียนเกษตรกร [อินเทอร์เน็ต] 2563 [เข้าถึงเมื่อ 2563 ส.ค. 15].
เข้าถึงได้จาก: <http://www.khorat.doae.go.th/web/index.php/2014-11-27-04-36-03>.
16. สำนักงานเทศบาล
ตำบลพุดซา. ข้อมูลจำนวนเกษตรกร พ.ศ. 2563. นครราชสีมา: เทศบาลตำบลพุดซา; 2563.
17. Krejcie R.V. & Morgan D.W. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological
Measurement 1970; 30: 607–610.
18. Bloom B.S. Handbook on formation and Summative Evaluation of Student Learning. New York: McGraw-
Hill Book Company; 1971.
19. Elikana E.L., Aiwerasia V.N. & Leslie L. Farmers' knowledge, practices and injuries associated with pesticide
exposure in rural farming villages in Tanzania. BMC Public Health 2014; 14(2): 1–13.
20. Bhattarai D., Singh B.S., Baral D., Sah B.R., Budhathoki S.S., & Pokharel K.P. Work-related injuries among
farmers: a cross-sectional study from rural Nepal. Journal of Occupational Medicine and Toxicology
2016; 48(4): 1–7.
21. Elvis D.O., Michael M., & Benedicta F.M. Pesticides exposure and the use of personal protective equipment
by cocoa farmers in Ghana. Environmental System Research 2016; 17(3): 1–15.
22. Cargnin S., Echer I.C. & Silva R.D. Tobacco farming: use of personal protective equipment and pesticide
poisoning. Cuidado é Fundamental 2017; 9(2): 466–472.

23. Maryam A., Jalal P., Forouzan R.S., Mohammad J.A. & Akram K.S. Which Factors Influence Farmers' Use of Protective Measures During Pesticides Exposure. *Workplace Health & Safety* 2019; 67(7): 338–349.
24. Ayuk B.T., Baleba R.M., Dapi L.N. & Medoua G.N. Pesticide usage and occupational hazards among farmers working in small-scale tomato farms in Cameroon. *Journal of the Egyptian Public Health Association* 2019; 94(2): 1–7.
25. Sapkota K.R., Sapkota S., & Katuwal K. Pesticides handling practices among potato growers in Kavrepalanchok, Nepal. *Journal of Agriculture and Natural Resources* 2020; 3(1): 77–87.
26. Sandesh T., Bipana T., Rinicha B. et.al. Knowledge on pesticide handling practices and factors affecting adoption of personal protective equipment: a case of farmers from Nepal. *Advances in Agriculture* 2021; 25(4): 1–8.
27. Tinoco H.C., Lima G.A., Sant A.P., Gomes C.S., Santos J.N. Risk perception in the use of personal protective equipment against noise-induced hearing loss. *Gestão & Produção* 2019; 26(1): 1–21.
28. Manar M.E., Mervat H.R., Hebat G., Nayera S.M. Risk perception and occupational accidents among a group of Egyptian construction workers in Cairo, Egypt. *Egyptian Family Medicine Journal* 2019; 3(2): 142–154.

การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ต้นแบบ อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์

Development of a model for enhancing health literacy to prevent and control rabies

in the model area, Srinarong District, Surin Province

จันทกานต์ วลัยเสถียร* และเบญจมาศ อุนรัตน์

Jantakarn Valaisathien and Bemjamas Unrat

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

The Office of Disease Prevention and Control 9, Nakhon Ratchasima

*Corresponding Author Email: jantakarnvalaisathien@yahoo.com

(Article submitted: August 2, 2021; final version accepted: September 10, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ต้นแบบ อ.ศรีณรงค์ จ.สุรินทร์ แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ (1) การศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชน อ.ศรีณรงค์ จ.สุรินทร์ กลุ่มตัวอย่าง คือ แกนนำชุมชน ได้แก่ นายก อบต. รองนายก อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภา อบต. อสม. ปราชญ์ชาวบ้าน มรรคนายก และอาสาสมัคร จำนวน 310 คน (2) พัฒนารูปแบบฯ และทดลองใช้ในพื้นที่ต้นแบบ โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ PAOR คือ ขั้นตอนแผนการดำเนินการ (P: Planning) ขั้นตอนมือปฏิบัติ (A: Action) ขั้นสังเกต (O: Observation) และขั้นสะท้อนผล (R: Reflection) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างเลือกแบบเจาะจง คือ แกนนำชุมชน จำนวน 40 คน ประกอบด้วย นายก อบต. รองนายก อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภา อบต. อปท. อสม. อาสาสมัครปศุสัตว์ ปราชญ์ชาวบ้าน และมรรคนายก (3) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบฯ และประเมินความพึงพอใจในพื้นที่ศึกษาที่เข้าร่วมกิจกรรมตามรูปแบบฯ จำนวน 40 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา และเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติ paired t-test วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ต้นแบบ อ.ศรีณรงค์ จ.สุรินทร์ ควรมีองค์ประกอบ ดังนี้ (1) การวิเคราะห์สภาพปัญหาในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า และวางแผน (Planning) ตามหลัก 4 M คือ ปัจจัยด้านคน งบประมาณ วัสดุ / อุปกรณ์ และการบริหารจัดการ (2) การบูรณาการขับเคลื่อนงานทั้งหน่วยงานระดับเขตจังหวัดอำเภอและระดับชุมชน (3) การพัฒนาความรู้และทักษะของวิทยากรกระบวนการ (4) การคัดเลือกพื้นที่นำร่อง (5) การติดตามประเมินผล โดยใช้โปรแกรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นระยะเวลา 10 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) และผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่ศึกษาอยู่ในระดับมากที่สุด โดยประชาชนได้รับความรู้แนวคิดทักษะและประสบการณ์ใหม่ ๆ จากการเข้าร่วมกิจกรรม สามารถนำความรู้ที่ได้รับไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงาน สำหรับการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้เกิดความสมบูรณ์ มีประสิทธิภาพและเป็นไปได้ในทางปฏิบัติจริง สอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่อื่น ๆ ได้ต่อไป

คำสำคัญ: รูปแบบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ โรคพิษสุนัขบ้า

Abstract

The objective of this action research aimed to develop a model of health literacy enhancement for the prevention and control of rabies in the sampling model area of Srisuk Sub-district, Srinarong District, Surin Province. The research procedure consisted of 3 phases as follows; Phase 1: Study the health literacy situation of community leaders in Srinarong district, Surin province. The sample group was the community leaders: chief executive of the sub-district administrative organization (SAO), deputy chief executive of the SAO, sub-district headman, village headman, SAO members, village health volunteers, local philosophers, liaisons, livestock volunteers totally of 310 participants. Phase 2: The development model and testing in the model area by applying the PAOR model are planning, action, observation, and reflection which the population and purposive sampling were 40 community leaders: Chief executive of the SAO, deputy chief executive of the SAO, subdistrict headman, village headman, SAO members, local government officers, village health volunteers, livestock volunteer, local philosophers, liaisons. In phrase 3: evaluate the development model and population's satisfaction of 40 participants, which the quantitative data analysis was used descriptive statistics, a paired t-test for significant differences. For the qualitative data, content analysis was used. The finding of this research revealed that the development of a health literacy enhancement model for the prevention and control of rabies in the community model, Srinarong District, Surin Province should be as follow. 1) To analyze the problems in rabies prevention and control operations and plan to work with the 4M principle: man, money, materials, and management. 2) To integrate organization management in all function levels of states, districts, sub-districts, and local communities. 3) To brush up on knowledge and skills for the facilitators. 4) To select the pilot community research. 5) To follow up, evaluate and experiment with the health literacy enhancement program for 10 weeks. The result showed that the sample group score for health literacy enhancement and prevention and control rabies behaviors were statistically significant higher ($p\text{-value} < 0.05$) and the satisfaction assessment results of the health literacy enhancement activities in the research community was also at a very high level. In this participation, people would improve their knowledge, skills, concepts, and experiences. In the future, they could apply and develop completely and efficiently knowledge for their work in practice about the health literacy enhancement for the prevention and control of rabies which is related to the other nearby issues area

Keywords: Model, Health literacy, Rabies

บทนำ

โรคพิษสุนัขบ้าเป็นโรคติดต่อระหว่างสัตว์และคน (Zoonosis) เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญ คนหรือสัตว์ที่รับเชื้อแล้วมีอาการของโรคจะเสียชีวิตทุกราย เนื่องจากยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายได้ องค์การอนามัยโลก และองค์การโรคระบาดสัตว์ระหว่างประเทศกำหนดเป้าหมายให้ทุกประเทศในภูมิภาคอาเซียนรวมถึงประเทศไทยกำจัดโรคพิษสุนัขบ้าให้หมดไปภายใน ค.ศ. 2020 (พ.ศ.2563)⁽¹⁾ กรมควบคุมโรค กรมปศุสัตว์ กรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่นและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงได้ร่วมกันในการดำเนินงานเพื่อเป็นเส้นทางสู่เป้าหมายของการเป็นพื้นที่ปลอดโรคพิษสุนัขบ้า ภายในปี พ.ศ. 2563 และจากสถานการณ์โรคพิษสุนัขบ้า 5 ปีย้อนหลัง (พ.ศ. 2557–2561) พบผู้เสียชีวิต จำนวน 5, 5, 14, 11 และ 18 ราย ตามลำดับ โรคพิษสุนัขบ้าสามารถป้องกันได้ด้วยการฉีดวัคซีน พบว่า แต่ละปีคนไทยถูกสุนัขกัดไม่ต่ำกว่า 1 ล้านคน ถูกสัตว์ที่เป็นหรือสงสัยว่าเป็นโรคพิษสุนัขบ้ากัดแล้วได้รับการฉีดวัคซีนป้องกัน เพียงร้อยละ 50.0

จากข้อมูลระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (รง. 506) พบผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าเขตสุขภาพที่ 9 ในปี พ.ศ. 2559–2561 จำนวนทั้งสิ้น 14 ราย (1, 11, 1 และ 1 รายตามลำดับ) และทุกรายพบที่จังหวัดสุรินทร์ไม่ได้รับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า⁽²⁾ จังหวัดสุรินทร์จึงเป็นพื้นที่เสี่ยงสูง เนื่องจากมีรายงานผู้เสียชีวิตด้วยโรคพิษสุนัขบ้าติดต่อกัน พบว่า ผู้สัมผัสโรคไม่ได้ล้างแผลก่อนพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 18.8 ในผู้ที่ล้างแผลมีการล้างแผลด้วยน้ำ ร้อยละ 12.3 ไม่ได้ใส่ยาทาแผลก่อนพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 78.8 และผู้ที่สัมผัสโรครับการฉีดวัคซีนไม่ครบตามเกณฑ์ โดยมีปัญหาเรื่องระบบการติดตามผู้สัมผัสโรคของพื้นที่ และประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันควบคุมโรค⁽³⁾ อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า มีหัวสุนัขเป็นผลบวกทุกปี จำนวน 5 ตำบล ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2559 พบหัวสัตว์ผลบวก 1 หัว (ต.ศรีสุข) ปี พ.ศ. 2560 จำนวน 2 หัว (ตรว 2 หัว) และปี พ.ศ. 2561 จำนวน 5 หัว (ต.ศรีสุข 3 หัว, ต.ณรงค์ 1 หัว และ ต.หนองแวง 1 หัว) ด้านพฤติกรรมกรรมการปฏิบัติตนของผู้สัมผัสโรค พบว่า ไม่ได้ล้างแผลก่อนพบเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 30.73 ไม่ได้ใส่ยา ร้อยละ 88.99

ความรู้ด้านสุขภาพเป็นแนวคิดหนึ่งในการสร้างเสริมสุขภาพ มีความหมายที่กว้างกว่าความรู้และการรู้หนังสือ บุคคลที่มีความรู้ด้านสุขภาพระดับที่เหมาะสมจะมีความสามารถในการดูแลสุขภาพตนเอง ครอบครัวและชุมชนมีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางสุขภาพ⁽⁴⁾ การศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ปัจจัยความรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อระดับพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่างมี 6 องค์ประกอบ เรียงตามลำดับ น้ำหนักของสัมประสิทธิ์การถดถอย ได้แก่ การจัดการตนเอง การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ การตัดสินใจ และเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศ ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพ และการสื่อสารสุขภาพ⁽⁵⁾ จากสภาพปัญหาของความรู้ด้านสุขภาพในงานส่งเสริมสุขภาพในปัจจุบันพบว่า ข้อมูลข่าวสารความรู้ที่เกี่ยวกับสุขภาพมีทั้งที่ถูกต้องและไม่ถูกต้อง ทำให้ประชาชนที่เสพสื่อออนไลน์ส่วนหนึ่งหลงเชื่อ โดยไม่ตรวจสอบกับแหล่งข้อมูลที่ถูกต้อง และไม่สามารถแยกแยะได้ว่าข้อมูลชุดใดที่ไม่สมควรเชื่อถือ เกิดผลกระทบต่อการปฏิบัติตัวของประชาชนทุกกลุ่มวัย นำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ไม่ถูกต้องมีพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ ส่งผลกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพของตนเอง เสียเวลา และเสียค่ารักษาพยาบาล⁽⁶⁾ และจากสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยได้ตระหนักและเห็นความสำคัญของการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ต้นแบบอำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ เพื่อให้เกิดพฤติกรรมป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าที่ถูกต้องในชุมชนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ต้นแบบ อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) แบ่งการศึกษาเป็น 3 ระยะ คือ (1) การศึกษา สภาพปัญหาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า เกี่ยวกับความรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชน (2) พัฒนารูปแบบฯ และทดลองใช้ในพื้นที่ต้นแบบ โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ PAOR คือ ขั้นตอนวางแผนการดำเนินการ (Planning) ขั้นลงมือปฏิบัติ (Action) ขั้นสังเกต (Observation) และขั้นสะท้อนผล (Reflection) และ (3) ประเมินผลการพัฒนารูปแบบฯ และประเมินความพึงพอใจในกลุ่มประชากรที่ศึกษา

ระยะเวลาการศึกษา ตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2561 – กันยายน พ.ศ. 2562 รวมทั้งสิ้น 12 เดือน

ขั้นตอนการศึกษา มีดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชน อ.ศรีณรงค์ จ.สุรินทร์ (ระยะเวลาดำเนินการตุลาคม พ.ศ. 2561 – กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562) ประชากร คือ แกนนำชุมชน

ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) รองนายก อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภาอบต. อสม. ประชาชนชาวบ้าน มรรคนายก และอาสาสมัครปศุสัตว์จำนวนรวมทั้งสิ้น 1,114 คน กำหนดขนาดตัวอย่างที่ใช้คำนวณจากสูตรของเครซี่และมอร์แกน⁽⁷⁾ ที่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน ได้จำนวน 310 คน

เครื่องมือใช้แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โดยผู้วิจัยประยุกต์แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ ปรับจากกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ⁽⁸⁾ การตรวจสอบค่าความเชื่อมั่นได้นำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบเชิงเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ มาทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้วิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบาค 0.89 รายละเอียด ดังนี้

1) การเข้าถึงข้อมูลการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าจำนวน 9 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ หากตอบปฏิบัติทุกครั้งให้ 5 คะแนน ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้งให้ 4 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้งให้ 2 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติให้ 1 คะแนน

2) ความรู้ความเข้าใจการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 10 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ หากตอบปฏิบัติทุกครั้งให้ 5 คะแนน ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้งให้ 4 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้งให้ 2 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติให้ 1 คะแนน

3) การสื่อสารในการป้องกันและควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 8 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ หากตอบปฏิบัติทุกครั้งให้ 5 คะแนน ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้งให้ 4 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้งให้ 2 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติให้ 1 คะแนน

4) การจัดการตนเองให้ปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้าจำนวน 8 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ หากตอบปฏิบัติทุกครั้งให้ 5 คะแนน ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้งให้ 4 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้งให้ 2 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติให้ 1 คะแนน

5) การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 7 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ หากตอบปฏิบัติทุกครั้งให้ 5 คะแนน ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้งให้ 4 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้งให้ 2 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติให้ 1 คะแนน

6) การรู้เท่าทันสื่อในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 6 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเมินค่า 5 ระดับ หากตอบปฏิบัติทุกครั้งให้ 5 คะแนน ปฏิบัติเป็นบ่อยครั้งให้ 4 คะแนน ปฏิบัติเป็นบางครั้ง ให้ 3 คะแนน ปฏิบัตินาน ๆ ครั้งให้ 2 คะแนน ไม่ได้ปฏิบัติให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า จำนวน 7 ข้อ มี 3 ตัวเลือก กำหนดระดับปฏิบัติเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ทุกครั้งให้ 3 คะแนน บางครั้งให้ 2 คะแนน ไม่ปฏิบัติให้ 1 คะแนน

เกณฑ์การแปลผลคะแนน ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านที่ 1-6 และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า โดยประยุกต์ของกองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2561(8) แบ่งเป็น 4 ระดับ ดังนี้

ระดับดีมาก หมายถึง คะแนน 80% ของคะแนนเต็มขึ้นไป ระดับดี หมายถึง ช่วงคะแนนระหว่าง $\geq 70 - < 80\%$ ของคะแนนเต็ม ระดับพอใช้ หมายถึง ช่วงคะแนนระหว่าง $\geq 60 - < 70\%$ ของคะแนนเต็ม และระดับไม่ดี หมายถึง น้อยกว่า 60% ของคะแนนเต็ม

การวิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติเชิงพรรณนาในรูปของจำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงวิเคราะห์ด้วยค่าสถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ผู้วิจัยกำหนดเกณฑ์การแปลผลค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ระยะที่ 2 พัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า และทดลองใช้ในพื้นที่ต้นแบบ (ระยะเวลาดำเนินการมีนาคม พ.ศ. 2561 – กันยายน พ.ศ. 2562) โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ PAOR ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผนการดำเนินการ (P: Planning) นำข้อมูลที่ได้จากระยะที่ 1 มาสรุปวิเคราะห์ และสังเคราะห์ เพื่อยกร่างเป็นรูปแบบการดำเนินงาน (1) จัดตั้งคณะทำงานการสร้างความรู้ด้านสุขภาพ (2) พัฒนาความร่วมมือกับ หน่วยงานเครือข่าย (3) ออกแบบและวางแผนพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุม โรคพิษสุนัขบ้าให้แก่นาชุมชน

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นลงมือปฏิบัติ (A: Action) นำข้อมูลที่ได้จากการออกแบบ และวางแผนการจัดกิจกรรมโรคพิษสุนัขบ้า ให้กับแก่นาชุมชน ประกอบด้วย (1) ประชุมคั่นข้อมูลให้พื้นที่ เพื่อร่วมวางแผนสร้างความรู้ด้านสุขภาพให้แก่ แก่นาในชุมชน (2) ประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงานโครงการ (3) พัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ต้นแบบ ทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง กลุ่มตัวอย่าง เป็นแก่นาชุมชน และมีบทบาทในชุมชน หมู่ 8 ตำบลศรีสุข อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ ประกอบด้วย นายก อบต. รองนายก อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกสภา อบต. อสม. ปราชญ์ชาวบ้าน มรรคนายก และอาสาปศุสัตว์ กลุ่มตัวอย่างทำการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) จำนวน 40 คนโดยใช้เกณฑ์การคัดเลือก คือ สามารถอ่าน ฟัง เขียนภาษาไทยได้ และยินดีเข้าร่วมการ ศึกษา มีภูมิลำเนาในเขตหมู่ 8 ต.ศรีสุข อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ และเกณฑ์การคัดออก คือ แก่นาไม่สะดวกเข้าร่วม กิจกรรมกลุ่มได้ครบ 2 ครั้ง และ/หรือตอบแบบสอบถามไม่ครบตามที่กำหนดไว้ ประกอบด้วย การให้ความรู้การฝึกทักษะ ตามองค์ประกอบของความรอบรู้ด้านสุขภาพ 6 ด้าน จำนวน 10 สัปดาห์และประเมินความพึงพอใจในการเข้าร่วมโปรแกรม การสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ดังนี้ สัปดาห์ที่ 1 ความรู้ความเข้าใจ สัปดาห์ที่ 3 การเข้าถึงข้อมูล สัปดาห์ที่ 5 การสื่อสาร สัปดาห์ที่ 7 การจัดการตนเอง สัปดาห์ที่ 8 การรู้เท่าทันสื่อ และสัปดาห์ที่ 10 การตัดสินใจ ส่วนสัปดาห์ที่ 2, 4, 6, 9 เป็นการพัฒนาทักษะโดยแก่นาบทบาทกิจกรรมที่ได้เรียนรู้ ใช้แบบสอบถาม 3 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และ 3) พฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า แนวคำถามในการ สันทนากลุ่ม เครื่องบันทึกเสียง สมุดจดบันทึก และแบบประเมินความพึงพอใจการเข้าร่วมกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นการสังเกตการณ์ (O: Observation) ครอบคลุมประเด็นการติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงาน ตามแผนงานและโครงการในแต่ละกิจกรรมของขั้นตอนที่ 2 เพื่อนำมาใช้สะท้อนผลในขั้นตอนที่ 4 ครอบคลุมประเด็น การติดตามความก้าวหน้าผลการดำเนินงานตามแผนงานและกิจกรรมแนวทางให้ปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า และการปรับกิจกรรม โดยการสนทนากลุ่ม สังเกตตามประเด็น ดังนี้ 1) การรู้จักโรคพิษสุนัขบ้า 2) ช่องทางในการเข้า ถึงข้อมูล 3) ให้อธิบายวิธีการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้เพื่อนบ้านฟัง 4) การตรวจสอบข้อมูลที่ได้มา 5) สื่อประเภทไหนที่ง่ายต่อการเข้าถึง 6) กระบวนการตัดสินใจเลือกวิธีที่เหมาะสมในการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าชุมชน

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นการสะท้อนกลับ (R: Reflection) ครอบคลุมประเด็น การคั่นข้อมูลผลการติดตามการดำเนินงานตาม แผนงานและกิจกรรมแนวทางให้ปฏิบัติในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า การคั่นข้อมูลการประเมิน และสรุปผลการ ดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้เป็นแนวคำถามในการสนทนากลุ่ม และสมุดจดบันทึก การวิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) และข้อมูลเชิงปริมาณ ด้วยสถิติเชิงพรรณนาในรูปของ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ระยะที่ 3 ประเมินผลการพัฒนารูปแบบฯ และประเมินความพึงพอใจในกลุ่มประชากรที่ศึกษา (ระยะเวลาดำเนินการ มีนาคม-กันยายน พ.ศ. 2562) ดำเนินการประเมินความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า เครื่องที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในขั้นตอนที่ 1 ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันควบคุม โรคพิษสุนัขบ้าของแก่นาชุมชน อ. ศรีณรงค์ จ. สุรินทร์) รวม 61 ข้อ ปรับจากกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (2556) และประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่ต้นแบบ วิเคราะห์ ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติพรรณนา ในรูปของจำนวน ร้อยละ วัดผลก่อนและหลังการทดลองเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย โดยใช้ สถิติ Paired sample t-test ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา โดยจัดหมู่ประเด็นสภาพปัญหา

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนในพื้นที่ศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิงร้อยละ 65.2 อายุระหว่าง 44–53 ปี ร้อยละ 47.4 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนในอำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์โดยรวมอยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 66.8 พฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนในพื้นที่อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ ภาพรวมพฤติกรรมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 40.3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันตนเองในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.419$, $p\text{-value} \leq 0.001$) ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนร้อยละ ของกลุ่มตัวอย่าง จำแนกตามระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ของแกนนำชุมชน และความสัมพันธ์ระหว่างระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรม ($n = 310$)

ประเด็น	จำนวน (ร้อยละ)	แปลผล	ค่าความสัมพันธ์ (r)
ความรอบรู้ในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า	207(66.8)	พอใช้	0.419*
พฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า	125(40.3)	ไม่ดี	

$p\text{-value} \leq 0.001$

ระยะที่ 2 ผลการพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า และผลการทดลองใช้ในพื้นที่ต้นแบบ โดยประยุกต์ใช้รูปแบบ PAOR ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นวางแผน (P: Planning) ตามหลัก 4 M ประกอบด้วย ด้านคน Man: มีคณะกรรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของ สคร.9 และพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงานขับเคลื่อนการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า อ.ศรีณรงค์ จ.สุรินทร์ ด้านเงิน Money: คือ มีงบประมาณที่ได้รับจัดสรรจากกรมควบคุมโรค เพียงพอต่อการดำเนินงานบรรลุผลสำเร็จตามแผนงานและแผนเงินขององค์กร ด้านวัสดุ/อุปกรณ์ Material: สามารถสนับสนุนสื่อต้นแบบ ประกอบด้วย 1) สื่อสโปตวิทยุ 2) โปสเตอร์ 3) Roll UP 4) ไวนิล นำไปเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ให้กับเครือข่ายในพื้นที่ รพสต. ทั้ง 7 แห่ง โรงเรียน ชุมชน ซึ่งสื่อที่ใช้ในการขับเคลื่อนงาน และด้านการบริหารจัดการ Management: มีการประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงานเพื่อให้ได้รับ ทราบทิศทางการดำเนินงานการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ต้นแบบ

ขั้นตอนที่ 2 ขั้นลงมือปฏิบัติ (A: Action) มีการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ ผลที่ได้คือ แผนปฏิบัติการพัฒนาทักษะความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชน ประกอบด้วย กิจกรรมสำคัญ (1) การประชุมวางแผนการดำเนินงานสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ชุมชนต้นแบบ (2) การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าให้แกนนำชุมชน และทดลองใช้ในพื้นที่ต้นแบบ ต. ศรีสุข อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ โดยประยุกต์ใช้ รูปแบบ PAOR ซึ่งประกอบไปด้วยกิจกรรม จำนวน 10 สัปดาห์ (3) การติดตามประเมินผลการดำเนินงานเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ชุมชนต้นแบบ และเจ้าหน้าที่ รพสต. ร่วมเป็นวิทยากรกลุ่มย่อย

ขั้นตอนที่ 3 ขั้นสังเกตการณ์ (O: Observation) ผลการดำเนินงานในขั้นตอนนี้ พบว่า มีการคืนข้อมูลผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคของแกนนำชุมชน ซึ่งเป็นกิจกรรมสำคัญที่ทำให้ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องได้รับทราบสถานการณ์ จากสภาพปัญหาของพื้นที่เบื้องต้น เพื่อใช้ประกอบการออกแบบกิจกรรมต่อไป รวมถึงมีการชี้แจงแผนการดำเนินงานขับเคลื่อนในปีงบประมาณ พ.ศ. 2561–2562 ซึ่งเป็นแผนงานโครงการที่ต่อเนื่อง ทำให้ทุกภาคส่วนมองภาพความสำเร็จของโครงการไปในทิศทางเดียวกัน ตลอดจนเห็นกิจกรรมที่ขับเคลื่อน เพราะหนึ่งในมาตรการขับเคลื่อนงานการสร้างความรอบรู้ในพื้นที่ชุมชน เริ่มจากการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชน มีการพัฒนาแกนนำให้เกิดทักษะความรู้ด้านสุขภาพ จำนวน 10 สัปดาห์ ฝึกปฏิบัติ ทบทวนความรู้และทักษะที่ได้รับ และสามารถไปขยายผลการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ประชาชน โดยการเลือกพื้นที่นำร่องในการทดลองใช้รูปแบบ ดังนั้น ควรเลือกจากพื้นที่ที่มีความพร้อมตั้งแต่ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. อาสาสมัครสัตว์ และ อสม. รพสต. ตลอดจนความเข้มแข็งและการทำงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชน พัฒนาทักษะความรู้ตามกิจกรรมที่ได้วางไว้ มีการเก็บข้อมูลเพื่อใช้ในการวิเคราะห์ และมีการประเมินผลโปรแกรมเพื่อนำผลที่ได้มาพัฒนาต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 ขั้นสะท้อนผล (R: Reflection) ได้ข้อมูลที่ได้จากการดำเนินงานในขั้นตอนที่ 3 มาจัดเวทีสรุปประเมินผลการพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ต้นแบบในประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา และคืนข้อมูลผลการดำเนินงานตามแผนงานและโครงการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า และผลการประเมินผลความรู้ด้านสุขภาพของประชาชน

ระยะที่ 3 ผลการประเมินการพัฒนารูปแบบฯ และประเมินความพึงพอใจในกลุ่มประชากรที่ศึกษา พบว่า

1. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของแกนนำชุมชน ตำบลศรีสุข อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์

ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 40 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 62.5 อายุระหว่าง 44–53 ปี ร้อยละ 50.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 52.5 ประกอบอาชีพเกษตรกร ร้อยละ 87.5 ส่วนใหญ่เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ร้อยละ 87.5

2. ผลการศึกษาระดับความรู้ด้านสุขภาพ ก่อน และหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับไม่ดี ร้อยละ 80.0 หลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า แกนนำมีความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยรวมอยู่ในระดับดี ร้อยละ 82.5 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 จำนวนร้อยละ ของระดับความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ก่อน และหลังการเข้าร่วมกิจกรรม (n = 40)

ความรู้ด้านสุขภาพ	ระดับความรู้ด้านสุขภาพ: จำนวน (ร้อยละ)			
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม			8 (20.0)	32 (80.0)
หลังการเข้าร่วมกิจกรรม	6 (15.0)	33 (82.5)	1 (2.5)	

3. จากการศึกษาพฤติกรรมในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ระหว่าง ก่อน และหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับพฤติกรรม ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อยู่ในระดับพอใช้ ร้อยละ 50.0 รองลงมา ระดับดี ร้อยละ 30.0 หลังการเข้าร่วม พบว่า มีระดับดีมาก ร้อยละ 85.0 รองลงมา ระดับดี ร้อยละ 15 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 จำนวน ร้อยละ ของระดับพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ก่อน และหลังการเข้าร่วมกิจกรรม
(n = 40)

พฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคพิษ สุนัขบ้า	ระดับพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า: จำนวน (ร้อยละ)			
	ดีมาก	ดี	พอใช้	ไม่ดี
ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม	7 (17.5)	12 (30.0)	20 (50.0)	1 (2.5)
หลังการเข้าร่วมกิจกรรม	34 (85.0)	6 (15.0)		

4. ผลการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า ระหว่างก่อน และหลังการดำเนินกิจกรรม จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีค่าคะแนน ความรอบรู้ด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น 46.52 ค่าคะแนนพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรค เพิ่มขึ้น 3.25 คะแนน โดยค่าคะแนนทั้งสองด้านนี้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบผลต่างค่าคะแนนความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า
ระหว่างก่อน และหลังการดำเนินกิจกรรม (n = 40)

ประเด็น	ก่อน		หลัง		Mean	95%CI	p-value
	Mean	SD	Mean	SD	Differences		
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	136.75	7.096	183.28	8.653	46.52	44.49–48.56	< 0.001
การป้องกันควบคุมโรค พิษสุนัขบ้า							
พฤติกรรมป้องกัน ควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า	14.72	1.552	17.95	1.501	3.22	2.81–3.64	< 0.001

* $p\text{-value} < 0.05$; Paired Sample t-test

5. ผลการประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชน ในพื้นที่ต้นแบบ ตำบลศรีสุข อำเภอศรีณรงค์ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า การประเมินความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมในการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ต้นแบบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อรูปแบบกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X} = 4.48$, $SD = 0.314$) เมื่อพิจารณารายชื่อที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจมากที่สุด คือ ได้รับความรู้ แนวคิด ทักษะและประสบการณ์ใหม่ ๆ จากการเข้าร่วม ($\bar{X} = 4.66$, $SD = 0.497$) และประเด็นที่แกนนำมีความพึงพอใจที่มีค่าคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ได้แก่ ความเหมาะสมของระยะเวลาในการจัดอบรม ($\bar{X} = 4.09$, $SD = 0.712$)

อภิปรายผล

จากผลศึกษาสถานการณ์ความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าของแกนนำชุมชนอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้าอยู่ในระดับปานกลาง และความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันตนเองในระดับปานกลาง สอดคล้องกับแนวคิดของกองสุศึกษา⁽⁸⁾ ประชาชนวัยทำงานจะมีความรอบรู้ด้านสุขภาพและมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องเพื่อป้องกันและลดโรคทั้งโรคไม่ติดต่อและโรคติดต่อได้นั้น จำเป็นต้องได้รับการพัฒนาและมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทางด้านสุขภาพ

จากผลการสร้างรูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ต้นแบบ ในขั้นตอนการวางแผนการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดรูปแบบในการขับเคลื่อนงานที่เป็นรูปธรรม ปัจจัยด้านคน มีคณะกรรมการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพของ สคร.9 และพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือโดยลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือขับเคลื่อนระหว่าง นายอำเภอ สาธารณสุข ปศุสัตว์อำเภอ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้นำชุมชน และชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข ส่วนปัจจัยด้านงบประมาณที่ได้รับจัดสรรงบประมาณทั้งจากกรมควบคุมโรค และพื้นที่ที่เพียงพอต่อการดำเนินงาน ปัจจัยด้านวัสดุ / อุปกรณ์สามารถสนับสนุนสื่อต้นแบบที่เป็นแหล่งเข้าถึงข้อมูลได้ง่าย นำไปเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ให้กับเครือข่ายในพื้นที่ รพสต. ทั้ง 7 แห่ง โรงเรียน ชุมชน ได้แก่ สปอตวิทยุ โปสเตอร์ Roll UP ไลน์ ฯลฯ เพื่อให้โครงการขับเคลื่อนได้ และที่สำคัญการประชุมพูดคุยกันเป็นระยะมีส่วนสำคัญอย่างยิ่ง เพื่อใช้ในการกำกับติดตามประเมินผล รับทราบปัญหาอุปสรรคระหว่างการทำงาน ซึ่งสอดคล้องกับเกียรติพงษ์ อุดมธนะธีระ⁽⁹⁾ ที่กล่าวถึง ทฤษฎี 4M ปัจจัยด้านการบริหารจัดการ ควรมีการประชุมชี้แจงแผนการดำเนินงานเพื่อให้ได้รับทราบทิศทางการดำเนินงานการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ต้นแบบ ในปี พ.ศ. 2561-2562 เพื่อให้การ บูรณาการแผนการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่ต้นแบบมีคุณภาพ เป็นที่ยอมรับของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และสามารถนำไปใช้ ประโยชน์ได้จริง

จากการวิเคราะห์ขั้นตอนการดำเนินงาน พบว่า การประชุมชี้แจงขับเคลื่อนแผนการดำเนินงานโครงการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ให้กับเครือข่ายในพื้นที่ ทำให้ทุกภาคส่วนทราบแผนการดำเนินงาน และมองภาพความสำเร็จของโครงการไปในทิศทางเดียวกัน ประกอบกับการคืนข้อมูลผลการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าได้รับทราบสภาพปัญหา สถานการณ์ของพื้นที่ซึ่งเป็นขั้นตอนสำคัญเพื่อใช้ในการออกแบบกิจกรรมได้สอดคล้องเหมาะสมกับสภาพปัญหา บริบทของพื้นที่ต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับเกียรติพงษ์ อุดมธนะธีระ⁽⁹⁾ ที่กล่าวว่า การเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพต้องอาศัยกลวิธีและโปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เหมาะสมกับความต้องการของประชาชนและชุมชน ซึ่งกลวิธีและโปรแกรมจะเป็นในลักษณะของการสร้างโอกาสให้ประชาชนได้เรียนรู้ตลอดชีวิตและแหล่งประโยชน์ต่าง ๆ ที่ช่วยเพิ่มศักยภาพด้านสุขภาพให้แก่ ประชาชนได้อย่างเต็มที่และเท่าเทียมกัน ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชน มีความสามารถในการควบคุมสุขภาพตนเองและสิ่งแวดล้อม และสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ส่งผลดีต่อสุขภาพ

นอกจากนี้ พบว่า ผลการทดลองใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในพื้นที่ต้นแบบภายหลังการทดลองใช้โปรแกรม ประชาชนมีค่าคะแนนเฉลี่ยของด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมการป้องกันควบคุมโรคพิษสุนัขบ้า มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเอื้อจิต สุขพูล และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่า หลังเข้าร่วมโปรแกรมกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม จึงสรุปได้ว่า โปรแกรมสามารถพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้ และสอดคล้องกับการศึกษาของมนต์ชัย โอโณวรรณพันธ์⁽¹¹⁾ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุก่อนการทดลอง หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง และสอดคล้องกับวรรณศิริ นิลเนตร และวาสนา เรืองจุติโพธิ์พาน⁽¹²⁾ พบว่า การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสาร ทักษะการตัดสินใจ การจัดการตนเองและการรู้เท่าทันสื่อ

และพฤติกรรมในการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น จึงสรุปได้ว่าโปรแกรมสามารถพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพได้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิผลของโปรแกรม เนื่องมาจากกลุ่มแกนนำที่เข้ามามีส่วนร่วมกิจกรรม ได้รับองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคพิษสุนัขบ้า พฤติกรรมป้องกันตนเองจากโรคพิษสุนัขบ้า การป้องกันควบคุมโรคในสัตว์ ซึ่งเป็นกระบวนการในการพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพของแกนนำชุมชน การจัดการตนเอง วางแผนกิจกรรมสู่การตัดสินใจ นำโปรแกรมความรู้ไปใช้กับประชาชนในชุมชนต้นแบบ โดยมีเอกสารความรู้รวมทั้งสนับสนุนสื่อ เผยแพร่ประชาสัมพันธ์เชิงรุกในชุมชนที่สอดคล้องกับบริบท และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลในชุมชนที่พัฒนาขึ้นจากการร่วมมือของแกนนำชุมชน อีกทั้งแกนนำได้จัดประชุมหมู่บ้าน กำหนดกติกาชุมชน / โรคพิษสุนัขบ้า ตามแนวทางการจัดการตนเอง และตัดสินใจดำเนินการตามแนวทาง ข้อตกลงที่กำหนดไว้ สอดคล้องกับคำกล่าวของศิริภา วรณประเสริฐ⁽¹³⁾ ที่ว่าความรู้ด้านสุขภาพเกิดขึ้นได้ด้วยการพัฒนาศักยภาพบุคคล อันจะส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลลัพธ์ทางสุขภาพ การพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพในบุคคลทุกช่วงวัยและทุกสถานะสุขภาพ จึงเป็นสิ่งสำคัญ เมื่อบุคคลมีความรู้ด้านสุขภาพจะมีศักยภาพในการดูแลตนเองได้ รวมทั้งยังช่วยแนะนำสิ่งที่ถูกต้องให้แก่บุคคลใกล้ชิด ครอบครัว ชุมชน / สังคม และควรดำเนินกิจกรรมและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง เป็นระยะ ๆ เพื่อให้มีความสอดคล้องกับสภาพบริบทที่มีการเปลี่ยนแปลง และกระตุ้นให้มีความคงอยู่ของความรู้ และพฤติกรรมสุขภาพต่อไป

สรุป การพัฒนารูปแบบการสร้างเสริมความรู้ด้านสุขภาพการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า ในพื้นที่ต้นแบบ ที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น มีผลต่อพัฒนาความรู้ด้านสุขภาพ เพื่อการป้องกันควบคุมโรคของประชาชนในพื้นที่เป็นไปในทางที่ดีขึ้น ดังนั้น การวิจัยในครั้งนี้จึงบรรลุผลตามความมุ่งหมายของการศึกษาที่ตั้งไว้ทุกประการ

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. ควรมีการพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าที่มีความต่อเนื่อง ครอบคลุมความร่วมมือทุกหน่วยงาน ตลอดจนสร้างการมีส่วนร่วมทุกระยะของการดำเนินงาน เพื่อกระตุ้นให้หน่วยงานภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชนมองเป้าหมายความสำเร็จ
2. ควรมีการพัฒนาหลักสูตร / แนวทางการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพด้านการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าให้ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยง เช่น เด็ก นักเรียน ประชาชนผู้สัมผัสโรค เป็นต้น เพื่อเป็นแนวทางสำหรับการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับบุคคล ชุมชน และสังคม
3. ควรนำเสนอผู้บริหาร เพื่อเป็นข้อมูลในการพิจารณาสนับสนุนการพัฒนางานและแก้ไขปัญหาโรคพิษสุนัขบ้าในพื้นที่อื่น ๆ ต่อไป
4. ควรขยายผลรูปแบบที่ศึกษาในพื้นที่อื่น ๆ ได้ประยุกต์ใช้เป็นกลไกการพัฒนางานในพื้นที่ที่เหมาะสม เพื่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคติดต่อทั่วไป กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. โครงการสัตว์ปลอดโรค คนปลอดภัยจากโรคพิษสุนัขบ้า ตามพระปณิธานศาสตราจารย์ ดร.สมเด็จพะเจ้าลูกเธอ เจ้าฟ้าจุฬาภรณวลัยลักษณ์ อัครราชกุมารี [ออนไลน์]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2561 ธันวาคม 10]. เข้าถึงได้จาก: <http://r36.ddc.moph.go.th/r36/uploads/document/590f58e2a0e45.pdf>.
2. สำนักโรคติดต่อทั่วไป ข้อมูลรายงานผู้สัมผัสโรคพิษสุนัขบ้าโปรแกรม ร.36 ข้อมูลสะสม ณ วันที่ 1 ม.ค.-31 ธ.ค. พ.ศ. 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2562 มกราคม 5]. เข้าถึงได้จาก: <http://r36.ddc.moph.go.th/r36/home>.

3. กลุ่มระบาดวิทยาและข่าวกรอง. การวิเคราะห์ระบบเฝ้าระวังโรค 5 กลุ่มโรค 5 มิติ เขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ปีงบประมาณ พ.ศ.2562. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 2562 ธันวาคม 10] เข้าถึงได้จาก: <http://103.40.150.229/EOC/Content/2562.pdf>.
4. นิทรา กิจธีระวุฒิวงษ์. การนำความฉลาดทางสุขภาพไปปฏิบัติงานสาธารณสุข. วารสารวิจัยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2558; 8(2): 68–75.
5. ภูมิ ตรุณ. ปัจจัยความรอบรู้ด้านสุขภาพที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนจังหวัดบึงกาฬ. วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ 2562; 15(3): 71–82.
6. ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ เข้าถึง เข้าใจ และการนำไปใช้, พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อมรินทร์พริ้นติ้ง; 2561.
7. Krejcie, R. V. & Morgan, D. W. Determining sample size for research activities. Educational and Psychological Measurement 1970; 30 (3): 607–610.
8. กองสุศึกษา กรมบริการสุขภาพ. การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรม สุขภาพ กลุ่มเด็กและเยาวชน (อายุ 7–14 ปี) กลุ่มประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป, ฉบับปรับปรุง ปี 2561; 88.
9. เกียรติพงษ์ อุดมธนะธีระ. หลักการ 4 m. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2562 กรกฎาคม 22] เข้าถึงได้จาก : <http://ioklogistics.blogspot.com>.
10. เอื้อจิต สุขพล และคณะ. การศึกษาผลของโปรแกรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพสำหรับประชาชนกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2563; 29 (3): 419–429.
11. มนต์ชัย อโณวรรณพันธ์. การพัฒนารูปแบบการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้สูงอายุในจังหวัดอุทัยธานี วารสารวิชาการกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ 2564; 17: 15–22.
12. วรณศิริ นิลเนตร และวาสนา เรืองจุติโพธิ์พาน. ความรอบรู้ด้านสุขภาพกับวิชาชีพพยาบาล. วารสารคุณภาพชีวิตกับกฎหมาย 2562; 15(2): 1–18.
13. ศิริภา วรณประเสริฐ. ประสิทธิภาพของโปรแกรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงโรค ความดันโลหิตสูง ที่มีน้ำหนักเกิน. วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา 2562; 20(2): 92–104.

การพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน

The Development of Health Behavior Change Model for a Risk of Hypertension Group in a Manufacturer

นันทน์ภัส สุขใจ และ รัชนีกร ธารเศรษฐ์

Nannaphat Sukjai and Rattarinee Thanaseth

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

The Office of Disease Prevention and Control 9, Nakhon Ratchasima

Correspondence to: E-mail: fonitdpc5@yahoo.com

(Submitted article: August 5, 2021; final version accepted: October 15, 2021)

บทคัดย่อ

องค์การอนามัยโลกรายงานว่า ความดันโลหิตสูงพบได้ประมาณ 1.13 พันล้านคนทั่วโลก ความดันโลหิตสูงที่ไม่สามารถควบคุมได้จะเพิ่มความเสี่ยงต่ออาการหัวใจวาย โรคหลอดเลือดสมอง และทำให้เสียชีวิตก่อนวัยอันควร อย่างไรก็ตาม สามารถป้องกันและควบคุมได้โดยการสนับสนุนการจัดการตนเอง การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อควบคุมความดันโลหิตในกลุ่มคนงานที่มีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูง (ความดันโลหิตซิสโตลิก = 120–139 / ไดแอสโตลิก = 80–89 mmHg) ในโรงงาน โดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ดำเนินการตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 ถึงกันยายน 2563 ณ โรงงานแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมา มีผู้ที่มีความเสี่ยงต่อความดันโลหิตสูงเข้าร่วมวิจัย จำนวน 46 คน พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้วิธีการวางแผน ปฏิบัติ สังเกต และสะท้อนผล (PAOR) ร่วมกับการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคมซึ่งมีอิทธิพลต่อความรู้พฤติกรรมสุขภาพและแรงจูงใจในการควบคุมความดันโลหิต วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ เปอร์เซ็นต์ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบ T-Test แบบ Paired-Samples ผลการวิจัยพบว่า ผู้เข้าร่วมมากกว่าครึ่งหนึ่ง (58.70%) เป็นผู้หญิง อายุระหว่าง 41–45 ปี (28.26%) สถานภาพสมรส 58.70% สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี 45.65% นอกจากนี้ พบว่า ผู้เข้าร่วมจำนวน 25 คน จากทั้งหมด 46 คน (54.35%) มีความดันโลหิตลดลง มีคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การปฏิบัติ แรงจูงใจ และพฤติกรรมในการควบคุมความดันโลหิตสูงกว่าก่อนดำเนินการกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P < 0.001$) โดยสรุปการใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงานประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1. วางแผน (Plan) 2. ปฏิบัติ (Action) 3. สังเกต (Observation) และ 4. สะท้อนผล (Reflection) ร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) และการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น และมีระดับความดันโลหิตลดลง ดังนั้น ผู้วิจัยแนะนำให้ใช้รูปแบบการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพไปใช้กับโรคเรื้อรังอื่น ๆ ในโรงงาน

คำสำคัญ: ความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ การจัดการตนเอง การสนับสนุนทางสังคม

Abstract

World Health Organization reported that hypertension was found in approximately 1.13 billion people worldwide. Uncontrolled hypertension increases the risk of heart attack, stroke, and causes premature death. However, it can be prevented and controlled by self-management support. The aim of the study was to develop a health behavior change model for controlling blood pressure among workers who had risk hypertension (blood pressure; systolic = 120–139

/ diastolic = 80–89 mmHg) in a manufacturer. The action research was conducted from October 2018 to September 2020 at a factory in Nakhon Ratchasima Province. Forty-six workers with a risk of hypertension were enrolled in this study. Plan, action, observation, and reflection (PAOR) were used to develop a health behavior change model. Also, self-management and social support were implemented, those influenced the knowledge, health behaviors, and motivation for controlling blood pressure. Descriptive statistics such as frequency, percentage, average, and standard deviation were used to analyze the data, and also, a paired-samples t-test was performed. The study found that more than half (58.70%) of the participants were female with age range 41–45 years (28.26%), married (58.70%), and 45.65% had a bachelor's degree. In addition, the study indicated that blood pressure was reduced among 25 of 46 (54.35%) participants. Mean scores of the knowledge, practice, motivation, and behavior for controlling blood pressure were significantly higher than before receiving the intervention ($P < 0.001$). In conclusion, using the “health behavior change model” for risk group of hypertension by applying 4 steps of PAOR Cycle consists of (1) plan (2) action (3) observation and (4) reflection and also added on self-management support and social support could be reduced blood pressure. We recommended that implemented the health behavior change model in other chronic diseases in the manufacturers.

Keywords: Hypertension, Health behaviors, Self-management, Social support

บทนำ

ปี ค.ศ. 2019 องค์การอนามัยโลกรายงานว่า พบผู้ป่วยความดันโลหิตสูงประมาณ 1.13 พันล้านคนทั่วโลก⁽¹⁾ ในขณะที่ประเทศไทยมีผู้ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ปี พ.ศ. 2557–2560 จาก 4,993,029 คน เป็น 5,596,532 คน และมีผู้ป่วยรายใหม่โรคความดันโลหิตสูงเพิ่มขึ้นจาก 538,390 คน เป็น 780,253 คน⁽²⁾ ในพื้นที่ ตำบลหนองบัวศาลา อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา เป็นที่ตั้งของเขตอุตสาหกรรมสุรนารี จากผลการคัดกรองความเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในประชากรกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 35–59 ปี) ปี พ.ศ. 2560 พบว่า มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 7.28 (326 คน) เป็น 14.39 (715 คน)⁽³⁾ และพบปัญหาการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ได้แก่ ประชาชนขาดความตระหนัก ขาดการรับรู้ในการจัดการปัจจัยเสี่ยง ชุมชนขาดการระงับภัยจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ขาดการเข้าถึงบริการผู้ป่วยร้อยละ 50 ไม่ไปรักษา ไม่ไปพบแพทย์⁽⁴⁾ จากข้อมูลผลการตรวจสุขภาพของผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงงาน ปี พ.ศ. 2560 พบว่า มีกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (ค่าความดันโลหิตตัวบน 120–139 และ / หรือ ตัวล่าง 80–89 มิลลิเมตรปรอท) จำนวน 63 คน (ร้อยละ 11.17) กิจกรรมสร้างเสริมสุขภาพในโรงงานยังไม่สามารถทำให้พนักงานมีสุขภาพที่ดีและลดความเสี่ยงจากโรคความดันโลหิตสูงได้

การทบทวนวรรณกรรม พบว่า สาเหตุที่สำคัญของโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง คือ 3อ. 2ส. ได้แก่ อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่⁽⁵⁾ การพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้กระบวนการ PAOR จากการวิจัยของณัฐทิภา นະกุลรัมย์ และคณะ (2560) ศึกษาถึงการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพกลุ่มผู้สูงอายุติดสังคม โดยชุมชนบ้านอังกัญ ตำบลท่าสว่าง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์⁽⁶⁾ ศันสนีย์ แสงสุข และคณะ (2560) ศึกษาแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ บ้านหนองโดนน้อย ตำบลโคกล่าม อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ส่งผลให้ผู้สูงอายุสามารถดูแลตนเองและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ตามเป้าหมาย⁽⁷⁾ และจากการศึกษาของกฤตวรรณ วัฒนพงศ์ และธนัช กนกเทศ (2559) ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในเขตความรับผิดชอบ รพ.สต. วังชมภู อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ได้ประยุกต์ใช้การสนับสนุนการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคม

ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ มีการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเอง เพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้นและมีระดับความดันโลหิตลดลง⁽⁸⁾

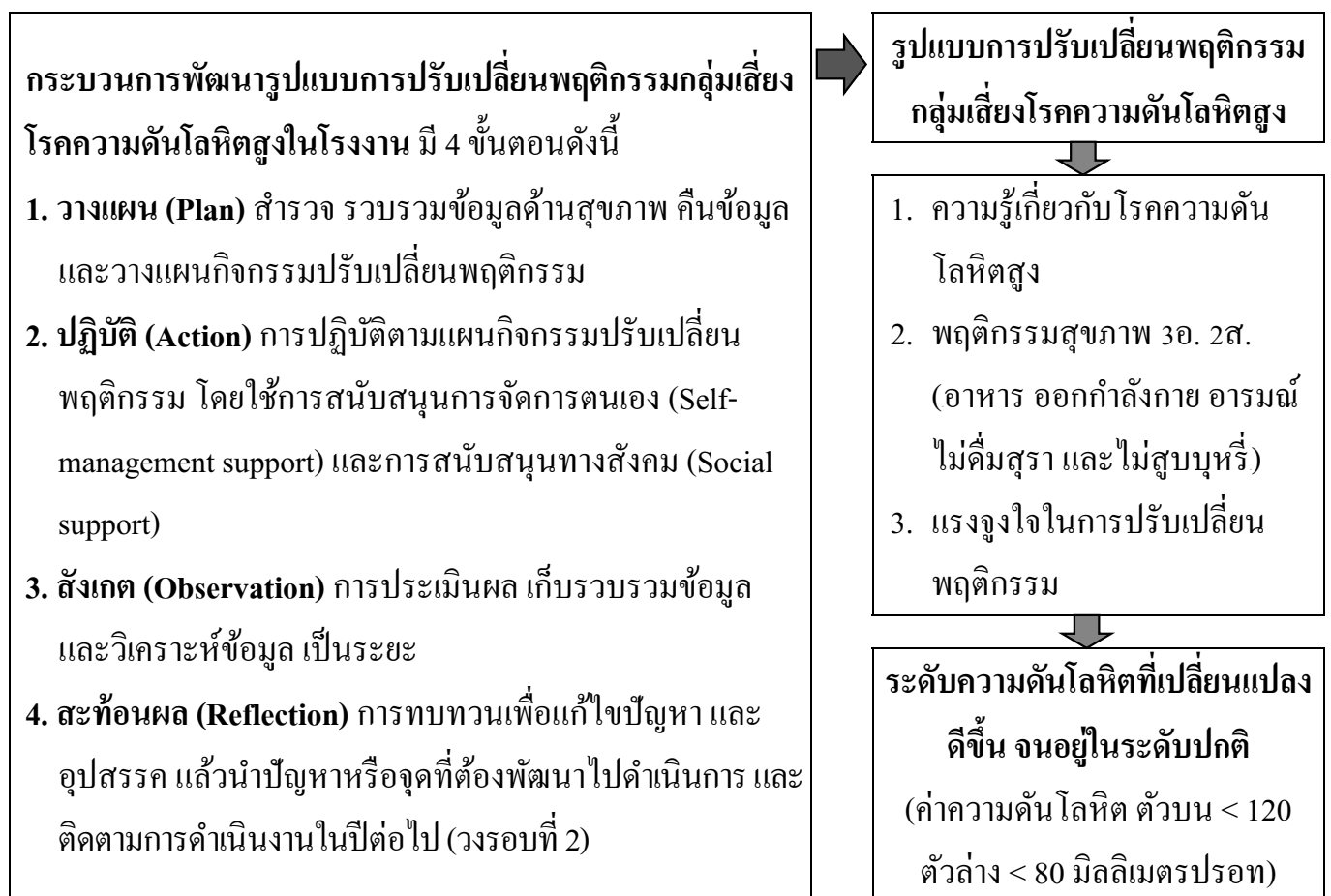
ผู้วิจัยและผู้รับผิดชอบของโรงงานจึงต้องการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน เพื่อให้พนักงานมีความรู้และพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม ส่งผลให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้น ลดการเกิดโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน โดยใช้กระบวนการวิจัย เชิงปฏิบัติการ PAOR ประกอบด้วย การวางแผน การปฏิบัติ การสังเกตและการสะท้อนผล มาประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มเสี่ยง ให้สามารถควบคุมระดับความดันโลหิตได้

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน
2. เพื่อศึกษาผลของการพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน เปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส.) แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และระดับความดันโลหิต

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR (Stephen Kemmis and Mc Taggart, 1990) 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1. วางแผน (Plan) 2. ปฏิบัติ (Action) 3. สังเกต (Observation) 4. สะท้อนผล (Reflection) เพื่อพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการควบคุมระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน ผู้เข้าร่วมวิจัย คือ ผู้ที่ปฏิบัติงานในโรงงานแห่งหนึ่งในจังหวัดนครราชสีมาไม่น้อยกว่า 6 เดือน เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง (มีค่าความดันโลหิตตัวบน 120–139 และ / หรือ ตัวล่าง 80–89 มิลลิเมตรปรอท) และไม่ใช้ยาควบคุมความดันโลหิต จำนวน 46 คน ระยะเวลาการศึกษา 2 ปี (ตุลาคม 2561–กันยายน 2563)



รูปที่ 1 กรอบแนวคิดกระบวนการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน 4 ขั้นตอน (PAOR) ประกอบด้วย

1. **วางแผน (Plan)** ผู้วิจัยสำรวจและรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพของอาสาสมัคร (ก่อนดำเนินการ) คินข้อมูลด้านสุขภาพให้อาสาสมัครรับทราบ และวางแผนกิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมร่วมกัน

2. **ปฏิบัติ (Action)** ผู้วิจัยให้ความรู้ เสริมสร้างทักษะของอาสาสมัครในการจัดการตนเอง (Self-management support) ประกอบด้วย ทักษะ 6 ประการ ได้แก่ 1) การแก้ไขปัญหา: สร้างความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง ตั้งเป้าหมาย วางแผนการปฏิบัติ ค้นหาปัญหาและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติด้วยตนเอง 2) การตัดสินใจ: ฝึกทักษะการจัดการตนเองด้าน 3อ. 2ส. (อาาหาร ออกก่าลังกาย อารมณั้ งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา) และการตัดสินใจจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น 3) การใช้แหล่งข้อมูล: สอนวิธีการและฝึกให้อาสาสมัครเข้าถึงแหล่งข้อมูลโรคความดันโลหิตสูง และใช้แหล่งข้อมูลที่เหมาะสมในการจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้น 4) การสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น: สร้างสัมพันธ์ภาพระหว่างอาสาสมัครและบุคลากรสาธารณสุข สามารถเปิดเผยปัญหาและแจ้งผลการปฏิบัติ ให้คำปรึกษาแนะนำ สร้างแรงจูงใจและใช้การสื่อสารหลายช่องทาง 5) การปฏิบัติ: ให้อาสาสมัครฝึกปฏิบัติพฤติกรรมจัดการตนเอง 6) การเลือกปฏิบัติด้วยตนเอง: อาสาสมัครเลือกปฏิบัติพฤติกรรมได้ด้วยตนเองและปรับให้เหมาะสมกับแต่ละบุคคลได้

ผู้วิจัยให้การสนับสนุนทางสังคมแก่อาสาสมัคร (Social support) 4 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านอารมณ์ ความรู้สึกห่วงใย และเห็นอกเห็นใจ (Emotional Support) ได้แก่ แลกเปลี่ยนความคิดเห็นหรือประสบการณ์ แสดงความรู้สึกเป็นห่วง เสนอความช่วยเหลือ และกระตุ้นให้กำลังใจ เพื่อให้อาสาสมัครเกิดกำลังใจและความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และเผชิญปัญหาต่าง ๆ ได้รับการยอมรับ ยกย่อง และเห็นคุณค่า 2) ด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร (Information Support) เพื่อให้

อาสาสมัครมีความรู้ ความเข้าใจ และเกิดความมั่นใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยผู้วิจัยบรรยายประกอบสื่อ ยกตัวอย่างและสาธิต เช่น ตัวอย่างอาหารสุขภาพ สาธิตการออกกำลังกายที่เหมาะสม เป็นต้น ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา ส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดีตามหลัก 3 อ. 2 ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์เหล่า งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา) รวบรวม ข้อมูลความรู้สำหรับการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัคร เผยแพร่ทาง Group Line เพื่อจัดส่งข้อมูลข่าวสาร ให้คำปรึกษาแนะนำ และเป็นช่องทางในการติดต่อสื่อสาร 3) ด้านการให้ความช่วยด้านสิ่งของ และการให้บริการ (Instrumental Support) ได้แก่ โรงงานมีนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพของพนักงาน สนับสนุนงบประมาณและเวลาในการจัดกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ จัดให้มีสถานที่อุปกรณ์และจัดเวลาในการออกกำลังกายภายในโรงงาน จัดอาหารที่ส่งเสริมสุขภาพ สถานบริการสุขภาพสนับสนุนการ คัดกรองโรคความดันโลหิตสูง ประเมินโอกาสเสี่ยงต่อโรค หัวใจและหลอดเลือด และสนับสนุนงบประมาณในการจัดกิจกรรมให้ความรู้และพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ 4) ด้านการ สะท้อนคิดหรือสนับสนุนให้ประเมินตนเอง (Appraisal Support) ได้แก่ ให้ข้อมูลป้อนกลับ (Feed Back) เห็นพ้องหรือ รับรองการปฏิบัติ บอกให้ทราบถึงผลดีที่อาสาสมัครได้รับการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อให้อาสาสมัครเกิดความ มั่นใจและรับทราบผลการปฏิบัติที่ถูกต้อง

3. สังเกต (Observation) ผู้วิจัยมีการเก็บรวบรวมข้อมูลของอาสาสมัครโดยใช้แบบสอบถาม (ก่อนและหลังดำเนินการ) แล้วนำข้อมูลมาวิเคราะห์และประเมินผลการเปลี่ยนแปลงเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ โดยใช้เครื่องมือในการเก็บ รวบรวมข้อมูลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ได้แก่ แบบสอบถามความรู้ พฤติกรรมและแรงจูงใจ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะทั่วไปของอาสาสมัคร และใช้สถิติ paired-samples t-test (one-tailed test) วิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลัง ในประเด็นความรู้ เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ และแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

4. สะท้อนผล (Reflection) ทบทวนผลจากการปฏิบัติและผลการประเมินด้านสุขภาพของอาสาสมัคร เพื่อวางแผน และแก้ไขปัญหาคืออุปสรรคร่วมกัน แล้วนำไปวางแผนและติดตามผลในปีต่อไป

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย กรมควบคุมโรค เลขที่ FWA 00013622

ผลการศึกษา

รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้น และผลของการ พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน ในด้านความรู้ พฤติกรรม แรงจูงใจ และระดับความดันโลหิต ดังนี้

1. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น โดยใช้ กระบวนการ PAOR ร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) และการสนับสนุนทางสังคม (Social support) มีรูปแบบดังนี้

1) วางแผน (Plan) “รู้ตัว รู้ตน รู้ค่า” ผู้วิจัยสำรวจข้อมูลสุขภาพของอาสาสมัคร และแจ้งให้อาสาสมัครทราบข้อมูล สุขภาพของตนเอง จากนั้น ผู้วิจัย ผู้บริหารโรงงาน และอาสาสมัคร วางแผนกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตาม หลัก 3อ. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่ดื่มสุรา และไม่สูบบุหรี่)

2) ปฏิบัติ (Action) “รู้ทัน ป้องกันโรค” จัดกิจกรรมพัฒนาความรู้ 3อ. 2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์เหล่า งดสูบบุหรี่ งดดื่มสุรา) ในการจัดการตนเอง (Self-management support) มีตัวอย่างอาหารสุขภาพ สาธิตการออกกำลังกาย

กายที่เหมาะสม ให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา และส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพที่ดี สร้างแกนนำหุ่นสวยสุขภาพดี คนต้นแบบ สร้างสุขภาพ ลดอ้วน ลดพุง ลดโรค ให้ความรู้แก่แกนนำในโรงงาน ผู้ประกอบอาหารและผู้จำหน่ายอาหารในโรงงาน ส่งเสริมการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Social support) เช่น สวนพอเพียงสู่ครัวพоди ร้านอาหาร ต้นแบบที่เป็นมิตรต่อสุขภาพ ลดหวานมันเค็ม เพิ่มผักผลไม้ เอื้อต่อการมีสุขภาพที่ดี ชมรมออกกำลังกาย มีพื้นที่พักผ่อน ในโรงงาน เป็นต้น

3) สังเกต (Observation) “สร้างคนต้นแบบ ผู้นำด้านสุขภาพ” ติดตามประเมินผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เก็บข้อมูลสุขภาพและพฤติกรรมของอาสาสมัคร แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลและประเมินผลการปฏิบัติ คัดเลือกคนต้นแบบ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสริมสร้างพลังใจร่วมกัน

4) สะท้อนผล (Reflection) “ทบทวน ต่อยอด” ผู้วิจัยสรุปผลการปฏิบัติและผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ร่วมกับ ผู้บริหารของโรงงานและอาสาสมัคร เพื่อให้รับทราบผลการปฏิบัติ ทบทวน แก้ไขปัญหาอุปสรรค และวางแผนดำเนินการ ในปีต่อไป

2. ผลของการพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน เปรียบเทียบ ก่อนและหลังดำเนินการ ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรม และระดับความดันโลหิต

2.1 ข้อมูลทั่วไปของอาสาสมัคร อาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 58.70) อายุ 41–45 ปี (ร้อยละ 28.26) สมรส (ร้อยละ 58.70) พักอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัว (ร้อยละ 47.83) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 45.65) ตำแหน่งพนักงาน (ร้อยละ 47.83) อยู่แผนกสำนักงาน (ร้อยละ 45.65) ฝ่ายผลิต / โรงงาน (ร้อยละ 45.65) ทำงานน้อยกว่า 10 ปี (ร้อยละ 43.48) รายได้เพียงพอต่อการใช้จ่าย (ร้อยละ 67.39) ส่วนใหญ่ไม่มี โรคประจำตัว (ร้อยละ 73.91) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 82.61) ดื่มสุรา / เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 43.48) มีดัชนีมวลกาย (BMI) อ้วน (ร้อยละ 45.65) ส่วนใหญ่ไม่มีญาติพี่น้องป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 69.05) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 46)

ลักษณะทั่วไปของอาสาสมัคร		จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	19	41.30
	หญิง	27	58.70
2. อายุ	26–30 ปี	6	13.04
	31–35 ปี	6	13.04
	36–40 ปี	10	21.74
	41–45 ปี	13	28.26
	46–50 ปี	4	8.70
	51–55 ปี	5	10.87
	56 ปีขึ้นไป	2	4.35

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 46) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของอาสาสมัคร		จำนวน (คน)	ร้อยละ
3. สถานภาพ	โสด	16	34.78
	สมรส	27	58.70
	หย่าร้าง	2	4.35
	แยกกันอยู่	1	2.17
4. พักอาศัยอยู่ร่วมกับ	อยู่คนเดียว	5	10.87
	สามี / ภรรยา	9	19.57
	บุตร	1	2.17
	พ่อ / แม่	5	10.87
	ญาติพี่น้อง	4	8.70
	อื่น ๆ (ครอบครัว)	22	47.83
5. ระดับการศึกษา	ต่ำกว่าปริญญาตรี	17	36.96
	ปริญญาตรี / เทียบเท่า	21	45.65
	ปริญญาโทหรือสูงกว่า	8	17.39
6. ตำแหน่ง	ผู้จัดการ	10	21.74
	หัวหน้า	9	19.57
	ผู้ช่วยหัวหน้า	1	2.17
	พนักงานผู้ปฏิบัติ	22	47.83
	ผู้ช่วยผู้จัดการ	3	6.52
	ที่ปรึกษา	1	2.17
7. แผนก	สำนักงาน (Office)	21	45.65
	ฝ่ายผลิต / โรงงาน	21	45.65
	งานช่าง	4	8.70
8. ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานใน โรงงาน	ต่ำกว่า 10 ปี	20	43.48
	10-20 ปี	14	30.43
	21-30 ปี	9	19.57
	30 ปีขึ้นไป	3	6.52

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไป (n = 46) (ต่อ)

ลักษณะทั่วไปของอาสาสมัคร		จำนวน (คน)	ร้อยละ
9. รายได้เฉลี่ยของครอบครัว	ไม่เพียงพอ	15	32.61
ต่อเดือน เพียงพอต่อการใช้จ่ายหรือไม่	เพียงพอ	31	67.39
10. ท่านมีโรคประจำตัวหรือไม่	ไม่มี	34	73.91
	มี ได้แก่		
	- เบาหวาน	1	2.17
	- ความดันโลหิตสูง	2	4.35
	- เบาหวานและความดันโลหิตสูง	1	2.17
	- อื่น ๆ	8	17.39
11. ท่านสูบบุหรี่หรือไม่	ไม่เคยสูบ	38	82.61
	เลิกสูบแล้ว	7	15.22
	ยังสูบบุหรี่อยู่	1	2.17
12. ท่านดื่มสุรา / เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์หรือไม่	ไม่เคยดื่ม	19	41.30
	เลิกดื่มแล้ว	7	15.22
	ยังดื่มอยู่	20	43.48
13. ดัชนีมวลกาย (BMI)	ปกติ (18.6–22.9)	6	13.04
	น้ำหนักเกิน (23–24.9)	9	19.57
	อ้วน (25–29.9)	21	45.65
	อ้วนมาก (> 30)	10	21.74
14. ท่านมีญาติพี่น้องท้องเดียวกันป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูงหรือไม่	ไม่มี	29	69.05
	มี	13	30.95

2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ และแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงานมีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3 อ. 2ส. และแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สูงกว่าก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($P < 0.001$) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยความรู้พฤติกรรมสุขภาพ และแรงจูงใจของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน ก่อนและหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ด้าน	ก่อน (n = 46)		หลัง (n = 46)		t	P-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
- ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง	16.25	2.89	19.13	1.11	6.71	0.000
- พฤติกรรมสุขภาพ ตามหลัก 3อ. 2ส.	38.65	11.81	46.78	10.26	9.19	0.000
- แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	31.17	4.89	35.74	4.23	13.84	0.000

หลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงานมีความรู้เพิ่มขึ้นทุกด้าน ได้แก่ การไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ ด้านอารมณ์ ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง การออกกำลังกาย และด้านอาหาร ตามลำดับ พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. ที่ปฏิบัติเป็นประจำมากที่สุด ได้แก่ การไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ ด้านอารมณ์ อาหาร และการออกกำลังกาย ตามลำดับ พบว่า แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) การได้รับความห่วงใยเอาใจใส่ กำลังใจจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น 2) การได้รับข้อมูลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความรู้ด้านสุขภาพ และการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพ 3) การตั้งเป้าหมาย วางแผนการปฏิบัติ ค้นหาปัญหา และแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ตามลำดับ ส่วนแรงจูงใจน้อยที่สุด 3 ลำดับแรก ได้แก่ 1) ได้รับการสนับสนุนหรือความช่วยเหลือ 2) การได้รับการยอมรับ ยกย่อง ชมเชย และ 3) การเปิดเผยปัญหา ผลการปฏิบัติ ขอคำปรึกษา คำแนะนำ ได้รับแรงจูงใจจากบุคคลในครอบครัวหรือบุคคลอื่น ตามลำดับ

2.3 ระดับความดันโลหิตของอาสาสมัคร ภายหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของอาสาสมัครจำนวน 46 คน ส่วนใหญ่มีความดันโลหิตที่ดีขึ้นจากเดิม (ระดับความดันโลหิตลดลง) จำนวน 25 คน คิดเป็นร้อยละ 54.35 โดยมีระดับความดันโลหิตปกติ จำนวน 17 คน และมีระดับความดันโลหิตค่อนข้างสูง จำนวน 8 คน ดังแสดงในตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ระดับความดันโลหิตหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ

ความดันโลหิตหลังการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมสุขภาพ	จำนวนคน (n = 46)	ร้อยละ	ระดับความดันโลหิต		
			ปกติ	ค่อนข้างสูง	สูงมาก
			(กลุ่มเสี่ยง)		
- ดีขึ้นจากเดิม (ระดับความดันโลหิตลดลง)	25	54.35	17	8	
- ไม่ดีขึ้นจากเดิม (ระดับความดันโลหิตเพิ่มขึ้น)	19	41.30		9	10
- เท่าเดิม	2	4.35		2	

อภิปรายผล

การศึกษาวิจัย พบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงานที่ได้รับการพัฒนาแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ มีความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และระดับความดันโลหิตที่ดีขึ้น อธิบายได้ว่า กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงานที่ได้รับการพัฒนาแบบการปรับ

เปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพโดยใช้กระบวนการ PAOR 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1. วางแผน (Plan) “รู้ตัว รู้ตน รู้ค่า” 2. ปฏิบัติ (Action) “รู้ทัน ป้องกันโรค” 3. สังเกต (Observation) “สร้างคนต้นแบบ ผู้นำด้านสุขภาพ” และ 4. สะท้อนผล (Reflection) “ทบทวน ต่อยอด” ร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) และการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ทำให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงานสามารถจัดการตนเอง และนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงหรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ผลการวิจัยเป็นไปตามสมมติฐานการวิจัย และสอดคล้องกับผลงานวิจัยของ ธนพร บึงมูม (2552) เรื่อง การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด ในบุคลากรที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ โรงพยาบาลขอนแก่น ที่พัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้กระบวนการ PAOR⁽⁹⁾ ผลงานวิจัยของเบญจมาศ ถาดแสง และคณะ (2555) ที่ศึกษาผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรมจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง⁽¹⁰⁾ และผลงานวิจัยของจันทร์จิรา สีสว่าง และคณะ (2557) ศึกษาเรื่อง ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุโรคความดันโลหิตสูง ที่ประยุกต์ใช้การสนับสนุนการจัดการตนเองและการสนับสนุนทางสังคม⁽¹¹⁾ ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีความรู้ มีการรับรู้ความสามารถในการจัดการตนเองเพื่อควบคุมระดับความดันโลหิตได้ดีขึ้นและมีระดับความดันโลหิตลดลง ส่วนอาสาสมัครที่หลังจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมแล้วมีระดับความดันโลหิตไม่ดีขึ้นจากเดิม จำนวน 19 คน (ระดับความดันโลหิตค่อนข้างสูง จำนวน 9 คน และระดับความดันโลหิตสูงมาก จำนวน 10 คน) เป็นผู้ที่มิภาวะอ้วนทั้งหมด

สรุปผลการศึกษา

การใช้รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน โดยประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR 4 ขั้นตอน ได้แก่ 1. วางแผน (Plan) 2. ปฏิบัติ (Action) 3. สังเกต (Observation) และ 4. สะท้อนผล (Reflection) ให้อาสาสมัครรับรู้ข้อมูลสุขภาพของตนเอง จัดกิจกรรมพัฒนาความรู้ 3อ. 2ส. ให้อาสาสมัครสามารถจัดการตนเอง (Self-management support) วางแผนกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง สร้างแกนนำหุ่นสวยสุขภาพดี คนต้นแบบสร้างสุขภาพ ลดอ้วนลดพุงลดโรค ให้การสนับสนุน ให้คำปรึกษาแนะนำ และสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Social support) เช่น สวนพอเพียงสู่ครัวพอดี ร้านอาหารต้นแบบที่เป็นมิตรต่อสุขภาพ ชมรมออกกำลังกาย ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง คะแนนพฤติกรรมสุขภาพตามหลัก 3อ. 2ส. และคะแนนแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ภายหลังการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สูงกว่าก่อนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ .05 ($P < 0.001$) และมีระดับความดันโลหิตลดลง จำนวน 25 คน (ร้อยละ 54.35)

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน โดยใช้กระบวนการ PAOR ร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) และการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน มีความรู้ สามารถปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพได้เหมาะสมและลดระดับความดันโลหิตได้ ดังนั้น จึงควรนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ไปใช้เป็นแนวทางในการควบคุมความดันโลหิตสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงต่อไป

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน ประยุกต์ใช้กระบวนการ PAOR ร่วมกับการสนับสนุนการจัดการตนเอง (Self-management support) และการสนับสนุนทางสังคม (Social support) ศึกษาเปรียบเทียบก่อนและหลังดำเนินการ ในด้านความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูง พฤติกรรมสุขภาพ (3อ. 2ส.)

แรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และระดับความดันโลหิตของกลุ่มเสี่ยงที่ดีขึ้น จึงควรนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมนี้ไปใช้เป็นแนวทางปฏิบัติในการส่งเสริมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การป้องกันควบคุมโรคความดันโลหิตสูงของกลุ่มเสี่ยง ขยายผลไปใช้ในพื้นที่อื่น ๆ และนำไปปรับใช้กับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่น ๆ ตลอดจนควรเพิ่มการศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง และควรมีการติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างเกิดการเรียนรู้และมีการปฏิบัติตามเป้าหมายที่ตั้งไว้อย่างต่อเนื่อง จนกลายเป็นพฤติกรรมที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรนำรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในโรงงาน ไปทดลองใช้ในกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่น ๆ และในโรงงานอื่น ๆ ที่แตกต่างกันในด้านสังคมและสภาพแวดล้อม เพื่อศึกษาว่ารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงนี้สามารถนำไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังอื่น หรือใช้ในโรงงานได้ทุกแห่งหรือไม่
2. ควรศึกษาปัจจัยอื่น ๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูง เช่น วิถีชีวิต วัฒนธรรม การสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมของครอบครัวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น เพื่อช่วยในการส่งเสริมสนับสนุนให้กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Hypertension [online]. 2019 [Access date 2019 May 17]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. ระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Health Data Center: HDC) [ออนไลน์]. 2560 [เข้าถึงเมื่อ 2560 ตุลาคม 5]. เข้าถึงได้จาก: <http://hdcservice.moph.go.th/>.
3. รัฐวิริยะ ธนเศรษฐ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงในกลุ่มวัยทำงาน. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา 2560; 23 (2): 64-74.
4. กรมควบคุมโรค. แผนงานวิจัยด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2560-2564, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัย จัดการความรู้และมาตรฐานการควบคุมโรค กรมควบคุมโรค; 2559.
5. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค. รูปแบบการบริการป้องกันควบคุมโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง สำหรับสนับสนุนการดำเนินงาน NCD Clinic Plus, พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560.
6. ณัฐทิภา นกุลรัมย์, จตุพร เหลืองอุบล และกิตติภูมิ ภิญโญ. การพัฒนาแบบการส่งเสริมสุขภาพ กลุ่มผู้สูงอายุติดสังคมโดยชุมชนบ้านอังกัญ ตำบลท่าสว่าง อำเภอเมือง จังหวัดสุรินทร์. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา 2560; 23(1): 52-63.
7. ศันสนีย์ แสงสุข, สุมัทธา กลางคาร และสรุยา แก้วพิบูลย์. รูปแบบการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุ บ้านหนองโดนน้อย ตำบลโคกล่าม อำเภอลำปลายมาศ จังหวัดบุรีรัมย์. วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา 2561; 24(1): 24-33.
8. กฤตวรรณ ณพวงศกร และธรัช กนกเทศ. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อผู้สูงอายุที่เป็นโรคความดันโลหิตสูง ในเขตความรับผิดชอบ รพ.สต. วังชมภู อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์, วารสารการประชุมสัมมนาวิชาการนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ เครือข่ายบัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏภาคเหนือ ครั้งที่ 16 และการประชุม

วิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยราชภัฏเพชรบูรณ์ ครั้งที่ 3 งานวิจัยเพื่อพัฒนาท้องถิ่น 2559; 1541–1552.

9. ธนพร บึงมูม. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อควบคุมระดับไขมันในเลือด ในบุคลากรที่มีระดับไขมันในเลือดผิดปกติ โรงพยาบาลขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธาณสุขศาสตร มหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2552.
10. เบญจมาศ ถาดแสง, ดวงฤดี ลาสุชะ และทศพร คำผลศิริ. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อพฤติกรรม การจัดการตนเองและค่าความดันโลหิตของผู้สูงอายุที่มีโรคความดันโลหิตสูง. พยาบาลสาร 2555; 39(4): 124–137.
11. จันทร์จิรา สีสว่าง, ปุณวิรัช ทองแดง และดวงหทัย ยอดทอง. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองในผู้สูงอายุ โรคความดันโลหิตสูง. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2557; 20(2): 179–192.

การพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดบุหรี่เพื่อลดการสูบบุหรี่ ตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา

Capacity Development of Non-communicable Chronic Diseases Patients with Smoking Addiction for Smoking Reduction, Dankwian Sub-district, Chokchai District, Nakhon Rachasima Province

ปิยรัฐ เหล่าอุด และ พุฒิพงศ์ สัตยวงศ์ทิพย์

Piyarat Lao-ut and Bhuddhipong Satayavongthip

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏนครราชสีมา

Faculty of Public Health, Nakhon Ratchasima Rajabhat University

Corresponding author Email: oneself.queen@gmail.com

(Article submitted: September 20, 2021; Final version accepted: November 9, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ 1) เพื่อศึกษาบริบทชุมชนและข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดบุหรี่เพื่อพัฒนาโปรแกรมพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดบุหรี่เพื่อลดการสูบบุหรี่ และ 2) เพื่อศึกษาผลลัพธ์ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดบุหรี่เพื่อลดการสูบบุหรี่โดยประยุกต์ใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis and Mc Taggart⁽¹⁾ และทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคของ Roger⁽²⁾ ผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียนจำนวน 32 คน ระยะเวลาศึกษาตั้งแต่เดือนสิงหาคม-พฤศจิกายน 2562 เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถาม แบบทดสอบแบบบันทึก แบบสัมภาษณ์ และแบบสังเกต วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ Paired t-test ผลการวิจัย พบว่า ภายหลังการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะลดการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการลดการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ภายหลังการพัฒนาผู้ป่วยทุกคนสามารถลดปริมาณมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน โดยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันน้อยกว่าก่อนพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังนั้น ผู้รับผิดชอบงานลดการสูบบุหรี่ควรให้ความสำคัญในการบูรณาการกิจกรรมในระบบบริการและส่งเสริมให้มีกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง, การสูบบุหรี่, การพัฒนาศักยภาพ

Abstract

The objectives of this action research were; ⁽¹⁾ To study the community context and basic information about smoking behavior of non-communicable chronic diseases patients with tobacco addiction to develop the capacity of non-communicable chronic disease patients with tobacco addiction for smoking reduction, and ⁽²⁾ To study the capacity development outcome of non-communicable disease patients. Kemmis and McTaggart's action research concept (1998) and Roger's protection motivation theory (1983) were used. About 32 participants who have been had a chronic non-communicable disease and receiving services in health promotion hospitals Dankwian sub-district were conducted from August to November 2019. The data were collected by using questionnaires, test forms, recorded forms, interviewed guidelines, and observational forms. Data were analyzed by frequency, percentage, mean, standard deviation, and paired t-test. The result of the study showed that after the development process, the participants

had the mean score of knowledge about cigarettes, perceptions of the severity of the disease caused by smoking, awareness of the risks of smoking-related diseases, expectations of their ability to reduce smoking, expectations for the outcome of smoking reduction and smoking behavior higher than before development ($p < .01$). After development, all participants were able to reduce the number of smoked cigarettes per day that was statistically significantly lower than before development ($p < .01$) Therefore, responsible persons should be placed on integrating activities in the service system and promoting continuously.

Keywords: chronic non-communicable disease patients, smoking, capacity development

บทนำ

พิษภัยจากการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้สูบโดยตรงและบุคคลข้างเคียง นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคมและสิ่งแวดล้อม ปัญหานี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รายงานขององค์การอนามัยโลกระบุว่าทั่วโลกมีผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่กว่า 6 ล้านคนต่อปี และกว่า 9 แสนคน ที่เสียชีวิตจากควันบุหรี่มือสองและคาดการณ์ว่าในปี พ.ศ. 2575 ผู้เสียชีวิตจากการสูบบุหรี่จะเพิ่มขึ้นเป็น 8 ล้านคนต่อปี⁽³⁾ ปี 2560 ประเทศไทยมีประชากรผู้สูบบุหรี่อายุ 15 ปีขึ้นไปจำนวน 10.9 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 19.9 แม้ว่าแนวโน้มการสูบบุหรี่ของประชากรไทยจะลดลง แต่แนวโน้มนักสูบหน้าใหม่กลับเพิ่มขึ้นและมีอายุน้อยลง ผู้สูบบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงกลุ่มวัยทำงาน 25–50 ปี⁽⁴⁾ อีกทั้งยังพบว่าการเสียชีวิตด้วยโรคที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่ของประชากรไทย เฉลี่ย 42,000 คนต่อปี⁽⁵⁾ ข้อมูลระดับภูมิภาค พบว่า ภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราผู้สูบบุหรี่เท่ากับ ร้อยละ 23.5 เป็นอันดับสองของประเทศ รองจากภาคใต้ที่มีอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 25.6⁽⁶⁾ จังหวัดนครราชสีมา มีอัตราผู้สูบบุหรี่ลดลงเพียงร้อยละ 0.25 ต่อปี โดยเฉลี่ยเพิ่มขึ้น ร้อยละ 1 ต่อปี⁽⁴⁾ พฤติกรรมการสูบบุหรี่เป็นปัจจัยหนึ่งที่สำคัญที่ก่อให้เกิดโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง รองจากการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์⁽⁷⁾ เนื่องจากสารนิโคตินในบุหรี่มีฤทธิ์กระตุ้นระบบประสาทอัตโนมัติ ทั้งโดยตรงและทางอ้อม รวมทั้งกระตุ้นการหลั่งสารหลายชนิด ส่งผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด รวมทั้งเพิ่มอัตราการเต้นของหัวใจ ทำให้ความดันโลหิตสูงขึ้น ส่งผลต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง⁽⁸⁾ นอกจากนี้บุหรี่ยังทำให้สมรรถภาพทางกายเสื่อมลงและเกิดโรคต่าง ๆ ได้ง่าย⁽⁵⁾ ควันบุหรี่มือสองยังทำให้ผู้ที่ได้รับผลกระทบเป็นประจำมีโอกาสเสี่ยงที่จะเป็นโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับถึงสองเท่า เสี่ยงต่อการเป็นโรคหัวใจสามเท่า และเสียชีวิตเร็วกว่าปกติถึง 4 ปี⁽⁹⁾

ดังนั้น ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) โดยเฉพาะโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ร้อยละ 10.7 ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้จะป่วยเป็นโรคแล้วยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง⁽¹⁰⁾ โดยพฤติกรรมการสูบบุหรี่จะทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อนได้ง่ายกว่าปกติ และเสี่ยงต่อการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือดเป็นสองเท่าของผู้ป่วยที่ไม่สูบบุหรี่⁽¹¹⁾ ประเทศไทยได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ชาติระยะ 20 ปี ด้านสาธารณสุข⁽¹²⁾ โดยมีแนวทางการดำเนินงานคลินิก NCD คุณภาพในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่กำหนดกรอบแนวคิด ครอบคลุมประเด็นการลดปัจจัยเสี่ยงต่อสุขภาพของผู้ป่วย⁽⁷⁾ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา จึงได้กำหนดนโยบายการพัฒนางานโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของจังหวัด โดยการพัฒนาให้มีระบบจัดการช่วยเหลือผู้สูบบุหรี่ ในกลุ่มผู้ป่วยโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง เพื่อลดการเกิดภาวะแทรกซ้อน⁽¹³⁾

ตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา มีผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานที่มารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน จำนวน 1,044 ราย เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างเดียว 74 ราย โรคความดันโลหิตสูงอย่างเดียว 618 ราย เป็นทั้งโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 352 ราย ทั้งนี้พบว่ามีผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ 78 ราย คิดเป็นร้อยละ 7.5 ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวานและคิดเป็นร้อยละ 37.0

ของพฤติกรรมเสี่ยงที่ผู้ป่วยปฏิบัติเป็นประจำ ซึ่งเป็นอัตราที่มากกว่าพฤติกรรมเสี่ยงด้านอื่น ๆ⁽¹⁴⁾ ตามระบบปกติในงานประจำคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน มีการให้สุขศึกษาทั่วไปแก่ผู้ป่วยทุกคนที่มารับบริการเกี่ยวกับผลเสียของการสูบบุหรี่ต่อภาวะการเจ็บป่วย ไม่มีการแยกผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ออกมาจัดกิจกรรมช่วยเหลือ เป็นการเฉพาะ ทำให้ผู้ป่วยที่ติดบุหรี่ขาดแรงจูงใจและขาดความตระหนักในการเลิกสูบบุหรี่

ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมิสและแมคแทกการ์ด⁽¹⁾ และทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค (Protection Motivation Theory, PMT) ของ Roger⁽²⁾ มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังเพื่อลดการสูบบุหรี่ ภายใต้ความสอดคล้องกับบริบทชุมชนและสถานการณ์ปัญหาของตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา ผลการศึกษาในครั้งนี้จะทำให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ซึ่งจะส่งผลต่อการลดความรุนแรงของโรค ป้องกันภาวะแทรกซ้อน ช่วยประหยัดงบประมาณในการรักษาพยาบาลและการฟื้นฟูสุขภาพอันจะส่งผลดีต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาบริบทชุมชนและข้อมูลพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดบุหรี่ เพื่อพัฒนาโปรแกรมพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เพื่อพัฒนาโปรแกรมพัฒนาศักยภาพเพื่อลดการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง ได้แก่ โรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงที่ติดบุหรี่และมารับบริการในคลินิกโรคไม่ติดต่อเรื้อรังของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน ตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา แบ่งออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทชุมชนและข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ได้แก่ สภาพภูมิศาสตร์ สภาพสังคม ระบบสุขภาพ สถานการณ์การบริโภคยาสูบของผู้ป่วย และการดำเนินงานควบคุมยาสูบและศึกษาข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วย ระยะที่ 2 กระบวนการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) การวางแผน (Planning) 2) การปฏิบัติ (Action) 3) การสังเกต (Observation) และ 4) การสะท้อนผล (Reflection) ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนา

ผู้ให้ข้อมูลและผู้เข้าร่วมวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาบริบทชุมชน เป็นการศึกษาข้อมูลชุมชน ได้แก่ สภาพภูมิศาสตร์ สภาพสังคม ระบบสุขภาพ สถานการณ์การบริโภคยาสูบของผู้ป่วย และการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ผู้ให้ข้อมูล คือ นายกเทศมนตรี เทศบาลตำบลด่านเกวียน และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน และศึกษาข้อมูลพื้นฐานและพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดบุหรี่และมารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียนทั้งหมดจำนวน 78 คน

ระยะที่ 2 การพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย ผู้เข้าร่วมวิจัยมี 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มพัฒนากระบวนการจำนวน 4 คน ประกอบด้วย ผู้วิจัย ตัวแทนผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ พยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน และพยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานควบคุมยาสูบโรงพยาบาลโชคชัย 2) กลุ่มเป้าหมายในการพัฒนา คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดบุหรี่และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 32 คน

ระยะที่ 3 การศึกษาผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนา ผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ ติดบุหรี่ และสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 32 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของชุมชน 2) แบบสอบถามประวัติและสาเหตุการสูบบุหรี่ 3) แบบทดสอบการติดบุหรี่ (แบบทดสอบฟาเกอร์สตรอมเพื่อวัดระดับการติดสารนิโคติน Fagerstrom Test for Nicotine Dependence) จำนวน 6 ข้อ ข้อ 1-2 มี 4 ตัวเลือก (คะแนน 0-3 คะแนน) ข้อ 3-6 มี 2 ตัวเลือก (0-1 คะแนน) แปลผลคะแนน ดังนี้ คะแนน 0-3 คะแนน ไม่นับว่าติดสารนิโคติน คะแนน 4-5 คะแนน ติดสารนิโคตินในระดับปานกลาง คะแนน 6-7 คะแนน ติดสารนิโคตินในระดับปานกลางและมีแนวโน้มอย่างมากไปในการพัฒนาไปเป็นการติดนิโคตินระดับสูง คะแนน 8-9 คะแนน แสดงว่าติดสารนิโคตินในระดับสูง คะแนน 10 คะแนน แสดงว่า ติดสารนิโคตินในระดับสูงมาก 4) แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 15 ข้อ มีเกณฑ์ในการให้คะแนน คือ ตอบถูก ได้ 1 คะแนน ตอบ ผิดหรือไม่แน่ใจ ไม่ได้คะแนน ระดับความรู้ใช้เกณฑ์ประเมินผลโดยแบ่งออกเป็น 3 ระดับ ตามแนวคิดของ Bloom (1975) คือ คะแนน $\geq$ ร้อยละ 80 คือ ระดับสูง คะแนนร้อยละ 60-79 คือ ระดับปานกลาง คะแนนร้อยละต่ำกว่า 60 คือ ระดับต่ำ แบบสอบถามเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ 5 ด้าน ได้แก่ (1) การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ (2) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ (3) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะเลิกสูบบุหรี่ (4) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ และ (5) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ ข้อคำถามเป็นแบบเลือกตอบ 3 ตัวเลือก จำนวน 10 ข้อ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ มีเกณฑ์ในการให้คะแนน ดังนี้ เห็นด้วย 3 คะแนน ไม่เห็นด้วย 2 คะแนน ไม่เห็นด้วย 1 คะแนน การแปลผลคะแนน ใช้ค่าเฉลี่ยที่มีค่าตั้งแต่ 1.00-3.00 โดยพิจารณาผลตามเกณฑ์ของ Best (1977) ดังนี้ คะแนนเฉลี่ย 1.00-1.66 หมายถึง ระดับต่ำ คะแนนเฉลี่ย 1.67-2.33 หมายถึง ระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.00 หมายถึง ระดับสูง และ 5) แบบบันทึกข้อมูล ในการประชุมจัดทำแผนปฏิบัติการ การปฏิบัติการ การวิเคราะห์เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติ และการสังเกตการปฏิบัติการ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยให้ผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 ท่าน ตรวจสอบความถูกต้องด้วยวิธี IOC (Index of Item Objective Congruence) เท่ากับ 0.72 ตรวจสอบความเชื่อมั่น (Reliability) แบบทดสอบความรู้วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ด้วย KR-20 (Kuder Richardson formular 20) ได้ค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.80 แบบสอบถาม การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะลดการสูบบุหรี่ ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการลดการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ใช้การวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่น ด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของ ครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 0.81, 0.78, 0.83, 0.79 และ 0.81 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลทั่วไปใช้สถิติการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยภายในกลุ่มก่อนและหลังการพัฒนาศักยภาพด้วยสถิติ Paired t-test การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) แล้วนำเสนอด้วยการพรรณนา

จริยธรรมการวิจัย ขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และได้รับการอนุมัติ เลขที่ใบรับรองจริยธรรม KHE 2018-095

ผลการวิจัย

1. บริบทชุมชน สภาพพื้นที่ตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา แบ่งการปกครองออกเป็น 10 หมู่บ้าน มีประชากรทั้งหมด 9,596 คน เป็นชาย 4,654 คน เป็นหญิง 4,941 คน ประชากรส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้าง

อุตสาหกรรมเครื่องปั้นดินเผา ร้อยละ 80 รองลงมา คือ ทำนา ส่วนใหญ่เข้ารับการรักษาและการดูแลแบบต่อเนื่องจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน การดำเนินการควบคุมยาสูบของพื้นที่เน้นการให้สุศึกษาแบบกลุ่ม

1.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่ติดบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 7.5 ของผู้ป่วยทั้งหมดที่มารับบริการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน เป็นเพศชาย ร้อยละ 91.0 อายุระหว่าง 40-49 ปี ร้อยละ 39.8 สถานภาพสมรส ร้อยละ 89.5 ระดับการศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 39.7 ประกอบอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 44.9 เป็นโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 52.6 การติดสารนิโคตินอยู่ในระดับค่อนข้างสูง ประเมินด้วยแบบทดสอบการติดบุหรี่ (แบบทดสอบฟาเกอร์สตรอมเพื่อวัดระดับการติดสารนิโคติน) ร้อยละ 32.0 รองลงมา อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 24.4

ข้อมูลความรู้และการรับรู้เกี่ยวกับบุหรี่ในแต่ละด้านของผู้ป่วยก่อนการวิจัย (1) ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำ ร้อยละ 52.6 (2) การรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 92.3 (3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 93.6 (4) ความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 87.2 (5) ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 89.5 (6) พฤติกรรมการสูบบุหรี่ พบว่า ผู้ป่วยทุกคนมีพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในชีวิตประจำวัน และจำนวนมวนที่สูบบุหรี่อยู่ในระดับไม่เหมาะสม ร้อยละ 100.0

2. กระบวนการพัฒนาศักยภาพ กลุ่มพัฒนากระบวนการ ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยยังขาดความตระหนักในการลดพฤติกรรมการสูบบุหรี่ แม้จะป่วยเป็นโรคแล้ว จากการสำรวจข้อมูล พบว่า ระดับความรู้ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรค ความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะเลิกสูบบุหรี่ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการเลิกสูบบุหรี่ยังอยู่ในระดับต่ำ ก่อให้เกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ดังนั้น จึงได้นำแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการ PAOR โดยขับเคลื่อนด้วยทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ประกอบด้วย

2.1 การวางแผน (Planning) จัดประชุมทีม โดยกลุ่มจัดกระบวนการได้ร่วมกันคิด และพิจารณาจากการสำรวจบริบทชุมชน เพื่อวิเคราะห์ปัญหาและสถานการณ์ แล้วนำมากำหนดแผนกิจกรรมในโปรแกรมพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย ข้อสรุปจากการประชุมทีม ได้แผนปฏิบัติการ จำนวน 3 แผน ได้แก่ 1) แผนการอบรม ใช้เวลา 36 ชั่วโมง และ 2) แผนกำกับติดตามและเสริมพลัง ใช้เวลา 23 ชั่วโมง รวม 8 สัปดาห์ และ 3) แผนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

2.2 จัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย (Action) ประกอบด้วย 1) การอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างแรงจูงใจ จัดขึ้นที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน ในวันที่ 15, 22, 29 สิงหาคม และวันที่ 5, 12, 19 กันยายน 2562 หรือทุกวันพฤหัสบดี เนื่องจากตรงกับวันคลินิก NCD เป็นการอบรมเพื่อให้ข้อมูลที่สำคัญในการสร้างแรงจูงใจให้กับผู้ป่วยในการลดการสูบบุหรี่ ดังตารางที่ 1 ในแต่ละกิจกรรมมีการจัดอบรมเรียนรู้เป็นขั้นตอน ทำให้ผู้ป่วยได้พัฒนาทักษะกระบวนการคิดอย่างเป็นระบบเชื่อมโยงความรู้เดิมกับความรู้ใหม่ และใช้เทคนิคการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเกิดการสะท้อนคิดสิ่งที่เคยผ่านประสบการณ์ของตนเองและบุคคลอื่น พร้อมทั้งทบทวนเหตุการณ์และสถานการณ์ต่าง ๆ เพื่อให้เกิดมุมมองใหม่ ๆ และคิดวิเคราะห์ได้อย่างเป็นเหตุเป็นผลในการตัดสินใจและการจัดการทางด้านสุขภาพ จากการใช้วิธีการด้วยการบรรยาย สื่อสารด้วยภาพ สื่อ และตัวแบบทั้งด้านบวกและลบในการนำเสนอข้อมูล

ตารางที่ 1 แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างแรงจูงใจ

หัวข้อการอบรม	ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม / กลวิธี	สื่อ / อุปกรณ์	การประเมินผล
1. เสริมสร้างองค์ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่	6 ชั่วโมง	- เพื่อให้ผู้ป่วยมีองค์ความรู้ที่สำคัญและเกี่ยวข้องกับพฤติกรรม การสูบบุหรี่	การบรรยาย เรื่อง - ผลกระทบของการสูบบุหรี่ต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต - มาตรการควบคุมการสูบบุหรี่	- โปรแกรม Power Point - เอกสารให้ความรู้	1. วัดความเข้าใจจากการถามตอบ 2. แบบทดสอบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่
2. การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่	6 ชั่วโมง	- เพื่อให้ผู้ป่วยเกิด การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่	- ตัวแบบที่ได้รับผลกระทบจากการสูบบุหรี่ แล้วป่วยเป็นโรคที่รุนแรงส่งผลกระทบต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต	- สื่อบุคคล	1. วัดความเข้าใจจากการถามตอบและการสังเกตพฤติกรรม 2. แบบสอบถามการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่
3. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่	6 ชั่วโมง	- เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถประเมินโอกาสเสี่ยงทางสุขภาพและผลกระทบที่จะเกิดจากการสูบบุหรี่ได้	- การวัดสมรรถภาพปอด - การประเมินค่าใช้จ่ายที่ใช้ในการสูบบุหรี่ - การประเมินผลกระทบของควันบุหรี่ต่อคนในครอบครัว ชุมชน	- เครื่องวัดสมรรถภาพปอด - แบบถามตอบ - โปรแกรม Power Point - เอกสารให้ความรู้	1. วัดความเข้าใจจากการถามตอบและการสังเกตพฤติกรรม 2. แบบสอบถามการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่
4. ความคาดหวังในความสามารถของตนที่จะลดการสูบบุหรี่	6 ชั่วโมง	- เพื่อให้ผู้ป่วยมั่นใจว่าตนสามารถลดการสูบบุหรี่ได้	- ตัวแบบที่ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่ - เทคนิคการเสริมพลังใจ	- สื่อบุคคล - โปรแกรม Power Point - เอกสารให้ความรู้	1. วัดความเข้าใจจากการถามตอบ และการสังเกตพฤติกรรม 2. แบบสอบถามความคาดหวังในความสามารถของตนที่จะลดการสูบบุหรี่
5. ความคาดหวังในผลลัพธ์ของ	6 ชั่วโมง	- เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าหรือ	- กิจกรรมกลุ่ม I can do โดยการให้		ความสามารถของคนที่ลดการสูบบุหรี่

ตารางที่ 1 แผนการอบรมเชิงปฏิบัติการเพื่อสร้างแรงจูงใจ (ต่อ)

หัวข้อการอบรม	ระยะเวลา	วัตถุประสงค์	กิจกรรม / กลวิธี	สื่อ / อุปกรณ์	การประเมินผล
การลดการสูบบุหรี่		ประโยชน์ของการลดการสูบบุหรี่	ผู้ป่วยเข้ากลุ่มแล้ว ตั้งความคาดหวังว่าตนเองจะลดการสูบบุหรี่หรือไม่ อย่างไร ตั้งเป้าหมายในการลดการสูบบุหรี่ว่าจะลดลงเท่าไร ใช้ระยะเวลาเท่าไร และจะทำเพื่อใคร		1. วัดความเข้าใจจากการถามตอบและการสังเกตพฤติกรรม 2. แบบสอบถามความคาดหวังในผลลัพธ์ของการลดการสูบบุหรี่

2) การกำกับติดตามและเสริมพลัง ใช้ระยะเวลาในการติดตามพฤติกรรมลดการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย จำนวน 8 สัปดาห์หลังการอบรม ตั้งแต่วันที่ 26 กันยายน-7 พฤศจิกายน 2562 โดยในการติดตามแต่ละสัปดาห์ เป็นการให้คำปรึกษา แนะนำเกี่ยวกับอาการที่เกิดขึ้นหลังจากลดการสูบบุหรี่ทางโทรศัพท์ สลับกับการเยี่ยมบ้านเพื่อประเมินสุขภาพ ให้คำแนะนำ และเสริมพลังใจ ร่วมพูดคุยกับบุคคลในครอบครัว ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แผนกำกับติดตามและเสริมพลัง

สัปดาห์ที่	ระยะเวลา	ตารางนัดหมาย	กิจกรรม / กลวิธี	สื่อ / อุปกรณ์	การประเมินผล
1	3 ชั่วโมง	ผู้ป่วยทุกราย	- โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย ทุกรายครั้งที่ 1 สอบถาม ข้อมูลการปฏิบัติ พฤติกรรม รายละเอียด 5 นาที ให้คำแนะนำปรึกษาและ นัดหมายเยี่ยมบ้าน	1. โทรศัพท์ 2. แบบบันทึกพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของผู้ป่วย	1. วัดความเข้าใจ จากการถามตอบ 2. แบบบันทึก พฤติกรรมผู้ป่วย
2-4	15 ชั่วโมง	ผู้ป่วยรายที่ 1-15	- เยี่ยมบ้านสอบถาม ข้อมูลการปฏิบัติ พฤติกรรม ให้คำแนะนำ ปรึกษา - เสริมพลังครอบครัวช่วย ลดการสูบบุหรี่ให้ผู้ป่วย	1. แบบบันทึกข้อมูล พฤติกรรมผู้ป่วย 2. แบบสังเกต	1. สัมภาษณ์จาก พฤติกรรม 2. รวบรวมข้อมูลจาก สมุดประจำตัวผู้สูบบุหรี่เพื่อประเมิน พฤติกรรม

ตารางที่ 2 แผนกำกับติดตามและเสริมพลัง (ต่อ)

สัปดาห์ ที่	ระยะ เวลา	ตารางนัด หมาย	กิจกรรม / กลวิธี	สื่อ / อุปกรณ์	การประเมินผล
5	15 ชั่วโมง	- โทรศัพท์ ติดตามผู้ป่วย ทุกราย ครั้งที่ 2 - เยี่ยมบ้าน ผู้ป่วย รายที่ 16 – 20	- โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย ทุกราย ครั้งที่ 2 สอบถาม ข้อมูลการปฏิบัติ พฤติกรรม รายละเอียด 5 นาที - ให้คำแนะนำปรึกษา	1. โทรศัพท์ 2. แบบบันทึกพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของผู้ป่วย	1. วัดความเข้าใจจาก การถามตอบ 2. แบบบันทึก พฤติกรรมผู้ป่วย

****หมายเหตุ (สัปดาห์ที่ 3–8 ปฏิบัติกิจกรรมเช่นเดียวกันกับสัปดาห์ที่ 2 ยกเว้นสัปดาห์ที่ 5)**

3) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ป่วยหลังจากลดการสูบบุหรี่ จัดขึ้นที่ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน ในวันที่ 14 พฤศจิกายน 2562 โดยการให้ผู้ป่วยมารวมกันบอกเล่าผลของการดำเนินกิจกรรมลดการสูบบุหรี่ ปัญหาอุปสรรค และสิ่งที่ทำให้ประสบความสำเร็จในการลดการสูบบุหรี่ ดังตารางที่ 3

2.3 การสังเกตการณ์ (Observation) พบว่า การอบรมในช่วงแรกยังขาดความร่วมมือ แต่เมื่อกระตุ้นให้มีส่วนร่วม สร้างบรรยากาศให้เป็นกันเอง ทำให้ผู้ป่วยเริ่มมีความสนใจ และให้ความร่วมมือในการปฏิบัติกิจกรรมเป็นอย่างดี ใช้เทคนิคกระตุ้นให้ผู้ป่วยสะท้อนประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเองและบุคคลอื่น ทบทวนเหตุการณ์ต่าง ๆ เพื่อสร้างมุมมองใหม่ และคิดวิเคราะห์อย่างเป็นเหตุเป็นผลในการตัดสินใจและการจัดการทางด้านสุขภาพในการลดการสูบบุหรี่

ตารางที่ 3 แผนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของผู้ป่วยหลังจากลดการสูบบุหรี่

วัตถุประสงค์	ระยะ เวลา	กิจกรรม / กลวิธี	สื่อ / อุปกรณ์	การประเมินผล
1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้แลกเปลี่ยน ความรู้สึกและการดำเนินการลด การสูบบุหรี่ของตนกับผู้ป่วยคน อื่น ๆ	3 ชั่วโมง	- ให้ผู้ป่วยบอกเล่าผลของ การดำเนินกิจกรรมลด การสูบบุหรี่ ปัญหา อุปสรรค และสิ่งที่ทำให้	- สื่อบุคคล - ชุดเครื่องเสียง - กระดาษ ปากกา	1. แบบบันทึก พฤติกรรมที่ผู้ป่วย นำมาแลกเปลี่ยน กัน
2. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับข้อมูล เกี่ยวกับการลดการสูบบุหรี่ใน รูปแบบที่แตกต่าง		ประสบความสำเร็จใน การลดการสูบบุหรี่		2. แบบสังเกตการ มีส่วนร่วม

2.4 การสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) ผู้ป่วยที่สามารถลดพฤติกรรมสูบบุหรี่ได้เกิดจากแผนปฏิบัติที่กระตุ้นให้เกิดความรู้ความเข้าใจ การตัดสินใจที่จะจัดการกับพฤติกรรม เกิดการสะท้อนความคิด วิเคราะห์แบบเป็นเหตุเป็นผล ทำให้เกิดความมั่นใจในการที่จะลดการสูบบุหรี่ ส่วนผู้ที่ยังไม่ลดพฤติกรรม ผู้วิจัยและทีมได้ทำการวิเคราะห์ปัญหาอุปสรรค

ที่ผู้ป่วยไม่สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ให้ลดน้อยลงได้ แล้วทำการแนะนำแนวทางที่เหมาะสมในการปรับปรุงแก้ไขให้ผู้ป่วยเป็นรายบุคคล ซึ่งเมื่อผู้ป่วยได้รับแนวทางไปแล้วได้นำกลับไปปฏิบัติ ทำให้สามารถลดการสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

3. ผลลัพธ์ของกระบวนการพัฒนา หลังการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยง ความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการลดการสูบบุหรี่ และพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการพัฒนายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) หลังการพัฒนาผู้ป่วยทุกคนสามารถลดปริมาณมวนบุหรี่ที่สูบต่อวัน โดยจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบต่อวันน้อยกว่าก่อนพัฒนาศักยภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ การรับรู้และพฤติกรรม ($n = 32$)

ช่วงเวลา	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	t	p-value
ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่					
ก่อนการพัฒนา	7.88	1.36	6.59	22.202	< 0.01
หลังการพัฒนา	14.00	0.88			
การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่					
ก่อนการพัฒนา	13.16	2.51	13.84	27.145	< 0.01
หลังการพัฒนา	28.25	1.60			
ความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะลดการสูบบุหรี่					
ก่อนการพัฒนา	14.91	2.38	11.69	27.653	< 0.01
หลังการพัฒนา	28.50	1.32			
ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการลดการสูบบุหรี่					
ก่อนการพัฒนา	16.56	2.89	11.34	20.545	< 0.01
หลังการพัฒนา	28.69	1.30			
พฤติกรรมการสูบบุหรี่					
ก่อนการพัฒนา	14.88	2.06	11.94	32.400	< 0.01
หลังการพัฒนา	28.66	1.53			

จากตารางที่...พบว่า ก่อนการพัฒนาศักยภาพ ผู้ป่วยสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวัน 6.81 มวน หลังการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยสูบบุหรี่เฉลี่ยต่อวัน 2.75 มวน ต่ำกว่าก่อนพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 การเปรียบเทียบความแตกต่างของจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบเฉลี่ยต่อวันของผู้ป่วย

ช่วงเวลา	n	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{d}$	t	p-value
ก่อนการพัฒนา	32	6.81	2.60			
				4.25	13.412	<0.01
หลังการพัฒนา	32	2.75	1.34			

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่หลังการพัฒนาศักยภาพมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เนื่องจากการจัดกิจกรรมให้ความรู้ผู้ป่วยเกี่ยวกับบุหรี่ที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มมากขึ้นเช่นเดียวกับการศึกษาการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ของปรีชพร กลีบประทุมและคณะ⁽¹⁵⁾ และพบว่าการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ มีคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เนื่องจากการจัดกิจกรรมสร้างการรับรู้ความรุนแรง การรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคจากการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง ทำให้ผู้ป่วยมีการรับรู้ความรุนแรง รับรู้โอกาสเสี่ยงเพิ่มมากขึ้น เช่นเดียวกับการศึกษาผลของการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคสำหรับการเลิกบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงของธนะวัฒน์ รวมสุขและคณะ⁽¹⁶⁾

ความคาดหวังในความสามารถของตนเองที่จะลดการสูบบุหรี่ และความคาดหวังในผลลัพธ์ของการลดการสูบบุหรี่หลังการพัฒนาศักยภาพผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าก่อนพัฒนาศักยภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เนื่องจากการจัดกิจกรรมสร้างความคาดหวังในความสามารถของตนเองและความคาดหวังในผลลัพธ์ของการลดการสูบบุหรี่ที่ถูกต้อง ทำให้เกิดการมีส่วนร่วมในการลดการสูบบุหรี่ของผู้ป่วย รวมถึงติดตามผลการบันทึกข้อมูลลงในสมุดบันทึกพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในแต่ละสัปดาห์ เพื่อให้ผู้ป่วยได้เห็นถึงความเปลี่ยนแปลงของตนเองและไม่ลดความพยายามในการตั้งใจที่จะเลิกสูบบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาการประยุกต์ใช้ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของนิยม จันทน์นวล และศิริธัญญา วิลาศรี⁽¹⁷⁾

พฤติกรรมการสูบบุหรี่พบว่า หลังการพัฒนาศักยภาพ ผู้ป่วยมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนพัฒนาศักยภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.01$) เนื่องจากการดำเนินกิจกรรมอย่างมีขั้นตอนและเป็นระบบ ตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของเคมมัสและแมคแทกการ์ด⁽¹³⁾ ได้แก่ การวางแผน (Planning) การจัดกิจกรรมพัฒนาศักยภาพผู้ป่วย (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติ (Reflection) สัมพันธ์กันจนเกิดแผนการพัฒนาที่มีคุณภาพ ส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนในทุกด้าน ซึ่งจุดเด่นของการวิจัยครั้งนี้ คือ เนื้อหาและกระบวนการอบรมให้ความรู้ การใช้สื่อและตัวแบบทั้งทางบวก (ผู้ที่ประสบความสำเร็จในการเลิกสูบบุหรี่) และทางลบ (ผู้ป่วยจากการสูบบุหรี่) การประเมินภาวะสุขภาพ และความสูญเสียจากการสูบบุหรี่ การเสริมพลังใจและการตั้งเป้าหมายเพื่อแก้ไขปัญหาให้ตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย สอดคล้องกับการศึกษาผลการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของวีรศักดิ์ สะอาดเอี่ยม และคณะ⁽¹⁸⁾

ข้อเสนอแนะในการนำผลวิจัยไปใช้

การศึกษา พบว่า กระบวนการให้ความรู้ คำปรึกษาและการแนะนำผู้ป่วย มีส่วนสำคัญในการกระตุ้นให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญในการจัดการกับพฤติกรรมทางสุขภาพ หน่วยงานภาครัฐ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในพื้นที่ ควรให้ความสำคัญในการบูรณาการกิจกรรมลงในระบบบริการ และส่งเสริมให้มีกิจกรรมที่ต่อเนื่องเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำ และสนับสนุนให้ผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้อย่างถาวร

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาศักยภาพของประชาชนที่สูบบุหรี่เพื่อลดการสูบบุหรี่ โดยกระบวนการตามทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรค ในประชากรกลุ่มอื่น ๆ ที่สูบบุหรี่

เอกสารอ้างอิง

1. Kemmis S. & McTaggart R. The action research planner, 3rd ed. Geelong, Australia: Deakin University Press, 1998.
2. Roger R. W.A. Cognitive and physiological processes in attitude change revised theory of Protection motivation. In J.T. Cacioppo, (ed.). Social physiological: A sourcebook. New York: Guilford Press; 1983.
3. World Health Organization: WHO. World No Tobacco Day 2017: Tobacco threatens us all. [Internet]. 2018 [cited 2018 March 25]. Available form: <http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>.
4. กรมควบคุมโรค และศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. สถานการณ์ควบคุมการบริโภคบุหรี่ของประเทศไทย พ.ศ.2559. [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2561 มีนาคม 21]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.trc.or.th/th/images/upload/files/data/tobaccoinfo/2017/Situation2016final.pdf>
5. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ. ข้อมูลน่ารู้: การบริโภคยาสูบของประชากรไทย. ปทุมธานี: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2555.
6. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. รายงานสถานการณ์การบริโภคยาสูบรายจังหวัด พ.ศ. 2554. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2554.
7. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินการป้องกันควบคุมโรค ไม่ติดต่อเรื้อรัง, พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โอโมชั่น อาร์ต, 2560.
8. ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. การสูบบุหรี่กับการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 2561 มีนาคม 21]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.trc.or.th/th/media/attachments/2018/02/05/world-no-tobacco-day-2018-tobacco-and-health-disease.pdf>.
9. ศูนย์บริการเลิกบุหรี่ทางโทรศัพท์ (สบข.). สูบบุหรี่มือสอง. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2561 มีนาคม 21]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.thailandquitline.or.th/site/about/viwe/25>.
10. อมรรรัตน์ มานะวัฒนวงศ์ และคณะ. ผู้ป่วยด้วย NCD มีพฤติกรรมเสี่ยงทางสุขภาพอยู่มากน้อยแค่ไหน: รายงานการสำรวจอนามัยและสวัสดิการ พ.ศ.2558. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2560; 11: 345.
11. กรมควบคุมโรค.คู่มือการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โอโมชั่นอาร์ต, 2560.
12. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์. แผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 2561 มีนาคม 21]. เข้าถึงได้จาก: http://ddcenter.ddc.moph.go.th/infoc/download/201706161497602904_Info_20_Y_plan_V4&18M_planV5.pdf.

13. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. รูปแบบการพัฒนางาน NCDs นครราชสีมา. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 2561 มีนาคม 21]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.korathealth.com/korathealth/index.php>.
14. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลด่านเกวียน. ระบบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCDs) HosXp ตำบลด่านเกวียน อำเภอโชคชัย จังหวัดนครราชสีมา. 2561.
15. ปรัชพร กลีบประทุม และคณะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่สำหรับผู้สูบบุหรี่ในตำบลบางแก้ว อำเภอเมืองอ่างทอง จังหวัดอ่างทอง. Veridian E-Journal, Science and Technology Silpakorn University 2559; 3: 30-43.
16. ธนะวัฒน์ รวมสุข และคณะ. ผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกัน โรคในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาล 2561; 67: 1-10.
17. นิยม จันทน์นวล และศิริกัญญา วิลาศรี. ผลการประยุกต์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การสูบบุหรี่ของเจ้าหน้าที่ตำรวจ สถานีตำรวจภูธรเมืองชัยภูมิ. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2560; 23: 44-58.
18. วีรศักดิ์ สะอาดเอี่ยม และคณะ. ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ชายวัยทำงาน อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารบัณฑิตวิจัย 2559; 7: 85-100.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนกลุ่มวัยทำงาน ในอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

Factors Associated with Antibiotic Used of Working Age Group in Chaloem Phrakiat District, Nakhon Ratchasima Province

พีรภัทร ไตรคุ้มตัน

Peerapat Traikumdan

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

Chaloem Phrakiat District Public Health Office, Nakhon Ratchasima

Corresponding author E-mail: ning_mew12@hotmail.com

(Article submitted: August 20, 2021; final version accepted: November 9, 2021)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุ 18–59 ปี ในเขตพื้นที่อำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา กลุ่มตัวอย่างจำนวน 434 คน ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 16.8 มีการใช้ยาปฏิชีวนะได้แก่อะม็อกซิซิลลิน (Amoxicillin) มากที่สุด ส่วนใหญ่ได้รับยาปฏิชีวนะจากโรงพยาบาลของรัฐ (ร้อยละ 40) อาการส่วนใหญ่ที่ต้องได้รับยาปฏิชีวนะ คือ ไข้ ไอ เจ็บคอ (ร้อยละ 30) เมื่อวิเคราะห์โดยการควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นแล้ว พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มวัยทำงาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ได้แก่ กลุ่มอายุ 41–59 ปี ($OR_{Adj} = 1.99, 95\% CI = 1.07–3.71$) รายได้ 10,000 บาทขึ้นไป ต่อเดือน ($OR_{Adj} = 2.09, 95\% CI = 1.13–3.85$) สิทธิในการรักษาพยาบาลอื่น ๆ ($OR_{Adj} = 3.74, 95\% CI = 1.31–10.67$) ความสะดวกใช้บริการ รพ.สต.ในระดับมาก ถึง มากที่สุด ($OR_{Adj} = 2.78, 95\% CI = 1.23–6.26$) ความสะดวกใช้บริการคลินิก / รพ.เอกชนในระดับมาก ถึง มากที่สุด ($OR_{Adj} = 3.78, 95\% CI = 1.67–8.55$) และการเจ็บป่วยในรอบ 3 เดือน ด้วยอาการ ไข้ ไอ เจ็บคอ ($adj. OR = 4.66, 95\% CI = 2.53–8.59$) ดังนั้น จึงควรส่งเสริมการให้ความรู้เรื่องยา และอันตรายจากการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ยาอย่างเหมาะสมและปลอดภัยในชุมชน

คำสำคัญ: ปัจจัย ยาปฏิชีวนะ วัยทำงาน

Abstract

This cross-sectional analysis research aimed to determine the prevalence and factors associated with antibiotic use of the working-age group in Nakhon Ratchasima province. A total of 434 persons aged between 18 and 59 years old were selected by using a multistage random sampling for collecting data between March 1–April 30, 2017, and the data were collected by using an interview form. Data were analyzed using descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, minimum, maximum, and inferential statistics such as multiple logistic regressions. There was applied to determine the association between the independent and dependent variable and presented adjusted OR with a 95% confidence interval. The result indicated that most of the prevalence use was amoxicillin about 16.8%. they received antibiotics from public hospitals (40.0%). The most common diseases requiring antibiotics were fever, cough, sore throat (30.0 percent). When analyzed by controlling the influence of other variables, factors

which were statistically significant associated with antibiotics used were aged 41–59 years ($OR_{Adj} = 1.99$, 95% CI = 1.07–3.71, p -value = 0.030), Monthly income more than 10,000 baht ($OR_{Adj} = 2.09$, 95% CI = 1.13–3.85, p -value = 0.019), health insurance others ($OR_{Adj} = 3.74$, 95% CI = 1.31–10.67, p -value < 0.014), had high, very high level of service convenience to use the district health promoting hospitals ($OR_{Adj} = 2.78$, 95% CI = 1.23–6.26, p -value = 0.014), had high, very high level of service convenience to clinic / private hospital ($OR_{Adj} = 3.78$, 95% CI = 1.67–8.55, p -value = 0.001), and the past three-months sicked with fever, cough, sore throat ($OR_{Adj} = 4.66$, 95% CI = 2.53–8.59, p -value < 0.001). The recommendation this time was to encourage training in drug knowledge. The danger of inappropriate use of antibiotics to people, to create knowledge and understanding to use the correct and rational drug use for people in the community to change the behavior of drug use appropriately and safely in the community.

Keywords: Factor, Antibiotics, Working-age group

บทนำ

ยาปฏิชีวนะเป็นยาที่มีฤทธิ์ในการฆ่าหรือยับยั้งการเจริญเติบโตของเชื้อแบคทีเรียที่ใช้ในโรคติดเชื้อไวรัส นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดโทษ อันตรายจากผลข้างเคียงยา ก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยา⁽¹⁾ การใช้ยาเกินความจำเป็น ยังคงเป็นปัญหาเกือบทุกประเทศทั่วโลก⁽²⁾ จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลก พบว่า ทั่วโลกมีการใช้ยาไม่สมเหตุผลมากกว่าร้อยละ 50 รวมถึงประเทศไทยมีการใช้ยามูลค่าสูงถึง 1.4 แสนล้านบาท ซึ่งใช้ยาเกินจำเป็นถึง 2,370 ล้านบาท โดยเฉพาะยาปฏิชีวนะ และมีคนไทยเสียชีวิตจากเชื้อดื้อยาประมาณ 40,000 คนต่อปี โดยสาเหตุมาจากความไม่เข้าใจในการใช้ยาปฏิชีวนะหรือยาต้านเชื้อแบคทีเรีย⁽³⁾ และในปี 2563 มีการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 ในหลาย ๆ ประเทศเกือบทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยพบผู้ป่วย และผู้เสียชีวิตเป็นจำนวนมาก จึงต้องมีการกำกับดูแลการใช้ยาด้านจุลชีพอย่างสมเหตุผลในสถานพยาบาล และร้านขายยา ที่ประชาชนมีแนวโน้มจัดซื้อยาเพื่อนำไปรักษาหรือป้องกันโรค โควิด-19 ด้วยตนเอง รวมถึงอาจมีผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ทราบผลการตรวจหาเชื้อ ซ้ำยาฆ่ากินเองอาจทำให้เป็นอันตรายได้⁽⁴⁾ ความตระหนักในการใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นปัจจัยกำหนดสำคัญต่อพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ สาเหตุสำคัญประการหนึ่ง คือ ประชาชนขาดความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะ ส่งผลให้เกิดพฤติกรรมการใช้ยาที่ไม่ถูกต้อง เช่น การซื้อยาใช้เอง การร้องขอยาจากแพทย์ การใช้ยาผิดข้อบ่งชี้⁽⁵⁾ และจากการสำรวจเฝ้าระวังและควบคุมแหล่งกระจายยาในอำเภอเฉลิมพระเกียรติ พบว่ามีการกระจายที่ไม่เหมาะสมในพื้นที่ทั้ง 5 ตำบล และตรวจร้านชำทั้งหมด 114 ร้าน พบยาอันตรายห้ามจำหน่ายจำนวน 51 ร้าน (ร้อยละ 44.73) ซึ่งมียาปฏิชีวนะไว้จำหน่าย คือ Penicillin, Ampicillin Amoxycillin, Tetracyclin, Dicloxacillin, Gano, Tc mycin ฯลฯ⁽⁶⁾ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า ส่วนใหญ่ได้รับยาปฏิชีวนะจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 30.98 กลุ่มวัยแรงงานมีการใช้ยารักษาโรคระบบหายใจส่วนบน ร้อยละ 40⁽⁷⁾

การดำเนินงานในการแก้ไขปัญหาเรื่องการใช้ยาเกินความจำเป็นต้องพัฒนาระบบและกลไกการกำกับดูแล โดยการสร้างความเข้มแข็งภาคประชาชน ส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้อง สมเหตุผล⁽⁸⁾ เพราะถึงแม้ว่าการดำเนินงานการสั่งใช้ยาปฏิชีวนะใน 4 กลุ่มโรค ในสถานบริการสาธารณสุข เขตอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จะผ่านเกณฑ์มาตรฐานเกือบทุกสถานบริการ แต่ทว่ายังมีประชากรในพื้นที่บางส่วนที่ไม่ได้มารับบริการจากหน่วยบริการสาธารณสุข⁽⁹⁾ ซึ่งอำเภอเฉลิมพระเกียรติมีประชากรที่มีอายุ 18–59 ปี ประมาณ 18,136 คน⁽¹⁰⁾ ซึ่งเป็นกลุ่มวัยทำงานจำนวนมากที่สุดในอำเภอเฉลิมพระเกียรติ มีโอกาสเสี่ยงที่จะใช้ยาในการรักษาตนเองมากกว่ากลุ่มอื่น ถ้าไม่มีความรู้ที่ถูกต้องในการใช้ยาอาจจะส่งผลเสียจากการใช้ยามากกว่าผลดี อาจจะทำให้อาการเจ็บป่วยหนักขึ้นกว่าเดิมหรือเกิดอาการเชื้อดื้อยาได้ ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ความชุก และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มวัยแรงงานในอำเภอเฉลิมพระเกียรติ

จังหวัดนครราชสีมา เพื่อจะได้ทราบสถานการณ์การใช้ยาปฏิชีวนะ และเป็นแนวทางในการส่งเสริม สร้างความรู้ ความเข้าใจ
ในการใช้ยาปฏิชีวนะที่ถูกต้องเหมาะสมในกลุ่มวัยทำงานต่อไป

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาความชุกการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มวัยทำงาน ในอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา
- 2) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มวัยทำงาน ในอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา

วิธีดำเนินงานวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive study) ระหว่างวันที่ 1 กุมภาพันธ์ – 31 พฤษภาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ประชากร ได้แก่ ประชาชนกลุ่มวัยทำงานที่มีอายุ 18–59 ปี ในอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 18,136 คน คำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรคำนวณขนาดตัวอย่างของ Hsieh et al., 1998⁽¹¹⁾ แทนค่าในสูตรได้จำนวน 45 คน เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้มีตัวแปรอิสระที่เข้าโมเดลหลายตัว จึงทำการปรับขนาดตัวอย่าง สำหรับการวิเคราะห์โดยเลือกใช้ค่าสหสัมพันธ์เชิงพหุ เท่ากับ 0.9 เพื่อลดปัญหาการมีความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระด้วยกันที่ไม่สูงจนเกิดปัญหาได้ขนาดตัวอย่างที่ปรับแล้ว เท่ากับ 434 คน ใช้การสุ่มแบบหลายขั้นตอน คำนวณขนาดตัวอย่างตาม สัดส่วนประชากรโดย รพ.สต. พระพุทธ จำนวน 90 คน รพ.สต. บ้านกรูด จำนวน 67 คน รพ.สต. นาตาวงษ์ จำนวน 120 คน รพ.สต. บ้านโสง จำนวน 90 คน ศูนย์แพทย์ชุมชน จำนวน 33 คน และรพ.สต. มะดัน จำนวน 34 คน แต่ละหน่วยบริการ ทำการสุ่มอย่างง่าย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสัมภาษณ์ มีทั้งหมด 4 ส่วน รวมทั้งหมด 32 ข้อ ดังนี้ ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล 6 ข้อ ส่วนที่ 2 สภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการจำนวน 5 ข้อ ส่วนที่ 3 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะจำนวน 20 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด 2 ตัวเลือก ตอบใช่ได้ 1 คะแนน และไม่ใช่ได้ 0 คะแนน แปลความหมายคะแนน ดังนี้ ระดับความรู้ต่ำ ได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ระดับความรู้ปานกลาง ระหว่างร้อยละ 60–80 ระดับความรู้มากร้อยละ 80 ขึ้นไป ส่วนที่ 4 การใช้ยาปฏิชีวนะจำนวน 1 ข้อ คือ เคยใช้ กับไม่เคยใช้ พร้อมระบุประเภท ใช้ยาเพื่อรักษาโรคอะไร ได้รับยาจากไหน และ ภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ 1) การตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน 2) การตรวจสอบ ความเที่ยง นำเครื่องมือไปทดลองใช้ จำนวน 30 ราย ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา โดยใช้วิธีของ Cronbach (1990) ได้ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 3 (ความรู้) เท่ากับ 0.72

ข้อพิจารณาทางจริยธรรม งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการอนุมัติจริยธรรมการวิจัยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา เลขที่โครงการวิจัย NRPH 008 เมื่อวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2563 และได้ดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม 2563 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอนุมาน Bivariate analysis ด้วยสถิติ Simple logistic regression โดยจะคงตัวแปรอิสระที่มีความสัมพันธ์กับตัวแปรตาม ที่ค่า $p\text{-value} < 0.25$ ⁽¹²⁾ แล้วทำการวิเคราะห์หลายตัวแปร โดยใช้การถดถอยลอจิสติกพหุคูณ (Multiple logistic Regression) ด้วยเทคนิคการวิเคราะห์แบบเอาออกทีละตัว (Backward Elimination) โดยขจัดตัวแปรที่มีค่า $p\text{-value} > 0.05$ ออกทีละตัวแปร จนกว่าจะไม่สามารถตัดตัวแปรใด ๆ ออกจากโมเดลได้ โดยนำเสนอขนาดความสัมพันธ์ (Magnitude of effect) ค่า Adjust OR พร้อมช่วงเชื่อมั่น 95% Confidence interval

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 71.4 อายุเฉลี่ย 43.50 ปี (S.D. = 11.21 ปี) สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 69.1 การศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 30.9 ประกอบอาชีพเกษตรกร / รับจ้าง ร้อยละ 53.9 รายได้ต่อเดือน ระหว่าง 5,000–9,999 บาท ร้อยละ 44.2 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 73.7 สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 67.3 ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาปฏิชีวนะ ร้อยละ 66.8 ไม่เคยเจ็บป่วย ร้อยละ 86.2 มีความสะดวกในการเข้า โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 72.4 ระดับความรู้อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 46.1 ระดับปานกลาง ร้อยละ 37.8 ระดับต่ำ ร้อยละ 16.1 มีคะแนนเฉลี่ย 14.73 (S.D. = 3.05) (ตารางที่ 1) เมื่อพิจารณาความรู้รายข้อ พบว่า กลุ่มวัยทำงาน มีความรู้ถูกต้องมากที่สุด คือ อาการแพ้ยาปฏิชีวนะที่พบบ่อย ได้แก่ มีผื่นคันบริเวณผิวหนัง หน้าบวมปากบวม รองลงมา ได้แก่ หากมีอาการดังกล่าวควรหยุดยาและพบแพทย์ ร้อยละ 96.3 ข้อที่กลุ่มตัวอย่างตอบถูกน้อยที่สุด คือ ยาปฏิชีวนะไม่ใช่ยาแก้ไอเสบ ร้อยละ 34.4

ตารางที่ 1 ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มวัยทำงานในอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา (n = 434)

ระดับความรู้	จำนวน (n=434)	ร้อยละ
ระดับสูง (≥ 80)	200	46.1
ระดับปานกลาง (60–79)	164	37.8
ระดับต่ำ (< 60)	70	16.1

Mean = 14.73 คะแนน, S.D.= 3.05 คะแนน, Minimum = 7 คะแนน, Maximum = 20 คะแนน

ความชุกการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาตนเอง พบว่า มีผู้เคยใช้ยาทั้งสิ้น 73 คน คิดเป็น ร้อยละ 16.8 มีการใช้ยาอะม็อกซิซิลลิน มากที่สุด ร้อยละ 43.3 รองลงมา ได้แก่ ซัลฟาไมด์ ร้อยละ 20 และเพนนิซิลลินวี ร้อยละ 13.3 ตามลำดับ ได้รับยาปฏิชีวนะจากโรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 40.00 รองลงมา ได้แก่ ร้านขายยาที่มีเภสัชกร ร้อยละ 30 และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ร้อยละ 16.66 คลินิก / รพ.เอกชน ร้อยละ 6.66 ตามลำดับ พบว่า ผู้ที่ใช้ยาปฏิชีวนะมีอาการไข้ ไอ เจ็บคอ ร้อยละ 30.0 รองลงมา ได้แก่ โรคระบบทางเดินปัสสาวะ ร้อยละ 10.0 และพบว่าไม่มีผู้ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยาปฏิชีวนะ

วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการใช้ยาปฏิชีวนะ พบว่า เมื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรอื่นแล้วปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุ รายได้ สิทธิการรักษา ความสะดวกใช้บริการ รพ.สต. ความสะดวกใช้บริการคลินิก / รพ.เอกชน และการเจ็บป่วยในรอบ 3 เดือน โดยมีรายละเอียด ดังนี้ ผู้ที่มีอายุ 41–59 ปี มีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะมากเป็น 1.99 เท่า ของผู้ที่อายุต่ำกว่า 41 ปี ($OR_{Adj} = 1.99$, 95% CI = 1.07–3.71, p -value = 0.030) ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 บาทขึ้นไป มีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะมากเป็น 2.09 เท่า ของผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ($OR_{Adj} = 2.09$, 95% CI = 1.13–3.85, p -value = 0.019) สิทธิในการรักษาพยาบาลสิทธิอื่น ๆ มีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะมากเป็น 3.74 เท่า ของผู้ใช้สิทธิข้าราชการ ($OR_{Adj} = 3.74$, 95% CI = 1.31–10.67, p -value = 0.014) ผู้ที่มีความสะดวกใช้บริการ รพ.สต. ในระดับมาก ถึง มากที่สุด มีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะมากเป็น 2.78 เท่า ของผู้ที่มีความสะดวกในระดับน้อยที่สุด ถึง ปานกลาง ($OR_{Adj} = 2.78$, 95% CI = 1.23–6.26, p -value = 0.014) ผู้ที่มีความสะดวกใช้บริการคลินิก / รพ.เอกชน ในระดับมาก ถึง มากที่สุด มีโอกาสการใช้ยาปฏิชีวนะมาก 3.78 เท่า ของผู้ที่มีความสะดวกในระดับน้อยที่สุด ถึง ปานกลาง ($OR_{Adj} = 3.78$, 95% CI = 1.67–8.55, p -value = 0.001)

และผู้ที่เคยป่วยในรอบ 3 เดือน ด้วยโรคท้องเสียเฉียบพลัน / โรคระบบทางเดินหายใจส่วนบน / ผลจากการบาดเจ็บ
มีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะมากเป็น 4.66 เท่า ของผู้ที่ไม่ป่วย ($OR_{Adj} = 4.66$, 95% CI = 2.53–8.59, p-value < 0.001)
ส่วนตัวแปรอื่น ๆ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะ ($p > 0.05$) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มวัยทำงานในอำเภอเฉลิมพระเกียรติ
จังหวัดนครราชสีมา (n = 434)

ตัวแปรหรือปัจจัย	จำนวน (434)	ร้อยละ	Crude Odds ratio	Adjusted OR	95% CI		p-value
					Lower	upper	
1. อายุ							
น้อยกว่า 41 ปี	165	38.0	1				
41–59 ปี	269	62.0	1.41	1.99	1.07	3.71	0.030
2. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน							
น้อยกว่า 10,000 บาท	304	70.0	1				
10,000 บาท ขึ้นไป	130	30.0	1.70	2.09	1.13	3.85	0.019
3. สิทธิในการรักษา							
สิทธิข้าราชการ	48	11.1	1				
สิทธิอื่น ๆ	386	89.9	1.84	3.74	1.31	10.67	0.014
4. ใช้บริการรพ.สต.							
น้อยที่สุด–ปานกลาง	122	28.1	1				
มาก–มากที่สุด	312	71.9	1.48	2.78	1.23	6.26	0.014
5. ใช้บริการคลินิก / รพ.เอกชน							
น้อย–ปานกลาง	366	84.3	1				
มาก–มากที่สุด	68	15.7	2.24	3.78	1.67	8.55	0.001
6. เคยป่วยในรอบ 3 เดือนด้วย							
diarrhea / URI / Wound							
ไม่เคยป่วย	362	83.4	1				
เคยป่วย	72	16.6	4.12	4.66	2.53	8.59	< 0.001

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า กลุ่มวัยทำงานมีการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ คุณกรปาปะชา และวงศา เล้าหิรัญศรี ศึกษาวัยแรงงานในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม พบว่ามีความชุกร้อยละ 36.16⁽⁷⁾ สาเหตุที่กลุ่มวัยทำงานมีการใช้ยาปฏิชีวนะอยู่ในเกณฑ์ต่ำ เนื่องจากการบรรจุ เรื่อง การใช้ยาอย่างสมเหตุผลเป็นยุทธศาสตร์การ พัฒนาระบบยาแห่งชาติ ส่งเสริมและควบคุมการใช้ยาอย่างสมเหตุผลของแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์ และประชาชนอย่าง จริงจัง ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข⁽⁸⁾ อีกทั้ง ปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเสี่ยงจากการใช้ยาปฏิชีวนะ ทำให้เห็นความสำคัญของการอันตรายจากการใช้ยา จึงให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนมากขึ้น⁽⁷⁾ ยาที่ใช้มากที่สุด คือ อะม็อกซิซิลลิน สอดคล้องกับการสำรวจระบบการควบคุมและเฝ้าระวังการใช้ยาปฏิชีวนะของนิธิตา สุ่มประดิษฐ์ และคณะ พบว่า อะม็อกซิซิลลิน เป็นยาที่จ่ายบ่อยและผู้ป่วยขอให้จ่ายมากที่สุด ในคลินิกและร้านยา⁽¹⁾ สาเหตุที่ทำให้มีการใช้ยา ชนิดนี้มากที่สุด น่าจะมาจากความสะดวกในการเข้ารับบริการจาก รพ.สต. ด้วยโรคระบบหายใจส่วนบน ซึ่งผู้ป่วยมีความ ค่อนข้างยากกับการขอยาในการรักษาโรคนี้

ด้านปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะของประชาชนกลุ่มวัยทำงานในอำเภอเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดนครราชสีมา พบว่า

1. ผู้ที่มีอายุมากกว่า 41 ปี มีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะสูงกว่าผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 41 ปี สอดคล้องกับการศึกษาของ วิลาลินี ประกายมันตระกูล⁽¹³⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Cheng, J. et al.,⁽¹⁴⁾ ในมณฑลอานฮุย ประเทศจีน พบว่า ผู้มีอายุ 41-50 ปี จะมีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่าผู้มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 40 ปี การที่ผู้ที่มีอายุมากกว่า 41 ปี มีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะสูงกว่าผู้ที่มีอายุ ต่ำกว่า 41 ปี เนื่องมาจากกลุ่มอายุ 41-59 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรม เป็นอาชีพที่ต้องทำงานหนัก อีกทั้งอยู่ในช่วงวัยเสื่อมสภาพของร่างกายจากการทำงานหนักมาหลายปี เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย ได้ง่ายจึงมีโอกาสใช้ยาในการรักษาตนเองมากกว่ากลุ่มอายุน้อยเพราะร่างกายยังแข็งแรงและไม่มีการเจ็บป่วย

2. ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 บาทขึ้นไป มีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะสูงกว่าผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท สอดคล้องกับการศึกษาของศุภลักษณ์ สุขไพบูลย์ และคณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษาในกลุ่มผู้รับบริการรพ.สต.สร้างโคก อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี พบว่า รายได้มีความสัมพันธ์เชิงลบกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ คือ ผู้ที่มีรายได้มากขึ้นมี โอกาสใช้ยาปฏิชีวนะมากขึ้น เนื่องมาจาก ผู้ที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 10,000 บาทขึ้นไป สามารถใช้บริการ คลินิก / รพ.เอกชน หรือหาซื้อยารับประทานเองได้ เชื่อมโยงกับผลการวิจัยครั้งนี้ พบว่า ผู้ที่มีความสะดวกใช้บริการ คลินิก/รพ.เอกชน มีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่า

3. ผู้ที่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลสิทธิอื่น ๆ มีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่าผู้ที่ใช้สิทธิข้าราชการ สอดคล้องกับ การศึกษาของวิลาลินี ประกายมันตระกูล⁽¹³⁾ ศึกษาในกลุ่มประชาชน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้มีสิทธิ ประกันสังคมหรือประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะมีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาตนเองมากกว่าผู้มีสิทธิเบิกได้หรือจ่ายตรง และสอดคล้องกับการศึกษาของ Cheng, J. et al.,⁽¹⁴⁾ ในมณฑลอานฮุย ประเทศจีน พบว่า ผู้ที่ใช้สิทธิประกันสุขภาพอื่น จะมีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่าผู้มีสิทธิประกันสุขภาพของรัฐบาล เนื่องจากผู้ที่ใช้สิทธิข้าราชการเป็นอาชีพที่ไม่ต้อง ทำงานหนัก ไม่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย จึงมีโอกาสใช้ยาในการรักษาตนเองมากกว่ากลุ่มสิทธิในการรักษาพยาบาลสิทธิอื่น ๆ ซึ่งส่วนใหญ่ประกอบอาชีพใช้แรงงาน เกษตรกรรม รับจ้างในโรงงาน

4. ผู้ที่มีความสะดวกใช้บริการรพ.สต. ในระดับมากถึงมากที่สุด มีโอกาสใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่าผู้ที่มีความสะดวกน้อย ที่สุดถึงปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษฎา บุษบาร์ตัน และ⁽¹⁶⁾ ศึกษาในกลุ่มวัยแรงงาน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้ที่มีระดับความสะดวกใช้บริการ รพ.สต. มีโอกาสใช้ยาต้านการอักเสบมาก เนื่องมาจาก ประชาชนเข้ารับบริการได้โดย ไม่ได้หวงค่าใช้จ่าย และเป็นสาเหตุหนึ่งที่มีการใช้ยาเกินความจำเป็นโดยเฉพาะการเข้ารับบริการที่มีภาวะเจ็บป่วยเล็กน้อย

และความเคยชินในการขอยาปฏิชีวนะจากหมอที่ทำการรักษา

5. ผู้ที่มีความสะดวกใช้บริการคลินิก / รพ.เอกชนในระดับมาก ถึง มากที่สุด มีโอกาสการใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่าผู้ที่มีความสะดวกในระดับน้อยที่สุด ถึง ปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ Russo, V. et al.,⁽¹⁷⁾ ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยนอกในภาคใต้ประเทศอิตาลี พบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตเมือง มีโอกาสการใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่าประชาชนที่อาศัยอยู่ในเขตชนบท สาเหตุน่าจะเนื่องจากการซื้อยารับประทานเองในคลินิก อีกทั้งคลินิก / รพ.เอกชน จะไม่มีตัวชี้วัดในเรื่อง ส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล มากำหนดเป้าหมายการดำเนินงาน ซึ่งต่างจากหน่วยบริการของกระทรวงสาธารณสุข นั้นมีการกำหนดตัวชี้วัดการดำเนินงานชัดเจนและนับเป็นผลงานของหน่วยบริการ

6. รอบ 3 เดือน เคยป่วยด้วยโรคต้องเสียเงินปล้น / โรคระบบทางเดินหายใจส่วนบน / แผลจากการบาดเจ็บ มีโอกาสการใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่าผู้ที่ไม่ป่วย สอดคล้องกับการศึกษาของกฤษฎา บุษบาร์ตัน และคณะ⁽¹⁶⁾ ศึกษาในกลุ่มวัยแรงงาน จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ผู้ที่มีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยหรือมีอาการเจ็บป่วยจนต้องพบแพทย์มีโอกาสใช้ยาต้านการอักเสบมากกว่าผู้ที่ไม่มีปัญหาสุขภาพ เนื่องจากผู้ที่เจ็บป่วยจนต้องพบแพทย์มีอาการที่จะต้องได้รับการรักษาด้วยยา จึงทำให้มีการใช้ยาปฏิชีวนะมากกว่าผู้ที่ไม่ป่วย

ส่วนปัจจัยที่ไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะ ได้แก่ เพศ สถานภาพ การศึกษา อาชีพ โรคประจำตัว การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และความรู้ แตกต่างจากการศึกษาของศุภลักษณ์ สุขไพบูลย์ และคณะ⁽¹⁵⁾ ศึกษาในกลุ่มผู้รับบริการ รพ.สต.สร้างไค อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี พบว่า เพศ และอาชีพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ แตกต่างจากการศึกษาของวิลาสินี ประกายม้นตระกูล⁽¹³⁾ ที่ศึกษาในกลุ่มประชาชน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น พบว่า ระดับการศึกษา มีผลกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ และแตกต่างจากการศึกษาของคุณากร ปาปะชา และวงศา เล้าศิริวงศ์⁽⁷⁾ ศึกษาวัยแรงงานในพื้นที่จังหวัดมหาสารคาม พบว่า ระดับความรู้ เรื่อง ยา มีผลกับพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะ การที่ปัจจัยข้างต้นไม่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะน่าจะเนื่องจากการดำเนินงานตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขทำให้ปัจจุบันประชาชนส่วนใหญ่มีการรับรู้ความเสี่ยงจากการใช้ยาปฏิชีวนะ ทำให้ตัวแปรข้างต้น มีการใช้ยาปฏิชีวนะที่ไม่แตกต่างกัน ส่วนพฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะนั้นมีปัจจัยหลาย ๆ ปัจจัยที่มีความเกี่ยวข้องกันมากกว่า เช่น อายุ รายได้ สิทธิในการรักษาพยาบาล ความสะดวกใช้บริการ รพ.สต. / คลินิก / รพ.เอกชน และภาวะการเจ็บป่วย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้มีความสัมพันธ์กันในเรื่องของความสามารถในการเข้าถึงบริการ และลักษณะของการทำงาน

ข้อเสนอแนะ

- 1) ควรมีการจัดอบรมความรู้ เรื่อง การใช้ยาปฏิชีวนะให้บุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง
- 2) ควรให้ความรู้เรื่องการใช้ยาปฏิชีวนะกับประชาชนวัยทำงานผ่านช่องทางต่าง ๆ

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรรนำผลจากงานวิจัยครั้งนี้ไปทำการศึกษาวิจัยกึ่งทดลองเพื่อแก้ปัญหการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุสมผลสำหรับกลุ่มวัยทำงาน

เอกสารอ้างอิง

1. นิธิมา สุ่มประดิษฐ์, เสาวลักษณ์ สุนนางกูร, ถานุมาศ ภูมาศ และภูษิต ประคองสาย. การสำรวจ ระบบการควบคุมและเฝ้าระวังการใช้ยาปฏิชีวนะและการส่งเสริมการใช้ยาปฏิชีวนะ อย่างสมเหตุผล: ผลการศึกษาเบื้องต้น. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข 2555; 6(3): 361– 373.

2. พิสนธ์ จงตระกูล. แนวทางการใช้ยาการใช้ยาปฏิชีวนะอย่างสมเหตุผล. กรุงเทพฯ: อักษรกราฟ ฟิคแอนด์ดีไซน์ด์, 2554.
3. นิยดา เกียรติยิ่งอังคสุล, นุศราพร เกษสมบุรณ์ และอุษาวดี มาลีวงศ์. รายงานสถานการณ์ระบบยา ประจำปี 2553. กรุงเทพฯ: คณะเภสัชศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554.
4. ปุญญาพัฒน์ แสงวงศ์ดี. วิฤติการณ์โลก กรณีการแพร่ระบาดของโรคติดต่ออุบัติใหม่: บทบาทขององค์การอนามัยโลก สถานการณ์ในประเทศไทย และ New Normal. Journal of Social Synergy 2020; 11(1): 88–108.
5. คณะทำงานวิชาการเพื่อส่งเสริมการใช้ยาสมเหตุผล. คู่มือการดำเนินงานโครงการโรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2558.
6. โรงพยาบาลเฉลิมพระเกียรติ. สรุปกิจกรรมเฝ้าระวังและควบคุมแหล่งกระจายยาในชุมชนใน อำเภอเฉลิมพระเกียรติ. นครราชสีมา; 2562.
7. คุณากร ปาปะชา และวงศา เล้าหศิริ. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะของกลุ่มวัยแรงงาน ในจังหวัดมหาสารคาม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี 2561; 34(2): 13–22.
8. คณะอนุกรรมการส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. คู่มือการดำเนินงานโครงการ โรงพยาบาลส่งเสริมการใช้ยาอย่างสมเหตุผล. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2558.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. รายงานผลการดำเนินงานสาธารณสุข[คลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center(HDC)]. 2562 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2562 ตุลาคม 10] เข้าถึงได้จาก: https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/reports/report_kpi.php.
10. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา. รายงานผลการดำเนินงานสาธารณสุข[คลังข้อมูล สุขภาพ Health Data Center(HDC)]. 2562 [เข้าถึงเมื่อวันที่ 2562 ตุลาคม 10] เข้าถึงได้จาก: https://nma.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=ac4eed1bddb23d6130746d62d2538fd0.
11. Hsieh F.Y. Bloch D.A. & Larsen M.D. A Simple method of sample size calculation for linear and logistic regression. Statist Med 1998; 17: 1623–1634.12. David W. Hosmer and Stanley Lemeshow. Applied logistic regression. United States of America; 2000.
8. วิลาสินี ประกายม้นตระกูล. ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาตนเองของประชาชน อำเภออุบลรัตน์ จังหวัดขอนแก่น [รายงานการศึกษาอิสระ ปริญญาเภสัชศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.
14. Cheng J., Coope C., Chai J. et al. Knowledge and behaviors in relation to antibiotic use among rural residents in Anhui, China. Pharmacoepidemiology and drug safety 2018; 27(6): 652–659.
15. ศุภลักษณ์ สุขไพบุลย์, ชุภาศิริ อภินันท์เดชา และกวี ไชยศิริ. พฤติกรรมการใช้ยาปฏิชีวนะของผู้รับบริการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสร้างโคก อำเภอบ้านหมอ จังหวัดสระบุรี. วารสารการประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ครั้งที่ 3 2559; 409–416.
16. กฤษฎา บุษบาร์ตัน,วงศา เล้าหศิริ และวิไลพร ถิ่นคำรพ. สถานการณ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ยาด้านการอักเสบชนิดไม่ใช้สเตียรอยด์ของกลุ่มวัยแรงงาน จังหวัดกาฬสินธุ์ [รายงานการศึกษาอิสระปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.
17. Russo V., Monetti V.M., Guerriero F. et al. Prevalence of antibiotic prescription in southern Italian outpatients: real-world data analysis of socioeconomic and sociodemographic variables at a municipality level. Clinico Economics and Outcomes Research 2018; CEOR 10: 251–258.

สถานการณ์ และแนวทางปรับปรุงประสิทธิภาพ การดำเนินงานตามมาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Situation and Performance Improvement Guidelines for Occupational Health and Environmental Medicine Services Standard Implementation among Sub-District Health Promoting Hospitals

สุภาพร แสนศรี¹, กรองกาญจน์ ผ่ายภูเขียว², ภณิญา เจริญยุทธ³ และนิชาภัทร เครือวัลย์⁴

Supapon Saensri¹, Krongkarn Phaiphukhiao², Panida Charernyuth³ and Nichapat Kruewan⁴

¹สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา, ²สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบุรีรัมย์,

³สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา, ⁴สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์

¹The Office of Disease Prevention and Control 9, Nakhon Ratchasima

²Buriram Health Provincial Office, ³Nakhon Ratchasima Health Provincial Office ⁴Surin Health Provincial Office

*Corresponding Author E-mail: kunpang4647@gmail.com

(Submitted Article: September 25, 2021; final version accepted: December 30, 2021)

บทคัดย่อ

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นหน่วยบริการหลักในการดูแลประชาชนในพื้นที่ ได้รับการถ่ายทอดแนวทางการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ตั้งแต่ พ.ศ. 2558 ต่อเนื่องถึงปัจจุบัน การประเมินตามมาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัย ส่วนมากอยู่ระดับเริ่มต้นพัฒนา การศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวางนี้ เพื่อทราบสถานการณ์ผลการดำเนินงานตามมาตรฐานฯ ในรพ.สต. พื้นที่สคร. 9 ปี 2563 และได้แนวทางการพัฒนางานการให้บริการอาชีวอนามัยฯ เป็นการศึกษาเชิงปริมาณ เลือกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง รพ.สต. ที่รับการประเมินตามมาตรฐานฯ ปี 2563 ทุกแห่ง จำนวน 190 แห่ง มีผลการประเมินฯ ผ่านเกณฑ์ระดับเริ่มต้นพัฒนาถึงระดับดีเด่น เก็บข้อมูลใช้แบบประเมินตามมาตรฐานฯ ของกรมควบคุมโรค คัดคะแนนรายชื่อ รายองค์ประกอบ และสอบทวนตามเอกสาร สัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมเจ้าหน้าที่ ผู้นำเสนอผลการดำเนินงานระดับดีมากและดีเด่น จำนวน 43 แห่ง วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ เชิงพรรณนา วิเคราะห์เนื้อหาตามแบบประเมินฯ ตามรายชื่อ รายองค์ประกอบ ผลการศึกษา พื้นที่ สคร. 9 มี รพ.สต. 953 แห่ง รับประเมินฯ 190 แห่ง (19.9%) จังหวัดบุรีรัมย์ รพ.สต. รับประเมินมากที่สุด 98 แห่ง (43.8%) รองลงมา สุรินทร์ 55 แห่ง (25.8%) และ นครราชสีมา 37 แห่ง (10.6%) ผลการประเมินส่วนใหญ่ได้ระดับเริ่มต้นพัฒนา 74 แห่ง (39%) รพ.สต. ที่ผ่านการประเมินระดับที่สูงขึ้น คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} \pm SD$) รายชื่อและรายองค์ประกอบจะเพิ่มสูงขึ้น แนวทางการพัฒนาควรเน้นด้านความรู้ในบุคลากรง่ายและได้ผลสำเร็จเร็ว ประเด็นพัฒนา ด้านบริหารจัดการนโยบายอาชีวฯ พัฒนาการจัดทำผลงานวิชาการด้านอาชีวอนามัย ($\bar{X} = 0.18-2.00$) การให้บริการอาชีวอนามัยในบุคลากร พัฒนาการจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยฯ ($\bar{X} = 1.55-2.25$) การให้บริการอาชีวอนามัยในผู้ประกอบการอาชีพ พัฒนาการสอบสวนโรค ($\bar{X} = 1.12-1.96$) การให้บริการอาชีวอนามัยเชิงรับฯ พัฒนาการติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย ($\bar{X} = 1.84-1.88$) การให้บริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม พัฒนาการจัดเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินฯ ($\bar{X} = 1.58$)

คำสำคัญ: มาตรฐาน, การให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม, โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

Sub-district Health Promoting Hospitals (SHPHs) is the main service unit to take care of people in the responsibility area. Since 2015, there were received guidelines for providing the service of occupational health and environmental medicine. According to the assessment, most of them had the standard at the beginning level.

A cross-sectional study aimed to access the situation of service of the Office of Disease Prevention and Control 9, Nakhon Ratchasima in 2020. In addition, the objective aimed to develop the guidelines for occupational health services. The samples were purposively selected from 190 SHPHs that were the beginning and excellent level of development. The data were collected by using the assessment form of the Department of Disease Control. The scores were assessed for each item, individual elements, and document review. About 43 responsible persons who were at a good and excellent level of development were interviewed for more information. Data were analyzed by descriptive statistics. Content analysis was accessed for each item and element. The results indicated that 190 (19.9%) of 953 SHPHs. The most of SHPHs of Buriram Province were assessed for about 98 (43.8%) hospitals, followed by Surin 55 (25.8%) SHPHs and Nakhon Ratchasima 37 (10.6%) SHPHs. The results demonstrated that 74 (39%) SHPHs were at the beginning level of development. There was a higher level. For recommendation, the guidelines should be focused on knowledge in personnel. It might be done easier and faster. Academic issues of occupational policy ($\bar{X} = 0.18-2.00$), occupational health service at a personal level, guidelines for safety ($\bar{X} = 1.55-2.25$) should be developed. Moreover, disease investigation ($\bar{X} = 1.12-1.96$), occupational health services for patient rehabilitation ($\bar{X} = 1.84-1.88$), environmental medicine for emergency ($\bar{X} = 1.58$) should be provided.

Keywords: Standards, Sub-District Health Promoting Hospital, Occupational health, and environmental medicine services standard

บทนำ

การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม⁽¹⁾ เป็นการ จัดบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เน้นการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค สนับสนุนให้ประชากรวัยทำงานมีสุขภาพดีทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ลดการเจ็บป่วย การบาดเจ็บจากการทำงาน และดูแลประชาชนไม่ให้เจ็บป่วยจากมลพิษสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค โดยกองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และศูนย์พัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัย จังหวัดสมุทรปราการ มีภารกิจในการพัฒนาสถาน บริการสุขภาพทุกระดับ ให้มีการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม พื้นที่เขต สุขภาพที่ 9 ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ สุรินทร์ มีสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา โดยงานโรคจาก การประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม เป็นหน่วยงานหลักในการสนับสนุนเครือข่ายหน่วยบริการในพื้นที่รับผิดชอบให้ดำเนินการ จัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม มีรูปแบบการดำเนินงานประกอบด้วย การเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุม โรคและภัยคุกคามสุขภาพจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม การถ่ายทอดองค์ความรู้ การสนับสนุน พัฒนาเครือข่าย ให้สามารถดำเนินงาน เฝ้าระวัง ป้องกันและควบคุมโรค และภัยสุขภาพ แก่กลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีคุณภาพ สอดคล้อง ตามพระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562⁽²⁾ ซึ่งมีเจตนารมณ์ให้ประชาชน ได้รับการดูแลสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เป็นระบบทันการณ์ ด้วยมาตรฐานการให้บริการอย่างเดียวกัน ในบทเฉพาะกาล กฎกระทรวง มาตรา 24⁽¹⁾ กำหนดมาตรฐานการให้บริการของหน่วยบริการอาชีวเวชกรรม⁽²⁾ กำหนดมาตรฐานการให้ บริการของหน่วยบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม และสอดคล้องตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งพัฒนาระบบสุขภาพ ปฐมภูมิ รวมถึงการสร้างความปลอดภัย ให้กับบุคลากรและผู้รับบริการ ตามหลัก patient and personnel safety⁽³⁾ ทั้งนี้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในฐานะหน่วยบริการหลักในการดูแลประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับการถ่ายทอดแนวทาง การจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จากศูนย์พัฒนาการจัด บริการอาชีวอนามัย จังหวัดสมุทรปราการ โดยกรมควบคุม กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ พ.ศ. 2558 ต่อเนื่องถึงปัจจุบัน

การรับการประเมินตามมาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ส่วนมากยังอยู่ในระดับเริ่มต้นพัฒนา ดังนั้น เพื่อทราบสถานการณ์และได้แนวทางปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม สำหรับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา จึงได้ทำการศึกษาขึ้น เพื่อพัฒนาการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผล อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อทราบสถานการณ์ และผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยฯ สำหรับ รพ.สต. พื้นที่ สคร. 9 นครราชสีมา ปี พ.ศ. 2563
2. เพื่อให้ได้แนวทางการพัฒนางานการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม

นิยามศัพท์

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.)⁽⁴⁾ หมายถึง หน่วยบริการที่ให้บริการด้านสุขภาพแบบผสมผสาน ทั้งด้านการรักษาพยาบาล ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน ควบคุมปัญหาที่คุกคามสุขภาพ และการฟื้นฟูสุขภาพแบบองค์รวม เชื่อมโยงใกล้ชิดระหว่างผู้ให้บริการ สถานพยาบาล ชุมชน และครอบครัว

การให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (การให้บริการอาชีวอนามัยฯ)⁽¹⁾ หมายถึง การดำเนินงานตามเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 25 ข้อ (ศูนย์พัฒนาการให้บริการอาชีวอนามัย จังหวัดสมุทรปราการ ปรับปรุง 28 ตุลาคม 2562)

นิยามตัวแปร

มาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล 5 องค์ประกอบ 25 ข้อ⁽¹⁾

องค์ประกอบ	ข้อ	คะแนน
1) การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	5	15
2) การให้บริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล	5	15
3) การให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ ผู้ประกอบอาชีพภายนอก และผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	6	18
4) การให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ	5	15
5) การดำเนินงานด้านการให้บริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม	4	12

การพิจารณาให้คะแนนเกณฑ์มาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม

คะแนน 0 ไม่มีคุณลักษณะดังกล่าว หรือไม่ได้ดำเนินการในประเด็นที่ระบุไว้ในเกณฑ์

คะแนน 1 เริ่มต้นดำเนินการโดยมีแผน หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวอยู่บ้าง ในบางเรื่อง บางด้านแต่ไม่ครบถ้วนทั้งหมดตามเกณฑ์ที่ระบุ

คะแนน 2 มีการดำเนินการ หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในระดับเฉลี่ยเกือบครบถ้วนตามเกณฑ์ที่ระบุ โดยมีการทำงาน
ในลักษณะเครือข่ายการทำงานมากขึ้น

คะแนน 3 มีการดำเนินการ หรือมีคุณลักษณะดังกล่าวในประเด็นมาตรฐานดังกล่าวอย่างครบถ้วนสมบูรณ์ มีความ
โดดเด่น เริ่มมีการประเมินผล และนำผลการประเมินมาปรับปรุง

การให้คะแนนในแต่ละข้อต้องมีคะแนน 1 ตามลำดับ ไปคะแนน 2 และ คะแนน 3 ไม่ให้ข้ามลำดับการพิจารณา
ค่าคะแนนแต่ละองค์ประกอบตามมาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยฯ สำหรับ รพ.สต.

การผ่านเกณฑ์การประเมินผล

ระดับเริ่มต้นพัฒนา ผ่าน องค์ประกอบที่ 1 และ 3 ร้อยละ 50

ระดับดี ผ่าน องค์ประกอบที่ 1, 2 และ 3 ร้อยละ 50

ระดับดีมาก ผ่าน องค์ประกอบที่ 1, 2, 3 และ 4 ร้อยละ 50

ระดับดีเด่น ผ่าน องค์ประกอบที่ 1, 2, 3, 4 ร้อยละ 60 และองค์ประกอบที่ 5 ร้อยละ 50

วิธีดำเนินการศึกษา⁽⁵⁻⁶⁾

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาภาคตัดขวางเชิงพรรณนา (Cross-sectional descriptive studies) ใน รพ.สต.
เขตสุขภาพที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ และจังหวัดสุรินทร์ จำนวน 953 แห่ง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง รพ.สต.
ที่มีผลการประเมินตามมาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยฯ ปี 2563 ผ่านเกณฑ์ระดับเริ่มต้นพัฒนาถึงระดับดีเด่น ทั้งหมด
จำนวน 190 แห่ง จาก รพ.สต. ในพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ และสัมภาษณ์ข้อมูลเพิ่มเติมเจ้าหน้าที่ผู้นำเสนอ
ผลการดำเนินงาน ที่มีผลการประเมินตามมาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยฯ ปี 2563 ผ่านเกณฑ์ระดับดีมากถึงระดับ
ดีเด่น ทั้งหมดจำนวน 43 แห่ง จาก รพ.สต. ทั้งหมดจำนวน 190 แห่ง ดำเนินการเดือนมีนาคม-สิงหาคม 2563
เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ แบบประเมินตามมาตรฐานการให้บริการฯ แบ่งเป็น 2 ส่วน 1) เก็บข้อมูลผลคะแนนจาก
ผลการประเมินตามมาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยฯ สำหรับ รพ.สต. เป็นรายชื่อ 2) สัมภาษณ์เชิงลึกแบบมีโครงสร้าง
ตามมาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยฯ สำหรับ รพ.สต.

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ให้ รพ.สต. จัดเตรียมแฟ้มเอกสารการดำเนินงานเป็นรายชื่อในลักษณะเชิงกระบวนการจากคะแนน 1, 2 และ 3
ในแต่ละข้อ และแยกเป็นองค์ประกอบ จัดเตรียมแฟ้มตามระดับที่ต้องการรับประเมิน
2. รพ.สต. นำเสนอผลการดำเนินงานด้วยวาจาแสดงโดยสไลด์นำเสนอ เรียงเป็นข้อ เรียงตามคะแนน 1, 2 และ 3
3. หลังจากนำเสนอ ผู้ประเมินจากงานโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม สคร. 9 นครราชสีมา และจาก
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สอบทวนเอกสารตามแฟ้มงานรายชื่อ ตามองค์ประกอบ
4. ผู้ประเมินซักถามข้อมูลเพิ่มเติมในประเด็นแลกเปลี่ยน จุดเด่นในการดำเนินงานอาชีวอนามัยและเวชกรรม
สิ่งแวดล้อม (best practice) ประเด็นที่ไม่สามารถดำเนินการได้ตามเกณฑ์ข้อที่ได้คะแนนน้อย เหตุผลประกอบการดำเนินงาน
5. รวบรวมคะแนนผลการประเมินตามมาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม รายชื่อ
ทุก รพ.สต. ทุกจังหวัด บันทึกคะแนนลงในโปรแกรมสำเร็จรูป

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ระดับ
การประเมิน คะแนนรายชื่อ รายองค์ประกอบ 2) อธิบายเพิ่มเติมจากการสัมภาษณ์โดยนำประเด็นหลักตามบริบทของเกณฑ์
การให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม มาสรุปวิเคราะห์เชื่อมโยง อธิบายผลของคะแนนเชิงปริมาณในแต่ละข้อ

ผลการศึกษา

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ทั้งหมดในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา จำนวน 953 แห่ง เข้ารับการประเมินตามมาตรฐานการจั้ดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม จำนวน 190 แห่ง (ร้อยละ19.9) รพ.สต. จำนวน 190 แห่ง คือ กลุ่มตัวอย่าง ที่นำข้อมูลรายละเอียดการประเมินมาทำการศึกษา จังหวัดบุรีรัมย์ มี รพ.สต. เข้ารับการประเมิน มากที่สุด 98 แห่ง ร้อยละ 43.8 รองลงมา จังหวัดสุรินทร์ 55 แห่ง ร้อยละ 25.8 และจังหวัด นครราชสีมา 37 แห่ง ร้อยละ 10.6 จังหวัดชัยภูมิ ไม่มี รพ.สต. เข้ารับการประเมิน ในปี 2563 (ตาราง 1)

ตาราง 1 จำนวน และร้อยละ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เข้ารับการประเมินฯ พื้นที่ สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ปี 2563 จำแนกราย จังหวัด

จังหวัด	จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (แห่ง)	
	ทั้งหมด	รับการประเมิน (แห่ง) (%)
นครราชสีมา	349	37 (10.6)
ชัยภูมิ	167	0 (0)
บุรีรัมย์	224	98 (43.8)
สุรินทร์	213	55 (25.8)
รวม	953	190 (19.9)

รพ.สต. เข้ารับการประเมินฯ จำนวน 190 แห่ง ผลการประเมินฯ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเริ่มต้นพัฒนา ร้อยละ 39.0 และรองลงมา ระดับดี ร้อยละ 38.4 (ตาราง 2)

ตาราง 2 จำนวน และร้อยละ ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านการประเมินฯ พื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุม โรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ปี 2563 จำแนกตามผลการประเมินฯ รายจังหวัด

จังหวัด	เข้ารับการประเมิน	จำนวนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (แห่ง)			
		ระดับการประเมินที่ได้			
		เริ่มต้นฯ (%)	ดี (%)	ดีมาก (%)	ดีเด่น (%)
นครราชสีมา	37	0 (0)	17 (46.0)	7 (18.9)	13 (35.1)
ชัยภูมิ	0	0 (0)	0 (0)	0 (0)	0 (0)
บุรีรัมย์	98	59 (60.2)	34 (34.7)	2 (2.0)	3 (3.1)
สุรินทร์	55	15 (27.3)	22 (40.0)	10 (18.2)	8 (14.5)
รวม	190	74 (39.0)	73 (38.4)	19 (10)	24 (12.6)

เมื่อพิจารณาคะแนนรายองค์ประกอบ แบ่งตามระดับ พบว่า รพ.สต. ที่ผ่านการประเมินระดับที่สูงขึ้น คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) รายองค์ประกอบ จะเพิ่มสูงขึ้น ค่าคะแนนรายองค์ประกอบ ไม่ค่อยมีความแตกต่าง (ตาราง 3) เมื่อพิจารณาคะแนน รายข้อ ตามองค์ประกอบ แบ่งตามระดับ พบว่า รพ.สต. ที่ผ่านการประเมินระดับที่สูงขึ้น คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} \pm SD$) ในแต่ละข้อ

จะเพิ่มสูงขึ้น ค่าคะแนนไม่ค่อยมีความแตกต่าง คะแนนเฉลี่ยต่ำสุดในแต่ละองค์ประกอบ องค์ประกอบที่ 1 ข้อ 5 ผลงานวิชาการ องค์ประกอบที่ 2 ข้อ 10 การจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน องค์ประกอบที่ 3 ข้อ 16 การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุหรือโรคจากสิ่งแวดล้อม องค์ประกอบที่ 4 ข้อ 20 การติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย องค์ประกอบที่ 5 ข้อ 25 การจัดเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม (ตาราง 4)

ตาราง 3 คะแนนผลการประเมินรายองค์ประกอบและระดับการประเมิน ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านการประเมินฯ พื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ปี 2563

องค์ประกอบ	คะแนนเกณฑ์	ระดับการประเมินที่ได้รับ (n = 190)			
		เริ่มต้น๑(n = 74)	ดี(n = 73)	ดีมาก(n = 19)	ดีเด่น(n = 24)
		คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} \pm SD$)	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} \pm SD$)	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} \pm SD$)	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} \pm SD$)
1	15	8.57±1.02	9.49±1.57	11.47±1.71	11.83±1.24
2	15	-	9.87±1.93	11.37±2.59	12.75±1.45
3	18	9.57±1.27	10.45±1.92	12.53±2.29	13.79±1.93
4	15	-	-	10.32±2.31	11.83±1.79
5	12	-	-	-	8.75±1.82

ตารางที่ 4 คะแนนระดับผลการประเมินฯ ภาพรวมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านการประเมินพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ปี 2564 จำแนกรายองค์ประกอบ และรายชื่อ

องค์ประกอบ/สาระรายชื่อ	คะแนนเกณฑ์	ระดับการประเมินที่ได้รับ (n = 190)			
		เริ่มต้น๑(n = 74)	ดี(n = 73)	ดีมาก(n = 19)	ดีเด่น(n = 24)
		คะแนนเฉลี่ย	คะแนนเฉลี่ย	คะแนนเฉลี่ย	คะแนนเฉลี่ย
		($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)	($\bar{X} \pm SD$)
องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (15 คะแนน)					
ข้อ 1 กำหนดพันธกิจ/บทบาท/นโยบายการ					
ดูแลสุขภาพ ความปลอดภัย	3	2.32±0.47	2.63±0.514	2.89±0.315	3.00±0.000
ข้อ 2 การจัดทำแผนงาน โครงการ	3	2.18±0.45	2.16±0.62	2.63±0.68	2.79±0.551
ข้อ 3 การทำงานร่วมกับเครือข่าย	3	2.09±0.47	2.12±0.69	2.74±0.56	2.92±0.28
ข้อ 4 สมรรถนะของบุคลากร	3	1.78±0.41	1.49±0.56	1.32±0.58	1.25±0.53
ข้อ 5 ผลงานวิชาการ	3	0.18±0.56	0.95±1.04	1.68±1.06	2.00±0.66
องค์ประกอบที่ 2 การจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (15 คะแนน)					

ตารางที่ 4 คะแนนระดับผลการประเมินฯ ภาพรวมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านการประเมินพื้นที่
 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ปี 2564 จำแนกรายองค์ประกอบ และรายชื่อ (ต่อ)

องค์ประกอบ/สาระรายชื่อ	คะแนน เกณฑ์	ระดับการประเมินที่ได้รับ (n = 190)			
		เริ่มต้น (n = 74)	ดี (n = 73)	ดีมาก (n = 19)	ดีเด่น (n = 24)
		คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} \pm SD$)	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} \pm SD$)	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} \pm SD$)	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} \pm SD$)
ข้อ 6 การเดินสำรวจสถานที่ทำงาน	3	-	2.11±0.72	2.37±0.60	2.83±0.48
ข้อ 7 การจัดการความเสี่ยงฯ	3	-	1.82±0.56	2.21±0.79	2.54±0.51
ข้อ 8 การตรวจสุขภาพบุคลากร	3	-	2.04±0.77	2.37±0.83	2.67±0.57
ข้อ 9 การได้รับภูมิคุ้มกันโรค	3	-	2.05±0.55	2.42±0.51	2.50±0.59
ข้อ 10 การจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน	3	-	1.55±0.60	1.79±0.86	2.25±0.61
องค์ประกอบที่ 3 การจัดการบริการอาชีวอนามัย และเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก และผู้ได้รับผลกระทบจากมลพิษสิ่งแวดล้อม (18 คะแนน)					
ข้อ 11 เดินสำรวจสถานที่ทำงานผู้ประกอบการ					
อาชีพและประเมินความเสี่ยง	3	1.28±0.54	1.47±0.71	2.05±0.52	2.33±0.48
ข้อ 12 การจัดการบริการตรวจสุขภาพแก่ผู้ประกอบการอาชีพในชุมชน	3	2.00±0.234	2.08±0.57	2.53±0.77	2.71±0.46
ข้อ 13 การให้ความรู้คำปรึกษาวิชาการ	3	2.14±0.3	2.29±0.61	2.21±0.63	2.58±0.50
ข้อ 14 เก็บรวบรวมข้อมูลพื้นฐานด้านอาชีวอนามัย/ด้านเวชศาสตร์สิ่งแวดล้อม	3	1.91±0.29	1.86±0.42	1.95±0.62	2.21±0.69
ข้อ 15 การเฝ้าระวังโรคจากการทำงานหรือโรคจากสิ่งแวดล้อม	3	1.08±0.36	1.34±0.67	1.89±0.74	2.12±0.54
ข้อ 16 การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุหรือโรคจากสิ่งแวดล้อม	3	1.12±0.40	1.21±0.58	1.47±0.77	1.96±0.81
องค์ประกอบที่ 4 การจัดการบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรับ การประเมิน การวินิจฉัย การดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน การส่งต่อ และการฟื้นฟูสมรรถภาพ (15 คะแนน)					
ข้อ 17 พัฒนาการเข้าถึงบริการอาชีพฯ	3	-	-	2.74±0.56	2.96±0.20
ข้อ 18 การคัดกรอง ตรวจวินิจฉัย รักษา	3	-	-	2.47±0.91	2.83±0.48
ข้อ 19 การจัดทำแนวทางการรับ-ส่งต่อ	3	-	-	1.74±0.65	2.08±0.58
ข้อ 20 การติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพ	3	-	-	1.84±0.96	1.88±0.61
ข้อ 21 การจัดการบริการเชิงรุกเชิงรับ	3	-	-	2.00±1.05	2.00±1.22
องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานด้านการจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม (12 คะแนน)					
ข้อ 22 การเฝ้าระวังปัจจัยเสี่ยงด้านสิ่งแวดล้อมที่อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ	3	-	-	-	2.21±0.88

ตารางที่ 4 คะแนนระดับผลการประเมินฯ ภาพรวมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่ผ่านการประเมินพื้นที่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ปี 2564 จำแนกรายองค์ประกอบ และรายชื่อ (ต่อ)

องค์ประกอบ/สาระรายชื่อ	คะแนน เกณฑ์	ระดับการประเมินที่ได้รับ (n = 190)			
		เริ่มต้น (n = 74)	ดี (n = 73)	ดีมาก (n = 19)	ดีเด่น (n = 24)
		คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} \pm SD$)	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} \pm SD$)	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} \pm SD$)	คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X} \pm SD$)
ข้อ 23 การคัดกรองผู้ป่วย/ผู้ที่อาจได้รับผลกระทบต่อสุขภาพจากมลพิษสิ่งแวดล้อม	3	-	-	-	2.58±0.65
ข้อ 24 การสื่อสารความเสี่ยง	3	-	-	-	2.12±0.98
ข้อ 25 การจัดเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม	3	-	-	-	1.58±0.65

อภิปรายผล

การศึกษาสถานการณ์และแนวทางปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับ รพ.สต. เพื่อทราบสถานการณ์ และผลการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยฯ สำหรับ รพ.สต. พื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา ปี พ.ศ. 2563 และเพื่อให้ได้แนวทางการพัฒนางานการจัดบริการอาชีวอนามัยฯ ผลการศึกษา รพ.สต. รับประเมินฯ ร้อยละ 19.9 จังหวัดบุรีรัมย์ รพ.สต. รับการประเมินมากที่สุด ร้อยละ 43.8 เนื่องจากในปี 2563 จังหวัดบุรีรัมย์มีเป้าหมายในการดำเนินงานโดยให้ รพ.สต. ส่งประเมินตามมาตรฐานฯ ทุกแห่ง จังหวัดชัยภูมิไม่มีเป้าหมายในการดำเนินงานในปี 2563 จากข้อมูล ผลการประเมินส่วนใหญ่อยู่ในระดับเริ่มต้นพัฒนา ร้อยละ 39 รองลงมา ระดับดี และดีเด่น ระดับดีมาก น้อยที่สุด เนื่องจากกิจกรรมในองค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการจัดบริการอาชีวอนามัยฯ และองค์ประกอบที่ 3 การจัดการบริการอาชีวอนามัยฯ เชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพภายนอก เป็นกิจกรรมพื้นฐานที่มีการดำเนินงานต่อเนื่องจากการจัดบริการคลินิกเกษตรกร ในรพ.สต. อยู่เดิมที่พัฒนามาตั้งแต่ปี 2557 ทำให้สามารถผ่านกิจกรรมใน 2 องค์ประกอบนี้ รพ.สต. ที่ผ่านการประเมินระดับที่สูงขึ้น คะแนนเฉลี่ย ($\bar{X}$) รายข้อและรายองค์ประกอบจะเพิ่มสูงขึ้น ค่าคะแนนไม่ค่อยมีความแตกต่าง การประเมินในระดับที่สูงขึ้นจะต้องมีการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ครอบคลุมมากขึ้นการพิจารณาให้คะแนนแต่ละข้อต้องมีคะแนน 1 ตามลำดับ ไปคะแนน 2 และ 3 ไม่ให้ข้ามลำดับ เน้นการตรวจประเมินกระบวนการทำงาน การพัฒนาให้ถึงระดับดีเด่นบุคลากรต้องมีความรู้ด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมที่ชัดเจนขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา⁽⁷⁾ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการให้บริการอาชีวอนามัย ประกอบไปด้วยการบริหารจัดการ การดำเนินงาน ข้อมูลพื้นฐาน สถานการณ์ปัญหาทีมงานเครือข่าย และสอดคล้องกับการศึกษาการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ของรพ.สต. พื้นที่ สคร.10 จังหวัดอุบลราชธานี⁽⁸⁾ จากการประเมินผลเชิงคุณภาพ รพ.สต. 8 แห่งผ่านเกณฑ์ฯ ระดับเริ่มต้นพัฒนา 6 แห่ง ระดับดี 1 แห่ง และไม่ผ่าน 1 แห่ง สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องการประเมินมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เขตสุขภาพที่ 6⁽⁹⁾ ผลการประเมินตนเองตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยฯ รพ.สต. ผ่านระดับเริ่มต้นพัฒนามากที่สุด จากการสัมภาษณ์การตรวจประเมินที่ผ่านมาของเขตพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมาพบว่าผู้รับผิดชอบงานของรพ.สต. ไม่เข้าใจเกณฑ์การประเมินตีความข้อคำถามของเกณฑ์ได้ไม่ตรงตามวัตถุประสงค์ และจากการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับตำบลของผู้เฝ้าระวัง

รพ.สต. จังหวัดหนองคาย⁽¹⁰⁾ พบว่า ปัจจัยการพัฒนาคุณภาพมาตรฐานการบริการ การมุ่งเน้นนโยบายและการบริหาร ปัจจัยผู้บริหารให้การสนับสนุน รวมทั้งลักษณะงาน จะสามารถช่วยในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับตำบลของ ผู้อำนวยการ รพ.สต. ได้ และการพัฒนาการให้บริการอาชีวอนามัยในสถานอนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบ⁽¹¹⁾ พบว่า หลัง การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่และเครือข่าย เรื่อง การจัดงานอาชีวอนามัยขึ้นพื้นฐาน พบว่า สถานอนามัยสามารถ ยกระดับการผ่านเกณฑ์ประเมินจากระดับดีเป็นระดับดีและดีมาก แต่ในการดำเนินงานการให้บริการใน รพ.สต. มีต้นทุน จากการศึกษาดำเนินการให้บริการอาชีวอนามัยสำหรับเกษตรกรของรพ.สต.⁽¹²⁾ พบว่า การผ่านเกณฑ์การประเมินระดับดี และดีมากมีต้นทุนเป็น 1.2 และ 1.3 ของการผ่านเกณฑ์ระดับพื้นฐาน จะเห็นได้ว่า การดำเนินงานอาชีวอนามัยใน รพ.สต. ควรได้รับการพัฒนาศักยภาพในหลายด้าน สอดคล้องกับผลการศึกษานี้เมื่อพิจารณารายข้อ ตามองค์ประกอบ

องค์ประกอบที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อสนับสนุนการให้บริการอาชีวอนามัยฯ เมื่อพิจารณา ค่าคะแนนเฉลี่ยของการ ประเมินทุกระดับ ข้อ 5 เรื่อง ผลงานด้านวิชาการเพื่อพัฒนางานอาชีวอนามัยหรือ เวชกรรมสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}=0.18-2.00$) จัดทำโดยผู้รับผิดชอบงานและได้รับการตีพิมพ์ รพ.สต. ที่รับประเมินระดับเริ่มต้นและระดับดี จะได้คะแนนในข้อนี้ร้อยละ 10 ซึ่งเป็นประเด็นที่ควรได้รับการพัฒนางานประจำสู่งานวิจัย (R2R) การฝึกการเขียนและการนำเสนอ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดหรือเขตสุขภาพที่ 9 ควรจัดประชุมวิชาการด้านโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม รพ.สต. ที่รับประเมิน ระดับดีมากและระดับดีเด่นผลงานด้านวิชาการส่วนมากจะมาจากการศึกษาต่อระดับปริญญาโท หรือการนำข้อมูลการตรวจ คัดกรองความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรมาจัดทำผลงานวิชาการ รองลงมา ได้แก่ ข้อ 4 สมรรถนะของบุคลากร คะแนนเฉลี่ยต่ำ จากข้อมูลสอบถามตามเอกสารส่วนใหญ่มีการมอบหมายผู้รับผิดชอบงานโดยตรง แต่การฝึกอบรมทางด้านอาชีวอนามัยหรือเวชกรรมสิ่งแวดล้อม หรือพยาบาล อาชีวอนามัย 60 ชั่วโมง หรือจบปริญญาตรีทาง อาชีวอนามัยหรืออนามัยสิ่งแวดล้อมยังมีน้อยในพื้นที่ ข้อเสนอแนะ ควรมีการจัดทำแผนพัฒนาบุคลากรด้านอาชีวอนามัย ในระดับอำเภอ เช่น การส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมพยาบาลอาชีวอนามัย 60 ชั่วโมง หรือการศึกษาต่อในสาขาพยาบาล อาชีวอนามัย

องค์ประกอบที่ 2 การให้บริการอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรใน รพ.สต. ข้อ 10 การจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=1.55-2.25$) จากการซักถามเพิ่มเติม และสอบถามข้อมูลตามเอกสาร การเดินสำรวจสถานที่ทำงานเพื่อค้นหาสิ่งคุกคามสุขภาพและประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน การตรวจสุขภาพของบุคลากร ซึ่งมีการดำเนินการได้ แต่เมื่อเชื่อมโยงมาถึงเรื่องการจัดทำแนวทางปฏิบัติงานเพื่อ ความปลอดภัยในการทำงาน มักไม่นำความเสี่ยงที่พบมาจัดทำแนวทางปฏิบัติงานเพื่อความปลอดภัยในการทำงาน แต่นำคู่มือวิชาการมาตอบในภาพรวมการแก้ปัญหาความเสี่ยงซึ่งไม่สอดคล้องทำให้ได้คะแนนน้อยที่สุด การพัฒนาต้องได้รับการฝึกอบรม เรื่อง การเดินสำรวจสถานที่ทำงาน ค้นหาสิ่งคุกคาม การประเมินความเสี่ยงและการจัดการความเสี่ยงที่สำคัญ

องค์ประกอบที่ 3 การให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเชิงรุกแก่ผู้ประกอบการอาชีพฯ เป็นกิจกรรม ด้านการให้บริการอาชีวอนามัยให้กับแรงงานในชุมชน มีการดำเนินงาน เรื่อง การให้บริการคลินิกสุขภาพเกษตรกร มา ตั้งแต่ ปี 2557 มีข้อมูลผู้ประกอบการอาชีพ การเดินสำรวจสถานที่ทำงานเพื่อค้นหาสิ่งคุกคามสุขภาพและประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยงจากการทำงาน การให้อาชีวเวชศึกษา การตรวจสุขภาพผู้ประกอบการอาชีพทำได้ดี คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ในองค์ประกอบที่ 3 ข้อ 16 การสอบสวนโรค/อุบัติเหตุหรือโรคจากสิ่งแวดล้อม ($\bar{X}=1.12-1.96$) การสอบสวนโรคหรือ อุบัติเหตุจากงานหรือสิ่งแวดล้อมมีน้อยมาก ส่วนใหญ่ รพ.สต. นำเรื่องของการซักประวัติการคัดกรองโรคเพิ่มเติมมาตอบ การสอบสวนโรคฯ ซึ่งผิดประเด็นทำให้ไม่ผ่านเกณฑ์ข้อการสอบสวนโรค ประเด็นควรมีการพัฒนาเรื่องการสอบสวนโรค/ อุบัติเหตุหรือโรคจากสิ่งแวดล้อม การเขียนรายงานการสอบสวนโรคจากการประกอบอาชีพฯ ตามแนวทางการสอบสวน โรคเต็มฉบับ

องค์ประกอบที่ 4 เน้นการจัดบริการอาชีวอนามัยฯ เชิงรับ การประเมิน วินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ป่วยโรค/อุบัติเหตุจากการทำงาน ส่งต่อ และฟื้นฟูสมรรถภาพ ข้อ 20 ติดตามฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยฯ คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=1.84-1.88$) องค์ประกอบนี้มีแนวทางการให้บริการ การสื่อสารประชาสัมพันธ์ภายนอกและภายในหน่วยงาน มีการชักประวัติ คัดกรอง การวินิจฉัย รักษา และให้รหัสโรคจากการประกอบอาชีพ การบาดเจ็บจากการทำงาน หรือโรคจากมลพิษสิ่งแวดล้อม มีข้อมูลในระบบ HOSxp แต่ไม่แสดงความเชื่อมโยงให้เห็นกรณีผู้ป่วย ทำให้คะแนนในข้อนี้คะแนนน้อย ได้ให้ข้อคิดเห็นประเด็นความเชื่อมโยงและการจัดทำระบบ Flow ของการให้บริการเชิงรับ ชักประวัติ คัดกรอง วินิจฉัย รักษา และให้รหัสโรคฯ รับส่งต่อ ติดตามเยี่ยมบ้าน ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วย เฝ้าระวังติดตาม ในภาพรวม

องค์ประกอบที่ 5 การดำเนินงานด้านการจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม ข้อ 25 การจัดเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม คะแนนเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}=1.58$) การดำเนินงานด้านการจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อมส่วนใหญ่ยังจับประเด็นด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมไม่ได้ ซึ่งทำให้การประเมินระดับดีเด่นมีน้อย ในองค์ประกอบนี้ ข้อการจัดเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินด้านมลพิษสิ่งแวดล้อม ในพื้นที่การจัดทำแผนการฝึกซ้อม และฝึกซ้อมดับเพลิง และอพยพหนีไฟอย่างน้อยปีละหนึ่งครั้ง พร้อมสรุปรายงานประจำปี แต่จัดทำแผนเตรียมความพร้อมภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีหรือรังสี ในระดับอำเภอ/ตำบลยังไม่มีผลการดำเนินงาน การพัฒนาอาจมีการเข้าร่วมฝึกซ้อมฯ กับโรงพยาบาลในรูปแบบเครือข่ายอาชีวอนามัย หรือการเข้าสังเกตการณ์และในองค์ประกอบที่ 5 มีความท้าทายงานด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของรพ.สต. บางพื้นที่มีประเด็นด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมไม่ชัดเจนหรือไม่สามารถจับประเด็นด้านเวชกรรมสิ่งแวดล้อมได้ สอดคล้องกับการศึกษาการดำเนินงานตามมาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของ รพ.สต. พื้นที่ สคร.10 จังหวัดอุบลราชธานี⁽⁹⁾ พบ รพ.สต. ร้อยละ 56.6 ประเมินไม่ผ่านเกณฑ์ในองค์ประกอบที่ 5 ข้อเสนอแนะการจับประเด็นด้านมลพิษสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ การเริ่มดำเนินงานจากการเฝ้าระวังแหล่งมลพิษในพื้นที่ เช่น ฝุ่นจากโรงสี ข้าวชุมชน มลพิษการปนเปื้อนสารเคมีทางการเกษตร เป็นต้น

ข้อเสนอแนะ ควรพัฒนาความรู้ในบุคลากร ด้านบริหารจัดการนโยบายอาชีวอนามัย การจัดทำผลงานวิชาการด้านอาชีวอนามัย การจัดการบริการอาชีวอนามัยในบุคลากร พัฒนาการจัดทำแนวทางปฏิบัติเพื่อความปลอดภัยฯ การจัดการบริการอาชีวอนามัยในผู้ประกอบการฯ พัฒนาการสอบสวนโรค การจัดการบริการอาชีวอนามัยเชิงรับฯ พัฒนาการจัดการบริการอาชีวอนามัยฯ แบบครบวงจร การจัดการบริการเวชกรรมสิ่งแวดล้อม พัฒนาการจัดเตรียมความพร้อมรองรับภาวะฉุกเฉินด้านสารเคมีและรังสี

ข้อเสนอแนะเพื่อการศึกษาครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาเชิงลึก เรื่อง ปัจจัยความสัมพันธ์ของระดับการประเมินตามมาตรฐานการให้บริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ บุคลากรทุกท่านของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่มุ่งมั่นการดำเนินงาน ด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมเป็นอย่างดี ขอบพระคุณเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอาชีวอนามัย ประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ในเขตสุขภาพที่ 9 นครชัยบุรินทร์ ที่ช่วยพัฒนาการดำเนินงานด้านอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมอย่างต่อเนื่องและเข้มแข็ง

เอกสารอ้างอิง

1. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค ศูนย์พัฒนาวิชาการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จังหวัดสมุทรปราการ. คู่มือการดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรม สิ่งแวดล้อมของหน่วยบริการสาธารณสุข ปี 2562. นนทบุรี: 2561.
2. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. พระราชบัญญัติควบคุมโรคจากการประกอบอาชีพและโรคจากสิ่งแวดล้อม พ.ศ. 2562.
3. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค ศูนย์พัฒนาวิชาการอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม จังหวัดสมุทรปราการ. คู่มือการดำเนินงานอาชีวอนามัยสำหรับบุคลากรสุขภาพ. พิมพ์ที่ บริษัท ภาคภูมิใจ เสมอ จำกัด. 2563.
4. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม. คู่มือการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข: คลินิกสุขภาพเกษตรกร. ฉบับปรับปรุง ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2558.
5. ภิรมย์ กมลรัตนกุล, มนต์ชัย ชลาประวรัตน์ และทวีสิน ต้นประยูร. หลักการทำวิจัยให้สำเร็จ. พิมพ์ครั้งที่ 5. กรุงเทพฯ: บริษัท เท็กซ์ แอนด์ เจอร์นัล พับลิเคชั่น จำกัด; 2550.
6. สุภาศักดิ์ จันทวานิช. การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2552.
7. นภักดิ์ จวงจุฬพล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการให้บริการอาชีวอนามัยของหน่วยบริการปฐมภูมิในจังหวัดนครราชสีมา. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2556; 27(3): 83–93.
8. วงศกร อังคะคำมูล. การดำเนินงานตามมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารการแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี 2562; 2(3): 156–165.
9. อัจฉราวดี บุญเรืองศรี และอริวัฒน์ กุลบุตร. การประเมินมาตรฐานการจัดบริการอาชีวอนามัยและเวชกรรมสิ่งแวดล้อม เขตสุขภาพที่ 6 ปีงบประมาณ 2562. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ปี 2564; 19(1): 9–24.
10. เพชรสมร ไพระพะยอม และประจักษ์ บัวผัน. ปัจจัยที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพระดับตำบลของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 2556; 10(1): 11–22.
11. บุญเลิศ ศักดิ์ชัยนันท์ และโสภภาพรณ จิรนิติศัย. การพัฒนาการจัดบริการอาชีวอนามัยในสถานีนามัยสำหรับแรงงานนอกระบบ. วารสารควบคุมโรค 2554; 37(1): 1–8.
12. โสภภาพรณ จิรนิติศัย และสงกรานต์ ตีรีน. ต้นทุนการจัดบริการอาชีวอนามัยสำหรับเกษตรกรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดสุพรรณบุรี นครปฐม เพชรบุรี สมุทรสงคราม ประจวบคีรีขันธ์. วารสารควบคุมโรค 2559; 42(4): 290–303.

แนวปฏิบัติในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

Practical Guidelines for Driving the Development of Public Sector Management Quality Award (PMQA), Provincial Public Health Office

สิริพร สมชื่อ

Siriporn Somchue

กลุ่มพัฒนาระบบบริหาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

Public Sector Development Group, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health

Correspondence author E-mail: somchue12@yahoo.co.th

(Article submitted: December 3, 2021; final version accepted : January 4, 2022)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบผสมผสานนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา แนวปฏิบัติในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ศึกษาปัจจัยการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐและผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเชิงคุณภาพ ได้แก่ กลุ่มผู้บริหารและผู้รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ จำนวน 25 คน เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เจาะลึกสำหรับการศึกษาเชิงปริมาณ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวน 105 คน และผู้มารับบริการ จำนวน 150 คน เก็บข้อมูลในเดือนกรกฎาคม – กันยายน 2564 โดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ผลการศึกษา พบว่า แนวปฏิบัติในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้แก่ 1) ด้านการบริหารจัดการ ดำเนินการประกาศนโยบาย จัดทำคำสั่งเพื่อมอบภารกิจ ผู้บริหารร่วมดำเนินการเสริมพลัง สร้างแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติ กำหนดหน่วยงาน และผู้รับผิดชอบในแต่ละหมวด 2) ด้านการดำเนินการวิเคราะห์ตนเองและองค์กรตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ กำหนดหมวดในการดำเนินการ พัฒนาศักยภาพบุคลากร มุ่งเน้นการนำงานประจำมาดำเนินการประชุมและร่วมแก้ปัญหาเป็นระยะ ๆ 3) ด้านการกำกับ ติดตาม ประเมินผลให้มีการดำเนินการเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง ซึ่งในการดำเนินการพบว่า ปัจจัยด้านทัศนคติ ด้านการจัดองค์กร ด้านวัฒนธรรมองค์กร ด้านการสื่อสาร และด้านการสร้างแรงจูงใจ มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากรมีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ผลการดำเนินการพบว่าบุคลากรในการดำเนินการและผู้รับบริการมีค่าคะแนนเฉลี่ยความพึงพอใจอยู่ในระดับสูง จากผลการวิจัยนี้จึงควรใช้แนวปฏิบัติดังกล่าวเป็นแนวทางในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ สำหรับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอื่น ๆ ต่อไป

คำสำคัญ: แนวปฏิบัติ, การขับเคลื่อน, การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

Abstract

This mixed methods research aimed to study practice guideline for driving the development of Public Sector Management Quality Award (PMQA), the factors for the development PMQA and results of the development of PMQA of Maha Sarakham Provincial Public Health Office. The sample group of the qualitative study was management group and person responsible for improving PMQA, 25 persons. In-depth interview was used to collect data. For a quantitative study, the sample groups were 105 provincial public health office staffs, and 150 service providers. Data were collected during July to September 2021 by questionnaires. Qualitative data was analyzed by content analysis,

and quantitative data by descriptive statistics. The study results found that the practice guideline for driving the development of PMQA were; 1) Management: carried out policy announcements, made orders to deliver missions, executives co-operated, empower and motivate practitioners, assigned departments and the person responsible for each category. 2) Operation : self and the organization analysis according to PMQA criteria, set a category for implementation, developed personnel potential, focus on bringing routine tasks into action and regularly meet and participate in problem solving. 3) Directing, Monitoring, Evaluation: doing regularly and continuously and the operation, it was found the high average score of these factors, attitude, organization corporate, culture, communication and motivation. Whereas the participation of personnel was at a moderate level. The results of the operation found that personnel in operation and service recipients had the average score at a high level of satisfaction. According to the results, this practice guideline for the development of PMQA should be used other provincial public health offices.

Keywords: Practice Guidelines, Driving, Public Sector Management Quality Award (PMQA)

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมและเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นทั่วโลก อาทิ เทคโนโลยีที่ทันสมัย การเข้าถึงบริการต่าง ๆ ได้ง่าย การได้รับข้อมูลข่าวสารที่รวดเร็ว กว้างขวาง ฯลฯ ส่งผลต่อความคาดหวัง ความต้องการของประชาชน เช่น การให้บริการที่สะดวกรวดเร็ว เข้าถึงได้ง่าย ทันสมัย ดังนั้น การปรับปรุงระบบราชการจึงมีความสำคัญและจำเป็น เพื่อให้การบริหารราชการในปัจจุบันมีความสอดคล้องกับความเป็นจริงในสังคม เศรษฐกิจ และความต้องการของประชาชนที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการที่เปลี่ยนแปลงและตอบสนองความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการได้อย่างเต็มที่⁽¹⁾ ซึ่งการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (Public Sector Management Quality Award : PMQA) เป็นเป้าหมายสำคัญของการพัฒนาระบบราชการไทยที่ต้องการให้หน่วยงานภาครัฐมีการยกระดับคุณภาพมาตรฐานการทำงานไปสู่ระดับมาตรฐานสากล⁽²⁾ และเป็นแนวทางในการปรับปรุงการบริหารจัดการองค์กร⁽³⁾ นอกจากนี้ยังเป็นการดำเนินการให้สอดคล้องกับพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ซึ่งทำให้ประชาชนได้รับการอำนวยความสะดวกและได้รับการตอบสนองความต้องการผลลัพธ์สุดท้ายเพื่อให้ประชาชนได้รับการบริการที่มีคุณภาพ⁽⁴⁾

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กร โดยนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) มาใช้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการพัฒนาองค์กร มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 จนถึงปัจจุบัน อย่างต่อเนื่อง ขยายการดำเนินการดังกล่าวไปสู่ราชการส่วนภูมิภาคในสังกัด คือสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ (สสอ.) เพื่อบูรณาการการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดและเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยได้กำหนดให้ส่วนราชการดำเนินการภาคบังคับปีละ 2 หมวด ทั้งนี้ ปัญหาที่พบในการดำเนินการนั้น ส่วนใหญ่พบว่ามีปัญหาในการขับเคลื่อนงาน คือ ผู้บริหารขาดการมีส่วนร่วม ขาดการดำเนินการอย่างต่อเนื่องจริงจัง ผู้ปฏิบัติมีการดำเนินการบางส่วน บางหน่วยงานไม่ได้ดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่อง ซึ่งปัญหาในการขับเคลื่อนนี้เป็นปัญหาที่สำคัญที่จะนำไปสู่ความสำเร็จและมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม เป็นหน่วยงานที่ดำเนินการดังกล่าวได้ดี มีความเข้มแข็งเกิดผลในทางปฏิบัติที่สามารถนำมาเป็นแบบอย่างและเป็นแนวทางให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่าง ๆ ได้ ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จึงได้ศึกษาแนวปฏิบัติในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อนำไปเป็นแนวปฏิบัติในการขับเคลื่อนงานการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรให้กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดต่าง ๆ รวมทั้งหน่วยงานในลักษณะเดียวกัน (ของกรมต่าง ๆ)

ให้เกิดคุณภาพที่ดีในการบริหารงาน ส่งผลต่อคุณภาพการให้บริการตรงตามความต้องการของประชาชน เกิดการพัฒนาองค์กรที่ยั่งยืนและเป็นองค์กรสมรรถนะสูงต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
2. เพื่อศึกษาปัจจัยการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

วิธีการศึกษา

ดำเนินการศึกษาวิจัยแบบผสมวิธี (Mixed-Method Research) เป็นแบบการศึกษาคนละเวลากัน (Sequential) โดยใช้การวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) และตามด้วยการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative research)

การวิจัยเชิงคุณภาพ ใช้เพื่อการศึกษาแนวปฏิบัติในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก (In-depth interview) ตามแนวทางการสัมภาษณ์ในประเด็นการขับเคลื่อนการพัฒนา PMQA การเสริมพลังและการสร้างแรงจูงใจให้บุคลากรในการดำเนินการ จากกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้จากการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive selection) จำนวน 25 คน ดังนี้ 1) กลุ่มผู้บริหาร ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (1 คน) หัวหน้ากลุ่มงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกคน (5 คน) และตัวแทนสาธารณสุขอำเภอ (3 คน) รวม 10 คน 2) ผู้รับผิดชอบการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ รวมจำนวน 15 คน ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลในเดือน กรกฎาคม-กันยายน 2564 ผู้วิจัยและคณะได้ใช้การตรวจสอบข้อมูลในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูลควบคู่กันไป โดยตรวจสอบว่าครอบคลุมหรือไม่ (Saturation) ตรงตามวัตถุประสงค์ของการวิจัยเพียงพอหรือไม่ โดยใช้วิธีการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation) วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหาและค้นหาประเด็น (Content and thematic analysis)

การวิจัยเชิงปริมาณ ใช้เพื่อศึกษาปัจจัยการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ โดยใช้แบบสอบถามใน 2 กลุ่ม คือ 1) กลุ่มเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม (ผู้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ) ซึ่งมีทั้งสิ้น 142 คน คำนวณขนาดตัวอย่างจากสูตร Yamane⁽⁵⁾ ได้จำนวน 105 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายด้วยวิธีการจับสลากจากทะเบียนเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานที่ สสจ. มหาสารคาม ในปี 2564 และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย 2) กลุ่มผู้มารับบริการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ได้แก่ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้มารับบริการและกลุ่มประชาชนผู้รับบริการ ทั้งหมด จำนวน 150 คน ซึ่งได้จากการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง โดยมีลักษณะกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ 2.1) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้มารับบริการเป็นเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานนอกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามทุกคนที่มาติดต่อประสานงาน หรือรับบริการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามในเวลาราชการ ระหว่างเดือนกรกฎาคม-กันยายน 2564 และยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย จำนวน 47 คน 2.2) กลุ่มประชาชนผู้มารับบริการที่กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามทุกคนที่ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษาวิจัย ระหว่างเดือนกรกฎาคม 2564-กันยายน 2564 จำนวน 103 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

1. แบบสอบถามที่ให้ตอบคำถามด้วยตนเองสำหรับเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีด้วยกัน 3 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ บทบาทที่ปฏิบัติหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และระยะเวลาปฏิบัติงานที่ สสจ. มหาสารคาม ลักษณะคำถามเป็นแบบปลายปิด หรือ

เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้ จำนวน 8 ข้อ ส่วนที่ 2 ปัจจัยการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ได้แก่ ทศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (7 ข้อ) การจัดองค์กรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (5 ข้อ) วัฒนธรรมองค์กร (4 ข้อ) การสื่อสารในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (5 ข้อ) การสร้างแรงจูงใจ (4 ข้อ) และการมีส่วนร่วมของบุคลากร (8 ข้อ) รวมทั้งสิ้น 33 ข้อ โดยมีข้อคำถามแบบลิเคิร์ต (Likert scale) 5 ตัวเลือก ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) จำนวน 10 ข้อ 5 ตัวเลือก มีเกณฑ์การประเมินความพึงพอใจ ในแต่ละเรื่อง และภาพรวม 3 ระดับ⁽⁶⁾ คือ คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00 = ระดับสูง คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.67 = ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 = ระดับต่ำ

2. แบบสอบถามสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้มารับบริการและประชาชนผู้รับบริการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับประเภทผู้รับบริการ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ และบริการที่รับ ลักษณะคำถามเป็นแบบคำถามปลายปิด หรือให้เติมข้อเท็จจริงในช่องว่างที่เว้นไว้จำนวน 7 ข้อ ส่วนที่ 2 ความพึงพอใจต่อการรับบริการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม แบบวัดมีลักษณะเป็นแบบลิเคิร์ต (Likert scale) จำนวน 15 ข้อ 5 ตัวเลือก ซึ่งมีเกณฑ์การประเมินความพึงพอใจต่อการรับบริการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามในแต่ละเรื่อง และภาพรวม 3 ระดับ⁽⁶⁾ คือ คะแนนเฉลี่ย 3.68–5.00 = ระดับสูง, คะแนนเฉลี่ย 2.34–3.67 = ระดับปานกลาง และคะแนนเฉลี่ย 1.00–2.33 = ระดับต่ำ เครื่องมือในการศึกษาวิจัยทั้งหมดได้ผ่านการตรวจสอบความตรงในเนื้อหา (Content validity) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และนำมาวิเคราะห์ความสอดคล้องภายใน (Internal consistency method) แบบครอนบาค อัลฟา (Cronbach's Alpha) ซึ่งแต่ละข้อคำถามมีค่าอยู่ระหว่าง 0.6–1.0 หลังจากนั้นนำเครื่องมือดังกล่าวไปทดลองใช้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดอื่น และผู้รับบริการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่มารับบริการก่อนเวลาที่ศึกษา จำนวนกลุ่มละ 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบวัดปัจจัยต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพ และแบบวัดความพึงพอใจต่อการดำเนินการพัฒนาคุณภาพในกลุ่มเจ้าหน้าที่ ได้ค่า 0.93 และ 0.96 ตามลำดับ และแบบวัดความพึงพอใจของผู้มารับบริการ = 0.91

การเก็บรวบรวมข้อมูล ในเดือนกรกฎาคม 2564–กันยายน 2564

การวิเคราะห์ข้อมูล เชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ Independent t- test

ผลการศึกษา

จากการศึกษาแนวปฏิบัติในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จากการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แนวปฏิบัติ ดังนี้

1. ด้านการบริหารจัดการ มุ่งเน้นให้เกิดการดำเนินการส่งเสริมและสร้างบรรยากาศในการทำงานที่ดี พร้อมทั้งสนับสนุนและร่วมดำเนินการ โดย

1.1 นำนโยบายการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์กรโดยนำเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) จากสำนักงานปลัดกระทรวงฯ โดยนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ประกาศให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ดำเนินการตามแนวทางเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และใช้เป็นเครื่องมือในการขับเคลื่อนการพัฒนาองค์กร

1.2 จัดทำคำสั่งคณะกรรมการ / คณะทำงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐระดับจังหวัด และอำเภอซึ่งจะมีเลขานุการในแต่ละระดับเป็นผู้ประสาน เสนอเรื่อง แนวทางในการดำเนินการ ต่อคณะกรรมการ / คณะทำงานพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของแต่ละหน่วยทราบหรือพิจารณา

1.3 ผู้นำสูงสุดขององค์กร (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด) ร่วมดำเนินการ หรือมอบหมายผู้บริหารระดับรองร่วมดำเนินการ พร้อมกันนี้มีการเสริมพลัง สร้างแรงจูงใจให้ผู้ปฏิบัติ โดยอาจจัดให้มีรางวัล / การสร้างแรงจูงใจแก่เจ้าหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การ อาทิ พิจารณาความดีความชอบให้เป็นกรณีพิเศษ หรือรางวัลเชิดชูเกียรติต่าง ๆ ตามความเหมาะสม

1.4 แบ่งหน่วยงาน / หรือผู้รับผิดชอบในการดำเนินการในแต่ละด้านตามศักยภาพและความเหมาะสมและมีผู้บริหารเข้าร่วมในแต่ละหมวด

2. ด้านการดำเนินการ มุ่งเน้นการนำงานที่ทำมาพัฒนาให้เกิดผลสำเร็จยิ่งขึ้น หรือการแก้ปัญหาที่สำคัญขององค์การ โดยทุกคนมีส่วนสำคัญในการแก้ปัญหาพร้อมกันด้วยการมีส่วนร่วมและบูรณาการงานร่วมกัน ทำให้เกิดการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องงานเกิดผลสำเร็จ ผู้ดำเนินการมีความสุข ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ และองค์การเกิดภาพลักษณ์ที่ดี เป็นที่ยอมรับต่อสังคม โดย

2.1 จัดให้มีการวิเคราะห์ตนเองและองค์กรตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ในแต่ละหมวด และปัญหาที่สำคัญขององค์กรและนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาตัดสินใจ / วางแผนร่วมกัน

2.2 การพิจารณาการดำเนินการในบางหมวดของเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐในแต่ละปีให้เจ้าหน้าที่ทุกท่านได้ร่วมดำเนินการไปด้วยกัน โดยยึดหลักการมีส่วนร่วม และการบูรณาการงานร่วมกัน โดยมีผู้บริหารเข้าร่วมดำเนินการในทุกหมวด / กิจกรรม

2.3 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินการในแต่ละหมวดร่วมกัน โดยกำหนดกติกาการยอมรับฟังอย่างสร้างสรรค์ เคารพในความคิดเห็นที่ต่างกัน ตามหลักประชาธิปไตย พร้อมทั้งนำองค์ความรู้และข้อคิดเห็นที่ยอมรับกันไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม ตลอดจนมีการปรับปรุง พัฒนาการเรียนรู้อย่างไม่สิ้นสุด

2.4 จัดประชุมการดำเนินการ และร่วมกันแก้ปัญหาเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยดำเนินการยึดหลักการปฏิบัติจริงมากกว่าการจัดทำเอกสาร ทั้งนี้ ควรจัดให้มีการสื่อสาร แลกเปลี่ยนกันอย่างต่อเนื่อง

2.5 มุ่งเน้นการนำงานประจำมาดำเนินการโดยประยุกต์ใช้แนวทางในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการองค์การมาเป็นเครื่องมือในการพัฒนางาน ที่ทำให้งานเกิดผลสำเร็จ ผู้ดำเนินการมีความสุข ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ และองค์การเกิดภาพลักษณ์ที่ดี เป็นที่ยอมรับต่อสังคม

3. ด้านการกำกับ ติดตาม ประเมินผล โดยการประชุมติดตามการดำเนินการเป็นระยะ ๆ ทุก 1-2 เดือน เพื่อให้ทราบว่าได้ดำเนินการบรรลุเป้าหมาย หรือต้องเพิ่มเติมการดำเนินงานในส่วนไหน หากผลการดำเนินงานยังไม่บรรลุเป้าหมาย จะพิจารณาหาสาเหตุแก้ไขปัญหายังต่อเนื่อง และนำไปสู่ความสำเร็จที่วางไว้โดยมีการกำกับ ติดตาม รายงานผลสำเร็จ และร่วมช่วยเหลือปัญหาในการดำเนินการเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยมีการรายงานผลตั้งแต่กลุ่มผู้ปฏิบัติ ตลอดจนกลุ่มผู้บริหาร

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

1. ผู้บริหารสูง (นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด) ให้ความสำคัญ กำหนดเป็นนโยบายให้หน่วยงานบริหารดำเนินการ และร่วมดำเนินการ

2. ผู้บริหาร (รอง นพ. สาธารณสุขจังหวัดและหัวหน้ากลุ่ม) ร่วมดำเนินการและรับผิดชอบในแต่ละหมวด / กิจกรรม

3. การดำเนินการมุ่งเน้นการพัฒนาคุณภาพงานที่ดำเนินการอยู่หรือปัญหาขององค์กร ซึ่งผู้ดำเนินการเป็นผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย

4. ผู้บริหารมีการเสริมพลังและสร้างแรงจูงใจเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง

5. ผู้รับผิดชอบงาน PMQA มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง

การศึกษาข้อมูลเชิงปริมาณถึงปัจจัยการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) และผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

1. กลุ่มผู้ดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

ลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.52 เป็นเพศหญิง มีอายุ 30–39 ปี ร้อยละ 43.81 รองลงมาอายุ 40–49 ปี ตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป และน้อยกว่า 30 ปี ร้อยละ 21.90, 20.95 และ 13.34 ตามลำดับ โดยเฉลี่ย มีอายุ 39.63 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 60.00 มีสถานภาพสมรส ร้อยละ 76.19 มีการศึกษาระดับปริญญาตรี ทั้งนี้ บุคลากร ส่วนใหญ่ ร้อยละ 75.24 เป็นข้าราชการ ประเภทของการปฏิบัติงาน พบว่า ร้อยละ 92.38 เป็นผู้ปฏิบัติ และร้อยละ 7.62 เป็นผู้บริหาร โดยมีหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ คือ เป็นผู้ดำเนินการ ร้อยละ 52.38 และเป็น คณะกรรมการ / คณะทำงาน ร้อยละ 47.62 บุคลากรส่วนใหญ่ ร้อยละ 66.67 ปฏิบัติงานที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มหาสารคาม น้อยกว่า 10 ปี โดยเฉลี่ยปฏิบัติงาน 8.90 ปี

ปัจจัยการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของบุคลากรสำนักงานสาธารณสุข จังหวัดมหาสารคาม กลุ่มตัวอย่าง พบว่า โดยรวมมีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ($\bar{X} = 3.98$, S.D. = 0.47) เมื่อพิจารณา ปัจจัยการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ในแต่ละด้าน พบว่า ด้านทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐ ($\bar{X} = 4.16$, S.D. = 0.41) ด้านการจัดองค์กรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ($\bar{X} = 4.36$, S.D. = 0.43) ด้านวัฒนธรรมองค์กร ($\bar{X} = 3.87$, S.D. = 0.56) ด้านการสื่อสารในการพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐ ($\bar{X} = 3.95$, S.D. = 0.66) และด้านการสร้างแรงจูงใจต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ($\bar{X} = 3.97$, S.D. = 0.71) มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ส่วนด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐ ($\bar{X} = 3.67$, S.D. = 0.83) มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง

เมื่อพิจารณาปัจจัยการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐในแต่ละเรื่องของแต่ละด้าน พบว่า ด้านการ จัดองค์กรในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ด้านการสื่อสารในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ด้าน การสร้างแรงจูงใจต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ และด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากรในการพัฒนาคุณภาพ การบริหารจัดการภาครัฐ พบว่า มีค่าคะแนนเฉลี่ยในระดับสูง ส่วนด้านทัศนคติต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการ ภาครัฐ ในเรื่องการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ เป็นการเพิ่มภาระงาน มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.41$, S.D. = 0.25) และ สสจ.ไม่จำเป็นต้องพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ มีคะแนนเฉลี่ยอยู่ในระดับต่ำ ($\bar{X} = 2.33$, S.D. = 0.52) และด้านวัฒนธรรมองค์กรในเรื่อง สสจ. ควรปรับปรุงวัฒนธรรมองค์กร มีค่าคะแนนเฉลี่ยอยู่ ในระดับปานกลาง ($\bar{X} = 2.49$, S.D. = 1.00)

ความพึงพอใจต่อการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของบุคลากรผู้ดำเนินการ พบว่า โดยรวมบุคลากร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม มีความพึงพอใจในระดับสูง ($\bar{X} = 3.93$, S.D. = 0.63) พบว่า มีความพึงพอใจสูง ใน 3 ลำดับแรก เรื่อง การกำหนดทิศทางการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของ สสจ. ($\bar{X} = 4.10$, S.D. = 0.70) การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของ สสจ. ($\bar{X} = 4.07$, S.D. = 0.68) และประโยชน์ที่เกิดขึ้นจาก การดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ($\bar{X} = 4.05$, S.D. = 0.75)

2. กลุ่มผู้ได้รับผลจากการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

ลักษณะส่วนบุคคลของผู้รับบริการกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้รับบริการ ร้อยละ 68.67 เป็นประชาชน ร้อยละ 31.33 เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในกลุ่มประชาชนผู้รับบริการ พบว่า ร้อยละ 66.99 เป็นเพศหญิง มีอายุ 30–39 ปี ร้อยละ 39.81 รองลงมาอายุน้อยกว่า 30 ปี, 40–49 ปี, 50–59 ปี และตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 24.27, 16.50, 14.56 และ 4.85 ตามลำดับโดยเฉลี่ยมีอายุ 37.84 ปี ร้อยละ 53.40 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 73.79 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ร้อยละ 48.54, 22.33 และ 17.48 มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว รับราชการ และค้าขาย มารับบริการขอข้อมูล / เอกสารความรู้ต่าง ๆ ขอใบอนุญาตตนวด ติดต่อราชการ ขอรับคำปรึกษาและร้องเรียน ร้อยละ 33.01, 30.10, 18.45, 6.80, 5.83 และ 5.83 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ร้อยละ 55.32 เป็นเพศชาย มีอายุ 40–49 ปี ร้อยละ 38.30 รองลงมา อายุ 30–39 ปี, 50–59 ปี, น้อยกว่า 30 ปี และตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ร้อยละ 36.17, 14.89, 8.51 และ 2.13 ตามลำดับ โดยเฉลี่ยมีอายุ 41.57 ปี ร้อยละ 57.45 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 95.74 มีการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือสูงกว่า ทั้งนี้ ทั้งหมดรับราชการ และเป็นผู้นำติดต่อราชการถึงร้อยละ 93.62

ผลการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของผู้รับบริการ โดยรวมผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับสูง ($\bar{X} = 4.27$, S.D. = 0.53) เมื่อพิจารณาความพึงพอใจในกลุ่มประชาชน และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับสูง ($\bar{X} = 4.28$, S.D. = 0.48 และ $\bar{X} = 4.24$, S.D. = 0.63) เมื่อเปรียบเทียบความพึงพอใจโดยรวมระหว่างกลุ่มประชาชน กับกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข พบว่า ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ ($p = 0.700$) แสดงว่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคามมีการให้บริการที่ก่อให้เกิดความพึงพอใจในระดับสูงในกลุ่มประชาชน และกลุ่มเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ใกล้เคียงกัน (ตาราง 1)

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม จำแนกรายกลุ่ม และโดยรวม ($n = 150$)

รายการ	ประชาชน ($n = 103$)			จนท.สาธารณสุข ($n = 47$)			โดยรวม ($n = 150$)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้ารับ									
บริการ	4.34	0.51	สูง	4.36	0.64	สูง	4.35	0.55	สูง
การตอบข้อซักถามหรือข้อสงสัย									
ต่าง ๆ ได้	4.37	0.48	สูง	4.32	0.72	สูง	4.35	0.56	สูง
มีข้อมูลที่เป็นประโยชน์ในการ									
ให้บริการ	4.36	0.48	สูง	4.30	0.72	สูง	4.34	0.56	สูง
การให้บริการอย่างเป็นกันเอง	4.30	0.50	สูง	4.36	0.64	สูง	4.32	0.54	สูง
ความใส่ใจต่อการให้บริการของ									
เจ้าหน้าที่	4.35	0.51	สูง	4.26	0.736	สูง	4.32	0.59	สูง
มีข้อมูลที่ทันสมัย ทันต่อเวลาและ									
สถานการณ์	4.33	0.49	สูง	4.23	0.69	สูง	4.30	0.56	สูง

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับความพึงพอใจของผู้รับบริการที่สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดมหาสารคาม จำแนกรายกลุ่ม และโดยรวม (n = 150) (ต่อ)

รายการ	ประชาชน (n = 103)			จนท.สาธารณสุข (n = 47)			โดยรวม (n = 150)		
	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ	$\bar{X}$	S.D.	ระดับ
ขั้นตอนในการให้บริการที่ไม่เยอะ									
และไม่ยุ่งยาก	4.28	0.53	สูง	4.26	0.67	สูง	4.27	0.57	สูง
การรับฟังความคิดเห็น และข้อ									
เรียกร้องต่าง ๆ	4.29	0.53	สูง	4.21	0.62	สูง	4.27	0.56	สูง
การให้ข้อมูลต่าง ๆ ได้อย่างรวดเร็ว	4.32	0.54	สูง	4.15	0.69	สูง	4.27	0.59	สูง
ความโปร่งใส ซื่อสัตย์ สุจริต	4.34	0.49	สูง	4.13	0.82	สูง	4.27	0.62	สูง
การบริการอย่างเท่าเทียมกัน	4.20	0.53	สูง	4.34	0.63	สูง	4.25	0.56	สูง
การให้บริการด้วยความเสมอภาค	4.21	0.51	สูง	4.26	0.73	สูง	4.23	0.59	สูง
การอำนวยความสะดวกและ									
ให้บริการได้อย่างรวดเร็ว	4.17	0.57	สูง	4.28	0.71	สูง	4.20	0.62	สูง
มีจำนวนผู้ให้บริการที่เพียงพอ	4.22	0.57	สูง	4.15	0.75	สูง	4.20	0.63	สูง
การให้บริการด้วยความรวดเร็ว	4.17	0.60	สูง	4.06	0.79	สูง	4.14	0.66	สูง
ความพึงพอใจโดยรวม	4.28	0.48	สูง	4.24	0.63	สูง	4.27	0.53	สูง
$t = -0.427 \text{ df} = 71.693 \text{ p} = 0.700$									

อภิปรายผล

จากการศึกษา แนวปฏิบัติในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัด ได้มาจากการดำเนินการจริงในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ ของสำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดมหาสารคาม โดยมีปัจจัยในการดำเนินการด้านทัศนคติ ด้านการจัดองค์กร ด้านการสื่อสาร ด้านการสร้างแรงจูงใจ
และด้านการมีส่วนร่วมของบุคลากร ในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ อยู่ในระดับสูง ทำให้เกิดผลจากการ
ขับเคลื่อน คือ ทั้งผู้ดำเนินการและผู้รับบริการมีความพึงพอใจในระดับสูง ซึ่งสิ่งสำคัญที่ทำให้เกิดผลสำเร็จ คือ ผู้นำให้ความ
สำคัญเป็นผู้นำการดำเนินการด้วยตนเอง อีกทั้ง มอบหมายให้ผู้บริหารในระดับต่าง ๆ เข้าไปร่วมในการดำเนินการในแต่ละ
หมวด / กิจกรรม ดำเนินการโดยยึดหลักการมีส่วนร่วมและการบูรณาการงาน มีการสร้างแรงจูงใจให้คนทำงานเกิดขวัญ
กำลังใจที่ดี เน้นการนำปัญหาในการปฏิบัติงาน / ปัญหาในองค์กรที่เป็นปัญหาร่วมกันมาดำเนินการ โดยยึดหลักการปฏิบัติ
จริงมากกว่าการทำเอกสารในการพัฒนาคุณภาพ อีกทั้ง มีการกำกับ ติดตามและประเมินผลเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้
ผู้นำหรือผู้บังคับบัญชาเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการนำพาองค์กรสู่ความสำเร็จ ทำให้บุคลากรในองค์กรเกิดความมุ่งมั่น
โดยผู้นำจะเป็นผู้เสริมสร้างการทำงานให้เกิดขึ้น ทำให้องค์กรประสบความสำเร็จเป็นผู้นำผู้จูงใจผู้อื่นให้
ปฏิบัติตาม รวมทั้งเป็นผู้ที่มีอำนาจโดยหน้าที่ทั้งโดยตรงและโดยอ้อมเพื่อนำกลุ่มประกอบกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง ดังนั้น
ผู้นำจึงเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญที่จะนำพาองค์กรสู่ความสำเร็จ⁽⁷⁾ นอกจากนี้ การดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมก็เป็นสิ่งสำคัญ
เพราะในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ หากกลุ่มงานหรือบุคคลทำอยู่ฝ่ายเดียวก็เกิดความเสี่ยง

สำเร็จได้ยากหรือได้น้อย หรือช้า เพราะการดำเนินการในภาครัฐซึ่งเป็นภาคที่ใหญ่ เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน การดำเนินการแต่เพียงลำพังก็จะเกิดผลช้า และไม่เพียงพอต่อการพัฒนาองค์กร ทั้งนี้ การมีส่วนร่วมเป็นการเกี่ยวข้องทางจิตใจและอารมณ์ของบุคคลที่จะกระตุ้นให้เกิดการปฏิบัติ⁽⁸⁾ แสดงให้เห็นถึงความต้องการร่วม ความสนใจร่วม และมีความต้องการที่จะบรรลุเป้าหมายร่วมกัน ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จในการพัฒนาองค์กร⁽⁹⁾ ในส่วนของการกำกับ ติดตาม และประเมินผล ก็เป็นสิ่งจำเป็นและสำคัญ เป็นขั้นตอนที่จะช่วยให้การดำเนินการเป็นไปตามแผนที่วางไว้ และทำให้ทราบว่าการทำงานนั้นบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่เพียงใด มีการเบี่ยงเบนไปจากสิ่งที่คิดไว้หรือไม่ ถ้าเบี่ยงเบนจะได้หาวิธีปรับปรุงแก้ไขความคาดหวังกับการปฏิบัติจริงนั้น ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน ซึ่งการที่จะทราบถึงผลสัมฤทธิ์ของการดำเนินงาน จำเป็นจะต้องอาศัยกระบวนการติดตามและประเมินผล⁽¹⁰⁾ ซึ่งแนวปฏิบัติในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนี้ ได้ยึดแนวทางดังกล่าว ที่จะนำองค์การไปสู่การเป็นองค์กรคุณภาพนำไปสู่การเป็นองค์กรสมรรถนะสูง (High Performance Organization: HPO) ต่อไป

ในส่วนของความพึงพอใจต่อการรับบริการที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม พบว่า ผู้รับบริการทั้งในส่วน of ประชาชน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีความพึงพอใจในระดับสูง และสองกลุ่มนี้มีความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน เป็นเพราะในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐนั้น จะมุ่งเน้นที่ผู้มารับบริการเป็นหลัก มองถึงความต้องการของลูกค้าในแต่ละคน ให้บริการที่รวดเร็ว บริการด้วยมาตรฐานเดียวกันเสมอเหมือนกันทุกคน ทำให้ผู้รับบริการมีความพึงพอใจไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นไปตามแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติการ

1. ผู้บริหารควรกำหนดการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐเป็นนโยบายของหน่วยงาน และมอบหมายผู้บริหารระดับรองร่วมดำเนินการในแต่ละกิจกรรมอย่างใกล้ชิด
2. หน่วยงานควรจัดตั้งคณะกรรมการ / คณะทำงานในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ โดยให้ทุกกลุ่มงานมีส่วนร่วมดำเนินการและมีผู้บริหารเข้าร่วมในแต่ละหมวด
3. หน่วยงานควรมีแผนการพัฒนาศักยภาพด้านการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐเพื่อเป็นการเพิ่มพูนองค์ความรู้และศักยภาพที่นำไปสู่การปฏิบัติอย่างเป็นรูปธรรม
4. หน่วยงานควรมีการสร้างแรงจูงใจให้แก่เจ้าหน้าที่ที่มีส่วนร่วมในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ อาทิ พิจารณาความดีความชอบให้เป็นกรณีพิเศษ หรือรางวัลเชิดชูเกียรติต่าง ๆ
5. มุ่งเน้นการนำงานที่ทำมาพัฒนาให้เกิดผลสำเร็จยิ่งขึ้น หรือการแก้ปัญหาที่สำคัญขององค์กร ที่สามารถทำให้งานเกิดผลสำเร็จ ผู้ดำเนินการมีความสุข ผู้รับบริการมีความพึงพอใจ และองค์กรเกิดภาพลักษณ์ที่ดี เป็นที่ยอมรับต่อสังคม
6. มีการกำกับ ติดตาม และประเมินผลเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง โดยมีการรายงานผลตั้งแต่กลุ่มผู้ปฏิบัติ ตลอดจนถึงกลุ่มผู้บริหารเพื่อให้ทราบความก้าวหน้าในการดำเนินการ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขควรพิจารณานำแนวปฏิบัติในการขับเคลื่อนการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA) ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ได้จากการศึกษาในครั้งนี้ ไปเป็นแนวทางในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ สำหรับหน่วยงานในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารอ้างอิง

1. รัชชี ดิษฐจร และสุภัทรา เอื้อวงศ์. การศึกษาสภาพและปัญหาการบริหารจัดการคุณภาพของวิทยาลัย พยาบาล
สังกัดกระทรวงกลาโหมและสังกัดสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ตามเกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ.
วารสารพยาบาลตำรวจ 2559; 8(1): 107–115.
2. สุภา แก้วเกรียงไกร, กัลยาณี ประสมศรี, มณฑา ชาวโพธิ์ และวิสรารูปสวย. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากร
ในการพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ (PMQA). รายงานวิจัย. 2558.
3. ประกาศ เล่งพานิชย์. กระบวนการบริหารจัดการ การพัฒนาคุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐของ บุคลากรสาธารณสุข
สังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปทุมธานี. วารสารวิชาการสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม 2562; 3
(5) : 119–133.
4. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ. เกณฑ์คุณภาพการบริหารจัดการภาครัฐ พ.ศ. 2558. กรุงเทพฯ:
สำนักงาน ก.พ.ร. ; 2557.
5. Yamane, T. Statistics: An Introductory Analysis. London: John Weather Hill, Inc. ; 1967.
6. Best, J.W., & James, V.K. Research in education (5thed.) New Jersey: Prentice Hall Inc. ; 1986.
7. พรพิมล รัตนช้อน. ความสุขในการทำงาน และความผูกพันต่อองค์กร ของบุคลากรสำนักงาน สาธารณสุขจังหวัดกระบี่.
วารสารวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยทักษิณ 2562; 2(3): 13–25.
8. Newstorm, J.W. Organizational Behavior: Human Behavior at Work. New York: McGraw–Hill. 1993.
9. Stavenhagen, R. “Marginality, Participation Agarian Structure in Latin America.” Bulletin of the International
Institute of Labour Studies. 1970.
10. สมพิศ สุขแสน. CIPP Model: รูปแบบการประเมินผลโครงการ [อินเทอร์เน็ต]. 2021 [เข้าถึงเมื่อ 2021 พฤศจิกายน 15].
เข้าถึงได้จาก: <http://www.google.co.th/search?hl>.

ท้ายเล่ม

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารวิชาการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา ยินดีรับบทความวิชาการหรือรายงานผลวิจัยเกี่ยวกับโรคติดต่อ โรคไม่ติดต่อและภัยคุกคามสุขภาพ ตลอดจนผลงานควบคุมโรคต่าง ๆ โดยเน้นเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ หรือกำลังตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน ทุกผลงานวิชาการที่ลงตีพิมพ์เผยแพร่จะต้องผ่านการพิจารณาถ้อยแถลงจากผู้เชี่ยวชาญทางด้านเนื้อหาและรูปแบบการวิจัยจำนวน 2 ท่าน ที่จะช่วยพัฒนาต้นฉบับให้มีคุณภาพมากขึ้น ทั้งนี้ กองบรรณาธิการขอสงวนสิทธิ์ในการตรวจทานแก้ไขเรื่องต้นฉบับและพิจารณาตีพิมพ์ตามลำดับก่อนหลัง

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องเพื่อลงตีพิมพ์

1.บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนเป็นบทหรือตอนตามลำดับ ดังนี้ บทคัดย่อ บทนำ วัสดุ และวิธีการ ผลวิจารณ์ ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์

รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนิน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ผลสรุป กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

บทความพินิจ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้ หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทความย่อ บทนำ ความรู้ หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่น่าสนใจมาเขียน วิจารณ์ หรือวิเคราะห์ ความรู้หรือข้อมูลที่นำมาเขียน สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

รายงานการสอบสวนโรคฉบับสมบูรณ์ ประกอบด้วย ชื่อเรื่อง ผู้รายงานและทีมสอบสวนโรค บทคัดย่อ บทนำหรือความเป็นมา วัตถุประสงค์ วิธีการศึกษา ผลการสอบสวนโรค มาตรการควบคุมและป้องกัน วิจารณ์ผล ปัญหาและข้อจำกัดในการสอบสวน สรุป ข้อเสนอแนะ กิตติกรรมประกาศ เอกสารอ้างอิง

ย่อเอกสาร อาจย่อจากบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทยที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงตีพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นกะทัดรัด ให้ได้ใจความที่ครอบคลุมและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง โดยมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) ระบุมหาวิทยาลัยที่ทำงานให้ชัดเจน

บทคัดย่อ คือ การย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เขียนเฉพาะเนื้อหาที่จำเป็นระบบตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุมเป็นประโยคที่สมบูรณ์ และเป็นร้อยแก้วไม่แบ่งเป็นข้อ ๆ การเขียนบทคัดย่อควรมีส่วนประกอบดังนี้ วัตถุประสงค์ขอบเขตการวิจัยวิธีรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลและวิจารณ์ผล หรือข้อเสนอแนะ (อย่างย่อ) ไม่ต้องมีเชิงอรรถอ้างอิงเอกสารอยู่ในบทคัดย่อเนื้อหา ในบทคัดย่อทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษต้องสอดคล้องกัน ความยาวไม่เกิน 250 คำ ระบุนำสำคัญ 3-5 คำ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาที่ทำการศึกษาค้นคว้า กรณีเป็นการวิจัยต่อยอดจากผลการวิจัยก่อนหน้านี้ ควรระบุช่องว่างความรู้ที่ผู้วิจัยสนใจศึกษาเพื่อค้นหาคำตอบและแนวทางแก้ไข ระบุมหาวิทยาลัยการวิจัย สมมุติฐาน ขอบเขตการวิจัย

ระเบียบวิธีวิจัย อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล การสุ่มตัวอย่าง เครื่องมือที่ใช้ การวิเคราะห์ข้อมูลหรือการใช้สถิติที่นำมาประยุกต์

ผลการดำเนินงาน อธิบายข้อค้นพบที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเสนอหลักฐานและข้อมูลอย่างเป็นระบบ พร้อมทั้งแปลความหมายของข้อค้นพบต่าง ๆ

วิจารณ์ผล ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัย โดยใช้แนวคิดทฤษฎีประกอบการอธิบาย วิเคราะห์ผลการวิจัยว่าเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด ความสอดคล้องหรือความแตกต่างจากข้อค้นพบของงานวิจัยก่อนหน้านี้ โดยระบุแหล่งอ้างอิงที่สามารถสืบค้นเพิ่มเติมได้

บทสรุป (ถ้ามี) ควรเขียนเกี่ยวกับความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา วัตถุประสงค์ ขอบเขตการวิจัย วิธีการวิจัยสั้น ๆ รวมทั้งผลการวิจัย (สรุปให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่อาจนำผลงานการวิจัยไปใช้ให้เป็นประโยชน์หรือให้ข้อเสนอแนะ ประเด็นปัญหาที่สามารถปฏิบัติได้สำหรับการวิจัยต่อไป

เอกสารอ้างอิง ใช้รูปแบบแวนคูเวอร์ โดยใส่ตัวเลขในวงเล็บยกไว้หลังข้อความ หรือหลังชื่อบุคคลเจ้าของข้อความที่อ้างถึง โดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงลำดับแรก และเรียงต่อไปตามลำดับ ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม

3. รูปแบบการเขียนเอกสารอ้างอิง

3.1 การอ้างอิงวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ ประกอบด้วย

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

กรณีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน คั่นด้วยเครื่องหมายจุลภาค (,) แต่ถ้าเกินให้ใส่ชื่อสามคนแรก แล้วเติม et al.

ตัวอย่างการอ้างอิงบทความจากวารสาร (Articles in Journals)

Fisschl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of heterosexual partners in children household contacts of adult with ALDS, JAMA 1987; 25: 640-644.

ข. ภาษาไทย ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษ แต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนชื่อเต็ม ตามด้วยนามสกุล และใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

ธีระ รามสูตล, นิวัต มนตรีสุวัต, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช, และคณะ. อุบัติการณ์โรคเรื้อนระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิก จากวงศ์ต่างของผิวหนังผู้ป่วยโรคเรื้อนที่สงสัยเป็นโรคเรื้อน 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527; 10: 101-102.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

ก. การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา

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

ตัวอย่าง

Joman K. Tuberculosis case-finding and chemotherapy, Geneva: World Health Organization; 1979.

ข. การอ้างบทหนึ่งในหนังสือตำรา

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

ตัวอย่าง

ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การเคี้ยวของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัย บุญนาค, คุณหญิง ตระหนักจิต หิริมสุต, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: รวมทรรศน์; 2553: 115-120.

3.3 การอ้างอิงวิทยานิพนธ์

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

ตัวอย่าง

อังกา ศรีชัยรัตนกุล. การศึกษาเปรียบเทียบคุณภาพชีวิตของผู้เป็นโรคซึมเศร้าชนิดเฉียบพลันและชนิดเรื้อรัง [วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2543.

3.4 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

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

4. การส่งต้นฉบับ

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

4.2 การตั้งค่าหน้ากระดาษ ก้นหน้า (ซ้าย) ก้นหลัง (ขวา) บน-ล่าง 2.54 ซม. (Margins Normal) ระยะห่างระหว่างบรรทัด 1 ระยะ

4.3 การเขียนต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มากที่สุด ยกเว้น คำภาษาไทยที่แปลไม่ได้หรือแปลแล้วทำให้ใจความไม่ชัดเจน

4.4 ภาพประกอบ ถ้าเป็นภาพถ่ายเส้นต้องเขียนด้วยหมึกบนกระดาษหน้ามัน ถ้าเป็นภาพถ่ายควรเป็นภาพสไลด์ หรืออาจใช้ภาพโปสเตอร์ทดแทนได้ การเขียนคำอธิบายให้เขียนแยกต่างหากอย่าเขียนลงในรูป

4.5 การส่งบทความเพื่อตีพิมพ์ทางเว็บไซต์ ThaiJo

ขั้นตอนการส่งบทความ

1. เข้าไปที่เว็บไซต์ <http://www.tci-thaijo.org/index.php/ODPC9/index>

2. สมัครสมาชิก Register สร้าง Username และ Password สร้าง Profile จากนั้นเข้าสู่ระบบ login และไปยังขั้นตอนการ Submission

3. Submission คลิก New Submission

ขั้นตอนที่ 1 เลือกทุกช่องทางเพื่อเป็นยืนยันว่าบทความของท่านเป็นไปตามเงื่อนไขที่วารสารกำหนด

ขั้นตอนที่ 2 อัปโหลดบทความเป็นไฟล์ .doc หรือ .docx

ขั้นตอนที่ 3 กรอกรายละเอียดข้อมูลต่าง ๆ สำหรับบทความของท่าน เช่น ข้อมูล Author, Title, Abstract, Keywords, Reference

ขั้นตอนที่ 4 ยืนยันการส่งบทความ

ขั้นตอนที่ 5 เสร็จสิ้นการ Submission และเข้าสู่กระบวนการตรวจสอบโดยบรรณาธิการ (Editor)

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้ กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้นิพนธ์ทราบ

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับการพิจารณาลงพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบ

5.3 เรื่องที่ได้รับการพิจารณาดีพิมพ์ กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบและทำหนังสือรับรองการตีพิมพ์ส่งให้ผู้นิพนธ์ทางไปรษณีย์

บทบาทและหน้าที่ของผู้นิพนธ์

1. ผู้นิพนธ์ต้องรับรองว่าผลงานที่ส่งมานั้นเป็นผลงานใหม่และไม่เคยตีพิมพ์ที่ไหนมาก่อน
2. ผู้นิพนธ์ต้องรายงานข้อเท็จจริงที่เกิดขึ้นจากการทำวิจัย ไม่บิดเบือนข้อมูล
3. ผู้นิพนธ์ต้องอ้างอิงผลงานของผู้อื่น หากมีการนำผลงานเหล่านั้นมาใช้อ้างอิงในผลงานของตน
4. ผู้นิพนธ์ต้องเขียนบทความวิจัยให้ถูกต้องตามรูปแบบที่กำหนดไว้ใน “คำแนะนำสำหรับผู้เขียน”
5. ผู้นิพนธ์ที่มีชื่อปรากฏในบทความทุกคน ต้องเป็นผู้ที่มีส่วนในการดำเนินการวิจัยจริง

บทบาทหน้าที่ของกองบรรณาธิการ

1. บรรณาธิการวารสารมีหน้าที่พิจารณาคุณภาพของบทความ เพื่อตีพิมพ์เผยแพร่ในวารสารที่ตนรับผิดชอบ
2. บรรณาธิการต้องไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้นิพนธ์ และผู้ประเมินบทความ
3. บรรณาธิการต้องไม่ปฏิเสธการตีพิมพ์บทความเพราะความสงสัยหรือไม่แน่ใจ

บทบาทและหน้าที่ของผู้ประเมินบทความ

1. ผู้ประเมินบทความต้องรักษาความลับและไม่เปิดเผยข้อมูล
2. ผู้ประเมินบทความควรประเมินบทความในสาขาวิชาที่ตนมีความเชี่ยวชาญ
3. ผู้ประเมินบทความต้องระบุผลงานวิจัยที่สำคัญและสอดคล้องกับบทความที่กำลังประเมิน แต่ผู้นิพนธ์ไม่ได้อ้างถึง

หมายเหตุ: วารสารมีระบบการตรวจสอบการลอกเลียนวรรณกรรมทางวิชาการ โดยโปรแกรมอักขรวิสุทธิ หากตรวจพบการคัดลอกมากกว่าร้อยละ 30 ทางวารสารจะแจ้งให้ดำเนินการแก้ไข หรือไม่รับพิจารณาตีพิมพ์