วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

ปีที่ 13 ฉบับที่ 3 กันยายน – ธันวาคม 2563 VOL.13 NO.3 September – December 2020

สารบัญ

รายงานการวิจัย **หน้า**

ความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 1
สุรัตน์ ทิพย์วัฒน์ , พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย

บรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี 11
วิศรุต กาลเขว้า , ชนะพล ศรีฤาชา

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดศรีสะเกษ 19
ธนา คลองงาม , ชนัชชา อุปฮาด

การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ 27
อริยฉัฏร กาฬหว้า , จักรกฤษณ์ พลราชม

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคแทรกซ้อนในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ 36
พุทธรักษ์ ดีสิน , ศุภศิลป์ ดีรักษา

โมเดลเชิงสาเหตุของการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพในเขตตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง 42
ยงยุทธ แก้วเต็ม , ณัฏฐ์ฐภรณ์ ปัญจขันธ์, อุษณีย์ วรรณาลัย, ยุพา ฟูชื่น

ความพร้อมของชุมชนในการทำงานเชิงหุ้นส่วนระหว่างภาคสุขภาพและภาคสังคมในการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดลำปาง 52
ประยุทธ ศรีกระจ่าง , ภัทรภรณ์ กิตติไชยากร , ถาวร ล่อกา , จันทร์ธิลา ศรีกระจ่าง

ทัศนคติของประชาชนในชุมชนเขตเมืองที่มีต่อสถานกักกันโรคแห่งรัฐทางเลือกสำหรับบุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เข้าข่ายเสี่ยงการติดเชื้อไวรัสโคโรนา หรือ COVID-19 กรณีศึกษา ชุมชนรอบมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร 60
เจษฎานันท์ เวียงนนท์ , สาธิต ศรีสถิตย์ , ธเรศ ศรีสถิตย์, อนัญญา โพธิ์ประดิษฐ์ , ปธานิน แสงอรุณ

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ในจังหวัดนครพนม 67
วลัยกรณ์ หงษ์ชัย, จักรกฤษณ์ พลราชม

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา 77
วันทนา ทวีธนาปภาวี , สุดถนอม ปิตตาทะโน

การพัฒนารูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตรโดยใช้ สำอางโมเดล สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25 86
ประวิทย์ กาสา ,บุญจุฑา สิริกุล ,อดิศักดิ์ มุ่งชู

การประเมินระบบเฝ้าระวังวัณโรค ภายใต้บริบทนครชัยศรีโมเดล จังหวัดนครปฐม ปีงบประมาณ 2561 100
ยุทธกรานต์ ชินโสตร

ผลของการเสริมพลังและการให้คุณค่าต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลสำโรง อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี 109
ชานนท์ พันธ์นิกุล

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี 117
ธานินทร์ ไชยานุกูล

ความไวและความจำเพาะของแบบคัดกรองความเสี่ยงเบาหวานของประเทศของไทยโดย วิชัย เอกพลากรและคณะ (รามา)4 และความไวและความจำเพาะของแนวทางคัดกรองเบาหวานในปัจจุบัน ในตำบลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี 122
จักรวาล หารไชย

ผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โรงพยาบาลยโสธร 128
ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ ความสามารถในการดูแล และการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสตูล 136
นัยนา ธัญธาดาพันธ์ , เรณุการ์ ทองคำรอด , บุญทิพย์ สิริธรังศรี

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด 147
ตรึงตรา โพธิ์อามาตร์ และ นิรุวรรณ เทิร์นโบล์

การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่ 156
พัชราภาญจน์ คงทวีพันธ์

ความคิดเห็นของประชาชนต่อโรงงานพลาสติกอัดเม็ดตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ 165
บุญเลิศ วงค์โพธิ์ , วินัย วีระวัฒนานนท์, สิรินดา คลี่สุนทร

วิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
RESEARCH AND DEVELOPMENT HEALTH SYSTEM JOURNAL

สารบัญ (ต่อ)

รายงานการวิจัย **หน้า**

ความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติต่อการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบ้านบนเขาแก่งเรียง อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี 170
นภัสพร ทองพราย, ประภาพร ชุลีลัง, ปัญญา หมั่นเก็บ

การสนับสนุนของหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ คลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7 180
สุกัญญา ชัยภูมิ , พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย

การพัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลท่าแร่ อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร 187
ปนัดดา ทรัพย์แสนยากร

บุหรี่ไฟฟ้า : มุมมองจากประสบการณ์การสูบของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น 195
รุจี จารุภาชน์

ผลกระทบต่อสุขภาพและระดับความรุนแรงของการรับสัมผัสกลิ่นจากโรงงานยางพาราในช่วงระยะทางและเวลาที่ต่างกันในพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดอุตรธานี ... 204
ไพรัตน์ อุตราช , กาญจนา นาถะพินธุ

ประสิทธิผลของการรักษาอาการปวดหลังเรื้อรังด้วยการแพทย์บูรณาการในคลินิกโรคจากการทำงานโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ 210
พงศ์ธีระ ทวีศักดิ์

การตีตราทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของบุคลากรหลักสูตรทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น 221
วัชรพล วรรรศน์ เถาว์พันธ์ , จุฬนาริน วิทยวรรณกุล

ผลของรูปแบบการจัดการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด 231
กชพร นะราธร , เรณุกา ทองคำรอด , กชพงศ์ สารการ

ปัจจัยคัดสรรทำนายประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 8 241
อมรรัตน์ สำอางเนตร ,รัชตวรรณ ศรีตระกูล

กระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร 249
สุทธิดา พิมพ์เพ็ง , เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์

การพัฒนาการรับรู้ความสามารถเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาดสมบูรณ์ จังหวัดร้อยเอ็ด 260
อารีย์ เพ็ญสุวรรณ , นันทิยา ประดิษฐ์

การพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู 273
ฐิติญาภรณ์ บุญแจ้ง ,เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์

รูปแบบการบริหารกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติเพื่อสนองตอบพระบรมราโชบาย พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 10 285
ประวิทย์ กาสา ,บุญจุฑา สิริกุล ,อดิศักดิ์ มุ่งชู

การศึกษาความคิดอัตโนมัติด้านลบและภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยยาเสพติด 297
ธิดารัตน์ ห้วยทราย และวิจิตร แผ่นทอง

ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด 305
กิ่งเพชร แก้วสิงห์ ,วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล ,ชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข

การประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 8 314
ศักดา ศิริเวชธำรง

การปรับตัวของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น 328
ประทีป กาลเขว้า , เบญญาภา กาลเขว้า

ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด 336
กฤษฎา เสนาหาร และ ชนะพล ศรีฤาชา

ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง 346
เขมิกา ขุนเพ็ชร์ ,ตัสนีม จาเงาะ ,นูรอาซียะห์ ซามะ ,รีซา สะมะแอ ,พิมพิมล บัวสงค์ ,รอซีดะห์ ดาโอ๊ะ ,วิทวัส หมาดอี และกุสุมาลย์ น้อยผา

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงาม ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง 357
นุจรี สุวาหลำ ,อธิติยา สุภาพ ,อรปรียา แสงเดือน ,อัศณีย์ นพรัตน์ ,วิทวัส หมาดอี และ กุสุมาลย์ น้อยผา

การรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธ์ใหม่2019(COVID-19) ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง 365
ชญาณิชย์ ซังปาน , ต่วนฟารีดา ลอจิ , นัจนันท์ พรหมปลอด , อาภัสรา รุ่งโรจน์ ,วิทวัส หมาดอี และกุสุมาลย์ น้อยผา

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น 376
ริศรา คำมุงคุณ

รายงานการวิจัย **สารบัญ (ต่อ)** **หน้า**

การพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ข้าพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น 386
ปัญญา ทาพรมมา , นฤมล สินสุพรรณ , อาทิตย์ ฉัตรชัยพลรัตน์
รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนจังหวัดกาฬสินธุ์ 394
สม นาสอ้าน , ธงชัย ปัญญรัตน์ , ทิพาพร ราชาไกร
ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของวัยทำงานในตำบลนายม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ 404
ปิยนาถ เนียมถนอม , มุกดา หนุ่ยศรี , ปนัดดา ปริยทฤฆ
การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคปลาวงศ์ตะเพียนและผลิตภัณฑ์ของผู้บริโภคในจังหวัดขอนแก่น 418
ผกาภรณ์ พวงมาลัย , เยาวรัตน์ ศรีวรานันท์
การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ 426
สิริชัย นามทรรศนีย์
การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ 434
สิริชัย นามทรรศนีย์
การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม 442
นเรศ มณีเทศ
รูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนจังหวัดบึงกาฬ 451
สมชัย คำหงษา และสุนันท์ สาคร
กระบวนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม 458
ทินกร ชื่นชม
ผลของการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน 465
ทินกร ชื่นชม
การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข 472
กนกวรรณ มาป้อง
ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหานนา อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น 481
โศธิดา ปะสี , จุฬาภรณ์ โสตะ , สนใจ ไชยบุญเรือง
การพัฒนาต้นแบบและขยายผลการระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย 493
กนกวรรณ มาป้อง
อิทธิพลร่วมของการได้รับรางวัล อสม.ดีเด่นและอายุ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 503
อิสราวรรณ สนธิภูมาศ , นภชา สิงห์วีรธรรม ,กิตติพร เนาว์สุวรรณ , สุภาวดี ไชยเดชาธร
การพัฒนาแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันโดยใช้ Care Map โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น จังหวัดนครปฐม 513
ยุทธกรานต์ ชินโสตร
การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร 526
ปนัดดา ทรัพย์แสนยากร
ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถตนเอง และทักษะชีวิต ของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ต่อความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาวะทางเพศ 538
รณชัย คนบุญ , นิภาพรรณ มณีโชติวงค์
ผลของโปรแกรมเพศศึกษาแบบรอบด้านต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 โรงเรียนเทศบาล 1 อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ 547
นิภาพรรณ มณีโชติวงค์
ฟอร์มาลินในผลไม้ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ 555
สาลินี ชัยนนนอก และธีรนาถ สุวรรณเรือง
การศึกษาความเต็มใจที่ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในชีวิตจริงหลังจากได้รับความรู้ในเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและได้รับการประเมินว่ามีทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสม 559
ณัฐพล สัตย์ซื่อ , สุวิมล ฆารสมภา, วชิระ ชนะบุตร, กมลชนก คงสมมาตย์ ,ณินช์ญารัตน์ มณีพงษ์2, พิสิฐ แสบงบาล
การศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง 567
พัชรินทร์ ครองธรรม , ราตรี ตาลเชื้อ

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักในกระบวนการบริหารความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่ง 575
จันทร์ทิรา พงศ์ชาญวิทย์ , วรรณชนก จันทชุม

การจัดการการท่องเที่ยวเชิงสุขภาพทางวัฒนธรรม บ้านโนนน้ำเกลี้ยง อำเภอสหัสขันธ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ 575
ปฏิมาศ เสริฐเลิศ , ธนาภรณ์ ทัศนภักดิ์ , คัมภีรพรรณ จักรบุตร , อนรรฆมณี โภคสวัสดิ์

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการทำงานของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวาย ในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น 585
วิลาวัณย์ จันโทริ , ขนิษฐา วรธงชัย

ประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านสาวแล อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย 596
รัตนา อมุทรศรี , จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร

บทบรรณาธิการ

วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ เป็นวารสารที่ใช้ในการเผยแพร่ผลงานวิชาการเกี่ยวกับงานสาธารณสุขและสาขาที่เกี่ยวข้องจัดทำขึ้นโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์โดยมีกำหนดในการจัดพิมพ์ ปีละ 3 ครั้ง ซึ่งแบ่งเป็น ช่วงคือ มกราคม – เมษายน, พฤษภาคม – สิงหาคม, กันยายน – ธันวาคม ของทุกปี เพื่อตอบสนองนโยบายด้านการสาธารณสุข และนำไปใช้ประโยชน์การตัดสินใจทางการบริหาร, วิชาการ ในทุกระดับ เป็นการเผยแพร่องค์ความรู้ที่เกิดจากการศึกษาหรือการปฏิบัติงานทางด้านสุขภาพทั้งจากจังหวัดกาฬสินธุ์เอง และจากพื้นที่อื่นในประเทศและต่างประเทศ ในรูปแบบรายงานการวิจัย บทความทางวิชาการ และนวัตกรรม นำไปสู่การถอดบทเรียนจนไปสู่การประยุกต์ใช้ที่เหมาะสมกับงานสาธารณสุข และในโอกาสนี้ทางคณะผู้จัดทำจึงขอเชิญท่านที่มีผลงานทางวิชาการได้ร่วมส่งผลงานเพื่อถ่ายทอดองค์ความรู้และนวัตกรรมสุขภาพเพื่อส่งเสริมให้เป็นฐานความรู้ต่อผู้อ่านในฉบับต่อๆ ไป

สำหรับวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ฉบับนี้ เป็นฉบับที่ 39 (ปีที่ 13 ฉบับที่ 3) ซึ่งในฉบับนี้ได้รวบรวมงานวิจัยเกี่ยวกับสุขภาพ ตั้งแต่เดือน กันยายน – ธันวาคม 2563 โดยมีผลงานวิชาการที่หลากหลายกันไป ซึ่งได้แก่ การจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ พฤติกรรมรุนแรงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ความสัมพันธ์กับโรคแทรกซ้อนในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โมเดลเชิงสาเหตุของการดูแลผู้สูงอายุ การทำงานเชิงหุ้นส่วนระหว่างภาคสุขภาพและภาคสังคมในการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ทัศนคติของประชาชนในชุมชนเขตเมืองที่มีต่อสถานกักกันโรคแห่งรัฐ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้ สำอางโมเดล การประเมินระบบเฝ้าระวังวัณโรค การให้คุณค่าต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง การเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย แบบคัดกรองความเสี่ยงเบาหวานและความไวและความจำเพาะของแนวทางคัดกรองเบาหวาน การวางแผนการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่บ้าน การเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ บริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ความคิดเห็นของประชาชนต่อโรงงานพลาสติกอัดเม็ด การปฏิบัติต่อการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการ รูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง บุหรี่ไฟฟ้า : มุมมองจากประสบการณ์การสูบของนักศึกษา ความรุนแรงของการรับสัมผัสกลิ่นจากโรงงานยางพารา การรักษาอาการปวดหลังเรื้อรังด้วยการแพทย์บูรณาการ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น ประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกทางการพยาบาล การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ความสามารถเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน กระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง กิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติเพื่อสนองตอบพระบรมราโชบาย พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 10 ความคิดอัตโนมัติด้านลบและภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยยาเสพติด พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง บรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น การปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออก พฤติกรรมการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจร เป็นต้น

สุดท้ายนี้ทางคณะผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่าเนื้อหาวารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ ปีที่ 13 ฉบับที่ 3 นี้จะสามารถเป็นประโยชน์ในการพัฒนาองค์ความรู้กับผู้อ่านและเป็นแนวทางในการพัฒนางานสาธารณสุขต่อไป

บรรณาธิการ

ความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

Conflict and Conflict Management of Emergency Room's Nurses in General Hospitals Under The Jurisdiction of Ministry of Public Health, Northeast Region.

สุรัตน์ ทิพย์วัฒน์[1], พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย[2]

Surat Thipwat[1], Peerapong Boonsawasdgulchai[2]

(Received: September 15,2020; Accepted: October 20,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational study) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กลุ่มตัวอย่างจำนวน 134 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างมีระบบ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้ง ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ได้ค่า CVI ของแบบสอบถามความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้ง เท่ากับ .94 และ .96 ตามลำดับ วิเคราะห์ค่าความเที่ยงโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นแบบสอบถามความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้ง เท่ากับ .94 และ .95 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า 1) พยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีความขัดแย้งโดยรวมระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.35, SD = 0.68, 95%CI = 3.24-3.47) พบความขัดแย้งด้านการสื่อสาร ด้านบุคคล และด้านโครงสร้างองค์กร มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง($\overline{X}$ = 3.44, SD = 0.74, $\overline{X}$ = 3.32, SD = 0.77 และ $\overline{X}$ = 3.30, SD = 0.74 ตามลำดับ) ส่วนวิธีการจัดการความขัดแย้งโดยรวมระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.70, SD = 0.49, 95%CI = 3.61- 3.79) พบการจัดการความขัดแย้งด้วยวิธีการปรองดอง การประนีประนอม และการร่วมมือ มีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\overline{X}$ = 4.08, SD = 0.69, $\overline{X}$ = 3.96, SD = 0.66 และ $\overline{X}$ = 3.90, SD = 0.71 ตามลำดับ) การแข่งขันและการหลีกเลี่ยง มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\overline{X}$ = 3.32, SD = 0.84 และ $\overline{X}$ = 3.25, SD = 0.63 ตามลำดับ) ความขัดแย้งมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับการจัดการความขัดแย้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .558, p < .01)

คำสำคัญ : ความขัดแย้ง,การจัดการความขัดแย้ง

Abstract

The purpose of this descriptive correlational study of conflict and conflict management styles of Emergency room's Nurses in General Hospitals under the jurisdiction of Ministry of Public Health, Northeast Region. The sample was 134 register nurses were selected by systematic random sampling. Data were collected from questionnaire of conflict and conflict management styles. The structural accuracy and contents of this research instrument were score of CVI the conflict and methods of managing conflict questionnaires are .94 and .96, consecutively. The reliability coefficient the conflict and methods of managing conflict questionnaires are .94 and .95, consecutively. The study were analyzed by descriptive statistics and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

As for the result of the research, it was found that 1) The results showed moderate level of conflicts ($\overline{X}$ = 3.35, SD = 0.68, 95%CI = 3.24-3.47). There were conflicts in communication, personal and organizational structure showed medium level ($\overline{X}$ = 3.44, SD = 0.74, $\overline{X}$ = 3.32, SD = 0.77 and $\overline{X}$ =

1 นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

2 ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาการบริหารทางการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

3.30, SD = 0.74 consecutively). The conflict management showed high level ($\overline{X}$ = 3.70, SD = 0.49, 95%CI = 3.61-3.79). There followed by accommodating, compromising and collaborating are high level ($\overline{X}$ = 4.08, SD = 0.69, $\overline{X}$ = 3.96, SD = 0.66 and $\overline{X}$ = 3.90, SD = 0.71 consecutively), while competing and avoiding are medium level ($\overline{X}$ = 3.32, SD = 0.84 and $\overline{X}$ = 3.25, SD = 0.63 consecutively). 2) The study showed significant relationship between conflicts and conflict management are moderate positive level ($r = .558, p < .01$)

Keywords: conflict, conflict management

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงในระบบสุขภาพและสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนสุขภาพดี เจ้าหน้าที่มีความสุข และระบบสุขภาพยั่งยืน รวมทั้งการพัฒนาระบบบริการสุขภาพให้มีการเข้าถึงบริการที่มีคุณภาพ ประสิทธิภาพ แบบไร้รอยต่อ ด้วยยุทธศาสตร์การบริการเป็นเลิศ (Service excellence) ซึ่งมีระบบการรักษาพยาบาลฉุกเฉิน (Emergency care system: ECS) เป็นการบริการทั่วถึง เท่าเทียม มีคุณภาพและปลอดภัย ด้วยการจัดระบบการเชื่อมต่อภาคีเครือข่าย (Integrated Network of ECS) ตั้งแต่จุดเกิดเหตุ (scene) การนำส่ง (Transport) และส่งโรงพยาบาล (Facility) ให้ปลอดภัยทั้งผู้ให้บริการและผู้รับบริการนี้ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นกลไกสำคัญ ในการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเร่งด่วนฉุกเฉิน อีกทั้งลักษณะของงานเป็นการทำงานร่วมกันกับภาคีเครือข่าย โดยการประสานงานและประสานความช่วยเหลือในหลายระดับโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลต่อความคิดเห็น ความเข้าใจ ตลอดจนมีพฤติกรรมการแสดงออกที่แตกต่างกัน จนก่อให้เกิดความเข้าใจไม่ตรงกันและเกิดเป็นความขัดแย้งใน ขณะปฏิบัติงานได้ และความขัดแย้งดังกล่าวอาจจะส่งผลกระทบทั้งต่อพยาบาลวิชาชีพ และ องค์กร หากความขัดแย้งอยู่ในระดับสูง จะทำให้การทำงานอย่างมีอคติ ขัดแย้งกัน ไม่ชอบใจ ไม่อยากติดต่อสื่อสาร ทำงานด้วยกันไม่ได้ ขาดความสามัคคี[1] มีความต้องการย้ายหรือลาออกจากงาน[2] ประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการรักษาพยาบาลลดลง[3] เกิดข้อร้องเรียนและการฟ้องร้อง อันเป็นเหตุให้สูญเสียชื่อเสียงขององค์กร ในทางตรงกันข้าม ความขัดแย้งอยู่ในระดับต่ำหรือไม่มีเลย จะทำให้องค์กรเฉื่อยชา ไม่มีการพัฒนาเท่าทันต่อการเปลี่ยนแปลงทั้งในประเทศและทั่วโลก แต่ถ้าหากความขัดแย้งในระดับที่เหมาะสมจะส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพ และ องค์กร มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เกิดการพัฒนานวัตกรรม สร้างแรงจูงใจในการทำงานและการจัดการความขัดแย้งได้อย่างเหมาะสม

การจัดการความขัดแย้งและการเลือกใช้วิธีจัดการความขัดแย้งอย่างมีประสิทธิภาพ เป็นบทบาทที่จำเป็นของผู้บริหารทางการพยาบาล โดยในส่วนของหัวหน้าหอผู้ป่วยใช้การจัดการความขัดแย้งด้วยการทำให้เรื่องยุติลงหรือลดระดับความรุนแรงของปัญหา สามารถดำเนินงานต่อไปได้ สำหรับพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการที่ปฏิบัติงานและต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ ที่มีโอกาสเกิดความขัดแย้งตลอด 24 ชั่วโมง ซึ่งการเลือกใช้วิธีการจัดการความขัดแย้งขณะปฏิบัติงานให้เหมาะสม จะลดความรุนแรงของความขัดแย้งในเบื้องต้นได้ ฉะนั้นการจัดการความขัดแย้งจึงเป็นทักษะสำคัญของพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ หากแต่การจัดการความขัดแย้งมีหลายรูปแบบ ในแต่ละคนอาจใช้หนึ่งรูปแบบหรือมากกว่า ขึ้นอยู่กับสไตล์ของบุคคลให้เหมาะสมกับเวลาและสถานการณ์นั้น เนื่องจาก อายุ ความรู้ความเข้าใจ ทักษะการสื่อสารของแต่ละบุคคล มีอิทธิพลต่อการเลือกวิธีการจัดการความขัดแย้ง[4] เพื่อให้บรรยากาศการทำงานมีความสุข ประสบผลสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

นโยบายการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือประกอบด้วยเขตบริการสุขภาพที่ 7 – 10 มีโรงพยาบาลระดับทั่วไป (Standard level hospital) จำนวน 12 แห่ง เพื่อให้การดำเนินการสอดรับกับหลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” เพิ่มการเข้าถึงบริการของประชาชนอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำกับผู้รับบริการให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างต่อเนื่อง ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน มีขอบเขตให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช ตลอด 24 ชั่วโมง รวมถึงผู้ป่วยทั่วไปที่มารับบริการนอกเวลาราชการ โดยแบ่งงานบริการเป็นส่วนต่างๆดังนี้ 1)งานบริการแพทย์

ฉุกเฉิน 2)ให้บริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยห้องอุบัติเหตุฉุกเฉิน 3) งานห้องวิกฤติฉุกเฉิน 4)งานส่งต่อผู้ป่วย มีกระบวนการทำงานตั้งแต่การรับใหม่หรือรับการส่งต่อ การคัดกรองผู้ป่วย การดูแลรักษาพยาบาล และการจำหน่ายผู้ป่วย ซึ่งเป็นลักษณะของงาน ที่ต้องติดต่อสื่อสารกับภาคีเครือข่าย ทำงานร่วมกันเป็นทีมกับสหวิชาชีพ รวมถึงการใช้แนวปฏิบัติต่างๆที่ต้องอาศัยทักษะและสมรรถนะในการช่วยเหลือผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินพร้อมทั้งสามารถใช้อุปกรณ์เครื่องมือทางการแพทย์ให้เหมาะสมกับผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไป จากประสบการณ์การปฏิบัติงานและการสังเกตการพยาบาลฉุกเฉินจำเป็นต้องมีการพัฒนาเป็นเครือข่ายเชื่อมต่อบริการ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลในสถานพยาบาลที่มีศักยภาพเหมาะสม กรณีผู้ป่วยมีอาการ Stroke Fast Track ที่โรงพยาบาลชุมชน แต่เนื่องจากขีดความสามารถในการตรวจพิเศษเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ จะต้องมีการประสานข้อมูลส่วนบุคคลและอาการของผู้ป่วยมายังศูนย์ส่งต่อที่โรงพยาบาลทั่วไป เพื่อเตรียมความพร้อมการขึ้นทะเบียน เขียนใบ request และแจ้งห้องเอกซเรย์คอมพิวเตอร์ไว้ล่วงหน้า ทำให้ผู้ป่วยมาถึงได้รับการบริการที่รวดเร็ว ลดขั้นตอน เพิ่มการเข้าถึงการรักษาและได้ยาละลายลิ่มเลือดเร็ว และนอกจากนี้กรณีผู้ป่วยที่มีอาการ ST Elevate Myocardial Infarction ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลชุมชน ซึ่งผู้ป่วยกลุ่มนี้จะต้องได้รับยาละลายลิ่มเลือดก่อนที่จะส่งตัวไปรับการรักษาต่อที่โรงพยาบาลศูนย์หัวใจ โดยไม่ต้องส่งตัวมาผู้ป่วยมาที่โรงพยาบาลทั่วไป จะเห็นได้ว่าระบบการให้บริการนี้ต้องมีการสื่อสารประสานกับหลายหน่วยงานตั้งแต่การเข้าถึงบริการ การประเมินสภาพผู้ป่วย การพยาบาลหรือทำหัตถการผู้ป่วยและขั้นตอนการจำหน่ายผู้ป่วย ด้วยลักษณะของงานนี้จึงอาจก่อให้เกิดความขัดแย้งในขณะที่ปฏิบัติงาน เช่น การสื่อสารไม่ตรงกัน ความเหนื่อยล้าจากการไม่ช่วยเหลือกัน วิธีการหรือแนวปฏิบัติในการดูแลผู้ป่วยไม่รู้สึกตัวหรือผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินที่แตกต่างกัน เครื่องมืออุปกรณ์ทางการแพทย์ที่มีจำนวนจำกัด จำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นและความสับสนในบทบาทของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉินในแต่ละคน เป็นต้น และจากการสัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพอย่างไม่เป็นทางการที่ปฏิบัติงานในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 12 คน พบว่าเหตุการณ์ความขัดแย้งในการบริการ ส่วนใหญ่เกิดนอกเวลาราชการในลักษณะการส่งต่อข้อมูลการรักษากับพยาบาลวิชาชีพภายในหน่วยงานและในโรงพยาบาลที่ไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ การพูดจาใช้ภาษาในการสื่อสารไม่สุภาพ บทบาทของพยาบาลวิชาชีพในการช่วยชีวิตฉุกเฉินไม่ชัดเจน ความขัดแย้งเหล่านี้ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีความเหนื่อยล้า ท้อใจ ขาดความสามัคคี บรรยากาศการทำงานไม่ดี มีความต้องการอยากลาออก จากความขัดแย้งดังกล่าวส่งผลกระทบต่อผู้รับบริการทำให้คุณภาพการพยาบาลลดลง เพิ่มความเสี่ยงและข้อร้องเรียนในหน่วยงาน ทั้งนี้ มีการจัดการความขัดแย้งเบื้องต้นโดยพยาบาลวิชาชีพ เช่น เพิกเฉยหรือเดินหลีกหนี ลดการเผชิญหน้าหรือปะทะอารมณ์ บางครั้งมีการเถียงหรือให้ข้อมูลที่เข้าใจว่าถูกต้อง มีเพียงส่วนน้อยที่มีการจัดการความขัดแย้งเชิงสร้างสรรค์หรือร่วมมือช่วยเหลือกันดูแลผู้ป่วยในช่วงเวลาที่มีผู้ป่วยจำนวนมากเพื่อลดความแออัดในห้องฉุกเฉิน

จากบันทึกการรายงานการส่งเวรของหน่วยงานพบว่าความขัดแย้งระหว่างพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินกับบุคลากรภายในโรงพยาบาล จำนวน 13 ครั้ง เช่น พยาบาล แพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ เจ้าหน้าที่รังสีวิทยา เวชระเบียนและศูนย์เคลื่อนย้าย เป็นต้น ซึ่งส่วนใหญ่เกี่ยวกับการประสานงาน การสื่อสารหรือการให้ข้อมูล โดยการจัดการความขัดแย้งระดับโรงพยาบาลในลักษณะการเจรจาไกล่เกลี่ยหรือเจรจาไกล่เกลี่ยคนกลาง ด้วยคณะกรรมการโรงพยาบาลคือทีมทานตะวัน ส่วนระดับหน่วยงานใช้วิธีการเจรจาปรองดองของบุคลากรโดยหัวหน้าหอผู้ป่วย แต่ระดับปฏิบัติงานพยาบาลวิชาชีพยังไม่มีแนวทางการจัดการความขัดแย้งที่เผชิญในขณะปฏิบัติงานอย่างชัดเจน ซึ่งแต่ละบุคคลจะใช้วิธีการจัดการความขัดแย้งตามการรับรู้หรือประสบการณ์ในการทำงานของตน

จากการทบทวนความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งในต่างประเทศพบความขัดแย้งของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินประเทศบราซิล มี 5 ด้านคือ1) ลักษณะงานที่มีภาระงานหนัก 2) ลักษณะส่วนบุคคล 3) การตัดสินใจด้วยข้อจำกัดด้านเวลา 4)

พื้นที่การแลกเปลี่ยนเรียนรู้น้อย และ5) การประสานความร่วมมือหลายทีมเฉพาะทาง[5] ส่วนการจัดการความขัดแย้ง สิ่งแวดล้อม และประสบการณ์ความเครียดในการทำงานของพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ารูปแบบการจัดการความขัดแย้งแบบหลีกเลี่ยงส่งผลต่อการทำนายความเครียดในการทำงาน 27% เนื่องจากงานของแผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉินเป็นความขัดแย้งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ จากสิ่งแวดล้อมการทำงานและความเครียดจากลักษณะงานที่ปฏิบัติเผชิญอยู่ ความรับผิดชอบการดูแลพยาบาลถูกขับเคลื่อนโดยความต้องการของผู้ป่วยที่ซับซ้อนและมีพลวัต[6] รูปแบบการจัดการความขัดแย้งของแต่ละบุคคลในการบริหารจัดการ ซึ่งอาจมีรูปแบบการจัดการโดยตรงกับสถานการณ์ที่เผชิญอยู่หรือตามความ สัมพันธ์ระหว่างบุคคล เช่น พยาบาลวิชาชีพ แพทย์ และผู้ใต้บังคับบัญชา เป็นต้น ส่วนประเทศไทยมีการศึกษาความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลทั่วไป[7] ได้แบ่งสาเหตุความขัดแย้งไว้ 6 ด้าน ได้แก่ 1) ความแตกต่างของบุคคลในการรับรู้ 2) ทรัพยากรที่จำกัด 3) การติดต่อสื่อสาร 4) ความแตกต่างในเป้าหมาย 5) ความขัดแย้งในบทบาท และ6) ความสนิทสนมกัน ส่วนในระดับหน่วยงานพบว่ามีการศึกษาความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ[8] พบความขัดแย้ง 3 ด้านคือ1) การสื่อสาร 2) โครงสร้างองค์กร และ3) ตัวแปรด้านบุคคล ส่วนการจัดการความขัดแย้งที่มีประสิทธิภาพก่อให้เกิดผลดีต่อองค์กรพยาบาล คือ เน้นถึงความแตกต่างในพฤติกรรมแสดงออก (Assertiveness) และพฤติกรรมความร่วมมือ (Cooperativeness) ประกอบด้วย 5 วิธีคือ1) การแข่งขัน 2) การร่วมมือ 3) การประนีประนอม 4) การหลีกเลี่ยง และ5) การปรองดอง อย่างไรก็ตามบทบาทและหน้าที่ของพยาบาลวิชาชีพในแต่ละระดับสถานบริการ มีความแตกต่างกันตามศักยภาพของหน่วยบริการ ทำให้ความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งแตกต่างกันออกไป เช่น โรงพยาบาลชุมชนและโรงพยาบาลทั่วไป มีความขัดแย้งด้านบุคคลและการจัดการความขัดแย้งด้วยวิธีปรองดอง[9,7] ส่วนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและโรงพยาบาลศูนย์มีความขัดแย้งด้านการสื่อสารใช้วิธีการจัดการความขัดแย้งด้วยวิธีความร่วมมือและการหลีกเลี่ยง ตามลำดับเป็นต้น[10,8]

จะเห็นได้ว่าห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไป มีลักษณะงานและการจัดบริการที่เชื่อมต่อการบริการตามศักยภาพของโรงพยาบาล การรับและส่งต่อผู้ป่วยตั้งแต่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ รวมถึงโรงพยาบาลมหาวิทยาลัย อีกทั้งยังมีการประสานงานกับภาคีเครือข่ายอื่นๆ ซึ่งการปฏิบัติงานที่มีแนวปฏิบัติเปลี่ยนแปลงบ่อย ข้อมูลหรือการส่งข้อมูลไม่ครบถ้วน การใช้คำพูดไม่สุภาพ บทบาทหน้าที่ไม่ชัดเจน และวิธีการทำงานต่างกัน อาจเกิดความไม่เข้าใจกัน นำไปสู่ความขัดแย้งขณะปฏิบัติงาน และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่ามีงานวิจัยจำนวนมากที่ศึกษาในประเด็นนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้บริหารทางการพยาบาลและหัวหน้าหอผู้ป่วย ส่วนการศึกษาในพยาบาลวิชาชีพระดับปฏิบัติการ โรงพยาบาลทั่วไป ค่อนข้างน้อยและยังไม่พบการศึกษาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาเฉพาะในโรงพยาบาลทั่วไป ที่อยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยใช้กรอบแนวคิดความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้ง[11] ประกอบด้วย ความขัดแย้ง 3 ด้าน1) ด้านการสื่อสาร 2) ด้านโครงสร้างองค์กร และ3) ด้านบุคคล และการจัดการความขัดแย้ง ประกอบด้วย 5 วิธีคือ1) การแข่งขัน 2) การร่วมมือ 3) การประนีประนอม 4) การหลีกเลี่ยง และ5) การปรองดอง เพื่อศึกษาและหาความสัมพันธ์ระหว่างความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากมีความสอดคล้องกับสถานการณ์ความขัดแย้งในเขตพื้นที่บริการสุขภาพและระบบบริการของงานห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ในระดับโรงพยาบาลทั่วไปในแต่ละแห่งมีความใกล้เคียงกันตามนโยบายการพัฒนาระบบบริการของเขตบริการสุขภาพ

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาและหาความสัมพันธ์ระหว่างความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ ห้องอุบัติเหตุและ

ฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นวิจัยเชิงพรรณนาแบบหาความสัมพันธ์ (Descriptive correlational study)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรคือพยาบาลวิชาชีพ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 317 คน คำนวณขนาดตัวอย่างจากการกำหนดขนาดความสัมพันธ์ (effect size)โดยการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องได้เท่ากับ r = .36[12] และคำนวณขนาดอิทธิพลจากสหสัมพันธ์ (The correlation coefficient)[13] ได้ค่า Effect Size .38 กำหนดระดับนัยสำคัญ 0.05 อำนาจการทดสอบร้อยละ 80 เปิดตาราง (Power Table)[14] ได้ขนาดตัวอย่าง จำนวน 115 คน และปรับเพิ่มขนาดตัวอย่างเพื่อป้องกันปัญหาขนาดตัวอย่างน้อยกว่ากำหนดจากการตอบกลับไม่ครบ อีก 20% [8]จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 138 คน คัดเลือกลุ่มตัวอย่างแบบสุ่มอย่างมีระบบ (Systematic random Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างวันที่ 1 พฤศจิกายน 2562 ถึง 31 มกราคม 2563 ได้รับแบบสอบถามที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์กลับคืน จำนวน 134 คน คิดเป็น 97.1%

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น แบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ระยะเวลาการปฏิบัติงานทั้งหมด การอบรมหรือศึกษาเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง เป็นแบบสอบถามลักษณะคำถามปลายปิดแบบให้เลือกตอบและแบบเติมคำสั้นๆ ลงในช่องว่างตรงกับความกับความเป็นจริง

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความขัดแย้งในขณะปฏิบัติงานที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามกรอบแนวคิดความขัดแย้ง[11] ประกอบด้วย 3 ด้านคือ1) ด้านการสื่อสาร 2) ด้านโครงสร้างองค์กร 3) ด้านบุคคล ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ จำนวน 30 ข้อ สามารถเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการจัดการความขัดแย้งที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง ตามกรอบแนวคิดการจัดการความขัดแย้ง[11] ประกอบด้วย 5 วิธี คือ1) การแข่งขัน 2) การร่วมมือ 3) การประนีประนอม 4) การหลีกเลี่ยง และ 5) การปรองดอง ลักษณะคำถามเป็นมาตราส่วน 5 ระดับ จำนวน 25 ข้อ สามารถเลือกตอบได้เพียงคำตอบเดียว

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือในการวิจัยครั้งนี้ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ จำนวน 5 ท่าน ได้ค่า ดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา เท่ากับ .95 และตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยนำแบบสอบถามไปใช้กับพยาบาลวิชาชีพที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน แล้วหาค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น (Cronbrach' s alpha coefficient) ได้ค่าเท่ากับ .95

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ฉบับที่ 1877/2559 ข้อ 2.2 หมายเลขโครงการ HE622201 ผู้วิจัยให้ความสำคัญต่อการปกป้องและคุ้มครองกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียดให้กับผู้ตอบแบบสอบถามทราบเป็นลายลักษณ์อักษรด้วยหนังสือราชการ การเข้าร่วมการวิจัยนี้จะพิทักษ์สิทธิ์และเก็บข้อมูลเป็นความ ลับ เพื่อใช้ในการศึกษาและนำเสนอข้อมูลในภาพรวมตามวัตถุประสงค์เท่านั้น จะไม่ส่งผลกระทบต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่อย่างใด ข้อมูลในแบบสอบถามจะถูกทำลายเมื่อสิ้นสุดการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติเชิงพรรณนา และหาความสัมพันธ์ระหว่างความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้ง ใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 134 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพศ

หญิงคิดเป็นร้อยละ 84.3 มีอายุระหว่าง 23-40 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 65.6 รองลงมา มีอายุระหว่าง 41 – 58 ปี คิดเป็นร้อยละ 34.3 โดยมีอายุเฉลี่ย 35.68 ปี (S.D. = 9.25) มีสถานภาพคู่ คิดเป็นร้อยละ 58.2 รองลงมามีสถานภาพโสด คิดเป็นร้อยละ 38.8 ระดับการศึกษาปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 95.5 มีการอบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ร้อยละ15.7 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพส่วนใหญ่มากกว่า 12 ปี คิดเป็นร้อยละ 42.5 และรองลงมาเป็น 1-6 ปี คิดเป็นร้อยละ 31.4 มีค่าเฉลี่ย 12.23 ปี (S.D. = 8.78) ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานอุบัติเหตุและฉุกเฉินถึงปัจจุบันส่วนใหญ่มีระยะเวลามากกว่า 10 ปี คิดเป็นร้อยละ 41.8 รองลงมาระยะเวลา 5- 7 ปี คิดเป็นร้อยละ 19.4 มีค่าเฉลี่ย 11.45 ปี (S.D. = 9.04) ส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมเกี่ยวกับการจัดการความขัดแย้ง คิดเป็นร้อยละ 77.6

2. ความขัดแย้ง พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความขัดแย้งในขณะปฏิบัติงานโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.35, S.D. = 0.68, 95%CI = 3.24-3.47) ความขัดแย้งมากที่สุดคือ ด้านการสื่อสารมีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.44, S.D. = 0.74, 95%CI = 3.31-3.35) รองลงมาด้านบุคคล มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.32, S.D. = 0.77, 95%CI = 3.19-3.45) และด้านโครงสร้างองค์กร มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.30, S.D. = 0.74, 95%CI = 3.17-3.42) กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการความขัดแย้งในขณะปฏิบัติงานโดยรวมในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.70, S.D. = 0.49, 95%CI = 3.61-3.79) วิธีการจัดการความขัดแย้งมากที่สุดคือการปรองดอง มีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X}$ = 4.08, S.D. = 0.69, 95%CI = 3.96-4.20) รองลงมาการประนีประนอม มีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.96, S.D. = 0.66, 95%CI = 3.84-4.07) การร่วมมือ มีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.90, S.D. = 0.71, 95%CI = 3.78-4.02) การแข่งขัน มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.32, S.D. = 0.84, 95%CI = 3.17-3.46) และการหลีกเลี่ยง มีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 3.25, S.D. = 0.63, 95%CI = 3.14-3.36)

3. ความสัมพันธ์ระหว่างความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้ง

ตารางที่ 3 ค่าสหสัมพันธ์แบบแยกส่วนระหว่างความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งของกลุ่มตัวอย่าง (n = 134)

ความขัดแย้ง	วิธีการจัดการความขัดแย้ง (r)				
	การแข่งขัน	การร่วมมือ	การประนีประนอม	การหลีกเลี่ยง	การปรองดอง
ด้านการสื่อสาร	.227*	.612**	.594**	.074	.583**
ด้านโครงสร้างองค์กร	.170*	.504**	.454**	-.052	.487**
ด้านบุคคล	.184*	.510**	.525**	.063	.423**
โดยรวม	**.558****				

*P < .05, ** P < .01

จากตารางที่ 3 พบว่าโดยรวมความสัมพันธ์ระหว่างความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการจัดการความขัดแย้งอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .558, P < .01) ซึ่งความขัดแย้งด้านการสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการจัดการความขัดแย้งด้วยวิธีการร่วมมือ การประนีประนอม และการปรองดอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .612, .594, .583, P < .01) ตามลำดับ การสื่อสารมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการแข่งขัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .277, P < .05) รองลงมาความขัดแย้งด้านโครงสร้างองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการจัดการความขัดแย้งด้วยวิธีการร่วมมือ การปรองดอง และการประนีประนอม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .504, .487, .454, P < .01) ตามลำดับ และโครงสร้างองค์กรมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการแข่งขัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .170, P < .05) ส่วนความขัดแย้งด้านบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการจัดการความขัดแย้งด้วยวิธีการประนีประนอม การร่วมมือและการปรองดอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = .525, .510, .423, P < .01) ตามลำดับ และ

ด้านบุคคลมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำกับการแข่งขัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .184, P < .05$) และพบว่าความขัดแย้งทั้งด้านการสื่อสาร ด้านโครงสร้างองค์กรและด้านบุคคล ไม่มีความสัมพันธ์กับการจัดการความขัดแย้งด้วยวิธีการหลีกเลี่ยง

สรุปและอภิปรายผล

1. ความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้ง

ความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยรวมพบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับปานกลาง ($\overline{X} = 3.35$, S.D. = 0.68) ทั้งนี้เพราะพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไป ปฏิบัติงานร่วมกันสหวิชาชีพ มีการกำหนดแนวทางการสื่อสารประสานงาน กำหนดบทบาทหน้าที่ชัดเจน มีคู่มือปฏิบัติ การจัดทำมาตรฐานการพยาบาล ลักษณะงานที่ให้บริการโดยคำนึงถึงเป้าหมาย พันธกิจของหน่วยงานเป็นหลักในการปฏิบัติงาน บุคลากรมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ส่วนใหญ่มีประสบการณ์การทำงานมากกว่า 12 ปี มีทักษะการบริหารจัดการ เมื่อเกิดปัญหาหรือความขัดแย้ง จึงมีขั้นตอนปฏิบัติและแนวทางแก้ไข ซึ่งมีสหวิชาชีพรับผิดชอบเจรจาไกล่เกลี่ยโดยตรง ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินจึงมีความขัดแย้งอยู่ในระดับปานกลาง ทำให้มีความกระตือรือร้น มุ่งมั่นพัฒนาตนเอง ร่วมกันคิดริเริ่มสร้างสรรค์ เกิดการพัฒนานวัตกรรม สร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน เพราะความขัดแย้งระดับปานกลางนี้เป็นระดับที่เหมาะสม ซึ่งพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินสามารถพัฒนาตนเอง พัฒนาองค์กร และพัฒนาวิชาชีพพยาบาล ให้บรรลุผลสำเร็จ เจริญก้าวหน้าและยั่งยืนต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาความขัดแย้ง การจัดการความขัดแย้งและการรับรู้ค่าของงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชเชียงใหม่ ที่มีระดับความขัดแย้งโดยรวมในระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 71.2[15] และยังมีการศึกษาการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่ พบว่ามีความขัดแย้งระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 86.7[16] อีกทั้งยังสอดคล้องกับการศึกษาความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราช สว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร พบว่ามีความขัดแย้งระดับปานกลาง ($\overline{X} = 2.46$, S.D. = 0.64)[17] ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ขนาดของทีมงานและความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน มีความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพโดยรวมระดับต่ำ ($\overline{X} = 2.17$, S.D. = 0.50)[18] ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะของการทำงานเป็นทีม ให้บริการรักษาพยาบาลไม่ยุ่งยากซับซ้อน อาจทำให้เกิดความขัดแย้งต่ำ

การจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยรวมพบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับมาก ($\overline{X} = 3.70$, S.D.= 0.49) อภิปรายได้ว่า บริบทของห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินมีลักษณะงานต้องประสานงานกับสหวิชาชีพภายในและภาคีเครือข่ายภายนอกโรงพยาบาล มีวิธีการทำงานให้บรรลุเป้าหมายโดยตระหนักถึงความคิดเห็นที่แตกต่างกัน นั่นคือการปรับความท้าทายหรือกลยุทธ์การบริหารจัดการในห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน ด้วยการลดความแออัด เพิ่มคุณภาพมาตรฐานการพยาบาลและภาวะผู้นำในหน่วยงานให้การพัฒนานี้ได้สอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม นโยบายการบริหารและการเพิ่มขึ้นของผู้ป่วย ซึ่งเป็นบทบาทที่สำคัญของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน และอาจทำให้การจัดการความขัดแย้งขณะปฏิบัติงานระดับมาก เพื่อส่งเสริมให้บรรยากาศการทำงานมีความสุขและประสบผลสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี สอดคล้องกับการศึกษาการจัดการความขัดแย้งของผู้บริหารโรงพยาบาลของรัฐ:กรณี โรงพยาบาลในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 17 พบว่า การจัดการความขัดแย้งระดับสูง($\overline{X} = 3.96$, S.D. = 0.66)[19] แตกต่างจากการศึกษาการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพระดับปานกลาง[7,20] ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการจัดการความขัดแย้งจากสถานการณ์ความขัดแย้งด้านค่านิยมการทำงาน บุคลิกลักษณะของผู้ร่วมงาน ทำให้มีพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งจากประสบการณ์และความจำเป็นของปัญหานั้นๆ ทำให้ความขัดแย้งอยู่ในระดับปานกลาง

2. ความสัมพันธ์ระหว่างความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้ง

ความสัมพันธ์ระหว่างความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน โรงพยาบาลทั่วไป สังกัดกระทรวงสาธารณสุข ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่าโดยรวมความขัดแย้งมีความสัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลางกับการจัดการความขัดแย้ง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .558, P < .01$) อภิปรายได้ว่าบริบทของการบริการผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉินทั้งการจัดระบบบริการ การประสานงาน วิธีการทำงานกับสหวิชาชีพและภาคีเครือข่ายต่างๆ ภายใต้ศักยภาพการบริการของโรงพยาบาลหรือขอบเขตการให้บริการของเครือข่ายสุขภาพที่กำหนดแนวทางปฏิบัติเอาไว้ ทำให้พฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยายามเข้าใจผู้ป่วย ถนอมน้ำใจเพื่อนร่วมงาน รักษาสัมพันธภาพให้มีความยุติธรรม อีกทั้งต้องคำนึงถึงการบรรลุเป้าหมายการดูแลผู้ป่วย อาจทำให้เกิดความขัดแย้งในขณะปฏิบัติงาน และความขัดแย้งนี้มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการจัดการความขัดแย้งด้วยวิธีการปรองดอง การประนีประนอม การร่วมมือและการแข่งขัน แต่ไม่สัมพันธ์กับการจัดการความขัดแย้งด้วยวิธีการหลีกเลี่ยง เนื่องจากความขัดแย้งเป็นสิ่งกำหนดให้พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมเผชิญกับปัญหาต่างๆ ตามสถานการณ์ ไม่หลีกหนีปัญหาอาจเป็นเพราะลักษณะของงานไม่สามารถหลีกเลี่ยงหรือไม่สามารถแก้ปัญหาแทนกันได้ ความขัดแย้งจึงไม่สัมพันธ์กับการจัดการความขัดแย้งด้วยวิธีการหลีกเลี่ยง ผลการศึกษานี้มีความแตกต่างกับการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯสยามบรมราชกุมารี คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโครงสร้างระบบงาน แนวทางปฏิบัติและการสื่อสารของโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงศึกษาธิการมีความชัดเจน ทำให้กำหนดพฤติกรรมพยาบาลวิชาชีพในการจัดการความขัดแย้งทางลบกับการจัดการความขัดแย้ง ($r = -.162$ $P = .047$)[21]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ด้านผู้บริหารทางการพยาบาล

1. การสนับสนุนและส่งเสริมให้มีแนวปฏิบัติการสื่อสารสร้างกฎ กติกา ระเบียบปฏิบัติการใช้ร่วมกัน ซึ่งเป็นกลยุทธ์การเปลี่ยนความขัดแย้งเป็นเครื่องมือในการแก้ปัญหาเชิงสร้างสรรค์ เพราะการสื่อสารด้วยความเข้าใจจะทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อบุคคลและทีมงาน

2. การพัฒนาสมรรถนะการสื่อสารบุคลากร หรือการพัฒนาสติในองค์กร (Mindfulness in Organization: MIO) จะทำให้การพัฒนาตนเองสู่การพัฒนาองค์กรทั้งทางความคิดและการกระทำ ซึ่งการรับรู้สมรรถนะแห่งตนจากสติสงบจะลดความเครียด ความวุ่นวายและเพิ่มคุณภาพงาน

3. การจัดการและการทบทวนทรัพยากรสุขภาพ (Utilization management and Review) พัฒนาให้เกิดนวัตกรรม เป็นแหล่งการเรียนรู้ที่กว้างขวางและการสร้างนวัตกรรม (Viewing conflict as a source of learning and innovation)

4. การส่งเสริม สนับสนุน และเสริมพลังให้ผู้ปฏิบัติงานในการจัดการความขัดแย้งให้เหมาะสมกับสถานการณ์ มีการจัดระบบงานและโครงสร้างองค์กรเพื่อป้องกันความขัดแย้งก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์อันไม่พึงประสงค์จากการปฏิบัติงาน เช่น การจัดระบบการให้ข้อมูลทางนวัตกรรมเทคโนโลยีการสื่อสาร การประชาสัมพันธ์ทางวีดิโอ เป็นต้น

ด้านพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน

ด้านพยาบาลผู้ปฏิบัติงาน จะต้องตระหนักและเข้าใจในระบบการให้บริการสุขภาพที่มีความซับซ้อนและให้ผลที่ไม่แน่นอน ทางฝ่ายผู้รับบริการมีความคาดหวังสูง ผลลัพธ์อาจไม่เป็นดังคาดหวังและเกิดเหตุอันไม่พึงประสงค์ ฉะนั้นความขัดแย้งจึงเป็นเหตุการณ์ที่อาจเกิดขึ้นได้ตลอดเวลา หากเปลี่ยนทัศนคติต่อความขัดแย้งให้เกิดการยอมรับและเข้าใจความขัดแย้งจะสร้างโอกาสการเรียนรู้ กระตุ้นให้เกิดการแข่งขัน ความคิดสร้างสรรค์และนวัตกรรมในการพัฒนางาน เช่น การทำ KM (Knowledge management) การทำ R2R (Routine to Research) นวัตกรรมทางด้านการพยาบาล(Nursing Innovation) หรือการพัฒนางานคุณภาพต่อเนื่อง (Continue Quality Improvement) เป็นต้น

ด้านองค์กร

ด้านองค์กรพบว่าพยาบาลวิชาชีพถูกท้าทายด้วยความขัดแย้งทุกวัน การทำความเข้าใจความขัดแย้งและการจัดการความ

ขัดแย้งสามารถนำสู่การแก้ปัญหาเชิงสร้างสรรค์ได้ หากมีการจัดการความขัดแย้งที่ไม่เหมาะสม ฉะนั้นองค์กรจึงควรมีนโยบายการจัดการระบบตอบสนองเร็ว (Rapid Response) ทุกสาขาวิชาชีพตั้งแต่ระดับหน่วยงาน กลุ่มงาน ระดับจังหวัดหรือระดับเขต ให้มีการบริหารจัดการร่วมกัน ในกรณีมีแนวโน้มจะบานปลายถึงขั้นฟ้องร้องคดีความ เพื่อให้เกิดกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบและมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้การพัฒนาบุคลากรและการเฝ้าระวังความเสี่ยงเกี่ยวกับความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งตั้งแต่บัณฑิตศึกษาและดำเนินการฝึกอบรม จากวิถีชีวิตในการศึกษาสู่ชีวิตการทำงานอย่างต่อเนื่อง จะทำให้บุคลากรในองค์กรวิชาชีพมีภูมิคุ้มกันในตนเอง เสริมสร้างความรอบรู้ มีความพร้อมในการทำงานและดำเนินชีวิตในวิชาชีพได้อย่างเป็นสุขต่อไป

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การพัฒนาแนวปฏิบัติ (Work Instruction) หรือการปฏิบัติการทางการพยาบาล (Nursing Intervention) หรือระบบการป้องกันความขัดแย้งทางการพยาบาล สู่การวิจัยผลการสื่อสารในภาวะฉุกเฉินของพยาบาลวิชาชีพ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉิน เพื่อนำผลไปใช้ในการพัฒนาและปรับปรุงการปฏิบัติงานให้เกิดความสำเร็จได้

2. การวิจัยเชิงคุณภาพเกี่ยวกับความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพ ห้องอุบัติเหตุและฉุกเฉินโรงพยาบาลทั่วไป ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่กำหนดหรือช่วงเวลาเดียวกัน เพื่อนำข้อมูลมาวิเคราะห์เรียนรู้ให้เป็นประโยชน์ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลทั่วไปทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทดลองเครื่องมือและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ กราบขอบพระคุณคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือให้การสนับสนุน เสนอแนะให้งานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์และสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. ธิดารัตน์ บุญกุณะ, อุษณีย์ วรรณาลัย, และเอกรัตน์ ปิ่นประภาพันธ์. “ปัจจัยทำนายด้านความเครียดจากงานต่อการคงอยู่ในงานของพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลลำปาง”. **วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. 11**(1): 33-42, 2560.

2. สมนันท์ สุทธารัตน์ และกัญญดา ประจุศิลป์. “ความสัมพันธ์ระหว่างสภาพแวดล้อมในการทำงาน ภาวะผู้นำของหัวหน้าหอผู้ป่วยกับความยึดมั่นผูกพันต่อองค์การของพยาบาลวิชาชีพรุ่นเจเนอเรชั่นวาย โรงพาบาลมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐ”. **วารสารพยาบาลตำรวจ. 7**(1): 237-252, 2558.

3. บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. **ภาวะผู้นำและกลยุทธ์การจัดการองค์การพยาบาลในศตวรรษ 21**. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. กรุงเทพฯ1. 2550.

4. เดือนฉาย อ้วนเจริญ. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับวิธีการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งของพยาบาลหัวหน้าหอผู้ป่วยและหัวหน้าเวร ในโรงพยาบาลระดับจังหวัด ภาคตะวันออก สังกัดกระทรวงสาธารณสุข”. **Chonburi Hospital Journal. 38**(3): 207-214, 2556.

5. Selma, L., Ferreira, E., & Tieko, M. “Impact of conflict and violence on workers in a hospital Emergency room”. **Journal of Nursing Management, 45**(4): 211-218, 2013.

6. Johansen, M. L. & Cadmus, E. “Conflict management style, supportive work environments and the experience of work stress in emergency nurses”. **Journal of Nursing Management. 24**(1): 211-218, 2016.

7. มณฑิกา แก้วทองคำ. **ความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลทั่วไป เขตภาคใต้.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2539.

8. ประเสริฐศักดิ์ เหมะธุลิน. **ความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลห้องผ่าตัด โรงพยาบาลศูนย์ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2557.

9. อมรรัตน์ อัครเศรษฐสกุล. “ความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลประจำการ โรงพยาบาลชุมชน เขต 6”. **วารสารคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 25**(3): 23-37, 2544.

10. มะลิ สิงห์เสนา และ ประจักร บัวผัน. “ปัจจัยที่มีผลต่อการจัดการความขัดแย้งของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุภาพตำบล จังหวัดหนองคาย”. **วารสารวิจัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น. 12**(4): 89-101, 2555.

11. Robbins, S. P. & Judge, T. A. **Organizational behavior. 15th ed.** Pearson Prentice Hall. Boston. 2012.

12. ฉัตรพงศ์ มงคลสิน. **บรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการจัดการความขัดแย้งของบุคลากรในโรงพยาบาลวังสะพุง อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2557.

13. อรุณ จิรวัฒน์กุล. **ชีวสถิติสำหรับงานวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 3. คลังนานาวิทยา. ขอนแก่น. 2551.

14. Polit, D. F., & Beck, C. T. **Nursing Research : Principles and Methods.** 7th ed. A Wolters Kluwer company. NY. 2004.

15. ทรียาพรรณ สุภามณี. **ความขัดแย้ง การจัดการความขัดแย้ง และการรับรู้ค่าของงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2543.

16. แสงมณี ทรัพย์เมือง. **การจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลประสาทเชียงใหม่.** วิทยานิพนธ์ปริญญารัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชารัฐประศาสนศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2547.

17. สุกัญญา เผ่าวงศา. “ความขัดแย้งและการจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร”. **วารสารสุขภาพภาคประชาชนภาคอีสาน.** 22(1): 45-56, 2551.

18. เนาวรัตน์ บุญลิ่มเต็ง และเปรมฤทัย น้อยหมื่นไวย. “ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ขนาดของทีมงานและความขัดแย้ง ของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน”**. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.** 35(3): 45-59, 2558.

19. สุมล ชิดสกุล. “การจัดการความขัดแย้งของผู้บริหารโรงพยาบาลรัฐ: กรณีโรงพยาบาลในเขตตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 7”. **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยปทุมธานี.** 6(3): 146-154, 2557.

20. Basogul, C. & Ozgur, G. “Role of Emotional Intelligence in Conflict Management Strategies of Nurses”. **Asian Nursing Research.** 10(3): 228-233, 2016.

21. นิพิฐพนธ์ สุปัญบุตร. “การจัดการความขัดแย้งของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลศูนย์การแพทย์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ”.**วารสารวไลยอลงกรณ์ปริทัศน์. 2**(2): 49-62, 2555.

บรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี

Organization Climate Affecting the Performance of the First Respondents In Emergency Medical Service Unit at Local Governments in Maung District Udonthani Province.

วิศรุต กาลเขว้า[1,1*] ชนะพล ศรีฤาชา[2]

Witsarut Kankhwao1 , Chanaphol Sriruecha2

(Received: September 21,2020; Accepted: October 30,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) นี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี จำนวนตัวอย่างในการตอบแบบสอบถาม 150 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ(Stratified random sampling) และตัวอย่างสัมภาษณ์เชิงลึกจำนวน 13 คน เครื่องมือที่ใช้ประกอบด้วยแบบสอบถาม และแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึก ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.98 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติอนุมานโดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า บรรยากาศองค์การและการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี ในภาพรวมอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ย3.93(SD=0.51) และ ค่าเฉลี่ย 4.20(SD=0.47) ตามลำดับ) บรรยากาศองค์การโดยภาพรวมมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.553$, p-value <0.001) ตัวแปรบรรยากาศองค์การในมิติความรับผิดชอบ มิติโครงสร้างองค์การ มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มิติรางวัล และมิติการสนับสนุน สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ได้ร้อยละ 42.9

คำสำคัญ บรรยากาศองค์การ หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

[1] 1 นิสิตปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

2 รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

*Corresponding author: witsarut2510@gmail.com

ABSTRACT

This is a cross sectional descriptive research aimed to study organizational climate affecting the performance of the first respondent in Emergency Medical Service Unit of Local Governments in Muang district Udonthani province. The sample were 150 personnel randomly selected through the stratified random sampling from 184 population.This study was collected both quantitative and qualitative data by using In-depth interview guidelines from 13 key informants. The questionnaire was examined and verified by three experts for content validity with all items had the IOC value more than 0.50 and tested for reliability Cronbach's Alpha Coefficient of organizational climate at 0.98.Data was analyzed by using descriptive statistics including percentage, mean, standard deviation, median, , minimum and maximum, and inferential statistics including Pearson's product moment correlation and Stepwise multiple linear regressions. The statistical significance was set at p–value<0.05.

The results showed that the organization climate and performance were found at high level (mean=3.93, SD= 0.51 and mean= 4.20, SD=0.47 , respectively). The overall of organization climate had moderate relationship with performance of the first respondent in Emergency Medical Service Unit (r=0.553, p-value <0.001). Stepwise regression analysis revealed the organizational climate variables in responsibility, organization structure, unity, reward and organization support could join predict the performances the first respondent in Emergency Medical Service Unit of local governments in Muang district Udonthani Province for 42.9 percentage.

Key word : organizational climate Emergency Medical Service Unit Local Governments

บทนำ

ความเจ็บป่วยฉุกเฉินและอุบัติเหตุ เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย หากการบริการช่วยเหลือล่าช้าหรือไม่ทันต่อเหตุการณ์ ก็จะเป็นเหตุต่อการสูญเสียชีวิตและทรัพย์สินและส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของประเทศอีกด้วย ตามรายงานองค์การอนามัยโลก (WHO) ปี ค.ศ. 2016 พบว่า อุบัติเหตุบนท้องถนน มีอัตราตายอยู่ในอันดับที่8 โดยมีอัตราป่วย 19 ต่อแสนประชากร[1] สาเหตุการตายจากอุบัติเหตุการขนส่ง สูงเป็นอันดับที่ 14 คิดเป็น 24.1ต่อแสนประชากร[2] สถาบันแพทย์ฉุกเฉินรายงานถึงการออกช่วยเหลือผู้เจ็บป่วยในภาวะฉุกเฉินมีจำนวนเพิ่มทุกปี โดยเฉลี่ยในการปฏิบัติการฉุกเฉินเป็นเรื่องอุบัติเหตุทุกชนิดมีประมาณร้อยละ 35.0 และพบว่า อัตราการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจราจรของประเทศไทยสูงเป็นอันดับสองของโลกและเป็นอันดับหนึ่งในภูมิภาคเอเชียเฉลี่ย มีอัตราการเสียชีวิต 60 คนต่อวัน เฉลี่ยประมาณ 20,000 คนต่อปี ซึ่งถ้าหากมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพโดยเฉพาะระบบการแพทย์ฉุกเฉินช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล จะสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้อีกประมาณร้อยละ 20.0 เทียบกับในประเทศญี่ปุ่นมีระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพมากที่สุดสามารถช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยฉุกเฉินได้ถึงร้อยละ 50.0[3]

ตามแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564) ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศยุทธศาสตร์ที่ 1 มุ่งเน้นการเสริมสร้างและพัฒนาศักยภาพทุนมนุษย์ ปรับระบบบริหารจัดการทรัพยากรร่วมกันระหว่างสถานพยาบาลทุกสังกัดในเขตพื้นที่สุขภาพในการพัฒนาคุณภาพระบบบริการทั้งด้านบุคลากร ครุภัณฑ์ทางการแพทย์ และโครงสร้างพื้นฐานที่เชื่อมโยงบริการตั้งแต่ระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิ และตติยภูมิเข้าด้วยกันอย่างไม่มีอุปสรรคพร้อมพัฒนาระบบส่งต่อและระบบการแพทย์ฉุกเฉินที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ[4] และสอดคล้องกับ กฎหมายรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ที่ได้วางหลักกฎหมายเกี่ยวกับการปกครองท้องถิ่น โดยในส่วนการแพทย์ฉุกเฉินตามหมวด 4 มาตรา 33 วรรคสองวางหลักว่า เพื่อความเหมาะสมความจำเป็นของประชาชนในท้องถิ่น ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดตั้งระบบการแพทย์ฉุกเฉินหรือหน่วยบริการกู้ชีพแต่ต้องภายใต้กำกับสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ ตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ. ศ. 2551 ประกอบกับพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542[5] องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงเป็นหน่วยงานที่เป็นกลไกที่สำคัญในการดำเนินงานและบริหารจัดการการแพทย์ฉุกเฉินของประเทศไทย เป็นหน่วยงานที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนและมีอำนาจหน้าที่ตามกฎหมายในการจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นหน่วยงานที่มีสำคัญและจำเป็นต่อการดูแลรักษาพยาบาลผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นก่อนเข้ามารับการรักษาในโรงพยาบาล ถ้ามีการช่วยเหลือที่รวดเร็วมีทักษะทันเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น ก็จะส่งผลให้การดูแลผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บได้รับความปลอดภัยอย่างมีประสิทธิภาพ

ในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยการแพทย์ฉุกเฉินนั้น ถือได้ว่าบรรยากาศองค์การเป็นปัจจัยที่สนับสนุนให้การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งบรรยากาศองค์การตามแนวคิดของ Litwin & Stringer[6] ประกอบด้วย 9 มิติ ได้แก่ 1) มิติโครงสร้างองค์การ 2) มิติความรับผิดชอบ 3) มิติความอบอุ่น 4) มิติการสนับสนุน 5) มิติการให้รางวัล 6) มิติความขัดแย้ง 7) มิติมาตรฐานการปฏิบัติงาน 8) มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และ 9) มิติความเสี่ยง และจากการศึกษาวิจัยของ ดัชนีวรรณ สัตย์ธรรม และชนะพล ศรีฤาชา[7] พบว่า บรรยากาศองค์การในภาพรวม มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขฯ ส่วนการศึกษาของ จินตนา กีเกียง และประจักร บัวผัน[8] พบว่า บรรยากาศองค์การในภาพรวม มีความสัมพันธ์ระดับสูงกับการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับเบื้องต้น (First Responder หรือ FR) ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี มีจำนวนทั้งหมด 13 แห่ง ประกอบด้วยเทศบาลเมือง 2 แห่ง เทศบาลตำบล 5 แห่งและองค์การบริหารส่วนตำบล 6 แห่ง[9] ซึ่งมีการจัดให้มีเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครป้องกันภัยฝ่ายพลเรือน (อปพร.)พร้อมรถยนต์กู้ชีพคอยรับแจ้งเหตุ ตลอด 24 ชั่วโมง การปฏิบัติเน้นการเข้าถึงผู้ป่วยโรคฉุกเฉิน ผู้รับบาดเจ็บในชุมชนได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งต้องมีทักษะในการยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วยหรือผู้บาดเจ็บและสามารถให้ได้รับการบริการการปฐมพยาบาลขั้นเบื้องต้นตลอดจนการช่วยเหลือฟื้นคืนชีพในระดับพื้นฐานได้ การปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินจะต้องพัฒนาระบบการบริการให้ครบวงจรและเพิ่มการพัฒนาระบบเครือข่ายระบบส่งต่อทุกระดับให้มีประสิทธิภาพเพื่อบริการประชาชนในทุกพื้นที่ ซึ่งมีหลายปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างล่าช้า และไม่มีประสิทธิภาพพอ ดังนั้นหากสภาพแวดล้อมต่างๆในการปฏิบัติงาน เอื้อต่อการปฏิบัติงาน ก็จะช่วยในการเสริมสร้างให้เกิดผลการปฏิบัติงานที่มีประสิทธิภาพรวมทั้งเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดในการปฏิบัติงานเพื่อการพัฒนางานอย่างต่อเนื่องพร้อมยึดหลักให้ประชาชนได้รับบริการที่มีคุณภาพมาตรฐานทั่วถึง เป็นธรรมด้วยระบบบริการสุขภาพที่มีคุณภาพมาตรฐานปลอดภัย เท่าเทียม และได้รับประโยชน์สูงสุด[10] จากความสำคัญของปัญหาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาบรรยากาศองค์การการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยการแพทย์ฉุกเฉินองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เพื่อทราบถึงบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยการแพทย์ฉุกเฉินองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี และสามารถนำผลการวิจัยข้อเสนอแนะต่อผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการพัฒนาระบบงานของการปฏิบัติงานหน่วยการแพทย์ฉุกเฉินองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเสริมสร้างการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นและเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยการแพทย์ฉุกเฉินองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี

วัตถุประสงค์เฉพาะ เพื่อศึกษา

1. บรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี

2. ระดับบรรยากาศองค์การและระดับการปฏิบัติงานเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี

3. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional descriptive research) ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2562 ถึงวันที่ 31 กรกฎาคม 2563

ประชากร คือ เจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 13 แห่ง โดยแบ่งเป็น เทศบาลเมืองจำนวน 2 แห่ง เทศบาลตำบลจำนวน 5 แห่งและองค์การบริหารส่วนตำบล 6 แห่ง มีจำนวนเจ้าหน้าที่รวม 184 คน[9]

ขนาดตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยที่ใช้การถดถอยพหุในการวิเคราะห์ข้อมูล (Multiple Linear Regression Analysis) ในกรณีวิเคราะห์การถดถอยพหุ (Multiple Linear Regression Analysis) ซึ่งใช้สูตรกำหนดขนาดตัวอย่างแบบการถดถอยพหุของ Cohen [11] ได้ขนาดตัวอย่าง 150 คน สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และใช้ขนาดตัวอย่างในการเก็บข้อมูลเชิงลึก จำนวน 13 คน

วิธีการสุ่มตัวอย่าง เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน่วยงาน 2 ประเภท คือ เทศบาล และ องค์การบริหารส่วนตำบล จึงเลือกใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling)

เครื่องมือ

การเก็บข้อมูลในครั้งนี้ผู้วิจัยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) และแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก ซึ่งผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือขึ้น จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง(Item Objective Congruence :IOC) โดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน พบว่าทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้อง(IOC)มากกว่า 0.50 และวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ได้เท่ากับ 0.98

การวิเคราะห์ข้อมูล

โดยใช้สถิติพรรณนาได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด และสถิติอนุมานโดยวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันและการวิเคราะห์การถดถอยพหุแบบขั้นตอน กำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ส่วนข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้วิจัย ทำการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการยื่นขออนุมัติจริยธรรมต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และได้ผ่านการรับรองจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 5 พฤษภาคม 2563 ลำดับที่ 4.3.05:12/2563 เลขที่: HE632101

ผลการวิจัย

พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีระดับบรรยากาศองค์การในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานีอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.93 (SD=0.51) และทุกด้านอยู่ในระดับมากเช่นเดียวกัน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดคือมิติโครงสร้างองค์การ ค่าเฉลี่ย 4.14 (SD=0.51) และมิติความอบอุ่น ค่าเฉลี่ย 4.14 (SD =0.62) รองลงมาคือมิติความรับผิดชอบ ค่าเฉลี่ย 4.09 (SD=0.48) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือมิติรางวัลค่าเฉลี่ย 3.69 (SD=0.78)

ระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างมีระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.20(SD=0.47) เมื่อพิจารณารายกิจกรรม พบว่า ทุกกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก เรียงจากคะแนนสูงไปหาคะแนนต่ำ การนำส่งต่อสถานพยาบาลให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมค่าเฉลี่ย 4.30 (SD=0.51) รองลงมาคือ การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน หรือการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุค่าเฉลี่ย 4.25 (SD=0.53)

โดยภาพรวมบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.533$, p-value<0.001) เมื่อพิจารณาบรรยากาศองค์การรายด้าน พบว่า) เมื่อพิจารณาบรรยากาศองค์การรายด้าน พบว่า ส่วนใหญ่มีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น เมื่อเรียงลำดับตามค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์จากค่าสูงตามลำดับดังนี้คือ มิติความรับผิดชอบ ($r =0.558$, p-value <0.001) มิติโครงสร้างองค์การ($r =0.542$, p-value <0.001) มิติความอบอุ่น($r =0.519$, p-value <0.001) มิติการสนับสนุน ($r =0.513$, p-value <0.001) มิติมาตรฐานการปฏิบัติงานและความคาดหวังผลการปฏิบัติงาน($r =0.478$, p-value <0.001) มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน($r =0.466$, p-value <0.001) มิติความขัดแย้ง ($r =0.439$, p-value <0.001) มิติความเสี่ยงภัย ($r =0.396$, p-value <0.001)และมิติที่มีความสัมพันธ์น้อยที่สุดคือมิติรางวัล มีความสัมพันธ์ระดับต่ำ($r=0.273$, p-value0.001)

ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ได้แก่ ตัวแปรบรรยากาศองค์การในมิติความรับผิดชอบ (p-value=0.011) บรรยากาศองค์การในมิติโครงสร้างองค์การ (p-value = 0.004) บรรยากาศองค์การในมิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน (p-value=0.009)บรรยากาศองค์การในมิติรางวัล (p-value=0.001) และบรรยากาศองค์การในมิติการสนับสนุน (p-value = 0.023) ซึ่งตัวแปรอิสระทั้ง 5 ตัวแปร สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ได้ร้อยละ 42.9

ปัญหาอุปสรรคจากการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี พบว่า ส่วนใหญ่เป็นปัญหาเกี่ยวกับการประเมินสถานการณ์ การนำส่งต่อสถานพยาบาลให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม การรับแจ้งเหตุและการสั่งการและการรักษาพยาบาลฉุกเฉินหรือการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ณ.จุดเกิดเหตุ ข้อเสนอแนะ คือหน่วยงานควรจัดหาอุปกรณ์กีดกั้นบริเวณพื้นที่เกิดเหตุเพื่อให้การปฏิบัติงานสะดวกให้เป็นไปตามมาตรฐานหน่วยงานควรให้ความสำคัญจัดหางบประมาณเพื่อสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ให้พร้อมใช้งานก่อเกิดประสิทธิภาพควรส่งเสริมให้ความรู้และการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบแนวทางในการแจ้งเหตุฉุกเฉินควรปรับระบบรับแจ้งเหตุและการสื่อสารที่มีคุณภาพ พร้อมทั้งการส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้อุปกรณ์สื่อสารต่างๆ แก่ผู้ปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุด

สรุปและอภิปรายผล

ระดับบรรยากาศองค์การในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี ในภาพรวมและรายด้าน อยู่ในระดับมาก ทั้งนี้เนื่องจากบรรยากาศองค์การในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี เป็นการรับรู้หรือรับรู้สึกของบุคคลเกี่ยวกับองค์ประกอบของสภาพแวดล้อมภายในองค์การที่ปฏิบัติงานทั้งทางตรงและทางอ้อมเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อการจูงใจในการปฏิบัติงานในองค์กร [6] เห็นได้ว่าบรรยากาศองค์การเป็นปัจจัยมีความสำคัญต่อการการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานีโดยการให้ความสำคัญต่อการปฏิบัติงานภายในขององค์กรให้บรรลุเป้าหมายที่องค์การตั้งไว้อย่าง

ประสิทธิภาพ โดยเฉพาะผู้บังคับบัญชาซึ่งต้องมีความยืดหยุ่นภายในโครงสร้างองค์การ กฎระเบียบต่างๆจะทำให้เจ้าหน้าที่มีความรู้สึกว่าอะไรคือสิ่งสำคัญหรือสิ่งที่ดีในการปฏิบัติงาน และบรรยากาศองค์การยังเป็นการกระตุ้นการมีส่วนร่วมและการทำงานเป็นทีมสร้างความมุ่งมั่น และเป็นแรงจูงใจต่อการปฏิบัติงาน ดังนั้นบรรยากาศองค์การที่ดีจึงเป็นสิ่งสำคัญในการปฏิบัติงานและพัฒนาองค์กร สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้แล้ว พบว่า ภาพรวมบรรยากาศองค์การอยู่ในระดับมาก [12,13]

ระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก และทุกกิจกรรมมีอยู่ในระดับมากเช่นกัน โดยกิจกรรมการนำส่งต่อสถานพยาบาลให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม มีค่าเฉลี่ยสูงสุด รองลงมาคือ การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน หรือการให้ความช่วยเหลือเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ สอดคล้องกับงานวิจัยที่มีผู้ศึกษาไว้ก่อนหน้า ที่พบว่า ระดับการปฏิบัติงานการแพทย์ฉุกเฉินอยู่ในระดับมาก [14,15,16,17,18,19]

ภาพรวมบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ บูรภพ จันทร์ใบ และชนะพล ศรีฤาชา [20] ;กาญจนา พิทักษ์วาณิชย์ และประจักร บัวผัน [21] ที่พบว่า ภาพรวมบรรยากาศองค์การมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นฯ

ตัวแปรบรรยากาศองค์การมิติความรับผิดชอบ มิติโครงสร้างองค์การ มิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มิติรางวัล และมิติการสนับสนุน สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี ได้ร้อยละ 42.9 สอดคล้องกับการศึกษาของ รำไพ ราชาพัฒน์ [22] ที่ศึกษาบรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา พบว่า บรรยากาศองค์การในมิติความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน มิติความรับผิดชอบ มิติการให้รางวัล และมิติความอบอุ่น สามารถร่วมพยากรณ์ความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดนครราชสีมา ได้ร้อยละ 67.7 และการศึกษาของ ณัฐพล โยธา และคณะ [12] ที่พบว่า มิติโครงสร้างองค์การ มิติความรับผิดชอบ มิติการให้รางวัล สามารถพยากรณ์การทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่นได้ ร้อยละ 51.4

ขอเสนอแนะที่ได้จากการวิจัย

1. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีการกำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และเป้าหมายที่ชัดเจนเพื่อให้การปฏิบัติงานมีเป้าหมายและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้นและ ควรมีการออกหนังสือคำสั่งการมอบหมายงานแต่ละตำแหน่งแต่ละหน้าที่ของเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นให้ชัดเจนในการปฏิบัติงานและควรจัดอบรมให้ความรู้กับเจ้าหน้าที่เพื่อเพิ่มพูนทักษะในการปฏิบัติงานอย่างมีประสิทธิภาพ

2. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรจัดอบรมรมสร้างสัมพันธภาพภายในองค์กรเช่น กิจกรรมพัฒนาองค์กร การออกเยี่ยมบ้านผู้ใต้บังคับบัญชาเพื่อสร้างความอบอุ่นในการเพิ่มประสิทธิภาพของการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่

3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรตั้งงบประมาณเพิ่มเพื่อสนับสนุนในการจัดซื้อวัสดุและอุปกรณ์ทางการแพทย์ รวมถึงรถฉุกเฉินเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพในการช่วยผู้บาดเจ็บหรือผู้ป่วย

4. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีนโยบายหรือกำหนดแผนรับเจ้าหน้าที่เป็นพนักงานประจำซึ่งทำให้ได้รับค่าตอบแทนเพิ่ม(ขั้นต่ำ300บาท)และควรติดบอร์ดชื่นชมบุคคลดีเด่นประจำเดือนเพื่อเป็นรางวัลให้เจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นสร้างแรงจูงใจเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงาน

กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณ รองศาสตราจารย์ ดร.ชนะพล ศรีฤาชา อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ ที่ให้คำชี้แนะแนวทางการพัฒนาวิทยานิพนธ์ให้ดียิ่งขึ้น ด้วยความเอาใจใส่อย่างใกล้ชิด ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่หน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นใน

การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอเมืองจังหวัดอุดรธานี ที่กรุณาให้ข้อมูลอันมีคุณค่าต่อการทำวิจัยและให้ความร่วมมืออย่างยิ่ง และขอขอบเพื่อนๆ และผู้เกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ทำให้งานวิจัยนี้ ลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. Top 10 causes of death. Retrieved September 10, 2019,from http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/causes_death/top_10/en/; 2018.

2.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน กระทรวงสาธารณสุข. หนังสือสาธารณสุข พ.ศ. 2559. นนทบุรี: กองยุทธศาสตร์และแผนงานกระทรวงสาธารณสุข; 2560.

3.สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ. หนังสือที่ สปท.3475/2559เรื่องรายงานของคณะกรรมาธิการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมเรื่องระบบการแพทย์ฉุกเฉินช่วงก่อนถึงโรงพยาบาล. กรุงเทพฯ: สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ.(เอกสารอัดสำเนา); 2559.

4.สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 (พ.ศ. 2560-2564). กรุงเทพฯ: สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ; 2559.

5.รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย. ราชกิจจานุเบกษา, 134(40 ก), 1-90.; 2560.

6.Litwin, G.H. & Stringer, R.A. Motivation and organization climate. Boston: Division of Research, Graduate School of Business Administration, Harvard University; 1968.

7.ดัษนีวรรณ สัตย์ธรรม และ ชนะพล ศรีฤาชา. บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดชัยภูมิ. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 12(1), 41-50; 2562.

8.จินตนา กีเกียง และ ประจักร บัวผัน. บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามบทบาทหน้าที่ของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 19(2), 154-165; 2562.

9.สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดอุดรธานี. ฐานข้อมูล ระบบจัดการทรัพยากร การแพทย์ฉุกเฉินปีงบประมาณจังหวัดอุดรธานี 2561. อุดรธานี: สำนักงานส่งเสริมการปกครองท้องถิ่นจังหวัดอุดรธานี; 2561.

10.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี. แผนยุทธศาสตร์ด้านสุขภาพจังหวัดอุดรธานี (พ.ศ. 2561-2564). อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี; 2560.

11.Cohen, J. Statistical power analysis for the behavioral sciences. 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates; 1988.

12.ณัฐพล โยธา, ประจักร บัวผัน และสุรชัย พิมหา. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 19(1), 149-160; 2562.

13.ทวีเลิศ ชายงาม, ประจักร บัวผัน และสุรชัย พิมหา. บรรยากาศองค์การและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวระดับตำบล ในจังหวัดหนองบัวลำภู. วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา), 18(3), 124-135; 2561.

14.ดารุณี ปัชชาเขียว. คุณลักษณะส่วนบุคคลและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงาน การแพทย์ฉุกเฉินในหน่วยปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นของบุคลากรองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอำเภอภูเขียว จังหวัดชัยภูมิ. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2561.

15.วิราสินี สีสงคราม และสุวิทย์ อุดมพาณิชย์. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานระบบการแพทย์ฉุกเฉินขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ, 9(3), 153-161; 2559.

16.ไตรเทพ โดยะนันท์ และคณะ. การปฏิบัติการทางการแพทย์ฉุกเฉินตามพระราชบัญญัติการแพทย์ฉุกเฉิน พ.ศ. 2551 ของผู้ปฏิบัติการในพื้นที่จังหวัดปทุมธานี. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข, 2(1),31-43; 2559.

17. ฐิติรัตน์ นิลพันธ์. การสนับสนุนจากองค์การที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานของผู้ปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตปฏิบัติการการแพทย์ ฉุกเฉินที่ 4 จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.

18.สุพัตรา ติวเฮือง และวิทัศน์ จันทรโพธิ์ศรี. ปัจจัยการบริหารที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานระบบการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น.ใน การประชุมวิชาการ นำเสนอผลงานวิจัย ระดับบัณฑิตศึกษาแห่งชาติ ประจำปี 2557. (หน้า600- 606). บุรีรัมย์: มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์; 2557.

19.อังคราณี ล่ามสมบัติ. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินของหน่วยกู้ชีพองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น. รายงานการศึกษาอิสระปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553.

20.บูรภพ จันทร์ใบ และชนะพล ศรีฤาชา. คุณลักษณะส่วนบุคคลและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการบริหารเวชภัณฑ์และงานบริการเภสัชกรรมของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดหนองคาย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่7ขอนแก่น, 25(2),67-78 ; 2561.

21.กาญจนา พิทักษ์วาณิชย์ และประจักร บัวผัน. บรรยากาศองค์การและปัจจัยทางการบริหารที่มีผลต่อการจัดการความรู้ของบุคลากรโรงพยาบาลบัวใหญ่ อำเภอบัวใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัย มข.(ฉบับบัณฑิตศึกษา),16(1),90-103; 2559.

22.รำไพ ราชาพัฒน์. บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อความสุขในการทำงานของพนักงานกระทรวงสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2560.

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Factors Influencing the self-care behavior of pregnant women, Sisaket province.

ธนา คลองงาม[1], ชนัชชา อุปฮาด[21]

Thana Clongngam[1], Chanatcha Ubahad[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดศรีสะเกษ กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 360 คน กำหนดขนาดตัวอย่างโดยสูตรคำนวณของ Krejcie and Morgan (1970) ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบสุ่มเชิงช่วงชั้นอย่างมีสัดส่วนและสุ่มแบบอาศัยความน่าจะเป็น เครื่องมือเป็นแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่า IOC 0.97 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความเป็นอิสระต่อกันโดยสถิติไค-สแคว์ หาค่าความสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณการเลือกตัวแปรโดยวิธีเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ 96.40 อายุเฉลี่ย 26.42 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 9,397.50 บาท ทั้งหมดอ่านออกเขียนได้ ค้นหาข้อมูลข่าวสารจากอินเทอร์เน็ตร้อยละ 70.80 ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับสูงร้อยละ 76.40 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์อยู่ในระดับสูงร้อยละ 62.40 การตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูง การเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง ความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพระยะตั้งครรภ์มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร การเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดศรีสะเกษ อำนาจทำนายร้อยละ 40.20 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น R = 0.634 โดยมีความคาดเคลื่อนมาตรฐานเท่ากับ ± 0.397 จากผลการศึกษาเสนอให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง พัฒนาระบบการสื่อสารสุขภาพในระบบออนไลน์ ให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เนื้อหาทางด้านสุขภาพที่มีความถูกต้องเป็นปัจจุบัน ที่ประชาชนเข้าใจง่ายสามารถปฏิบัติตามได้

คำสำคัญ: 1) พฤติกรรมการดูแลตนเอง 2) ความรอบรู้ด้านสุขภาพ 3) หญิงตั้งครรภ์

Abstract

This descriptive research aims to study predictive factors of selected factors effecting health care behavior of pregnant women in Sisaket province. 360 participants were randomized by proportional stratified random sampling simple then followed up with systemic random sampling. Data collected by questionnaires had IOC 0.97 and Cronbach's alpha of 0.897. Data were analyzed by Chi – square, Pearson's Product Moment Correlation Coefficient and Stepwise multiple regression.

The results showed marriage (96.40%), average age 26.42 years old, average income 9,397.50 Baht per month, all can read and write, online information access 70.80%, health literacy have high level at 76.40%, self-care behavior of pregnant women in, Sisaket Province have high level of 76.40%. The relation between decision making and communication skills have a high significant level of 0.05. The relation between health access and health services have a moderate significant at the level of 0.05. The relation between pregnant health care knowledge and health care behavior of pregnant women in Sisaket province has a low significant at the level of 0.05. Media literacy, decision making, communication skill, health services access can predict self-health care behavior of pregnant women in Sisaket province 40.20% and had the correlation coefficients was 0.397 (R = 0.634).Thereby strengthening the online health communication system with easy access and understanding is the key to success of health care behavior.

keyword: 1) health care behavior 2) health literacy 3) pregnant.

[1] พ.บ. รพ.ศิลาลาด จ.ศรีสะเกษ

[2] ส.ม. สสจ.ศรีสะเกษ จ.ศรีสะเกษ

บทนำ

นโยบายรัฐบาล แถลงต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2562 ข้อ 8 ของนโยบายหลัก 12 ด้าน กำหนดให้มีการพัฒนาคนไทยให้มีความพร้อมในการดำรงชีวิตในศตวรรษที่ 21 เพื่อให้คนไทยในอนาคตเป็นพลังขับเคลื่อนในการพัฒนาประเทศให้ก้าวไปข้างหน้าได้อย่างมีแบบแผน มีประสิทธิภาพ[1] กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดกรอบยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานเพื่อให้สอดคล้องกับนโยบายดังกล่าว โดยกำหนดยุทธศาสตร์ที่จะพัฒนาความเป็นเลิศ 4 ด้าน คือ 1) Prevention& Promotion excellence (ส่งเสริมสุขภาพและความป้องกันโรคเป็นเลิศ) 2) Service excellence (บริการเป็นเลิศ) 3) People excellence (บุคลากรเป็นเลิศ) และ 4) Governance excellence (บริหารจัดการเป็นเลิศ) เพื่อขับเคลื่อนทุกหน่วยงานไปสู่เป้าหมาย โดยนำกรอบแนวคิดประเทศไทย 4.0 สร้างเศรษฐกิจใหม่ พัฒนาเศรษฐกิจจากรายได้น้อย ให้มีรายได้มากเพิ่มขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable development goals – SDGs by 2030) ประกอบด้วย 16 แผนงาน 48 โครงการ[2]

สถานการณ์ด้านสุขภาพของคนไทยด้านมารดาและเด็กปฐมวัย ในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมา อัตราตายมารดาและเด็กอายุ 0-5 ปี ของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง โดยอัตราตายมารดาลดลงจาก 374.30 ต่อเกิดมีชีพแสนคน ในปี พ.ศ. 2505 เป็น 23.30 ต่อเกิดมีชีพแสนคน ในปี พ.ศ. 2557 แต่สูงกว่าเป้าหมายการพัฒนาสหัสวรรษ (MDGs) ที่กำหนดไว้ไม่เกิน 18 ต่อการเกิดมีชีพแสนคน สาเหตุการเสียชีวิตของมารดาส่วนใหญ่เกิดจากการแท้งและการคลอด เมื่อเปรียบเทียบอัตราตายมารดาในกลุ่มประเทศอาเซียน พบว่าประเทศไทยมีอัตราตายมารดาน้อยกว่าประเทศอื่นๆ เป็นอันดับ 2 รองจากประเทศสิงคโปร์ สำหรับอัตราตายในเด็กอายุ 0-5 ปี ของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง และต่ำกว่าค่าเฉลี่ยโลก แต่ก็ยังสูงกว่าประเทศในแถบภูมิภาคเดียวกันอย่างสิงคโปร์ มาเลเซียและบรูไน[2] สำหรับภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กในกลุ่มนี้ พบว่า อุบัติการณ์ของทารกแรกเกิด น้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม ยังเป็นปัญหาและยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กระทรวงกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 7.00 และจากผลการตรวจคัดกรองและประเมินพัฒนาการของเด็กในกลุ่มนี้ พบว่ามีพัฒนาการสมวัย ร้อยละ 99.30 และ 98.70 ซึ่งเกินกว่าค่าที่กระทรวงกำหนดไว้ที่ร้อยละ 85.00[2]

จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ 2563 พบมารดาเสียชีวิต 2 ราย สาเหตุการเสียชีวิตของมารดาจากการติดเชื้อในกระแสเลือด ไม่มาตรวจรักษาเมื่อตนเองมีภาวะเสี่ยงขณะตั้งครรภ์และอีกราย พบว่าเกิดจาก Direct cause อัตรา 36.43 ต่อเกิดมีชีพแสนคน ซึ่งสูงกว่าค่าเป้าหมายที่กำหนดไว้ไม่เกิน 18 ต่อการเกิดมีชีพแสนคนและสูงกว่าทุกจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 10 สำหรับภาวะโภชนาการและพัฒนาการของเด็กในกลุ่มนี้ พบว่าอุบัติการณ์ของทารกแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่า 2,500 กรัม พบว่าเป็นปัญหาและยังไม่บรรลุเป้าหมายที่กระทรวงกำหนดไว้ไม่เกินร้อยละ 7.00 [3]

มีการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยในกลุ่มอายุ 7 - 18 ปี ในสถานศึกษาที่เป็นพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงานส่งเสริมพฤติกรรมตามแนวทางสุขบัญญัติแห่งชาติ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 โดยการสุ่มจาก 24 จังหวัด 96 โรงเรียน รวม 4,800 คน พบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับพอใช้ คิดเป็น ร้อยละ 86.48 และ ร้อยละ 5.25 มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดีมาก ซึ่งเป็นระดับที่มีผลต่อการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้องอย่างยั่งยืน ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน พ.ศ. 2557 มีการประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชนเรื่อง 3อ.2ส. (อาหาร ออกกำลังกาย อารมณ์ ไม่สูบบุหรี่ ไม่ดื่มสุรา) ในกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไปในพื้นที่ 77 จังหวัด พบว่าส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับไม่ดีพอ ร้อยละ 59.40 รองลงมาคือระดับพอใช้ ร้อยละ 39.00 และระดับดีมากเพียง ร้อยละ 1.60 [4]

เมื่อบุคคลมีความรอบรู้ด้านสุขภาพน้อย ขาดความรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพไม่ถูกต้อง ส่งผลให้มีสุขภาพไม่ดี ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความเสี่ยงต่อการเกิดโรคและสุขภาพอนามัยที่ไม่ดีตามมา การเสริมสร้างให้บุคคลมีความรอบรู้ทางสุขภาพมารดาในหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ก่อนการฝากครรภ์ การดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ เมื่อหญิงตั้งครรภ์ มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจะส่งผลต่อการปฏิบัติตัว พฤติกรรมการดูแลตนเอง และการจัดการทางสุขภาพตามมา ดังนั้นผู้วิจัยจึงเห็นความสำคัญของพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จึงได้จัดทำวิจัย ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการ

ดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดศรีสะเกษ ขึ้น เพื่อนำไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการกำหนดนโยบายในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพ เพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านสุขภาพ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดศรีสะเกษและเพื่อศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดศรีสะเกษ

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยเชิงทำนาย (Predictive research) เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 – 20 พฤศจิกายน 2563

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือหญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์ในปีงบประมาณ 2563 จังหวัดศรีสะเกษ จำนวน 5,496 คน โดยใช้เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าสู่โครงการวิจัย คือเป็นหญิงที่ตั้งครรภ์ในปีงบประมาณ 2563 จังหวัดศรีสะเกษ ที่สามารถให้ข้อมูลได้ เต็มใจให้ข้อมูลและมีความสมัครใจยินดีเข้าร่วมการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เกณฑ์การคัดออกของกลุ่มตัวอย่างคือ มีอาการเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นฉับพลัน เช่น ความเจ็บป่วยเฉียบพลัน มีปัญหาทางจิตเวชฉับพลัน

การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรคำนวณ ของ Krejcie and Morgan (1970)[5] กำหนดให้สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร เท่ากับ 0.50 และกำหนดระดับความเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95.00

การสุ่มตัวอย่าง เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้มีความครอบคลุมและเป็นตัวแทนของประชากรทั้งหมด โดยวิธีการสุ่มเชิงช่วงชั้นอย่างมีสัดส่วน (Proportional stratified random sampling) อำเภอที่มีประชากรหญิงตั้งครรภ์ ปีงบประมาณ 2563 มากจะถูกเลือกมากตามสัดส่วน จากนั้นนำมาจัดทำการสุ่มแบบอาศัยความน่าจะเป็นโดยสอบถามหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการในวันที่เก็บข้อมูล ที่สมัครใจให้ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ใช้แบบสอบถามสำรวจปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดศรีสะเกษ ที่มีลักษณะคำถามปลายปิดและปลายเปิด ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม และขอคำแนะนำจากผู้เชี่ยวชาญ ที่มีค่า IOC เท่ากับ 0.97 จากนั้นนำแบบสอบถามที่ได้ไปทดลองใช้ (Try out) กับหญิงตั้งครรภ์ที่ตั้งครรภ์ในปีงบประมาณ 2563 จำนวน 30 คน ที่สามารถให้ข้อมูลได้ ที่เหลือจากการสุ่มตัวอย่าง นำแบบสอบถามที่ได้รับคืนมาคำนวณหาค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีของครอนบาค Cronbach (1951)[6] โดยใช้สัมประสิทธิ์อัลฟา (α - coefficient) เท่ากับ 0.897

แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 7 ตอน **ตอนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป** ของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 360 คน ที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ ของแต่ละบุคคลเหมือน หรือแตกต่างกัน ประกอบด้วย อายุ สถานภาพสมรส การศึกษาสูงสุด อาชีพ สมาชิกในครอบครัว การใช้จ่ายของครอบครัว รายได้เฉลี่ยต่อเดือน การรู้หนังสือ วัสดุอุปกรณ์รับข้อมูลข่าวสาร ช่องทางการรับข้อมูลข่าวสาร การค้นหาข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ รวม 11 ข้อ การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าฐานนิยม (Mode) ค่าสูงสุด (Maximum) ค่าต่ำสุด (Minimum) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) **ตอนที่ 2 ข้อมูลด้านสุขภาพ** ของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย จำนวนครั้งของการตั้งครรภ์ จำนวนบุตร โรคประจำตัว โรคประจำตัวของบุคคลในครอบครัว การแพ้ยา การผ่าตัดคลอด สิทธิการรักษาพยาบาล รวม 7 ข้อ การวิเคราะห์ใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential statistics) **ตอนที่ 3 ความรอบรู้ด้านสุขภาพ** ประกอบด้วย การเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพ ด้านทักษะการสื่อสาร ด้านการรู้เท่าทันสื่อ ด้านการตัดสินใจ เป็นคำถามชนิดเลือกคำตอบเพียง 5 ตัวเลือก ซึ่งข้อคำถามมีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิด คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) การให้คะแนน 5 ระดับ แบบลิเคิร์ท (Likert's Scales)[7]

การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลาง และระดับต่ำ ตามแนวคิดของเบสท์ (Best John W,1977)[8] ด้านความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ เป็นคำถามชนิดเลือกคำตอบเพียง 3 ตัวเลือก ใช่ ไม่ใช่ ไม่แน่ใจ การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลางและระดับต่ำ ตามแนวคิดของบลูม (Bloom, 1971) [9] **ตอนที่ 4 พฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์** เป็นคำถามชนิดเลือกคำตอบเพียง 5 ตัวเลือก ซึ่งข้อคำถามมีลักษณะเป็นข้อคำถามปลายปิด คำตอบแต่ละข้อเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating scale) การให้คะแนน 5 ระดับ แบบลิเคิร์ท (Likert's Scales)[7]การแปลผล แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง ระดับปานกลางและระดับต่ำ ตามแนวคิดของเบสท์ (Best John W,1977)[8]

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา ทดสอบความเป็นอิสระต่อกันโดยสถิติไค-สแคว์ หาค่าความสัมพันธ์สหสัมพันธ์เพียร์สันและวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นแบบพหุคูณการเลือกตัวแปรโดยวิธีเพิ่มตัวแปรอิสระแบบขั้นตอน (Stepwise multiple regression)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการหลังจากผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาต เพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูล โดยมีการชี้แจงวัตถุประสงค์การวิจัยและขอความร่วมมือหญิงตั้งครรภ์ในการตอบแบบสอบถาม โดยมีอิสระในการตอบรับ หรือปฏิเสธการให้ความร่วมมือดังกล่าวโดยจะไม่ให้รับผลกระทบใดๆ ทั้งสิ้น ซึ่งคำตอบของผู้ตอบแบบสอบถามจะถือเป็นความลับและข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมด ผู้วิจัยจะนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อใช้ในการศึกษาวิจัยเท่านั้นและจะนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมของประชากรทั้งหมดและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมทางวิชาการเท่านั้นและได้รับการยกเว้นการรับรองจากคณะกรรมการควบคุมจริยธรรมการวิจัย ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ วันที่รับรอง วันที่ 29 ตุลาคม พ.ศ. 2563 หมดอายุ วันที่ 28 กันยายน 2564

สรุปผล

ปัจจัยส่วนบุคคล พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 96.40 อายุ 20-35 ปี ร้อยละ 66.90 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 26.42 ปี อายุต่ำสุดเท่ากับ 16 ปี อายุมากที่สุดเท่ากับ 43 ปี ระดับการศึกษาสูงสุดมัธยมศึกษา ร้อยละ 65.80 จำนวนสมาชิกในครอบครัว 2-4 คน ร้อยละ 47.50 อาชีพส่วนใหญ่เป็นแม่บ้าน ร้อยละ 22.50 รายได้ต่อเดือนมากสุดต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 40.30 เฉลี่ยรายได้ต่อเดือน 9,397.50 บาท รายได้ต่อเดือนน้อยสุด 3,000 บาท รายได้ต่อเดือนมากสุด 40,000 บาท การใช้จ่ายของครอบครัวมีเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 64.20 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดรู้หนังสืออ่านออกเขียนได้ มีอาชีพเป็นแม่บ้านมากสุดร้อยละ 48.10 การใช้จ่ายของครบครัวมีเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 64.20 *วัสดุอุปกรณ์สื่อสาร* ที่มีในครัวเรือนมีไฟฟ้า ร้อยละ 100.00 โทรทัศน์ ร้อยละ 87.50 โทรศัพท์มือถือที่สามารถเชื่อมอินเทอร์เน็ตได้ ร้อยละ 79.40 *ช่องทางการได้รับข้อมูลข่าวสาร*ด้านสุขภาพจากอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 78.10 จากโทรทัศน์ ร้อยละ 67.50 จากบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 49.40 การสืบค้น *การค้นหาข้อมูลข่างสาร*ด้านสุขภาพ จากอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 70.80 จากบุคลาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) ร้อยละ 47.60 จากโรงพยาบาลชุมชนร้อยละ 46.80

ปัจจัยด้านสุขภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตั้งครรภ์ครั้งที่ 1 ร้อยละ 40.30 จำนวนบุตรที่มีชีวิตอยู่ไม่นับรวมครรภ์นี้ 1 คน ร้อยละ 80.60 ไม่เคยแพ้ยา ร้อยละ 97.80 ไม่เคยผ่าตัดคลอด ร้อยละ 85.80 มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ร้อยละ 77.80 กลุ่มตัวอย่างไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 82.10 มีภาวะโลหิตจาง ร้อยละ 11.40 บุคคลในครอบครัว (ญาติสายตรง) ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 59.80 โรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 21.10 โรคเบาหวาน ร้อยละ 18.00

ปัจจัยความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ พบว่าระดับการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพและบริการสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ มีจำนวนและร้อยละส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 74.20 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 25.30 โดยมีค่าเฉลี่ยที่ 3.97 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.58 มีค่ามัธย

ฐาน 4.00 ระดับความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพระยะตั้งครรภ์ มีจำนวนและร้อยละของระดับความรู้ส่วนใหญ่อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 45.80 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 33.60 และระดับสูง ร้อยละ 20.60 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยที่ 13.55 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.39 มีค่ามัธยฐาน 15 ระดับด้านทักษะการสื่อสารของหญิงตั้งครรภ์ มีจำนวนและร้อยละส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.00 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 29.70 โดยมีค่าเฉลี่ยที่ 3.87 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.50 มีค่ามัธยฐาน 3.67 ระดับการรู้เท่าทันสื่อของหญิงตั้งครรภ์ มีจำนวนและร้อยละ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 70.60 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 28.90 โดยมีค่าเฉลี่ยที่ 4.00 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.61 ระดับการตัดสินใจของหญิงตั้งครรภ์ มีจำนวนและร้อยละ ส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 76.40 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 23.60 โดยมีค่าเฉลี่ยที่ 4.05 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.51 มีค่ามัธยฐาน 5.00 ระดับ ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 62.40 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางร้อยละ 37.60 เฉลี่ยที่ระดับ 2.62

ตาราง 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดศรีสะเกษ (n = 360)

ปัจจัยคัดสรร	พฤติกรรม		
	r	P-value	แปลผล
1. อายุ	0.102	0.053	ไม่มีความสัมพันธ์
2. รายได้	0.191	0.085	ไม่มีความสัมพันธ์
3.การเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.408	<0.001	สัมพันธ์ทางบวกระดับปานกลาง
4. ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพระยะตั้งครรภ์	0.164	0.002	สัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำ
5. ทักษะการสื่อสาร	0.505	<0.001	สัมพันธ์ทางบวกระดับสูง
6. การรู้เท่าทันสื่อ	0.519	<0.001	สัมพันธ์ทางบวกระดับสูง
7. การตัดสินใจ	0.514	<0.001	สัมพันธ์ทางบวกระดับสูง

จากตาราง 1 พบว่าการรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.519, p < 0.001$), ($r = 0.514 p < 0.001$), ($r = 0.505, p < 0.001$) ตามลำดับ การเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลางกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.408, p < 0.001$) ความรู้ ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพระยะตั้งครรภ์ มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.164, p = 0.002$)

ตาราง 2 แสดงการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณของพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดศรีสะเกษ

ตัวแปร	R^2	b	S.E.	β	t	p
1.การตัดสินใจ	0.358	0.287	0.049	0.286	5.893	<0.001
2.การรู้เท่าทันสื่อ	0.269	0.153	0.048	0.183	3.189	<0.001
3. ทักษะการสื่อสาร	0.391	0.218	0.055	0.217	3.986	<0.001
4. การเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพ	0.402	0.116	0.44	0.125	2.618	<0.001
$R= 0.634$ $R^2= 0.402$ $SE_E= \pm 0.397$ F= 47.650 p=<0.001						

จากตาราง 2 พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดศรีสะเกษ ได้แก่ การตัดสินใจ การรู้เท่าทันสื่อ ทักษะการสื่อสาร การเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001 โดยมีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์พหุคูณเป็น R = 0.634 และสามารถมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดศรีสะเกษ อำนาจทำนายร้อยละ 40.20 โดยมีความคาดเคลื่อนมาตรฐานเท่ากับ ± 0.397

เมื่อพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยของปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดศรีสะเกษ พบว่าการตัดสินใจ มีค่าสูงสุดโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบและค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b, β) เป็น 0.287 กับ 0.049 รองลงมาคือทักษะการสื่อสาร มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดศรีสะเกษโดยมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ <0.001โดยมีค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนดิบและค่าสัมประสิทธิ์การถดถอยในรูปคะแนนมาตรฐาน (b, β) เป็น 0.218 กับ 0.055

สรุปและอภิปรายผล

1. ปัจจัยส่วนบุคคลมีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ จังหวัดศรีสะเกษ จากการศึกษาพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ สมาชิกในครอบครัว การใช้จ่ายของครอบครัว รายได้ การรู้หนังสือ วัสดุอุปกรณ์ในการสื่อสาร ช่องทางการรับข้อมูลข่างสาร การค้นหาข้อมูลข่าวสาร ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามทั้งหมดอ่านออกเขียน ส่วนใหญ่มีโทรศัพท์มือถือที่สามารถเชื่ออินเทอร์เน็ตได้ ค้นหาข้อมูลที่ต้องการทราบทางอินเทอร์เน็ตได้ตลอดเวลา จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา หญิงตั้งครรภ์ ที่มีการศึกษาดี สามารถอ่านออกเขียนได้มีความสารรถในการเข้าถึงข้อมูลมีความเข้าใจ ตัดสินใจในการดูแลสุขภาพตนเองได้ดีในระยะตั้งครรภ์ รวมทั้งมีอายุที่อยู่ในช่วงวัยเจริญพันธ์ ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ สินีนาท วราโภค (2562)[10] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาในสตรีตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า อายุ ระดับการศึกษา รายได้ของครอบครัว ไม่มีผลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาในสตรีตั้งครรภ์ ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มีอายุมากกว่า 20 ปี มีความเป็นเอกพันธ์ทำให้มีความผันแปรลดลงและมีผลต่อความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ แต่อย่างไรก็ตามในสังคมปัจจุบันมีแหล่งข้อมูลที่เกี่ยวข้องการดูแลสุขภาพระยะตั้งครรภ์ที่หลากหลาย เข้าถึงง่าย มีอุปกรณ์ที่ช่วยให้การเข้าถึงสะดวกรวดเร็ว ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความรู้ ความสามารถในการดูแลสุขภาพ และมีพฤติกรรมสุขภาพที่ดีในระยะตั้งครรภ์ได้

2. ปัจจัยด้านสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ จังหวัดศรีสะเกษ จากการศึกษาพบว่า พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีบุตรมาแล้ว 1 คน ไม่เคยแพ้ยา ไม่เคยผ่าตัดคลอด มีสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) ไม่มีโรคประจำตัว.และบุคคลในครอบครัว (ญาติสายตรง) ไม่มีโรคประจำตัว ไม่มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของหญิงตั้งครรภ์ ทั้งนี้อาจ หญิงตั้งครรภ์ที่เคยตั้งครรภ์มาก่อนได้รับข้อมูลการดูแลตนเองมาก่อน ทำให้เกิดการวิเคราะห์แยกแยะและเลือกวิธีการดูแลสุขภาพได้อย่างเหมาะสม การมีสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่ครอบคลุมทำให้การเข้าถึงบริการสุขภาพที่ทั่วถึงและเท่าเทียม ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมติฐาน สอดคล้องกับการศึกษาของ Poorman และคณะ (2562)[11] ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าถึงบริการสุขภาพได้โดยตรง ทำให้มีข้อมูลด้านสุขภาพที่จำเป็น สามารถตัดสินใจดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ได้ดี

3. ปัจจัยด้านความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์จากการศึกษาพบว่า การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร การเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพ ผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติที่ เพิ่มอำนาจทำนายร้อยละ 40.20 โดยมีความคาดเคลื่อนมาตรฐานเท่ากับ ± 0.397 การเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพเพิ่มอำนาจทำนายร้อยละ 40.20 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเข้าถึงแหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพได้ง่าย แหล่งบริการอยู่ใกล้ สะดวกในการเดินทาง ใช้เวลาในการรับบริการไม่นาน สามารถค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องมาใช้ประโยชน์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปรับใช้ข้อมูลนั้นเพื่อการดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ได้ดี ทักษะการสื่อสารเพิ่มอำนาจทำนายร้อยละ 39.10 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการมาปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับคนอื่น กล้าซักถามข้อมูลต่างๆ ทำให้ได้ข้อมูลที่สามารถนำมาตัดสินใจในการดูแลตนเองระยะตั้งครรภ์ได้ การตัดสินใจเพิ่มอำนาจทำนายร้อยละ 35.80 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์ได้รับข้อมูลข่าวสารจากช่องทางที่หลากหลาย ทั้งทางอินเทอร์เน็ต บุคลากรสาธารณสุข เพื่อนบ้าน ทำให้สามารถพิจารณาทางเลือกที่มีผลต่อสุขภาพและตัดสินใจเลือกช่องทางในการปฏิบัติ การดูแลตนเองที่ดี การรู้เท่าทันสื่อเพิ่มอำนาจทำนายร้อยละ 26.90 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก หญิงตั้งครรภ์สามารถสืบค้นข้อมูลได้ และแหล่งที่สืบค้นมีความน่าเชื่อถือ สามารถประเมินความน่าเชื่อถือของแหล่งข้อมูลต่างๆได้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์สามารถปรับใช้ข้อมูลนั้นเพื่อการดูแลสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ได้ดี สอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของ ศศิธร โพธิชัย (2560)[12] พบว่า การเข้าถึงบริการทางสุขภาพ การรับรู้ประโยชน์ของพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ เพิ่มอำนาจการทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ได้ ร้อยละ 33.10 และสอดคล้องกับการศึกษาของ สอดคล้องกับการศึกษาของ สินีนาท วราโภค (2562)[10] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาในสตรีตั้งครรภ์ ผลการศึกษาพบว่า รายได้ของครอบครัว ลำดับของการตั้งครรภ์ การสนับสนุนทางสังคม การได้รับคำแนะนำสุขภาพรายกลุ่มเพิ่มอำนาจการทำนายความรอบรู้ด้านสุขภาพในระยะตั้งครรภ์ได้ร้อยละ 35.40

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาพบว่า การรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร การเข้าถึงสุขภาพและบริการสุขภาพ มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์ จังหวัดศรีสะเกษ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ เพิ่มอำนาจทำนายร้อยละ 40.20 โดยมีความคาดเคลื่อนมาตรฐานเท่ากับ ± 0.397 ดังนั้น

1. ส่งเสริมให้ประชาชนมีความฉลาดทางด้านสุขภาพตลอดช่วงอายุตามความเหมาะสมตามวัย โดยการบูรณาการจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐเอกชน ครอบครัว ชุมชน สังคม โดยมีแนวทางหรือวิธีการปฏิบัติที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมของแต่ละกลุ่มวัย

2. จัดบริการสุขภาพ ให้ประชาชนเข้าถึงอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม ทั้งจำนวนและศักยภาพของสถานบริการ บุคลากรที่มีศักยภาพและเพียงพอไม่กระจุกตัวตามเมืองใหญ่ มีวัสดุอุปกรณ์ทางการแพทย์ที่ทันสมัย สามารถวินิจฉัยและรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ สนับสนุนงบประมาณที่เพียงพอในการจัดบริการสุขภาพ

3. พัฒนาระบบการสื่อสารสุขภาพ พัฒนา application ให้มีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสาร เนื้อหาทางด้านสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็ก ที่ประชาชนเข้าใจง่ายสามารถปฏิบัติตามได้ ทั้งนี้เนื่องจากปัจจัยการรู้เท่าทันสื่อ การตัดสินใจ ทักษะการสื่อสาร มีผลต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองขณะตั้งครรภ์

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ดร.อาจารย์เสน่ห์ แสงเงิน อาจารย์ที่ปรึกษาในการทำวิจัยครั้งนี้และพัฒนาแบบสอบถาม บุคลากรสังกัดสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ ที่อำนวยความสะดวกในการรวบรวมข้อมูล กลุ่มตัวอย่างทุกท่าน ที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถาม ให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะและแนวทางในการดำเนินงานที่เป็นประโยชน์ในงานวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. มูลนิธิพัฒนาสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี. **คู่มือโครงการมหัศจรรย์ 1,000 วันแรกแห่งชีวิต เฉลิมพระเกียรติสมเด็จพระนางเจ้าสิริกิติ์ พระบรมราชินีนาถ พระบรมราชชนนีพันปีหลวง.** นครราชสีมา: โรงพิมพ์โจเซฟโคราช; 2563.

2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข. **ยุทธศาสตร์ชาติ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข):** กรุงเทพมหานคร; 2559.

3. Health Data Center (HDC) (อินเทอร์เน็ต). ม.ป.ท.: ม.ป.ป; 2563 (เข้าถึงเมื่อปี 2563 เดือนสิงหาคม วันที่ 22). **รายงานมาตรฐาน.** เข้าถึงได้จาก: https://ssk.hdc.moph.go.th/hdc/main

4. กองสุขศึกษากรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. **ความฉลาดทางสุขภาพ.** กรุงเทพฯ: นิวธรรมดาการพิมพ์; 2554.

5. Krejcie, Robert V. & Daryle, Morgan W. (1970). **Determining Sampling Size for Research Activities.** Journal of Education and Psychological Measurement. 10(11): 308.

6. ทิวัตถ์ มณีโชติ. **เทคนิคการเขียนรายงานการวิจัยและวิทยานิพนธ์**. กรุงเทพฯ: ศูนย์การเรียนรู้และผลิตสิ่งพิมพ์ระบบดิจิตอล มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร; 2554.

7. Likert, Rensis. (1967). **The Method of Constructing and Attitude Scale**. Attitude Theory and Measurement. P.90-95.

8. Best, John W. (1977). **Research in Education.** 3rd ed. Englewood Cliffs, New Jersey : Prentice Hall, Inc.

9. Bloom, Benjamin S. (1971). **Handbook on Formative and Summative Evaluation of Student Learning**. New York : McGraw-Hill.

10. สินีนาท วราโภค. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อความรอบรู้ด้านสุขภาพมารดาในสตรีตั้งครรภ์.** วารสารพยาบาล. ปีที่ 35, ฉบับที่ 1. 2563

11. Poorman E, Gazmararian J, Elon L, Parker R. **Is health literacy related to health behaviors and cell phone usage patterns among the text4baby target population.** Arch Public health 2014; 72 (1):13.

12. ศศิธร โพธิ์ชัย. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์แรงงานข้ามชาติชาวกัมพูชา จังหวัดสระแก้ว (อินเทอร์เน็ต). (เข้าถึงเมื่อปี 2563 เดือนพฤศจิกายน วันที่ 12) เข้าถึงได้จาก https://dric.nrct.go.th/Index

การพัฒนาโปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

Development of Violent Behavior Prevention and Management Program in the Tertiary Level Hospital

อริยฉัฏร กาฬหว้า[1], จักรกฤษณ์ พลราชม[2]

Ariyachart Kalawa, Chakkrit Ponrachom

(Received: October 1,2020; Accepted: November 23,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยการประยุกต์ใช้ Comprehensive Health Education Model (CHEM) ในการพัฒนาโปรแกรมซึ่งประกอบด้วย (1) การกำหนดบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Involve people) (2) การกำหนดเป้าหมาย (Set goal) (3) การกำหนดปัญหา (Define problem) และ (4) การออกแบบโปรแกรม (Design program) โดยการยกร่างโปรแกรมฯ และนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 5 ราย วิพากษ์และประเมินคุณภาพของโปรแกรม วิเคราะห์ข้อมูลโดยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา พบว่า โปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นมีองค์ประกอบ ดังนี้ 1) ที่มาและความสำคัญของโปรแกรม 2) วัตถุประสงค์ของโปรแกรม 3) บทบาทของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง 4) แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรง ซึ่งประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้จำนวน 4 แผนกิจกรรมการเรียนรู้ 5) การตรวจสอบและการประเมินผล และ 6) การบริหารและจัดการการใช้โปรแกรม ผลการประเมินคุณภาพในด้านการกำหนดองค์ประกอบและแผนการจัดการเรียนรู้ผ่านเกณฑ์คุณภาพในระดับดีถึงดีมาก การวิจัยครั้งนี้จึงมีข้อเสนอแนะว่าควรนำโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นไปสู่การปฏิบัติในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิต่อไป

คำสำคัญ: โปรแกรมการป้องกัน, พฤติกรรมความรุนแรง, พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

The objective of this research was to develop the violent behavior prevention and management program for registered nurses in a tertiary hospital by applying Comprehensive Health Education Model (CHEM). The components of the developed program consisted of (1) Identify involved people, (2) Set goals, (3) Define problem and (4) Design program. The program was drafted. Five experts were asked to criticize, review and evaluate the quality of the program. Data were analyzed using mean and standard deviation.

The results of this study indicated that the components of the developed program were 1) background and significance, 2) objective, 3) roles of involved people, 4) guidelines for organizing learning activities for prevention and management of violent behavior, comprising 4 learning activity plans, 5) monitoring and evaluation, and 6) program management and implementation. The results of evaluating the quality in terms of components and learning management plans indicated that the developed program met the criteria by earning good to very good level. Therefore, this study suggested that the developed program should be implemented into action in a tertiary hospital.

Keywords: Prevention program, Violence behavior, Registered nurse

[1] นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

[2] อาจารย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร

บทนำ

ความรุนแรงในที่สถานทำงาน (Workplace Violence) เป็นการใช้อำนาจกระทำการใดๆ เช่น การคุกคาม ข่มขู่ ล่วงละเมิดหรือพฤติกรรมก่อกวนที่เกิดขึ้นโดยตั้งใจหรือไม่ตั้งใจต่อบุคคลขณะปฏิบัติหน้าที่ในสถานที่ทำงาน ตั้งแต่การละเมิดทางวาจา การทำร้ายร่างกายจนถึงการฆาตกรรม ส่งผลกระทบกับผู้ปฏิบัติงานทำให้รู้สึกเสียใจ ทำให้อับอาย หรือเกิดการบาดเจ็บเกิดขึ้น ความรุนแรงสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกสถานที่และทุกประเภทของงาน ส่วนความรุนแรงในโรงพยาบาลนั้นหมายถึง เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ เช่น พยาบาลวิชาชีพ ถูกคุกคามทั้งทางด้านวาจาหรือการกระทำ โดยผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยหรือแม้แต่เพื่อนร่วมงาน ในขณะปฏิบัติหน้าที่อันเป็นเหตุให้ได้รับบาดเจ็บทั้งทางร่างกายและจิตใจ[1-4]

การใช้ความรุนแรงในสถานที่ทำงานกับพยาบาลวิชาชีพเป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นอย่างแพร่หลาย เนื่องจากถูกล่วงละเมิด คุกคามขณะทำงานก่อให้เกิดผลกระทบด้านจิตใจเป็นอย่างมาก จากการศึกษาที่ผ่านมาทั่วโลกพบว่าความชุกของการกระทำรุนแรงต่อพยาบาลวิชาชีพในที่ทำงานมีแนวโน้มสูงขึ้น[4, 5] ในหลายประเทศ เช่น รัฐปาเลสไตน์ เขตบริหารพิเศษมาเก๊าแห่งสาธารณรัฐประชาชนจีน เขตบริหารพิเศษฮ่องกงแห่งสาธารณรัฐประชาชนจีน สหรัฐอเมริกา สหพันธ์สาธารณรัฐประชาธิปไตยเอธิโอเปีย สาธารณรัฐอาหรับอียิปต์ ร้อยละ 80.0, 57.2, 44.6, 30.0, 29.9 และ 27.7 ตามลำดับ[5-7] ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมากทั้งความรุนแรงทางวาจาทางร่างกายและทางเพศ ส่วนใหญ่เป็นการกระทำรุนแรงด้วยวาจา เช่น พูดประชด ข่มขู่ ตะโกนเสียงดังด้วยคำหยาบคาย ส่วนด้านร่างกายส่วนใหญ่เป็นการเตะ ผลักดึงและมีการใช้อาวุธ ส่วนความรุนแรงทางเพศส่วนใหญ่เป็นการใช้วาจาแทะโลม[4, 8, 9] ซึ่งผู้กระทำความรุนแรงเป็นได้ทั้งผู้ป่วย ญาติผู้ป่วยและผู้มารับบริการอื่นๆ หรือกระทั่งเพื่อนร่วมงานเอง[7, 10] แม้จะมีรายงานความชุกที่น้อย แต่ผลลัพธ์ที่ตามมาเป็นความเสียหายทั้งทางกายและใจอย่างรุนแรง โดยเฉพาะในบริบทของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ซึ่งเป็นสถานบริการสุขภาพที่มีศักยภาพสูงและรับส่งต่อการรักษาจากโรงพยาบาลชุมชน ทำให้มีผู้รับบริการเป็นจำนวนมาก โดยแผนกห้องฉุกเฉินพบว่าถูกกระทำความรุนแรงเป็นส่วนใหญ่ เนื่องจากเป็นงานที่อยู่ในสภาวะตึงเครียด เกี่ยวข้องกับชีวิต ความเป็นความตายและเป็นงานที่ต้องทำแข่งกับเวลา ในสภาวะความเจ็บป่วย ความสูญเสีย ความกลัวและความวิตกกังวลต่างๆ ล้วนส่งผลให้เกิดความเครียด[5] รวมถึงการได้รับบริการที่ไม่เป็นไปตามที่คาดหวัง เช่น การรอคอยที่ยาวนาน สภาพแวดล้อมที่ไม่สะดวกสบายทำให้เกิดอารมณ์ขุ่นมัว เหล่านี้ล้วนกระตุ้นให้เกิดการใช้ความรุนแรง ทำให้บุคลากรเกิดความคับข้องในจิตใจ ต้องระมัดระวังตัวอยู่ตลอดเวลาเพื่อไม่ให้ถูกทำร้ายร่างกายอีก รู้สึกสูญเสียศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ นอกจากนี้อาจทำให้บุคลากรเกิดความรู้สึกต่อต้าน ทำให้สัมพันธภาพระหว่างบุคลากรและผู้ป่วยลดลง มีความเครียดและความขัดแย้งในบทบาท ส่งผลต่อคุณภาพการปฏิบัติงานลดลง เพิ่มภาระให้เพื่อนร่วมงาน ส่งผลต่อหน่วยงานทำให้ขาดอัตรากำลัง ย้ายตำแหน่ง บางครั้งลาออกจากงาน และออกจากวิชาชีพ สุดท้ายกลายเป็นความเสี่ยงที่เลี่ยงไม่ได้ของบุคลากรผู้ปฏิบัติงานที่จะต้องเผชิญกับปัญหาพฤติกรรมรุนแรงที่ส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจ

พยาบาลวิชาชีพนับเป็นบุคลากรที่สำคัญของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ เนื่องจาก เป็นบุคลากรที่ใกล้ชิดกับผู้มารับบริการและเกิดปัญหาเรื่องความรุนแรงมาอย่างต่อเนื่อง โดยพบว่าการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงนั้นพยาบาลวิชาชีพต้องแสดงออกในเรื่อง (1) การพยาบาลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (2) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (3) การประเมินสถานการณ์และจัดการกับความรุนแรงที่เหมาะสม (4) การขอความช่วยเหลือเมื่อเกินความสามารถในการรับมือกับความรุนแรง และ (5) การเขียนรายงานและชี้แจงต่อผู้บังคับบัญชา[11-13] ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลทำให้พยาบาลวิชาชีพแสดงออกเพื่อการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงนั้นมาจากปัจจัยเชิงสาเหตุที่สำคัญ ซึ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล ประกอบด้วย (1) ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาล และ (2) การรับรู้

ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาล[14]

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจุบันในประเทศไทยยังไม่ปรากฏโปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญและตระหนักถึงปัญหาดังกล่าว จึงได้พัฒนาโปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิขึ้น เพื่อให้มีความเหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ สามารถนำไปสู่การปฏิบัติได้จริง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดใน โดยกระบวนการพัฒนาใช้กรอบการพัฒนาโปรแกรมทางสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพด้วย Comprehensive Health Education Model (CHEM)[15] ซึ่งผู้วิจัยมุ่งหวังว่าการพัฒนาโปรแกรมฯ ในครั้งนี้จะเป็นพลังในการพัฒนาคุณภาพในระบบบริการโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่เป็นบุคลากรสำคัญในโรงพยาบาลตติยภูมิ เพื่อให้เกิดความปลอดภัยและนำไปสู่ความพึงพอใจในระบบบริการของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาโปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

2. เพื่อตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่พัฒนาขึ้น

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (Development Research) ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์โรงพยาบาลสกลนคร เลขที่ SKHREC38/2562 ลงวันที่ 18 ธันวาคม พ.ศ. 2562 โดยมุ่งเน้นการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ และประเมินคุณภาพของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ การวิจัยนี้ใช้กรอบแนวคิดของการพัฒนาโปรแกรมทางสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพด้วย Comprehensive Health Education Model (CHEM)[15] จำนวน 5 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การกำหนดบุคคลที่เกี่ยวข้อง (Involve people) คือ การกำหนดบุคคลที่เกี่ยวข้องกับโปรแกรมฯ ที่จะพัฒนาขึ้น ซึ่งประกอบด้วย 1) ผู้บริหารสถานบริการ 2) ผู้ใช้โปรแกรมฯ และ 3) พยาบาลวิชาชีพ

ขั้นตอนที่ 2 การกำหนดเป้าหมาย (Set goal) คือ การกำหนดเป้าหมายของโปรแกรมฯ เมื่อเกิดการนำไปใช้ คือ ลดอุบัติการณ์และความชุกของความรุนแรงของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาล ร้อยละ 50 ใน 1 ปีหลังจากการใช้โปรแกรมฯ

ขั้นตอนที่ 3 การกำหนดปัญหา (Define problem) คือ การศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมถึงปัญหาจากข้อมูลเชิงประจักษ์ของสถานบริการ พบว่า พยาบาลวิชาชีพถูกกระทำความรุนแรงในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ คือ ถูกกระทำความรุนแรงทางร่างกาย ทางวาจาและทางเพศ

ขั้นตอนที่ 4 การออกแบบโปรแกรม (Design program)

4.1) การทบทวนปัญหาและสาเหตุเชิงพฤติกรรม ซึ่งพบว่าสาเหตุมาจากพยาบาลวิชาชีพขาดความรู้ความเข้าใจในความรุนแรง และขาดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรง

4.2) ทบทวนแนวคิดและทฤษฎี เป็นขั้นตอนในการคัดเลือกทฤษฎีเพื่อใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมตามการทบทวนปัญหาและสาเหตุเชิงพฤติกรรม

4.3) กำหนดวัตถุประสงค์ เป็นการกำหนดจุดมุ่งหมายของการเรียนรู้ตามโปรแกรมที่พัฒนาขึ้น

4.4) กำหนดกิจกรรม โดยการพิจารณาค้นหาแนวทางในการออกแบบกิจกรรมให้เกิดความเหมาะสมกับปัญหาและสาเหตุเชิงพฤติกรรม กลุ่มเป้าหมาย และบริการของสถานบริการ

4.5) สร้างเครื่องมือประเมินผล โดยการออกแบบการประเมินเครื่องมือในการประเมินผลที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 5 ตรวจสอบคุณภาพของโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยการคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิตามเกณฑ์คุณสมบัติ ดังนี้ (1) อาจารย์ในสถาบันอุดมศึกษา เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในด้านสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์ การส่งเสริมสุขภาพที่มุ่งเน้นการวิจัยทางด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ไม่น้อยกว่า5 ปี และมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาเอก หรือมีตำแหน่งทางวิชาการไม่น้อยกว่าผู้ช่วยศาสตราจารย์จำนวน 1 คน (2) พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการบริหารทางการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิในระดับหัวหน้าตึกขึ้นไป ไม่น้อยกว่า 2 ปี ครองตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ และมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน 2 คน และ (3) พยาบาลวิชาชีพ เป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติการพยาบาลในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิไม่น้อยกว่า 5 ปี ครองตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการหรือชำนาญการ และมีวุฒิการศึกษาระดับปริญญาโท จำนวน 2 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เป็นแบบประเมินคุณภาพของโปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีลักษณะเป็นมาตรส่วนประเมินค่า จำนวน 5 ระดับ ได้แก่ คุณภาพดีมาก คุณภาพดี คุณภาพปานกลาง คุณภาพต่ำและคุณภาพต่ำมาก

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์คุณภาพของโปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ด้วยค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน โดยใช้เกณฑ์ของ Best (1977)[16] ดังนี้ ค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.50 – 5.00 มีคุณภาพอยู่ในระดับดีมาก ค่าเฉลี่ยระหว่าง 3.50 – 4.49 มีคุณภาพอยู่ในระดับดี ค่าเฉลี่ยระหว่าง 2.50 – 3.49 มีคุณภาพอยู่ในระดับปานกลาง ค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.50 – 2.49 มีคุณภาพอยู่ในระดับต่ำ และค่าเฉลี่ยระหว่าง 1.00 – 1.49 มีคุณภาพอยู่ในระดับต่ำมาก

ผลการวิจัย

1. ผลการพัฒนาโปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

โปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น มีองค์ประกอบของโปรแกรมฯ ประกอบไปด้วย 6 องค์ประกอบ ดังนี้

องค์ประกอบที่ 1 : ที่มาและความสำคัญของปัญหา จากอุบัติการณ์การเกิดความรุนแรงในโรงพยาบาลนั้น การหาวิธีการป้องกันและจัดการจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง เนื่องจากเป็นปัญหาที่สำคัญต่อการปฏิบัติงานของบุคคลากรทางสุขภาพเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะในพยาบาลวิชาชีพ ซึ่งมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางปัญญา (Intrapersonal Factors) ของพยาบาลวิชาชีพที่เป็นปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมรุนแรงได้แก่ (1) ความรู้ความเข้าใจในความรุนแรงในโรงพยาบาล (2) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงโดยใช้กระบวนการที่เหมาะสมกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายและหน่วยงานที่ใช้ เพื่อให้เกิดการบูรณาการอย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงต่อไป

องค์ประกอบที่ 2 : วัตถุประสงค์ของโปรแกรม

1. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
2. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพเกิดการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ
3. เพื่อให้พยาบาลวิชาชีพมีพฤติกรรมการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

องค์ประกอบที่ 3 : บทบาทของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดของการนำโปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงสำหรับพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิไปประยุกต์ใช้ จึงจำเป็นต้องกำหนดบทบาทของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ในโปรแกรมฯ ดังต่อไปนี้

1. ผู้บริหารโรงพยาบาลตติยภูมิ ในที่นี้ หมายถึง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ หรือผู้ที่ได้รับมอบหมาย อาทิเช่น หัวหน้ากลุ่มการพยาบาล ที่มีบทบาทในการสนับสนุนและให้ความสำคัญกับการแก้ไขและการป้องกันปัญหาความรุนแรงในสถานบริการ โดยเฉพาะการนำโปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรง ในพยาบาลวิชาชีพ สำหรับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ไปประยุกต์ใช้และส่งเสริมให้ผู้ใช้โปรแกรมฯ ดำเนินการจัดกิจกรรมด้วยโปรแกรมฯ ดังกล่าว

2. ผู้ใช้โปรแกรม ผู้ใช้โปรแกรมในที่นี้ หมายถึง เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานประจำในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิที่ได้รับมอบหมายจากผู้บริหารสถานบริการให้จัดกิจกรรมด้วยโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น ซึ่งควรมีบทบาทในการศึกษารายละเอียดของโปรแกรมฯ ทั้งฉบับโดยละเอียด ซึ่งมุ่งเน้นให้เข้าใจภาพรวมขององค์ประกอบตามโปรแกรมฯ และกระบวนการในการจัดกิจกรรม ดำเนินการจัดกิจกรรม และประเมินผลการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมฯ ที่กำหนด

3. พยาบาลวิชาชีพ พยาบาลวิชาชีพในที่นี้ หมายถึง พยาบาลวิชาชีพที่บรรจุใหม่ หรือพยาบาลวิชาชีพที่เป็นเพศหญิง ที่อายุไม่เกิน 30 ปี (ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ถูกกระทำความรุนแรงสูงสุด) หรือพยาบาลวิชาชีพที่มีความต้องการในการเรียนรู้ในเรื่องการป้องกันและการจัดการความรุนแรง ซึ่งเป็นผู้รับประโยชน์จากโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น โดยควรตระหนักและพร้อมที่จะปรับเปลี่ยนแนวคิดในการเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันและการจัดการความรุนแรงรวมทั้งการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ตามขั้นตอนที่ผู้ใช้โปรแกรมเสนอแนะแนวทาง เพื่อให้เกิดคุณลักษณะที่สำคัญตามโปรแกรมฯ ที่กำหนด มีส่วนร่วมในการเรียนรู้ทั้งการแสดงความคิดเห็น การแลกเปลี่ยน การอภิปราย หรือการลงมือปฏิบัติร่วมกับเพื่อนผู้ร่วมใช้โปรแกรมและผู้ใช้โปรแกรมฯ และลงมือปฏิบัติจริง สรุปสิ่งที่ได้เรียนรู้ด้วยตนเอง และนำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในสถานการณ์ต่างๆ ได้

องค์ประกอบที่ 4 : แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรง กระบวนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันและการจัดการพฤติกรรมรุนแรงของพยาบาล วิชาชีพนั้น อาศัยหลักการและแนวคิดของกระบวนการที่หลากหลาย ซึ่งเป็นโปรแกรมฯ ที่คณะผู้แต่งพัฒนาขึ้น ซึ่งมีขั้นตอนของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมาย โดยมุ่งเน้นการจัดกิจกรรมที่เน้นพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมายเป็นสำคัญ โดยใช้กิจกรรมตามกระบวนการเรียนรู้ที่มีฐานในการพัฒนาตามทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning Theory) ร่วมกับทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy Theory) ซึ่งสอดคล้องกับบริบทของปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมาย และสอดคล้องกับบริบทของกลุ่มเป้าหมายในโรงพยาบาลในระดับตติยภูมิ ซึ่งประกอบด้วยแผนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรง 4 กิจกรรมการเรียนรู้ รวมเวลา 4 ชั่วโมง

องค์ประกอบที่ 5 : การตรวจสอบและการประเมินผล การวัดและประเมินผลการใช้โปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรง ในพยาบาลวิชาชีพ สำหรับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีการตรวจสอบและการประเมินผลใน 4 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การตรวจสอบและการประเมินผลก่อนดำเนินการ (Pre-test) โดยผู้ใช้โปรแกรมฯ ประเมินผลด้วยเครื่องมือในการวัดและประเมินผล กับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมตามโปรแกรมฯ ดังต่อไปนี้ 1. แบบสอบถามลักษณะของการถูกกระทำด้วยพฤติกรรมรุนแรง 2. แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงในโรงพยาบาล 3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล 4.

แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล

ระยะที่ 2 การตรวจสอบและการประเมินผลระหว่างดำเนินการ โดยผู้ใช้โปรแกรมประเมินผลด้วยเครื่องมือในการวัดและประเมินผล กับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมตามโปรแกรมฯ ดังต่อไปนี้

1. แบบบันทึกผลการเรียนรู้ เพื่อใช้ในการประเมินผลการเรียนรู้ด้วยตนเองของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมายระหว่างการเข้าร่วมตามโปรแกรมฯ

ระยะที่ 3 การตรวจสอบและการประเมินผลหลังการดำเนินการ (Post-test) โดยผู้ใช้โปรแกรมฯประเมินผลด้วยเครื่องมือในการวัดและประเมินผลกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมตามโปรแกรมฯ ทันทีหลังจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ เสร็จสิ้น ดังต่อไปนี้

1. แบบสอบถามความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับความรุนแรงในโรงพยาบาล

2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันและจัดการความรุนแรงในโรงพยาบาล

ระยะที่ 4 การตรวจสอบและการประเมินผลเพื่อติดตามความคงทน (Follow up-test) โดยผู้ใช้โปรแกรมฯ ประเมินผลด้วยเครื่องมือในการวัดและประเมินผลชุดเดียวกันกับ การตรวจสอบและการประเมินผลก่อนการดำเนินการ (Pre-test) กับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมตามโปรแกรมฯ ภายหลังจากการดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมฯ เสร็จสิ้น เป็นระยะเวลา 6 เดือน และ 1 ปี

องค์ประกอบที่ 6 : การบริหารและการจัดการการใช้โปรแกรม

การบริหารจัดการการใช้โปรแกรมฯ เป็นหัวใจสำคัญของการนำโปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรง ในพยาบาลวิชาชีพ สำหรับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ไปใช้ได้อย่างมีประสิทธิภาพนั้น ซึ่งมีข้อควรพิจารณาเพื่อการบริหารจัดการการใช้โปรแกรมฯ ดังต่อไปนี้

1. ผู้บริหารสถานบริการ จะต้องมีผู้รับผิดชอบโปรแกรมฯ อย่างน้อย 3 ท่าน ทำหน้าที่ในการบริหารงานโปรแกรมฯ อย่างเป็นระบบ ได้แก่ การดำเนินการใช้โปรแกรมฯ และการประเมินผลโปรแกรมฯ

2. ผู้รับผิดชอบโปรแกรมฯ สามารถดำเนินการโดยการปรับประยุกต์ใช้ให้เข้ากับบริบทของหน่วยงาน ซึ่งเป็นไปตามข้อตกลงของหน่วยงาน

3. ผู้รับผิดชอบโปรแกรมฯ ทำหน้าที่ในการรายงานผลการใช้โปรแกรมฯ ต่อผู้บริหารสถานบริการ พร้อมจัดส่งข้อเสนอแนะและข้อปรับปรุงแก้ไขให้แก่ ผู้บริหารสถานบริการ เพื่อปรับปรุงและพัฒนาโปรแกรมฯ ให้ตรงตามบริบทและวิชาการ หลังจากการใช้โปรแกรมฯ เสร็จสิ้น

2. ผลการประเมินคุณภาพโปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ

ผลการประเมินคุณภาพของการกำหนดองค์ประกอบของโปรแกรมอยู่ในระดับดีมาก (ค่าเฉลี่ย 4.53, SD. 0.65) เมื่อพิจารณารายองค์ประกอบพบว่าทุกองค์ประกอบมีคุณภาพอยู่ในระดับดี (มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.00 (SD. 0.71) ถึง 4.37 (SD. 0.57)) รายละเอียดดังตารางที่ 1 และเมื่อพิจารณาคุณภาพของการกำหนดองค์ประกอบของแผนการจัดการเรียนรู้โดยภาพรวมอยู่ในระดับดี (ค่าเฉลี่ย 4.53 SD. 0.55) เมื่อพิจารณารายแผนการจัดการเรียนรู้พบว่าแผนการจัดการเรียนรู้ที่ 1 และ 2 อยู่ในระดับดีมาก (มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.58 (SD 0.54) และ 4.54 (SD 0.52) ตามลำดับ) ส่วนแผนการจัดการเรียนรู้ที่ 3 และ 4 อยู่ในระดับดี (มีค่าเฉลี่ยระหว่าง 4.38 (SD 0.853) และ 4.28 (SD 0.53) ตามลำดับ)

สรุปและอภิปรายผล

โปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ที่พัฒนาขึ้นร่วมกับการประยุกต์ใช้ Comprehensive Health Education Model (CHEM) โดยกระบวนการพัฒนาดำเนินไปอย่างเป็นระบบตามขั้นตอนของ Comprehensive Health Education Model ในขั้นที่ 1-4 ได้แก่ (1) กำหนดคนที่เกี่ยวข้อง (Involve people) (2) การกำหนดเป้าหมาย (Set goals) (3) การกำหนดปัญหา (Define problem) (4) การ

ออกแบบโปรแกรม (Design program) โดยใช้ฐานคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ร่วมกับหลักฐานเชิงประจักษ์ในการพัฒนา ผลการพัฒนาโปรแกรม พบว่า โปรแกรมที่ได้มีองค์ประกอบของโปรแกรมประกอบไปด้วย (1) ที่มาและความสำคัญของปัญหา (2) วัตถุประสงค์ของโปรแกรม (3) บทบาทของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง (4) แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรง (5) การตรวจสอบและการประเมินผล และ(6) การบริหารและการจัดการการใช้โปรแกรม ซึ่งประกอบด้วยแผนการจัดการเรียนรู้ จำนวน 4 แผน โดยในแต่ละแผนจะบูรณาการศาสตร์ทางการพยาบาลและทักษะที่คาดหวังเข้าด้วยกันซึ่งมีเนื้อหาดังต่อไปนี้คือ (1) การพยาบาลผู้ป่วยด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ (2) การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ (3) การประเมินสถานการณ์และจัดการกับความรุนแรงที่เหมาะสม (4) การขอความช่วยเหลือ และ(5) การเขียนรายงานและชี้แจงต่อผู้บังคับบัญชา ซึ่งโปรแกรมที่ได้นั้นมีความเหมาะสมกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมายและตรงตามบริบทของสถานบริการสุขภาพ จากผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ Sheehan ที่ได้กำหนดแนวทางการจัดการพฤติกรรมรุนแรงไว้ว่า พยาบาลวิชาชีพควรมีสมรรถนะในการประเมินเชิงพฤติกรรมผู้ป่วยทุกรายและมีการต่อข้อมูลในแผนกและปฏิบัติงานอย่างระมัดระวัง พยาบาลวิชาชีพต้องมีสติและปฏิบัติงานบนพื้นฐานแห่งจรรยาบรรณวิชีพ เมื่อพยาบาลวิชาชีพเกิดปัญหากับผู้ป่วย/ญาติ/เพื่อนร่วมงาน ผู้บริหารควรให้ความเป็นธรรมและรับฟัง รวมทั้งหาทางออกที่เหมาะสม รวมถึงมีแนวทางการบันทึกเหตุการณ์และรายงานการถูกกรทำรุนแรงต่อผู้บริหาร[11] นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับแนวทางในการจัดการกับสถานการณ์รุนแรงของ Cameron ที่ว่า ควรมีการฝึกอบรมเทคนิคการแก้ปัญหาและหลีกเลี่ยงความขัดแย้ง การจัดการและควบคุมความโกรธและการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพในระยะเวลาวิกฤติแก่พยาบาลวิชาชีพ มีแนวทางการบันทึกเหตุการณ์ความรุนแรงและให้การช่วยเหลือแก่ผู้ถูกกระทำรุนแรง มีแนวทางการให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติอย่างถูกต้องและเมื่อเกินความสามารถในการจัดการความรุนแรงและจะนำไปสู่การขัดแย้ง ควรขอความช่วยเหลือและให้ผู้มีความสามารถเหมาะสมในการไกล่เกลี่ย[12] และเป็นไปในแนวเดียวกันกับแนวทางการอบรมเพื่อจัดการกับความรุนแรงในโรงพยาบาลของ Rau- Foster คือ การมีแนวทางการอบรมเพื่อจัดการอารมณ์โกรธของผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล การอบรมทักษะการสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ ฝึกพฤติกรรมการบริการของพยาบาลวิชาชีพและการเผชิญหน้ากับความขัดแย้งและการจัดการกับความขัดแย้งที่เหมาะสม[13]

จากการประเมินคุณภาพของโปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน พบว่า มีคุณภาพอยู่ในระดับดีถึงดีมาก เหตุที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจากโปรแกรมฯนี้เป็นโปรแกรมฯที่ มุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายใน มีความเป็นตรรกะ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างยั่งยืน เนื่องจากได้ผ่านกระบวนการพัฒนาอย่างเป็นระบบโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์ ด้วยการประยุกต์ใช้ Comprehensive Health Education Model (CHEM) ซึ่งเป็นรูปแบบการพัฒนาโครงการทางสุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เป็นมาตรฐานสากล อีกทั้งยังมีกระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยใช้กิจกรรมการเรียนรู้ที่มีหลักการบนฐานคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ที่ถูกต้องได้แก่ ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theory) และ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเอง (Self-Efficacy) ซึ่งผ่านการพิสูจน์แล้วว่าสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้จริง อีกทั้งยังมีขั้นตอนการประเมินผลอย่างครอบคลุมและเป็นระบบ ทั้งนี้โปรแกรมที่ได้นั้นมีความเหมาะสมกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเป้าหมายและตรงตามบริบทของสถานบริการสุขภาพ จากผลการศึกษาดังกล่าวสอดคล้องกับแนวคิดของ สุปรียา ตันสกุล ที่กล่าวว่า โปรแกรมหรือการดำเนินงานทางสุขศึกษาที่มีประสิทธิภาพต้องมีพื้นฐานจากความเข้าใจที่ชัดเจนในด้านพฤติกรรมศาสตร์ เป้าหมาย บริบท รวมทั้งการวางแผนกลยุทธ์ตลอดจนการประเมินผลทั้งหมดที่เกี่ยวข้องกับทฤษฎีหรือ

โมเดล[17] และสอดคล้องกับแนวคิดของ Bandura ที่เชื่อว่าพฤติกรรมของมนุษย์เกิดจากการรับรู้ ความเชื่อ ความรู้ซึ่งเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายในถือว่าเป็นการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม[14] สอดคล้องกับการศึกษาของ พรพิมล อุลิตผล ที่พบว่าการประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ[18] นอกจากนั้นยังเป็นไปในแนวเดียวกับการศึกษาของ สิริพร วงศ์ตรี ที่พบว่า แนวทางในการจัดกิจกรรมการปรับพฤติกรรมที่มีประสิทธิภาพนั้นประกอบด้วย การสร้างแรงจูงใจ เจตคติ การรับรู้ความสามารถของตนเองและการควบคุมตนเอง[19] นอกจากนี้ ธีทัต ศรีมงคลและคณะ ยังพบว่ากิจกรรมการทบทวนความรู้ การสาธิตและฝึกทักษะ การอภิปรายกลุ่ม การแลกเปลี่ยนความคิดเห็น การตั้งเป้าหมาย การเรียนรู้จากคู่มือและแบบบันทึกพฤติกรรม การทำพันธะสัญญา การเรียนรู้จากตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูงใจ และการกระตุ้นอารมณ์ทางบวก สามารถเพิ่มความคาดหวังในความสามารถของตนเอง ความตั้งใจปฏิบัติพฤติกรรม และสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[20] จากที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นได้ว่า การสร้างโปรแกรมเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมภายในโดยใช้ฐานคิดทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์นั้น สามารถปรับเปลี่ยนเพื่อให้เกิดพฤติกรรมที่พึงประสงค์ได้อย่างแท้จริงและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยดังกล่าว จึงเสนอแนะให้ผู้บริหารและบุคลากรที่เกี่ยวข้องของโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ นำโปรแกรมการป้องกันและจัดการพฤติกรรมรุนแรงสำหรับพยาบาลวิชาชีพ ในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิไปประยุกต์ใช้เพื่อทำให้พยาบาลวิชาชีพปลอดภัยจากพฤติกรรมรุนแรงและนำไปสู่ความพึงพอใจในการบริการและคุณภาพของการบริการในสถานบริการต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัย เกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดสกลนคร และโรงพยาบาลสกลนครที่สนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้ และทำให้การวิจัยในครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. United States Department of Labor. **Workplace Violence.** https://www.osha.gov/SLTC/workplaceviolence/. สืบค้นเมื่อ (13/เมษายน/2563)
2. Centers of Disease Control and Prevention. **Occupational Violence**. https://www.cdc.gov/niosh/topics/violence/default.html. สืบค้นเมื่อ(13/เมษายน/2563)
3. ชุติมา มงคลบุตร. **สถานการณ์ความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการความรุนแรงของบุคคลากรในมหาวิทยาลัยในกำกับของรัฐแห่งหนึ่ง**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2559.
4. วันเพ็ญ ไสไหม และคณะ. "ความรุนแรงในสถานที่ทำงาน และการจัดการของบุคลากรทางการพยาบาลหน่วยงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน". **รามาธิบดีพยาบาลสาร.** 16 (1) : 121-35, 2553.
5. Fute M. et al. "High prevalence of workplace violence among nurses working at public health facilities in Southern Ethiopia". **J BMC nursing.** 14 (1) : 1-5, 2015.
6. Cheung T. et al. "Workplace violence toward physicians and nurses: prevalence and correlates in Macau". **International journal of environmental research and public health.** 14 (8) : 1-15, 2017.
7. Sisawo EJ. et al. "Workplace violence against nurses in the Gambia: mixed methods design". **BMC health services research**. 17 (1) : 1-11, 2017.

8. ทัดดาว นิยมาศ. **ความรุนแรงในสถานที่ทำงานและการจัดการกับความรุนแรงของบุคลากรทางการพยาบาล**. วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2545.

9. Cheung T. and Yip PSF. "Workplace violence towards nurses in Hong Kong: prevalence and correlates**". BMC public health.** 17 (1) : 1-10, 2017.

10. Alsheri A. et al. "Violence Directed towards Nurses Working at Al-Medina Hospitals". **j Advances in Bioscience**. 5 (3) : 19-24, 2017.

11. Sheehan JP. "Protect your Staff from workplace violence". **Nursing Management**. 31 (3) : 24-5, 2000.

12. Cameron L. "Verbal abuse: A proactive approach". **Nursing Management**. 29 (1) : 34-6, 1998.

13. Rau-Foster M. "Workplace violence upclose and personnel". **Nephrology Nursing Journal**. 27 (3) : 340-342, 2000.

14. Bandura A. "Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning". **J Educational psychologist**. 28 (2) : 117-48, 1993.

15. Sharma M. and Romas JA. **Theoretical Foundations of Health Education and Health Promotion**. Jones & Bartlett Learning, LLC. 55-56p, 2012.

16. Best JW. **Research in Education**. 3 ed. Prentice Hall. New Jersey, 1977.

17. สุปรียา ตันสกุล. "ทฤษฎีทางพฤติกรรมศาสตร์ : แนวทางการดำเนินงานในงานสุขศึกษาและส่งเสริมสุขภาพ". **วารสารสุขศึกษา**. 30 (105) : 1-15, 2550.

18. พรพิมล อุลิตผล. "การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาพนม อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่**". วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.** 3 (3) : 441-452, 2558.

19. สิริพร วงศ์ตรี. "รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงโรคเรื้อรังโดยมิติชุมชน กรณีศึกษาตำบลหัวดอน อำเภอเขื่องใน จังหวัดอุบลราชธานี". **วาสารวิจัยและพัฒนาด้านสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดนครราชสีมา.** 4 (2) : 93-113, 2561.

120. ธีทัต ศรีมงคล และคณะ. "โปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารในกลุ่มเสี่ยงสูงโรคความดันโลหิตสูง ตำบลตาจั่น อำเภอคง จังหวัดนครราชสีมา". **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ.** 33 (1) : 77-89, 2560.

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคแทรกซ้อนในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

Prevalence and factors associated with complication disease among adults with type 2 diabetes mellitus at Thakhuntho hospital, Kalasin province.

พุทธรักษ์ ดีสิน[1], ศุภศิลป์ ดีรักษา[1]

Puttarak Deesin, Supasin Deeraksa

(Received: October 12,2020; Accepted: November 24,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวางครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคแทรกซ้อนในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยรวบรวมข้อมูลจากโปรแกรมเวชระเบียนของโรงพยาบาล ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2562 จำนวน 1,110 คน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปเพื่ออธิบายสถิติพรรณนา และสถิติอนุมานเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ถดถอยแบบพหุโลจิสติกส์ (Multiple logistic regression)

ผลการศึกษาพบว่า พบว่า ผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 1,110 คน พบโรคแทรกซ้อน จำนวน 429 คน คิดเป็นร้อยละ 38.65 (95%CI= 35.78 – 41.52) และวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคแทรกซ้อน พบว่า ระดับการศึกษา ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า พบโรคแทรกซ้อน 1.25 เท่า (95%CI=1.01 – 1.71) สถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพเดี่ยว (โสด/หม้าย/หย่า) พบโรคแทรกซ้อน 1.79 เท่า (95%CI=1.28 – 2.52) ดัชนีมวลกาย พบว่า ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกิน-อ้วน (23.0 ขึ้นไป) พบโรคแทรกซ้อน 1.49 เท่า (95%CI=1.01 – 21.9) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป พบโรคแทรกซ้อน 2.01 เท่า (95%CI=1.47 – 2.75) ระดับน้ำตาลในเลือด ตั้งแต่ 126 มก./ดล. พบโรคแทรกซ้อน 2.06 เท่า (95%CI=1.51 – 2.81) ค่าความดันโลหิตตัวบน ตั้งแต่ 140 มม.ปรอท พบโรคแทรกซ้อน 18.14 เท่า (95%CI=7.66 – 42.96) และ ค่าความดันโลหิตตัวล่างตั้งแต่ 90 มม.ปรอท พบโรคแทรกซ้อน 8.20 เท่า (95%CI=3.74 – 17.99) ทั้งนี้ ควรนำผลการศึกษาไปใช้เพื่อดูแลและป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานในพื้นที่ต่อไป

คำสำคัญ: ผู้ใหญ่, โรคแทรกซ้อน, โรคเบาหวานชนิดที่ 2

Abstract

The cross-section analysis study aimed to determine the prevalence and factors associated with complication disease among adults with type2 diabetes mellitus (T2DM) at Thakhuntho hospital, Kalasin province. The samples were carried out from 1110 of T2DM patients during October 2018 to September 2019. The data was obtained through the hospital data record. The data analyzed with descriptive statistic and inferential statistic, which using multiple logistic regression.

This study showed the result which a total of 1110 T2DM patients; the prevalence of complication disease was 38.65% (95%CI= 35.78 – 41.52). The factors associated with complication disease on adults with T2DM that statistical significant in the variables; education less than high school (Adj.OR= 1.25, 95%CI=1.01 – 1.71), marital status on single/divorce/separate (Adj.OR=1.79, 95%CI=1.28 – 2.52), body mass index as overweight/obesity (Adj.OR=1.49, 95%CI=1.01 – 21.9), year with diabetes more than 5 years (Adj.OR=2.01, 95%CI=1.47 – 2.75), fasting blood sugar more than 126 mg/dL (Adj.OR=2.06, 95%CI=1.51 – 2.81), systolic blood pressure more than 140 mmHg. (Adj.OR=18.14, 95%CI=7.66 – 42.96), and diastolic blood pressure more than 90 mgHg. (Adj.OR=8.20, 95%CI=3.74 – 17.99). The conclusion of this study recommended for planning to treat and preventing the complication disease among adults with T2DM patients in the setting area.

Keywords: Adults, Complication disease, Type2 Diabetes Mellitus

[1] โรงพยาบาลท่าคันโท อำเภอท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์; Corresponding to Dr.Supasin Deeraksa (supasin.copy@gmail.com)

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่พบได้บ่อยในปัจจุบันและมีอัตราการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง นับเป็นปัญหาที่สำคัญด้านสาธารณสุขในปัจจุบัน โดยเฉพาะประเทศที่มีรายได้ปานกลางขึ้นไป ซึ่งนับรวมทั้งประเทศไทยด้วย[1] สอดคล้องกับข้อมูลสมาพันธ์เบาหวานนานาชาติ (International Diabetes Federation: IDF) พบว่าผู้ป่วยเบาหวานมีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ข้อมูลปี พ.ศ. 2560 ทั่วโลกมีผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 438 ล้านราย และได้ประมาณการว่าปี พ.ศ. 2588 มีผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มขึ้นเป็นจำนวน 629 ล้านราย และโรคเบาหวานเป็นโรคที่ติด 1 ใน 7 ของสาเหตุของการเสียชีวิตที่สูงที่สุด หากไม่มีการดำเนินการที่เหมาะสมและจริงจัง ทั้งนี้ พบว่า ความรุนแรงของโรคเบาหวานส่งผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนประกอบด้วยโรคตา โรคไต โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และอาการชาตามปลายประสาทมือและเท้า[2] ซึ่งสถิติข้อมูลรายงานในประเทศไทยในแต่ละปี มีอัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์มีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และนอกจากนี้โรคเบาหวานยังเป็นสาเหตุสำคัญของการตาย 1 ใน 10 ของสาเหตุการตายทั้งหมด จากข้อมูลรายงานอัตราตายด้วยโรคเบาหวานทั้งประเทศ ปี พ.ศ. 2554-2558 เท่ากับ 11.9, 12.1, 15.0, 17.5 และ 19.4 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[3] สำหรับสถานการณ์ของผู้ป่วยเบาหวานของภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีแนวโน้มสูงขึ้นและมีสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยสูงที่สุดในประเทศ คิดเป็นร้อยละ 38.84 ของผู้ป่วยเบาหวานทั้งประเทศ โดยพื้นที่เขตสุขภาพที่ 7 มีอัตราตายด้วยโรคเบาหวานสูงที่สุดเท่ากับ 40.6 ต่อแสนประชากร รวมทั้งมีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานรายใหม่ เท่ากับ 721.0 ต่อแสนประชากรซึ่งสูงเป็นอันดับหนึ่งของประเทศ[4]

ข้อมูลผู้ป่วยเบาหวานของจังหวัดกาฬสินธุ์ปี พ.ศ. 2558-2560 พบว่าอัตราตายผู้ป่วยโรคเบาหวานเท่ากับ 12.08, 12.24 และ 12.12 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ[5] ข้อมูลผู้ป่วยโรงพยาบาลท่าคันโทที่ได้รับการวินิจฉัยโดยแพทย์ ในปี พ.ศ. 2559 - 2561 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานจำนวน 1713, 1765 และ 1,986 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 48.02, 48.76 และ 49.94 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็นถึงของอัตราการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วยเบาหวาน[6] ทั้งนี้ เมื่อโครงสร้างของประชาชนได้เปลี่ยนไป กลุ่มวัยแรงงานถูกคัดกรองและเข้าถึงระบบบริการเชิงรุกมากขึ้น ได้รับการวินิจฉัยโรคเรื้อรังได้เร็วขึ้น ทั้งนี้ หากขาดการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ อาจส่งผลระบบบริหารจัดการคลินิกโรคเบาหวานอย่างไม่เหมาะสม จึงเป็นมูลเหตุของการศึกษาข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลท่าคันโท เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพัฒนาระบบการดูแลและส่งเสริมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานในกลุ่มผู้ใหญ่หรือวัยแรงงาน อีกทั้ง เพื่อลดความรุนแรงของโรคหรือ การเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ใหญ่ที่เป็นโรเบาหวานในพื้นที่ต่อไป ภูมิจากโปรแกรมสำเร็จรูปนำมาวิเคราะห์ข้อมูลสำหรับการศึกษาครั้งนี้ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ เลขที่ KLA.REC.033/2561

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคแทรกซ้อนในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์

วิธีการวิจัย

การศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analysis study) ในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 1,110 คน ที่ขึ้นทะเบียนเข้ารับบริการคลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลท่าคันโท จังหวัดกาฬสินธุ์ ซึ่งถูกบันทึกข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 – 30 กันยายน 2562 ระยะเวลา 1 ปี โดยใช้ข้อมูลทุติย

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมด จำนวน 1,986 คน ที่มารับบริการคลินิกเบาหวานในโรงพยาบาลท่าคันโท โดยผู้ป่วยเบาหวานที่บันทึกข้อมูลไม่สมบูรณ์และอายุ 60 ปี ขึ้นไปถูกคัดออกจาก

การศึกษา จึงเหลือกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวาน จำนวน 1,110 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การศึกษาครั้งนี้ ได้ใช้ข้อมูลทุติยภูมิที่บันทึกในโปรแกรมสำเร็จรูปและระเบียนรายงานของโรงพยาบาลท่าคันโท นำมาวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม STATA version 10 ลิขสิทธิ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น เพื่อวิเคราะห์สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ด้วยการอธิบายค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และสถิติอนุมานเพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสมการถดถอยพหุคูณลอจิสติก (Multiple Logistic Regression) เพื่ออธิบายค่า Odd Ratio (OR), ช่วงค่าความเชื่อมั่น (95%CI) และ ค่า p-value

ผลวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ผลการศึกษา พบว่า ผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลท่าคันโท จำนวน 1,110 คน พบโรคแทรกซ้อน จำนวน 429 คน คิดเป็นร้อยละ 38.65 (95%CI= 35.78 – 41.52) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโรคแทรกซ้อนเรื้อรัง ดังนี้ โรคไต ร้อยละ 40.42, โรคหัวใจ ร้อยละ 21.80, โรคตา ร้อยละ 18.36, โรคตามปลายประสาทมือและเท้า ร้อยละ 10.44, และโรคหลอดเลือดสมอง ร้อยละ 8.98

ผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการโรงพยาบาลท่าคันโท ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 74.56 อายุเฉลี่ย 51.11 $\pm$ 6.63 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 59.19 ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้าง ร้อยละ 72.07 สถานภาพส่วนใหญ่สมรส ร้อยละ 79.64 ส่วนใหญ่ไม่เคยสูบบุหรี่ ร้อยละ 75.68 ไม่เคยดื่มสุรา ร้อยละ 53.24 สิทธิ์การรักษาส่วนใหญ่ใช้สิทธิ์บัตรทองในเขต ร้อยละ 78.11 มีดัชนีมวลกายเฉลี่ย 25.86 $\pm$ 3.40 ระยะเวลาการเป็นโรคเบาหวานเฉลี่ย 6.01 $\pm$ 3.75 ปี ค่าระดับน้ำตาลในเลือดเฉลี่ย 139.70 $\pm$ 26.01 มก./ดล. มีค่าความดันโลหิตตัวบนเฉลี่ย 122.93 $\pm$ 13.31 มม.ปรอท และมีค่าความดันโลหิตตัวล่างเฉลี่ย 78.35 $\pm$ 8.09 มม.ปรอท

2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

ตาราง 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ถดถอยแบบพหุโลจิสติกส์ (Multiple logistic regression)

Factors	Number	% of Complication	Crude OR	Adjusted OR	95% CI	p-value
ระดับการศึกษา						0.044*
สูงกว่าประถมศึกษา	453	35.10	1	1		
ประถมศึกษาหรือต่ำกว่า	657	41.10	1.29	1.25	1.01 – 1.71	
สถานภาพสมรส						0.001*
สมรส	884	36.76	1	1		
เดี่ยว (โสด/หม้าย/หย่า)	226	46.02	1.47	1.79	1.28 – 2.52	
ดัชนีมวลกาย						0.041*
ปกติ (น้อยกว่า 23.0)	223	33.63	1	1		
น้ำหนักเกิน/อ้วน (ตั้งแต่23.0)	887	39.91	1.31	1.49	1.01 – 2.19	
ระยะเวลาการเจ็บป่วย (ปี)						<0.001*
น้อยกว่า 5 ปี	453	27.81	1	1		
5 ปีขึ้นไป	657	46.12	2.22	2.01	1.47 – 2.75	
ระดับน้ำตาลในเลือด						<0.001*

ตาราง 2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ถดถอยแบบพหุโลจิสติกส์ (Multiple logistic regression)

Factors	Number	% of Complication	Crude OR	Adjusted OR	95% CI	p-value
น้อยกว่า 126 มก./ดล.	391	27.37	1	1		
ตั้งแต่ 126 มก./ดล.	719	44.78	2.15	2.06	1.51 – 2.81	
ค่าความดันโลหิตตัวบน						<0.001*
น้อยกว่า 140 มม.ปรอท	974	30.80	1	1		
ตั้งแต่ 140 มม. ปรอท	136	94.85	41.40	18.14	7.66 – 42.96	
ค่าความดันโลหิตตัวล่าง						<0.001*
น้อยกว่า 90 มม.ปรอท	975	31.08	1	1		
ตั้งแต่ 90 มม. ปรอท	135	93.65	31.05	8.20	3.74 – 17.99	

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 พบปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ด้วยการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ถดถอยแบบพหุโลจิสติกส์ (Multiple logistic regression) ดังนี้ ระดับการศึกษา พบว่า ระดับประถมศึกษาหรือต่ำกว่าพบโรคแทรกซ้อนมากกว่าระดับการศึกษาที่สูงกว่าประถมศึกษา 125 เท่า (95%CI=1.01 – 1.71, p-value=0.044) สถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพเดี่ยว (โสด/หม้าย/หย่า) พบโรคแทรกซ้อนมากกว่าสถานภาพสมรส 1.79 เท่า (95%CI=1.28 – 2.52, p-value=0.001) ดัชนีมวลกาย พบว่า ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกิน-อ้วน (23.0 ขึ้นไป) พบโรคแทรกซ้อนมากกว่าผู้ป่วยที่มีน้ำหนักปกติ 1.49 เท่า (95%CI=1.01 – 21.9, p-value=0.041) ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวานตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป พบโรคแทรกซ้อนมากกว่าการเจ็บป่วยน้อยกว่า 5 ปี 2.01 เท่า (95%CI=1.47 – 2.75, p-value=<0.001) ระดับน้ำตาลในเลือดที่ตั้งแต่ 126 มก./ดล. พบโรคแทรกซ้อนมากกว่าระดับน้ำตาลในเลือดที่ต่ำกว่า 126 มก./ดล. 2.06 เท่า (95%CI=1.51 – 2.81, p-value=<0.001) ค่าความดันโลหิตตัวบนที่ตั้งแต่ 140 มม. ปรอท พบโรคแทรกซ้อนมากกว่าค่าความดันโลหิตตัวบนน้อยกว่า 140 มม.ปรอท 18.14 เท่า (95%CI=7.66 – 42.96, p-value=<0.001) และ ค่าความดันโลหิตตัวล่างตั้งแต่ 90 มม.ปรอท พบโรคแทรกซ้อนมากกว่าค่าความดันโลหิตตัวล่างน้อยกว่า 00 มม.ปรอท 8.20 เท่า (95%CI=3.74 – 17.99, p-value=<0.001)

สรุปและอภิปรายผล

ผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 จำนวน 1,110 คน พบโรคแทรกซ้อน จำนวน 429 คน คิดเป็นร้อยละ 38.65 (95%CI= 35.78 – 41.52) ซึ่งน้อยกว่าสถานการณ์การเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานทั่วโลก คือ ร้อยละ 60.0[7] หรือผลลัพธ์ของการศึกษาต่ำกว่าเมื่อเทียบกับการศึกษาก่อนหน้านี้ ที่ศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ทุกกลุ่มวัย ดังการศึกษาของ ชัยวัฒน์ ดาราสิชฌน์[8] ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานจังหวัดอุบลราชธานี พบผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อน ร้อยละ 54.0 ซึ่งใกล้เคียงกับค่าเฉลี่ยของโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก ร้อยละ 53.5[9] โดยประเทศบราซิล พบโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานมากที่สุด ร้อยละ 70.9[10]

การวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.05 ดังนี้ ด้านข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ระดับการศึกษาที่ผู้ป่วยจบชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่าประถมศึกษา, และสถานภาพสมรส พบว่า สถานภาพเดี่ยว (โสด/หม้าย/หย่า) พบโรคแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.05 ทั้งนี้ คุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ป่วยเบาหวานที่พบความสัมพันธ์กับการเกิดโรคแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติ ขึ้นกับบริบทของพื้นที่หรือบางการศึกษา ดังการศึกษาของ สุทิตย์ บุญเรือง และคณะ[11] พบปัจจัยด้านเพศ อายุ และอาชีพ พบความสัมพันธ์กับการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.05 หรือการศึกษาของ จิราพร เดชมา และคณะ[12] ที่ศึกษาการปัจจัยทำนายภาวะแทรกซ้อนให้ผู้เป็นเบาหวาน จังหวัดนครปฐม พบว่า อายุ และการศึกษา มีอำนาจการทำนายภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.05 ดังนั้น ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวานนั้น จักเป็นส่วนสำคัญของการจัดการโรคเบาหวานในพื้นที่ต่อไปได้

ด้านที่เกี่ยวข้องทางคลินิกเบาหวาน ได้แก่ ดัชนีมวลกายของผู้ป่วยที่มีน้ำหนักเกิน-อ้วน (23.0 ขึ้นไป), ระยะเวลาการเจ็บป่วยเป็นโรคเบาหวาน ตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป, ระดับน้ำตาลในเลือด ตั้งแต่ 126 มก./ดล., ค่าความดันโลหิตตัวบน ตั้งแต่ 140 มม.ปรอท และ ค่าความดันโลหิตตัวล่างตั้งแต่ 90 มม.ปรอท พบโรคแทรกซ้อนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.05 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยวัฒน์ ดาราสิชฌน์[7] พบว่า โรคแทรกซ้อนพบมากที่สุด ค่ามัธยฐานการป่วยเป็นโรคเบาหวาน ระยะเวลา 8 ปี ซึ่งเกิดภาวะแทรกซ้อน และพบว่า ระดับน้ำตาลในเลือดที่มีค่าตั้งแต่ 126 มก./ดล. ขึ้นไป พบความสัมพันธ์กับโรคแทรกซ้อนกับโรคเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value<0.001 ซึ่งสอดคล้องกับศึกษาอื่นๆในประเทศ เช่น การศึกษาของ สุทิตย์ บุญเรือง และคณะ[11] ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดพิษณุโลก หรือการศึกษาของ ราพร เดชมา และคณะ[12] ที่ศึกษาในผู้ป่วยเบาหวานในจังหวัดนครปฐม นอกจากนี้ ผลการศึกษาของต่างประเทศ พบว่า ระยะเวลาการเป็นเบาหวานที่นานขึ้น ร่วมกับการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ทั้งผลของ ค่าระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) หรือ ค่าน้ำตาลสะสมในเลือด (HbA1C) นั้นมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยโรคเบาหวานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value <0.05 ดังเช่นการศึกษาของ Lui Z. และคณะ[13] ที่ศึกษาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานในประเทศจีน หรือการศึกษา Flavio Silva EF และคณะ[10] ที่ศึกษาภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานในประเทศบราซิล รวมทั้งขอมูลผลการสำรวจทั่วโลกที่ศึกษาโดย Litwak L. และคณะ[9] พบว่าระยะเวลาการเป็นเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด (FBS) ค่าน้ำตาลสะสม (HbA1C) ค่าความดันโลหิต รวมทั้งผลการตรวจไขมันในเลือดนั้น มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลกได้ ดังนั้น การเฝ้าระวังผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานให้ลดโอกาสการเกิดโรคแทรกซ้อนนั้น จึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่งในการปฏิบัติงานของบุคลากรด้านสุขภาพ โดย Brunetti L.[7] ให้คำแนะนำว่า การจัดการของโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในกลุ่มวัยแรงงานให้ประสบความสำเร็จนั้น เกี่ยวข้องกับการกำหนดเป้าหมายทั้งระดับน้ำตาลและเป้าหมายที่ไม่ใช่ระดับน้ำตาล เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการลดการเจ็บป่วยและการเสียชีวิต ทั้งนี้ ควรจัดการทางเลือกในการรักษาและเป้าหมายการรักษา ทั้งรายบุคคลและรายกลุ่ม อีกทั้ง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านสุขภาพยังเป็นปัจจัยสำคัญ ที่จะส่งเสริมให้ผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและลดโอกาสของการเกิดโรคแทรกซ้อนได้ด้วย

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ เป็นการใช้ข้อมูลทุติยภูมิสำหรับนำมาเพื่อการศึกษา ดังนั้น ควรทำการศึกษาเชิงสำรวจเพื่อศึกษาปัจจัยอื่นที่มีความสัมพันธ์ต่อโรคแทรกซ้อนในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อาจรวมไปถึงความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม หรือปัจจัยอื่นๆที่เกี่ยวข้อง ทั้งนี้ควรนำผลการศึกษาไปใช้เพื่อดูแลและป้องกันโรคแทรกซ้อนในผู้ใหญ่ที่เป็นโรคเบาหวานในพื้นที่ต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization (WHO). Global report on diabetes. Print in France; 2016. p.6-8.

2.International Diabetes Federation (IDF). Diabetes Atlas, Eighth Edition. [n.p.]: International Diabetes Federation. 2017.

3.กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการ โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2559.

4.กลุ่มยุทธศาสตร์และแผนงานสำนักโรคไม่ติดต่อ. รายงานประจำปี 2559. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์ องค์การทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์; 2559, 18-19.

5.ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร. อัตราผู้ป่วยเบาหวานที่ขึ้นทะเบียน และมารับการรักษาในเขตพื้นที่รับผิดชอบ. [อินเทอร์เน็ต] กระทรวงสาธารณสุข; 2562 [เข้าถึงเมื่อ 30 เมษายน 2562]. เข้าถึงได้จาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?source=pformated/format1.php&cat_id=b2b59e64c4e6c92d4b1ec16a599d882b&id=e9fb648fe9f1858878714a410222eef1

6.สุกัณ คันทะสอน. รายงานคลินิกโรคเรื้อรัง ตึกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลท่าคันโท. โรงพยาบาลท่าคันโท; 2561, 1-5.

7.Brunetti L. Management of Type-2 Diabetes Mellitus in Adults. P & T 2012; 37(12):687-96.

8.ชัยวัฒน์ ดาราสิชฌน์. ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลน้ำยืน อำเภอน้ำยืน จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2562;12(3): 17-22.

9.Litwak L, Goh SY, Hussein Z, Malek R, Prusty V, Khamseh M. Prevalence of diabetes complication in people with type 2 diabetes mellitus and its association with baseline characteristics in the multinational A_1Choeve study. Diabeteology & Metabolic Syndrome. 2013; 5(57):1-10.

10.Flavio Silva EF, Ferreira CM, Pinho L. Risk factors and complications in type 2 diabetes outpatients. Rev Assoc Med Bras 2017; 63(7): 621-7.

11.สุทิตย์ บุญเรือง, ทัศนีย์ ศิลาวรรณ, วีริณธิ์ กิตติพิชัย, ทัศนีย์ รวิวรกุล. ปัจจัยและพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 อำเภอบางกระทุ่ม จังหวัดพิษณุโลก: การศึกษาเปรียบเทียบระหว่างผู้ป่วยที่มีและไม่มีภาวะแทรกซ้อน. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชีย ฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2559; 10(1): 180-92.

12.จิราพร เดชมา, วนิดา ดุรงค์ฤทธิชัย, วิชุดา กิจธรธรรม. การศึกษาปัจจัยทำนายภาวะแทรกซ้อนให้ผู้เป็นเบาหวานในชุมชนภายใต้ทฤษฎีการพยาบาลของคิง. วารสารพยาบาลสาธารณสุข 2556; 27(2): 63 – 80.

13.Lui Z, Fu C, Wang W, Xu B. Prevalence of chronic complications of type 2 diabetes mellitus in outpatients – a cross-sectional hospital based survey in urban China. Health and Quality of Life Outcome 2010; 8(62): 1-9.

โมเดลเชิงสาเหตุของการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพในเขตตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

The Causal Model Affecting Caring of the elderly with disabilities in Phichai Sub-district, Mueang, Lampang Province

ยงยุทธ แก้วเต็ม[1], ณัฏฐ์ธภรณ์ ปัญจขันธ์[1], อุษณีย์ วรรณาลัย[1], ยุพา ฟูชื่น[2]

Yongyuth Kaewtem, Nutthaporn Panchakhan, Ussanee Wannalai, Yupha Foochuen

(Received: October 29,2020; Accepted: November 19,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงสำรวจมีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุของการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ในเขตตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพในเขตพื้นที่ตำบลพิชัย จำนวน 250 คน ซึ่งได้มาโดยวิธีการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามลักษณะเป็นมาตราส่วนแบบประเมินค่า 5 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้การวิเคราะห์โมเดลสมการโครงสร้าง

ผลการวิจัยพบว่า โมเดลเชิงสาเหตุของการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพในเขตตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ (χ^2 = 79.904, p=.174, GFI = .959, AGFI = 0.996, RMSEA = .025) โดยผลการวิเคราะห์อิทธิพลของตัวแปร พบว่า 1) ปัจจัยเสริม เรื่องการได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเพื่อนบ้าน มีอิทธิพลต่อการดูแลมากที่สุด นอกจากนี้ปัจจัยเสริมยังเป็นปัจจัยเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยนำกับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ในขณะที่ปัจจัยเอื้อเรื่องการเข้าถึงสถานบริการต่างๆ มีอิทธิพลต่อการดูแลน้อยที่สุด 2) ปัจจัยนำ ในเรื่องความรู้ไม่มีอิทธิพลต่อการดูแล ในขณะที่การมีทัศนคติที่ดีในเชิงบวก ได้แก่ การมองเห็นคุณค่าและการมีความสุขในการดูแลกลับมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ดังนั้นการส่งเสริมผู้ดูแลในการสร้างทัศนคติเชิงบวกควบคู่กับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเพื่อนบ้านจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพได้รับการดูแลที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: โมเดลเชิงสาเหตุ, การดูแล, ผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ

Abstract

The survey research aimed to development the causal model affecting caring of the elderly with disabilities in Phichai Sub-district, Mueang, Lampang province. The sample of this study were 250 caring of the elderly with disabilities in Phichai Sub-district by purposive sampling method. This research instruments were 5 rating scale questionnaires. The statistical employed were analyzed by structural Equation Modeling (SEM).

The research results found that the causal model affecting caring of the elderly with disabilities in Phichai Sub-district, Mueang, Lampang province was fit with the empirical data (χ^2 = 79.904, p=.174, GFI = .959, AGFI = 0.996, RMSEA = .025). Analysis of the effect of the variables in the model has shown that 1) Reinforce factors; getting support from health officials, community leaders, village health volunteers and neighbors had direct positive influence on caring at highest value. Besides, the reinforce factors was as mediator factor toward the relationship between predisposing factors and caring of the elderly with disabilities, while enabling factors; health services accessibility had

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง คณะพยาบาลศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก

[2] ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านต้นมื่น

direct influence on caring at lowest value. 2) Predisposing factors: the knowledge did not influence on caring while having positive attitude such as seeing value and being happy in care had direct influence on caring the elderly with disabilities. Therefore, promoting caregivers to create a positive attitude along with empowering care from health officials, community leaders village health volunteers and neighbors will result in elderly with disabilities receive good care and better quality of life.

Keywords: The causal model affecting, Caring, The elderly with disabilities

บทนำ

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทยและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีทางการแพทย์ พบว่ามีการเปลี่ยนผ่านทางประชากรจากภาวการณ์การเกิดและตายเกิดสูงมาเป็นภาวการณ์เกิดและตายต่ำ และการเปลี่ยนผ่านทางระบาดวิทยาจากโรคระบาดและโรคติดต่อมาสู่โรคเรื้อรัง และโรคที่เกิดจากการเสื่อมสภาพของร่างกายในวัยต่างๆ ทำให้เปลี่ยนจากสังคมเยาว์วัยสู่สังคมสูงวัย และประเทศไทยได้เข้าสู่การเป็น "สังคมสูงวัย" (Aged society) ตั้งแต่ปี 2548 คือ มีสัดส่วนประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปสูงถึงร้อยละ 10 และตามการคาดประมาณประชากรของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ในปี 2564 ประเทศไทยจะเข้าสู่ "สังคมสูงวัยอย่างสมบูรณ์" (Complete aged society) เมื่อประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไป มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมด และในปี 2574 ประเทศไทยจะเข้าสู่ "สังคมสูงวัยระดับสุดยอด" (Super aged society) เมื่อประชากรอายุ 60 ปี ขึ้นไป มีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 28 ของประชากรทั้งหมด [1]

จากปัญหาการเปลี่ยนแปลงด้านประชากรของประเทศไทยที่มีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นมากส่งผลกระทบต่อการให้บริการสุขภาพและงบประมาณในการดูแลรักษา เนื่องจากวัยสูงอายุเป็นวัยที่มีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วย การสำรวจสุขภาวะผู้สูงอายุอายุปี 2556 ของสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายุไทย พบว่า ผู้สูงอายุร้อยละ 2 อยู่ในสภาวะ "ติดเตียง" คืออยู่ในสภาพพิการ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และร้อยละ 19 "ติดบ้าน" คือมีปัญหาการเคลื่อนไหว ไม่สามารถออกจากบ้านได้โดยสะดวก พบปัญหาด้านสุขภาพของผู้สูงอายุที่สูงเป็นอันดับแรก คือ การเคลื่อนไหวร่างกาย (ร้อยละ 58) รองลงไป ได้แก่ ปัญหาการได้ยินหรือสื่อความหมาย (ร้อยละ 24) ด้านจิตใจ (ร้อยละ 3) และสติปัญญา (ร้อยละ 2) [2] ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีความต้องการความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว ชุมชน และ รัฐในการดูแลสุขภาพ ค่าใช้จ่ายในการยังชีพและการดูแลเกี่ยวกับที่อยู่อาศัยที่เหมาะสม จากรายงานสถานการณ์ผู้สูงอายุไทย พ.ศ. 2559 มีผู้สูงอายุหนึ่งในสามของผู้สูงอายุมีรายได้ต่ำกว่าระดับความยากจน บุตรซึ่งเคยเป็นแหล่งรายได้สำคัญของผู้สูงอายุมีสัดส่วนลดลง และจำนวนของผู้สูงอายุที่อยู่ตามลำพังคนเดียวหรือตามลำพังกับผู้สูงอายุด้วยกันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น โดยจำนวนผู้สูงอายุที่อยู่ภาวะพึ่งพิงประมาณ 4 แสนคน และผู้สูงอายุที่เป็นโรคสมองเสื่อมประมาณ 6 แสนคนในปี 2559 มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมากในอีก 20 ปีข้างหน้า ผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงเพิ่มเป็น 1.3 ล้านคน และผู้ป่วยด้วยโรคสมองเสื่อมจะเพิ่มเป็น 1.4 ล้านคน [2]

จากการสำรวจสุขภาวะจากการเปลี่ยนแปลงของร่างกายเมื่อมีอายุเพิ่มสูงขึ้น การเปลี่ยนแปลงด้านร่างกายที่สำคัญจะเกิดในทุกระบบของร่างกาย ความผิดปกติหรือโรคที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายของผู้สูงอายุโดยเฉพาะโรคเรื้อรัง มักก่อให้เกิดภาวะทุพพลภาพตามมา ภาวะทุพพลภาพเป็นภาวะความต้องการการพึ่งพาการดูแลกิจวัตรประจำวันซึ่งผู้สูงอายุยิ่งมีอายุยืนยาวขึ้นโอกาสเกิดภาวะทุพพลภาพจะเพิ่มสูงขึ้น [3] ซึ่งส่วนใหญ่จะเกิดจากอุบัติเหตุและโรคเรื้อรังโดยเฉพาะโรคหลอดเลือดสมอง และประมาณร้อยละ 2.1 ของประชากรสูงอายุทั่วประเทศมีภาวะพึ่งพิงและต้องการความช่วยเหลือจากคนในครอบครัว การดูแลผู้สูงอายุที่ประสบกับภาวะทุพพลภาพจึงเป็นปัญหาที่สำคัญยิ่งของสังคมไทยในปัจจุบัน ศักยภาพการดูแลของครอบครัวหรือผู้ดูแลมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่มีผลต่อการเจ็บป่วย

ของบุคคลในครอบครัว ซึ่งในปัจจุบันแนวโน้มการเพิ่มขึ้นของผู้สูงอายุและการเจ็บป่วยระยะยาวมีจำนวนเพิ่มขึ้น

จากรายงานสถานการณ์ทางสังคมจังหวัดลำปาง ประจำปี 2559 พบว่าสถานการณ์จำนวนผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง คิดเป็นร้อยละ 12.8 ของประชากรทั้งหมด พบปัญหาของผู้สูงอายุจังหวัดลำปาง เช่น สถานะความเป็นอยู่ของครอบครัวยากจน มีภาระในการเลี้ยงดูบุตรหลาน ผู้พิการ นอกจากนี้มีผู้สูงอายุที่อาศัยเพียงลำพังไม่มีผู้ดูแล ถูกทอดทิ้ง ผู้สูงอายุมีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ติดการพนัน ดื่มแอลกอฮอล์ ในด้านปัญหาสุขภาพของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเรื้อรัง มีภาวะพึ่งพิง ติดบ้าน-ติดเตียง จำนวน 2,000 คนคิดเป็นร้อยละ 2.08 [4] ซึ่งการศึกษาในครั้งนี้ ผู้สูงอายุที่ทุพลภาพ หมายถึง บุคคลที่มีอายุ 60 ปี ขึ้นไปที่อาศัยอยู่ในเขตตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ร่วมกับมีความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต (Basic Activity of daily living, ADLs) ด้วยตัวเอง ซึ่งประกอบด้วย 10 กิจกรรม คือ การรับประทานอาหาร (feeding) การลุกนั่ง (transfer) การใช้ห้องน้ำ (toilet use) การเข้าและออกจากห้องน้ำ การแต่งหน้าหวีผม (grooming) อาบน้ำ (bathing) เดินในทางราบ (mobility) เดินขึ้นลงบันได (stairs) แต่งตัว (dressing) การกลั้นอุจจาระ (bowels) และกลั้นปัสสาวะ (bladder) โดยใช้เครื่องมือประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity of daily living: ADL) ซึ่งประยุกต์โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข และใช้เกณฑ์การตัดสินผู้สูงอายุที่ทุพลภาพมีความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิต คือ มีผลรวมคะแนนน้อยกว่า 12 คะแนนจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน ซึ่งผู้ดูแลผู้สูงอายุจะเป็นบุคคลที่มีความสำคัญที่จะช่วยดูแลผู้สูงอายุซึ่งอาจจะเป็นญาติหรือเป็นผู้ดูแลหลักในครอบครัวที่มีส่วนในการดูแลผู้สูงอายุที่อาศัยอยู่ด้วยกัน และแนวโน้มของผู้สูงอายุในแต่ละพื้นที่โดยเฉพาะผู้สูงอายุติดบ้านและผู้สูงอายุติดเตียงหรือมีภาวะทุพพลภาพมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการประกอบกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน (Activities of Daily Life: ADLs) ที่ทำให้ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพา ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง กำลังเผชิญกับปัญหาเกี่ยวกับผู้สูงอายุที่มีจำนวนเพิ่มขึ้น ซึ่งผู้สูงอายุมีความเสื่อมของร่างกาย โรคประจำตัว และการถูกทอดทิ้ง อาศัยเพียงลำพัง และ มีภาวะพึ่งพิง ไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ ติดบ้าน ติดเตียง มีภาวะสมองเสื่อม การเกิดอุบัติเหตุหกล้ม ฯลฯ ส่งผลให้เกิดความพิการทุพพลภาพ จากการสำรวจข้อมูลประชากรพบว่า ในปี 2562 ตำบลพิชัย มีจำนวนประชากรผู้สูงอายุทั้งหมด 3,485 คน โดยมีจำนวนผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ จำนวนทั้งสิ้น 275 คน [5] และส่งผลให้เกิดปัญหาและภาระการดูแลของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพเป็นอย่างมาก

จากแนวโน้มของผู้สูงอายุติดบ้านและผู้สูงอายุติดเตียงหรือมีภาวะทุพพลภาพที่มีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุมีข้อจำกัดในการประกอบกิจวัตรพื้นฐานประจำวัน (Activities of Daily Life: ADLs) ทำให้ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงไม่สามารถประกอบกิจวัตรประจำวันได้ย่อมส่งผลกระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุและการจัดระบบการดูแล ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา โมเดลเชิงสาเหตุของการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ในเขตตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ว่าปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ปัจจัยนำในเรื่องความรู้ ทัศนคติ ปัจจัยเอื้อในเรื่องการเข้าถึงสถานบริการต่างๆ และสถานบริการด้านสาธารณสุข รวมถึงปัจจัยเสริมในเรื่องการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรด้านสุขภาพ จากหน่วยงานองค์กรต่างๆ ในชุมชน ตลอดจนกลุ่มแกนนำในพื้นที่นั้นมีความเชื่อมโยงกันอย่างไร มีปัจจัยใดที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพมากที่สุด เพื่อนำไปสู่แนวทางการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพโดยผู้ดูแลในพื้นที่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนาโมเดลเชิงสาเหตุของการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ในเขตตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัด

สมมติฐานการวิจัย

การดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ได้รับอิทธิพลทางตรงมาจาก ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริม ขณะเดียวกันได้รับอิทธิพลทางอ้อม (ตัวแปรคั่นกลาง) มาจากปัจจัยนำ โดยส่งผ่านปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณในลักษณะของการวิเคราะห์หาแบบจำลองความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ (Causal Model)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้เป็นญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ในเขตพื้นที่ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ซึ่งมีจำนวนผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ จำนวนทั้งสิ้น 275 คน และมีญาติหรือผู้ดูแลที่มีส่วนร่วมในการดูแล จำนวน 350 คน [5]

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา คือ ญาติหรือผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ เขตตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง โดยเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) เกณฑ์ในการคัดเข้า คือ 1) ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะทุพพลภาพในครอบครัว ซึ่งมีความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิตตามเกณฑ์เครื่องมือประเมินความสามารถในการประกอบกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity of daily living, ADL) คือ มีผลรวมคะแนนน้อยกว่า 12 คะแนนจากคะแนนเต็ม 20 คะแนน 2) สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ 3)มีความเต็มใจในการเข้าร่วมการวิจัย 4) มีภูมิลำเนาอยู่ตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ไม่น้อยกว่า 6 เดือน 5) มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์ สามารถสื่อสารได้ และเกณฑ์ในการคัดออก คือ กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ไม่ยินยอมเข้าร่วมการวิจัย ขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้วิธีการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของ คอมเลย์และลี [6] ซึ่งได้กำหนดขนาดตัวอย่างและระดับความเหมาะสมของการวิเคราะห์ความสอดคล้องของโมเดลความสัมพันธ์เชิงสาเหตุ คือ อยู่ระหว่าง 200 คน (ปานกลาง) - 300 (ดี) ที่เหมาะสมจะทำให้มั่นใจได้ว่าผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้มีความเป็นตัวแทนของประชากร ซึ่งการศึกษาครั้งนี้คณะผู้วิจัยได้ข้อมูลตอบกลับมาทั้งหมด จำนวน 250 คน ซึ่งถือว่าอยู่ในช่วงจำนวนที่เหมาะสมจะนำมิวิเคราะห์ผลดังกล่าว ซึ่งมีผลทำให้ได้ความเชื่อถือได้ในระดับปานกลางและดี เหมาะสมกับเวลาและงบประมาณที่ใช้ในงานวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้ทำการแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ เป็นรายการ (check list) ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส อาชีพ รายได้ ความเพียงพอของรายได้ ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพและระยะเวลาที่ดูแล

ส่วนที่ 2 ข้อมูลปัจจัยนำของผู้ดูแล ได้แก่ ความรู้เรื่องการดูแล จำนวน 10 ข้อ (เป็นคำถามแบบถูก-ผิด) ทัศนคติและความเชื่อของผู้ดูแล จำนวน 15 ข้อ ส่วนที่ 3 ข้อมูลปัจจัยเอื้อของผู้ดูแล ได้แก่ การมีและเข้าถึงสถานบริการสาธารณสุขและสถานบริการต่างๆ จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 4 ข้อมูลปัจจัยเสริมของผู้ดูแล ได้แก่ การได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเพื่อนบ้าน จำนวน 10 ข้อ ส่วนที่ 5 การดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจและเศรษฐกิจ จำนวน 21 ข้อ คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 5 ระดับ ซึ่งผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมนำเสนอผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน (แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว 1 ท่าน อาจารย์พยาบาล 1 ท่าน และ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานด้านงานบริการปฐมภูมิ 1 ท่าน) พิจารณาตรวจสอบความเหมาะสมของเนื้อหาได้ค่าความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (CVI) เท่ากับ 0.96 และตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามด้วยการนำแบบสอบถามไปทดลองใช้และหาค่าความเชื่อมั่น (reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ได้ค่าเท่ากับ 0.92

สำหรับการแปลผลเกณฑ์คะแนนปัจจัยนำในเรื่องความรู้จะนำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ยและแปลความหมายตามระดับ โดยยึดหลักเกณฑ์ดังนี้ 0.80-1.00 = มาก, 0.60-79.99 = ปานกลาง, น้อยกว่า 0.60 = น้อย [7] สำหรับปัจจัยนำในเรื่องทัศนคติความเชื่อ ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสริม และการดูแลผู้สูงอายุ คะแนนที่ได้จะนำมาวิเคราะห์หาค่าเฉลี่ย และแปลความหมายตามระดับ โดยยึดหลักเกณฑ์ดังนี้ 4.51 - 5.00 = มากที่สุด, 3.51 - 4.50 = มาก, 2.51 - 3.50 = ปานกลาง, 1.51 - 2.50 = น้อย, 1.00 - 1.50 = น้อยที่สุด [8]

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม (questionnaire) โดยใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2562 ถึงเดือนเมษายน พ.ศ. 2563 รวม 6 เดือน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการพิจารณาและอนุมัติให้ดำเนินการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการ วิจัยในคนของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครลำปาง เลขที่ E10/2562 กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล และแจ้งสิทธิของกลุ่มตัวอย่างในการเข้าร่วม การวิจัยเป็นไปโดยสมัครใจ ข้อมูลที่ได้จะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอในภาพรวม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติพรรณนา (descriptive statistics) ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การวิเคราะห์โมเดลเชิงสาเหตุของการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพในเขตตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง ผู้วิจัยใช้สถิติอนุมาน เพื่อทำการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสมการโครงสร้าง ในการวิเคราะห์แบบจำลองโครงสร้างความสัมพันธ์เชิงสาเหตุแบบมีตัวแปรแฝง เพื่อตรวจสอบความตรงของแบบจำลอง สมมติฐานเชิงทฤษฎีกับข้อมลเชิงประจักษ์ โดยผู้วิจัยได้ใช้เกณฑ์การตรวจสอบความสอดคล้องระหว่างแบบจำลองที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นกับข้อมูลเชิงประจักษ์

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.80) อายุ ระหว่าง 61-70 ปี (ร้อยละ 33.20) อยู่ในระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 43.20) สถานภาพสมรสคู่ (ร้อยละ 61.60) อาชีพรับจ้าง (ร้อยละ 40.40) รายได้อยู่ระหว่าง 3,000-5,000 บาท (ร้อยละ 27.20) รองลงมาคือ 5,000-10,000 บาท (ร้อยละ 26.40) ความเพียงพอของรายได้: พอใช้แต่ไม่เหลือเก็บ (ร้อยละ 43.60) ความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ: เป็นบุตร (ร้อยละ 53.60) และระยะเวลาที่ดูแล ระหว่าง 1-10 ปี (ร้อยละ 68.80)

ผลการวิเคราะห์ระดับของตัวแปรทั้ง 4 ตัวแปร ได้แก่ ปัจจัยนำ (ความรู้ ทัศนคติ) ปัจจัยเอื้อ (การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพและสถานบริการอื่นๆ ในชุมชน) ปัจจัยเสริม (การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุขและกลุ่มองค์กรในชุมชน) และการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ (ด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ) ดังตาราง 1

ตาราง 1 ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของปัจจัยนำ (Predisposing) ปัจจัยเอื้อ (Enabling) ปัจจัยเสริม (Reinforcing) และการดูแล (Caring) โดยรวม

ตัวแปร	$\bar{x}$	S.D.	แปลผล
1.ปัจจัยนำ			
1.1 ความรู้	0.67	0.11	ปานกลาง
1.2 ทัศนคติ	4.19	0.62	มาก
2.ปัจจัยเอื้อ			
2.1 การเข้าถึงสถานบริการสุขภาพ	4.22	0.74	มาก
2.2 การเข้าถึงสถานบริการอื่นๆ ในชุมชน เช่น อบต.,พมจ.	4.12	0.75	มาก
3.ปัจจัยเสริม			
3.1 การได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรสาธารณสุข	3.94	0.87	มาก
3.2 การได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มองค์กรในชุมชน	4.03	0.81	มาก
4. การดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ			
4.1 ด้านร่างกาย	4.36	0.69	มาก
4.2 ด้านจิตใจ	4.17	0.60	มาก
4.3 ด้านเศรษฐกิจ	3.99	.098	มาก

จากตารางที่ 1 พบว่า ปัจจัยนำในเรื่องความรู้อยู่ในระดับปานกลาง ส่วนปัจจัยเอื้อและปัจจัยเสริมและการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก

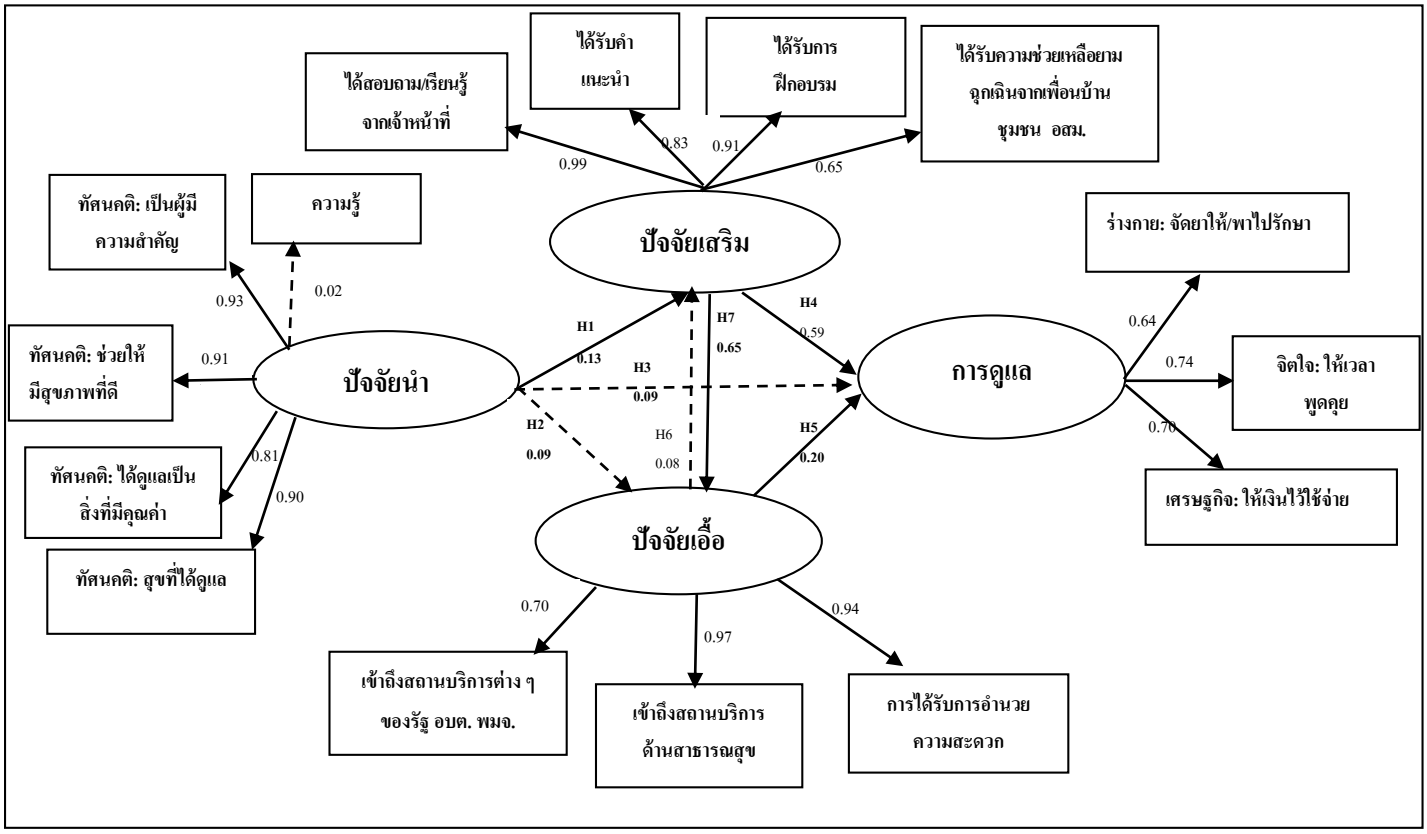
2. การวิเคราะห์ข้อมูลจากสมการโครงสร้าง โดยใช้โปรแกรม AMOS 21 พบว่า ความสัมพันธ์เชิงเหตุผลระหว่างตัวแปรตามสมการโครงสร้าง มีปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อกัน ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 ผลการทดสอบสมมติฐาน

สมมติฐานการวิจัย	Coef.	t-stat	สรุปผล
H1: ปัจจัยนำ → ปัจจัยเสริม	0.064	2.097*	สนับสนุน
H2: ปัจจัยนำ → ปัจจัยเอื้อ	0.038	1.757	ไม่สนับสนุน
H3: ปัจจัยนำ → การดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ	0.033	1.809	ไม่สนับสนุน
H4: ปัจจัยเสริม → การดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ	0.047	6.193**	สนับสนุน
H5: ปัจจัยเอื้อ → การดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ	0.061	2.085*	สนับสนุน
H6: ปัจจัยเอื้อ → ปัจจัยเสริม	0.201	-0.515	ไม่สนับสนุน
H7: ปัจจัยเสริม → ปัจจัยเอื้อ	0.074	6.838**	สนับสนุน

หมายเหตุ ** หมายถึง t-stat ≥ 2.58(p-value ≤.01), * หมายถึง t-stat อยู่ระหว่าง 1.96-2.58 (p-value ≤.05)

จากตารางที่ 2 พบว่า 1) สมมติฐานที่ 1 ปัจจัยนำมีอิทธิพลทางตรงต่อปัจจัยเสริม 2) สมมติฐานที่ 4 ปัจจัยเสริมมีอิทธิพลทางตรงต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ 3) สมมติฐานที่ 5 ปัจจัยเอื้อมีอิทธิพลทางตรงต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ และ 4) สมมติฐานที่ 7 ปัจจัยเสริมมีอิทธิพลทางตรงต่อปัจจัยเอื้อ



ภาพที่ 1 โมเดลเชิงสาเหตุของการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพในเขตตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง

หมายเหตุ - - - ▶ หมายถึง เส้นอิทธิพลที่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ——▶ หมายถึง เส้นอิทธิพลที่มีนัยสำคัญทางสถิติ

จากภาพที่ 1 พบว่า มีเพียงปัจจัยเสริมเท่านั้นที่มีอิทธิพลทางตรงต่อทั้งปัจจัยเอื้อและการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ในขณะที่ปัจจัยนำมีอิทธิพลทางตรงต่อปัจจัยเสริม และมีอิทธิพลทางอ้อมต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพโดยผ่านตัวแปรปัจจัยเสริม (ตัวแปรคั่นกลาง) แต่ปัจจัยนำไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อปัจจัยเอื้อและการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ และปัจจัยเอื้อก็เช่นเดียวกันที่มีอิทธิพลทางตรงต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพเท่านั้น

สำหรับค่าความสอดคล้องความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ พบว่า โมเดลเชิงสาเหตุของการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพในเขตตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัดลำปาง มีความกลมกลืนกับข้อมูลเชิงประจักษ์ ($\chi 2$ = 79.904, p=.174, GFI = .959, AGFI = 0.996, RMSEA = .025) ซึ่งมีเกณฑ์ของค่าความสอดคล้องดังตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 ค่าความสอดคล้องความกลมกลืนนกับข้อมูลเชิงประจักษ์กับผลการศึกษาที่ได้

ค่าสถิติ	วัตถุประสงค์	ค่าที่ยอมรับได้	ค่าที่วิเคราะห์ได้
Chi-square ($\chi 2$)	เพื่อยืนยันสมมติฐานคือตัวแบบมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์	ns. ($p > .05$)	$\chi 2$ = 79.904, p =.174
Relative Chi-square ($\chi 2$/ df)	ตรวจสอบว่าตัวแบบมีความสอดคล้องกับข้อมูลเชิงประจักษ์	$\leq$2 or 3	1.158
Goodness of Fit Index (GFI)	เพื่อวัดระดับความกลมกลืน มีค่าระหว่าง 0 – 1.00	> .95	.959
Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)	บอกค่าความความคลาดเคลื่อนตัวแบบในรูปของรากของค่าเฉลี่ยกำลังสองของความคลาดเคลื่อนโดยประมาณโดยมีค่าระหว่าง 0 – 100	< .06	.025

ที่มา: Hair et al. (2010, p. 283)

สรุปและอภิปรายผล

โมเดลเชิงสาเหตุของการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ในเขตตำบลพิชัย อำเภอเมือง จังหวัด พบว่า

1) การดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยเสริมในเรื่องการได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเพื่อนบ้าน มีอิทธิพลต่อการดูแลมากที่สุด นอกจากนี้ปัจจัยเสริมยังเป็นปัจจัยเชื่อมโยงความสัมพันธ์ (ตัวแปรคั่นกลาง) ระหว่างปัจจัยนำกับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ ด้วยเหตุที่การได้รับการสนับสนุนทางด้านสุขภาพจากบุคลากรด้านสาธารณสุขและการได้รับการสนับสนุนที่ดีจากกลุ่มองค์กรในชุมชนทั้งเพื่อนบ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านจะส่งผลให้ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้สูงอายุให้มีสุขภาวะที่ดีขึ้นได้ ซึ่งการได้รับการดูแลส่งเสริมสุขภาพและเยี่ยมบ้านเพื่อให้การช่วยเหลือ การให้คำแนะนำ การได้ซักถาม รวมถึงการได้รับแรงสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในเรื่องเครื่องมืออุปกรณ์ในการดูแลผู้สูงอายุ เพื่อป้องกันและลดภาวะแทรกซ้อนจากสภาพที่เป็นอยู่ย่อมมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพและที่มีภาวะพึ่งพิง [9] โดยเฉพาะบุคคลที่มีความยากลำบากในการปฏิบัติกิจกรรมขั้นพื้นฐานของชีวิตด้วยตัวเองของผู้สูงอายุตั้งแต่การรับประทานอาหาร การลุกนั่ง การใช้ห้องน้ำ การเข้าและออกจากห้องน้ำ การแต่งหน้าหวีผม อาบน้ำ เดินในทางราบ เดินขึ้นลงบันได การแต่งตัว การกลั้นอุจจาระ และกลั้นปัสสาวะ รวมถึงการดูแลทั้งทางด้านจิตใจร่วมด้วย นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับการศึกษาเรื่อง การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของไทย ที่พบว่า การดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงนั้นกิจกรรมที่มีความสำคัญ คือ การเยี่ยมบ้านและการดูแลสุขภาพที่บ้าน ได้แก่ กลุ่มเครือญาติ กลุ่ม

เพื่อนบ้านและครัวเรือนแนบชิด กลุ่มผู้นำ กลุ่มอาสาสมัคร กลุ่มองค์กรและสถาบันในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและกลุ่มเจ้าหน้าที่รัฐที่เกิดจากการผสมผสานการนำทุนทางสังคมของชุมชนท้องถิ่นที่หลากหลาย และระบบสวัสดิการของรัฐมาใช้ ทำให้เกิดความสัมพันธ์เชื่อมโยงและช่วยเหลือกัน โดยแนวทางในการดูแล คือ การเพิ่มศักยภาพด้านการดูแลและการเตรียมความพร้อมให้กับผู้ดูแลและที่เป็นเครือญาติและครัวเรือนแนบชิดเพื่อให้เกิดการช่วยเหลือกันเป็นสิ่งจำเป็นและควรพัฒนากลไกในรูปคณะกรรมการดูแลผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิงในชุมชนท้องถิ่นร่วมกับหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้อง โดยมีองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่มีแผนงานที่เกิดจากการมีส่วนร่วมจากชุมชน [10]

ด้วยเหตุที่ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้รับการสนับสนุน เป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจช่วยสนับสนุนหรือเป็นแรงกระตุ้นในการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพนั้น เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคลหรือกลุ่มคนที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในเรื่องนั้น การยอมรับหรือไม่ยอมรับ เช่น พ่อแม่ บุคคลในครอบครัว ครู เพื่อนแพทย์ พยาบาล บุคลากรทางสาธารณสุข เป็นต้น ปัจจัยเสริมส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นเตือน ยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ ซึ่งปัจจัยเสริมเป็นสิ่งที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและมีการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้นๆ [11] นอกจากนี้ในจากผลการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของคนพิการทางการเคลื่อนไหวในอำเภอบ้านค่าย จังหวัดระยอง ที่พบว่า การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้สิ่งสนับสนุนในชุมชน และการสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันอุบัติเหตุของคนพิการทางการเคลื่อนไหวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และเน้นการส่งเสริมให้มีการสนับสนุนจากคนในชุมชนและสังคมของคนพิการทางการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง [12] และการได้รับการสนับสนุนจากบุคลากรทางการแพทย์ เพื่อนบ้าน กลุ่มองค์กรในชุมชนมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุ จึงควรนำเพื่อน บุคคลในครอบครัว และสื่อท้องถิ่นมาใช้ในการสนับสนุนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุให้มากยิ่งขึ้น [13]

สำหรับปัจจัยเสริมที่ส่งผลให้การดูแลผู้สูงอายุที่ดีนั้นมีความสอดคล้องกับแนวคิดการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพที่ว่า แม้ผู้ป่วยที่ทุพพลภาพจะไม่สามารถสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพได้ด้วยตนเองได้ แต่การสร้างความรอบรู้ก็สามารถสร้างได้ด้วยการอาศัยบุคคลอื่นที่มีภาวะสุขภาพที่ดีในการช่วยสนับสนุนเป็นปัจจัยเสริมในการสร้างความรอบรู้ทางสุขภาพให้ผู้ป่วยได้ กล่าวคือ การสร้างความรอบรู้ในแบบที่เรียกว่า แนวคิดการกระจายความรอบรู้ (Distributed health literacy) ซึ่งหมายถึงในบางสถานการณ์ความสามารถในการสร้างความรอบรู้ต้องอาศัยบุคคลรอบข้างที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยที่มีความรอบรู้ที่ดีและเพียงพอ เช่น ได้จากสมาชิกในครอบครัว เพื่อนบ้าน หรือ ผู้นำชุมชน กลุ่มองค์กรต่างๆ ในชุมชนซึ่งเป็นปัจจัยเสริมและช่วยสนับสนุนให้บุคคลนั้นมีสุขภาพดีได้ ซึ่งมีความเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทในระบบสุขภาพชุมชนของไทยที่มีวัฒนธรรมการช่วยเหลือและพึ่งพากันและกัน [14]

2) ปัจจัยนำในเรื่องความรู้ จากผลการศึกษาพบว่า ไม่มีอิทธิพลทางตรงต่อการดูแลในขณะที่การมีทัศนคติที่ดีในเชิงบวก ได้แก่ การมองเห็นคุณค่าและการมีความสุขในการได้ดูแลกลับมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ แสดงให้เห็นว่า แม้ความรู้จะเป็นปัจจัยนำที่สำคัญที่จะส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรม แต่การเพิ่มความรู้ไม่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงเสมอไป สอดคล้องกับการศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุในชมรมผู้สูงอายุตำบลหนองไม้แก่นที่พบว่า ปัจจัยนำในเรื่องความรู้เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ แต่ทัศนคติต่อการส่งเสริมสุขภาพและการรับรู้ภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของผู้สูงอายุอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ [13] ถึงแม้ความรู้จะมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมและความรู้เป็นสิ่งจำเป็นที่จะก่อให้เกิดการแสดงพฤติกรรมแต่ความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอที่จะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้จะต้องมีปัจจัยอื่น ๆ ประกอบด้วย ซึ่งจากผลการศึกษาก็แสดงให้เห็นชัด

ว่า การมีทัศนคติที่ดีในเชิงบวกเป็นสิ่งที่ดีและมีความสำคัญในการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ เพราะทัศนคติ เป็นความรู้สึกที่ค่อนข้างจะคงที่ของบุคคลที่มีต่อสิ่งต่าง ๆ เช่น บุคคล วัตถุ การกระทำ ความคิด ความรู้สึกดังกล่าวมีทั้งที่มีผลดีและผลเสียในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยและทุพพลภาพซึ่งเป็นกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิง มีความต้องการความช่วยเหลือจากคนในครอบครัวเป็นอย่างมาก การมีทัศนคติเชิงบวกเป็นปัจจัยหนึ่งที่พบว่า มีผลต่อผู้ดูแลในการการดูแลผู้สูงอายุที่ป่วยและมีภาวะทุพพล [15] โดยทัศนคติ ความเชื่อ ความรู้สึกที่บุคคลมีต่อสิ่งต่างๆ รวมทั้งตนเอง และชักนำให้บุคคลแสดงความรู้สึก อารมณ์จากสภาพจิตใจออกมาโต้ตอบในด้านดีต่อบุคคลอื่น รวมทั้งความเชื่อในเชิงพฤติกรรมการมองโลกในแง่ดีโดยเชื่อมโยงกับจิตวิทยาทางบวกจะก่อให้เกิดพลังในการทำงานและในกระบวนการทำงานนั้นๆ และการที่ผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพจะให้การดูแลได้ดีมากน้อยเพียงใดขึ้นอยู่กับว่าผู้ดูแลมีทัศนคติ มีมุมมองต่อการดูแลนั้นอย่างไรเป็นพื้นฐานด้วย โดยทัศนคติที่ดีในเชิงบวกมีผลต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพสอดคล้องกับการศึกษาในเรื่องพฤติกรรมของผู้ดูแลในการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้อำเภอเมือง จังหวัดกระบี่ ที่พบว่า ทัศนคติมีผลต่อการดูแลสุขภาพผู้สูงอายุที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ ซึ่งทัศนคติที่ดีเชิงบวกในการดูแลที่ผลการศึกษาพบว่า การได้ดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพเป็นสิ่งทีดี มีคุณค่า มีความสุข สอดคล้องกับแนวคิดทางพระพุทธศาสนาในเรื่องความกตัญญูกตเวทีต่อบุพการีในครอบครัวที่เป็นผู้สูงอายุที่ตนดูแลอยู่ สอดคล้องกับการศึกษาในเรื่อง คนดีที่มีความกตัญญูบนพื้นฐานพระพุทธศาสนาซึ่งความกตัญญูเป็นพื้นฐานของคนดี เป็นเครื่องหมายของคนดี เพื่อก่อให้เกิดความตระหนักรู้ในคุณความงามความดีที่บุคคลอื่นหรือสิ่งอื่นกระทำต่อตน โดยความกตัญญูนี้เป็นความรู้สึกภายในจิตใจ [16] ซึ่งผู้ดูแลที่มีทัศนคติที่ดีเชิงบวกจะมีความรู้สึกในเรื่องคุณค่าในการได้ดูแลโดยมีความกตัญญูกตเวทีเป็นพื้นฐานที่ทำให้เกิดการดูแลบุพการีได้อย่างยั่งยืน ดังนั้นการส่งเสริมผู้ดูแลในการสร้างทัศนคติเชิงบวกควบคู่กับการเสริมสร้างพลังอำนาจในการดูแลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและเพื่อนบ้านจะส่งผลให้ผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพได้รับการดูแลที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า ปัจจัยเอื้อมีอิทธิพลต่อการดูแลผู้สูงอายุ แต่ก็มีในระดับน้อยที่สุดในบรรดาปัจจัยทั้งหมด และไม่ใช่ปัจจัยเชื่อมโยงระหว่างปัจจัยนำกับการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพ แต่อย่างไรก็ตามปัจจัยเอื้อก็ยังมีความสำคัญเช่นเดียวกันกับการดูแลฯ ด้วยเหตุที่ปัจจัยเอื้อเป็นความสามารถในการเข้าถึงสถานบริการต่างๆ ซึ่งมีความสำคัญกับการดูแลของผู้สูงอายุ เพราะการที่ผู้สูงอายุสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพไม่ว่าจะด้วยตนเองหรือโดยผู้อื่น เช่น ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ ระยะเวลาในการเดินทาง วิธีการเดินทางที่สะดวก การเรียกใช้บริการขนส่งสาธารณะในการส่งผู้สูงอายุเข้ารับบริการที่โรงพยาบาลได้สะดวก รวมถึงการได้รับการดูแลในด้านหลักประกันสุขภาพ การขึ้นทะเบียนสิทธิหลักประกันสุขภาพ (บัตรผู้สูงอายุ, บัตรผู้พิการ) รวมถึงความสามารถในการเข้าถึงการใช้บริการทางการแพทย์ฉุกเฉิน เช่น เรียก 1669, อพปร. ซึ่งสิ่งเหล่านี้มีผลกระทบต่อการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพด้วย [17] โดยปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมที่มีอิทธิพลให้เกิดพฤติกรรมซึ่งอาจเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่ให้เกิดพฤติกรรมของบุคคลได้ซึ่งประกอบด้วยสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในด้านความพอเพียงที่มีอยู่ (Availability) การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก (Accepability) รวมทั้งทรัพยากรต่างๆ เช่น สถานบริการสุขภาพ บุคลากร โรงเรียน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่างๆ นั้นได้ง่ายขึ้น [11]

ข้อเสนอแนะ

การดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพในชุมชน ควรส่งเสริมผู้ดูแลในการสร้างทัศนคติเชิงบวก และเพิ่มการได้รับการสนับสนุนทั้งคำแนะนำ การฝึกอบรม การได้รับความช่วยเหลือยามฉุกเฉินจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเพื่อนบ้านเพื่อการดูแลผู้สูงอายุที่ทุพพลภาพที่ดีและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. National Statistical Office. (2017). *Statistical data for the elderly.* [cited 24 ธ.ค. 2562]. Available from:http://www.dop.go.th/th. (in thai).

2. Institute for Population and Social Research, Mahidol University. (2017). *Situation of the Thai elderly 2016.* Bangkok: Printery.(in thai).

3. Marengoni, (2009). Patterns of chronic multi-morbidity in the elderly population. *J. Am. Geriatr. Soc.* 57, 225–230.

4.The social development and human security office, Lampang province. (2017). *The data of elderly with disabilities, the elderly without caregivers and the elderly dependents*. [cited 3 พ.ย. 2562]. Available from: http://www.lampang.m-society.go.th/. (in thai).

5. Ban Ton Muen Sub-district Health Promoting Hospital. (2020). *Elderly with disabilities patient data for the fiscal year 2020.* Lampang: Ban Ton Muen Sub-district Health Promoting Hospital. (in thai).

6. Comrey, A.L., & Lee, H.B. (1992). *A First Course in Factor Analysis.* Hillsdale, New Jersey: Erlbaum.

7.Bloom, B.S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning.* New York : McGraw–Hill.

8.Best, J. W. (1981). *Research in Education.* Englewood Cliffs, New Jersey: Printrice-Hall.

9. Wirojratana V., et al.. (2014). Improvement of Healthcare Services for Dependent Elders.*Thai Journal of Nursing Council.* 29 (3), 104-115. (in thai).

10. Sawatphol C. , Pengpinit T. , Senanikorn A. and Srisuraphol W.. (2017). Care for Elderly Dependents in the Northeast of Thailand. *Journal of MCU Peace Studies.* 5 (Special Issue). 387-405. (in Thai).

11.Ua-Kit N., Pensri L.. (2018).Utilization of the PRECEDE MODEL in Health Promotion. *Thai Red Cross Nursing Journal.*12(1), 38-48. (in Thai).

12. Puttharaksa N., Toonsiri C., Homsin P.. (2017). Factors Related to Prevention of Accident Behaviors among People with Mobility Impairment in Bankhai District, Rayong Province. *The Journal of Faculty of Nursing Burapha University*. 25(1). 61-73. (in Thai).

13. Promsuwan K..(2017). *Factors Relating to Health Promotion Behaviors of The Nongmaikaen Elderly Club. A Thesis Subnitted in Partial Fulfillment of the Requirements for The Degree of Master of Public Health Program in Health Management.* Rajabhat Rajanagarindra University. (in Thai).

14. Wannasri A. et al..(2015). *Health literacy report among the elderly in Mueang Si Kai sub-district, Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani.* Province. [cited 3 ก.ค. 2563]. Available from: https://www.researchgate.net/profile/Arnat_ Wannasri2/publication/278420492_Improvement-of-health-literacy-in-Thai-elderly.pdf. (in thai).

15. Sirikampeng A. & Phosing P., (2017). The Long Term Care for the Elderly Dependency on Thailand Country 4.0 Era. *Dhammathas Academic Journal.* 17(3), 235-243. (in thai).

16. Watthanabut1 B. , PhraUdomsittinayok, PhramahaPhanuwat Sankham. (2017). Good people with gratitude base on Buddhist. *Journal of MCU Peace Studies.* 5(Special Issue) .77-86. (in thai).

17.Chaisawat P.et al. (2016).Utilization of Elderly Health Services,Tambon Viharn Khao, Amphor Tha-Chang, Sing Buri. *Vajira Nursing Journal.* 18(2), 42-50. (in thai).

ความพร้อมของชุมชนในการทำงานเชิงหุ้นส่วนระหว่างภาคสุขภาพและภาคสังคมในการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดลำปาง

Community Readiness for Health-Social Partnership Working in Community-Based Quality of Life Management Initiative, Lampang

ประยุทธ ศรีกระจ่าง[1] , ภัทรภรณ์ กิตติไชยากร[2] , ถาวร ล่อกา[3] , จันทร์ธิลา ศรีกระจ่าง[4]

Prayut Srikrangrang, Phattharaphon Kittichaiyakorn, Thavorn Loka, Chanthila Srikrangrang

(Received: October 12,2020; Accepted: November 24,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เพื่อศึกษาองค์ประกอบความพร้อมของชุมชนและปัจจัยเชิงหุ้นส่วนในการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต 2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความพร้อมของชุมชนในการทำงานเชิงหุ้นส่วนของการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต กลุ่มตัวอย่างคือบุคลากรสาธารณสุข แกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน พระสงฆ์ และชมรมผู้สูงอายุ คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 353 คน เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสนทนากลุ่มและแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติพรรณนา การวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor Analysis: EFA) และการวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า องค์ประกอบความพร้อมของชุมชนในการทำงานเชิงหุ้นส่วนของการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิตมีทั้งหมด 8 องค์ประกอบ คือ 1) การนำการทำงาน2) กระบวนการทำงาน 3) เครื่องมือในการทำงาน 4) ภาวะผู้นำ5) การทำงานเป็นทีม 6) บุคลากร7) ความเป็นคนในพื้นที่ และ 8) ทรัพยากรในการดำเนินงาน ทุกองค์ประกอบมีค่าไอเกนมากกว่า 1.00 สามารถอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรทั้งหมดได้ร้อยละ 71.44 และการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปร พบว่า องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับกระบวนการทำงาน (Processes) ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การนำการทำงาน (β = .519) บุคลากร (β = .216) ทรัพยากรในการดำเนินงาน (β = .145) และความเป็นคนในพื้นที่ (β = .080) ตามลำดับ โดยองค์ประกอบเหล่านี้รวมกันแล้วสามารถอธิบายกระบวนการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตด้านทำงานได้ร้อยละ 74.0 0 (R 2 = .740)

คำสำคัญ: ความพร้อมของชุมชน, การทำงานเชิงหุ้นส่วน, ตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

Abstract

This research and development designed was aimed 1) To study factors of community readiness and health-social partnership working in community-based quality of life management initiative 2) To study relationship among community readiness and health-social partnership working in community-based quality of life management. The samples consisted of 353 of public health officers, community leaders, public health volunteers, personnel of local administration organizations, monks, personnel of schools and elderly club members selected by purposive sampling. The data collected via focus group and questionnaires. Data were analyzed using descriptive statistics, exploratory factor analysis and multiple regression analysis. The research results showed that factors of community readiness and health-social partnership working in community-based quality of life management consisted of 8 components 1) leading 2)

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานการสาธารณสุขมูลฐานและระบบปฐมภูมิ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง

[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านวังพร้าว อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง

[3] อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

[4] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง

processes 3) equipment 4) leadership 5) team work 6) workforce 7) lay-person and 8) resources respectively. All components had an eigen value greater than 1.00 and able to explain the variance of all variables 71.44. The relationship between variables was found that the components that significant related to the process of community-based quality of life management were leading (β = .519) workforce (β = .216) resources (β = .145) and lay-person (β = .080). These components able to explain the variance of all variables 74.00 %. (R 2 = .740)

Keywords: Community Readiness, Health-Social Partnership Working, Community-Based Quality of Life Management

บทนำ

การดำเนินงานตามนโยบายพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) ของกระทรวงสาธารณสุข มุ่งเน้น การใช้ศักยภาพของชุมชน ในการจัดการปัญหาสุขภาพในชุมชน โดยมีเป้าหมายการพัฒนาคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาคสุขภาพและภาคสังคมตั้งแต่ระดับตำบลเพื่อนำไปสู่ภาพรวมในระดับอำเภอ โดยการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จำเป็นต้องเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในตำบล เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพออกมาในรูปภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบล เพราะตำบลมีโครงสร้างการพัฒนาขององค์กรภาครัฐ(โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียน พัฒนาชุมชน) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นจุดเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายภายในตำบลเข้ามามีบทบาทในการพัฒนา (มงคล ปิยปัญญา, 2563) การดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต มีหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ระบบบริการปฐมภูมิโดยชุมชนเชื่อมกับภาครัฐ ระบบการจัดการเพื่อยกระดับคุณภาพชีวิต และระบบดูแลสุขภาพตนเองและช่วยเหลือกัน อย่างไรก็ตาม ความพร้อมของชุมชนเป็นปัจจัยสำคัญในการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เพื่อให้เกิดการดูแลสุขภาพทั้งในด้านการรักษาส่งเสริม ป้องกัน บรรเทาทุกข์ ตลอดจนถึงการพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างเป็นองค์รวมของประชาชนกลุ่มเป้าหมายและครอบครัว (สมยศ ศรีจารนัยและคณะ, 2559) ซึ่งเป็นปัจจัยพื้นฐานที่สำคัญ ที่จะผลักดันนโยบายการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอและระดับประเทศ

ในปีงบประมาณ 2561 จังหวัดลำปางมีการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตในพื้นที่ อำเภองาว และอำเภอเกาะคา (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง, 2561) โดยพบว่า การดำเนินการเกิดความร่วมมือของทุกภาคส่วนในระดับตำบล เช่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หน่วยงานสุขภาพ วัด โรงเรียน ผู้นำชุมชน และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สามารถจัดการปัญหาของชุมชน ทั้งในมิติสุขภาพและเศรษฐกิจได้ ความพร้อมของชุมชนในการทำงานเชิงหุ้นส่วนในพื้นที่จังหวัดลำปางอาจหมายถึง ความเข้าใจ ความรู้ ทัศนคติการวางแผน ความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของพื้นที่ ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ จะนำไปสู่การอธิบายถึง องค์ประกอบด้านความพร้อมของชุมชนในการทำงานเชิงหุ้นส่วน ในพื้นที่จังหวัดลำปาง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบความพร้อมของชุมชนและปัจจัยเชิงหุ้นส่วนในการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของความพร้อมของชุมชนในการทำงานเชิงหุ้นส่วนของการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

วิธีการวิจัย

การศึกษาวิจัยและพัฒนา (Research and development) เรื่อง ความพร้อมของชุมชนในการทำงานเชิงหุ้นส่วนระหว่างภาคสุขภาพและภาคสังคมในการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดลำปาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาแนวปฏิบัติที่ดีของพื้นที่ต้นแบบในการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ปัจจัยที่มีผลต่อ ความพร้อมของชุมชนในการทำงานเชิงหุ้นส่วนของการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต และสังเคราะห์แนวทางการเตรียมความพร้อมของชุมชน ในการทำงานเชิงหุ้นส่วนของดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต วิธีการศึกษาวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการวิจัยแบบผสมผสาน (Mixed Methods Research) ระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative Research) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) การศึกษาความพร้อมของชุมชนในการทำงานเชิงหุ้นส่วนระหว่างภาคสุขภาพและภาคสังคมในการ

ดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดลำปาง ในครั้งนี้ แบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) เกี่ยวกับ แนวคิด นโยบาย การพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต เพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยผู้วิจัยศึกษาจากเอกสารการสรุปผลการดำเนินงานตำบลจัดการสุขภาพ

ระยะที่ 2 การศึกษาเชิงคุณภาพ เพื่อถอดบทเรียนทบทวนและวิเคราะห์หาปัญหาและสิ่งที่ควรจะต้องพัฒนาในการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดลำปาง โดยวิธีการสนทนากลุ่ม (Focus group) ในพื้นที่ที่พัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบของจังหวัดลำปาง

ระยะที่ 3 การศึกษาเชิงปริมาณ โดยใช้แบบสอบถามในบุคลากรสาธารณสุข (ภาคสุขภาพ)และหุ้นส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ แกนนำชุมชน บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน พระสงฆ์ ชมรมผู้สูงอายุ อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) (ภาคสังคม) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) จำนวน 353 คน เพื่อวิเคราะห์หาองค์ประกอบของการดำเนินงานของการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บุคลากรในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หรือนายกองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น บุคลากรในวัด โรงเรียน ชมรมผู้สูงอายุ และอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) มีหลักเกณฑ์ในการคัดเลือก ดังนี้

1) กลุ่มตัวอย่างการศึกษาเชิงคุณภาพในการสนทนากลุ่มในระยะที่ 2 ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและหุ้นส่วนสุขภาพในตำบล ในพื้นที่ตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบของจังหวัดลำปาง จำนวน 2 ตำบล รวมทั้งหมด 15 คน

2) กลุ่มตัวอย่างการศึกษาเชิงปริมาณที่ใช้ในการตอบแบบสอบถาม ในระยะที่ 3 ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (ภาคสุขภาพ) และแกนนำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียน พระสงฆ์ และชมรมผู้สูงอายุ (ภาคสังคม) ในพื้นที่อำเภอที่มีการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตปีงบประมาณ 2563 จำนวน 7 อำเภอของจังหวัดลำปาง จำนวน 353 คน เพื่อวิเคราะห์หาองค์ประกอบของการดำเนินงานของการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบบันทึกข้อมูล เกี่ยวกับ แนวคิด นโยบาย การพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ใช้ในการศึกษาระยะที่ 1 และแผนงานโครงการเพื่อขับเคลื่อนการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จังหวัดลำปาง

2. แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group) เกี่ยวกับ การดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ ความพร้อมองค์ประกอบและลักษณะของหุ้นส่วนในการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ และการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ในการศึกษาระยะที่ 2

3. แบบสอบถามความคิดเห็นการปฏิบัติ เกี่ยวกับองค์ประกอบด้านความพร้อมของชุมชนในการทำงานเชิงหุ้นส่วนการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ของบุคคลากรสาธารณสุขและหุ้นส่วนฯ ในการศึกษาระยะที่ 3

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการหาค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ตามหลักเกณฑ์ของเบสท์และคาห์น (Best and Kahn. 1993 : 186) โดยแบ่งเป็น 5 ระดับ คือ 5=มากที่สุด และ 1= น้อยที่สุด ตามลำดับ

การวิเคราะห์องค์ประกอบพร้อมของชุมชนในการทำงานเชิงหุ้นส่วนของการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตามขั้นตอนการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงสำรวจ (Exploratory Factor analysis : EFA) ด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป (สุภมาส อังศุโชติ, สมถวิล วิจิตรวรรณา และรัชนีกูล ภิญโญภานุวัฒน์, 2554) ดังนี้

1. การสกัดองค์ประกอบขั้นต้น (Factor Extraction) โดยใช้วิธี Component Analysis ซึ่งเรียกกันโดยทั่วไปว่า Principal

Component Analysis เกณฑ์การกำหนดจำนวนองค์ประกอบพิจารณาจากค่าไอเกน (Eigenvalues) มากกว่า 1.0 กำหนดจำนวนตัวประกอบล่วงหน้า ร้อยละของความแปรปรวนสะสม 60% ขึ้นไป

2. การหมุนแกนองค์ประกอบ (Factor Rotation) เพื่อให้ได้องค์ประกอบร่วมที่ชัดเจน โดยการหมุนแกนแบบมุมฉาก (Orthogonal) เป็นการหมุนแกนที่ยังคงให้แกนองค์ประกอบตั้งฉากกัน หมายความว่า องค์ประกอบที่ได้เป็นอิสระต่อกัน โดยวิธีแวริแมกซ์ (Varimax)

3. การให้น้ำหนักองค์ประกอบ (Factor Loadings) โดยการวิเคราะห์จัดตัวแปรเข้าองค์ประกอบใหม่ในงานวิจัยนี้ เพื่อให้ได้องค์ประกอบที่เหมาะสม จึงคัดเลือกตัวแปรที่มีน้ำหนักองค์ประกอบตามผลการวิเคราะห์ Rotated Component Matrix ตั้งแต่ 0.500 ขึ้นไป

2.4 การตั้งชื่อองค์ประกอบใหม่ ผู้วิจัยตั้งชื่อองค์ประกอบให้สื่อความหมายถึงตัวแปรทั้งหมดในแต่ละองค์ประกอบ

3. การวิเคราะห์หารูปแบบความพร้อมของชุมชนในการทำงานเชิงหุ้นส่วนของการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยใช้สถิติหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรด้วยวิธีวิเคราะห์การถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression Analysis)

จริยธรรมในการศึกษา

การวิจัยนี้ ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยเกี่ยวกับมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครลำปาง เอกสารรับรองเลขที่ E 2563-118 รับรองเมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม 2563 และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้ถือเป็นความลับและจะแสดงผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ในการศึกษาค้นคว้าวิจัยเท่านั้น

ผลการศึกษา

1. ผลการศึกษาความพร้อมของชุมชนในการทำงานเชิงหุ้นส่วนของการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) เกี่ยวกับ แนวคิด นโยบาย การพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารแบบบันทึกข้อมูล พบว่า แนวคิดการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต คือ การสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ คือ 1) บริการปฐมภูมิและบริการทางด้านสาธารณสุข ในฐานะเป็นแกนนำสู่บูรณาการของบริการสุขภาพ 2) นโยบายและกิจกรรมในพหุภาคส่วนร่วมกัน และ 3) เสริมสร้างศักยภาพของประชาชนและชุมชน ทั้งนี้ เพื่อส่งเสริมการมีสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของประชาชนที่อยู่ในชุมชน

สำหรับนโยบายการพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของกระทรวงสาธารณสุข โดยกรมสนับสนุนบริการสุขภาพ (สบส.) มีนโยบายให้ดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2562 โดยในปี 2562 ให้ดำเนินการจังหวัดละ 2 อำเภอๆละ 1 ตำบล และในปี 2563 ได้ขยายดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิตเพิ่มขึ้นจังหวัดละ 5 อำเภอ โดยจังหวัดลำปางได้มีการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิตตั้งแต่ปี 2562 เป็นต้นมา และมีตำบลจัดการคุณภาพชีวิตต้นแบบ จำนวน 2 ตำบล คือ 1) พื้นที่ตำบลบ้านร้อง อำเภองาว จังหวัดลำปาง และ 2) พื้นที่ตำบลวังพร้าว อำเภอเกาะคา จังหวัดลำปาง และในปี 2563 ได้มีการดำเนินการเพิ่มขึ้นอีก 5 อำเภอ

1.2 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับแนวปฏิบัติที่ดีของพื้นที่ต้นแบบในการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตลำปาง โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่ม (Focus group) หุ้นส่วนด้านสุขภาพและด้านสังคมในพื้นที่ต้นแบบฯ จำนวน 15 คน พบว่า แนวปฏิบัติที่ดีในการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ของพื้นที่ต้นแบบของจังหวัดลำปาง ประกอบด้วยบุคคล กลุ่มบุคคล องค์กร หน่วยงานที่มีอยู่ในพื้นที่ ที่สำคัญคือ ผู้นำชุมชนได้แก่กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) วัด โรงเรียน กลุ่มชมรมต่างๆที่อยู่ในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อดำเนินการด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในตำบล โดยมีแนวปฏิบัติที่เกี่ยวกับความพร้อมของชุมชนคือ ความเป็นคนในพื้นที่ (Lay-person) ทรัพยากรในชุมชน (Resource) ภาวะผู้นำ (Leadership) การจัดการด้านเวลา (Time-management) การทำงานเป็นทีม (Team work) การทำงานเชิงหุ้นส่วนคือ การนำ (Leadership) ข้อมูล (Information) คน

(Workforce) เครื่องมือ (Equipment) และ การเงิน (Financing) และกระบวนการทำงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (Processes)

1.3 ผลการศึกษาความพร้อมของชุมชนในการทำงานเชิงหุ้นส่วนของการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามความคิดเห็นของหุ้นส่วนด้านสุขภาพและด้านสังคม จำนวน 353 คน พบว่า กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่จะเป็นเพศหญิง ร้อยละ 84.14 อายุระหว่าง 41 – 50 ปีร้อยละ 41.08 การศึกษาระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 41.08 มีประสบการณ์ทำงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ร้อยละ 65.44 อาศัยอยู่หรือทำงานในพื้นที่ระหว่าง 41 – 50 ปี ร้อยละ 17.28 และเคยร่วมประชุมอบรมเกี่ยวกับตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ร้อยละ 60.02 ความพร้อมของชุมชนฯ ทุกข้อ มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก โดยมีความพร้อมด้านความเป็นคนในพื้นที่ มีค่าเฉลี่ยการปฏิบัติระดับมากที่สุด (X = 4.22 , S.D. = 0.21) รองลงมาคือความพร้อมด้านทรัพยากรในชุมชน (X = 3.77 , S.D. = 0.71) และความพร้อมด้านการจัดการเวลา (X = 3.75 , S.D. = 0.70) ตามลำดับ สำหรับการทำงานเชิงหุ้นส่วนที่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ ด้านการนำการทำงาน (X = 3.62 , S.D. = 0.72) รองลงมาคือด้านบุคลากร (X = 3.62 , S.D. = 0.73) การทำงานเชิงหุ้นส่วนที่มีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ด้านการเงิน (X = 3.36 , S.D. = 0.79) และด้านเครื่องมือในการทำงาน (X = 3.35 , S.D. = 0.77) ส่วนกระบวนการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิตด้านมีระดับการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก (X = 3.67 , S.D. = 0.72)

2. ผลการวิเคราะห์องค์ประกอบความพร้อมของชุมชนในการทำงานเชิงหุ้นส่วนของดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต พบว่า ค่า KMO (Kaiser-Meyer Olkin Measure of Sampling Adequacy) เท่ากับ .973 ซึ่งมากกว่า 0.80 แสดงว่า ตัวแปรชุดนี้มีความเหมาะสมในระดับดีมากและผลการทดสอบ Bartlett's Test of Sphericity มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.000 แสดงว่า ตัวแปรชุดนี้มีความสัมพันธ์กัน และสามารถนำมาวิเคราะห์องค์ประกอบได้ ผลการวิเคราะห์พบว่าสามารถจัดกลุ่มตัวแปรเข้าองค์ประกอบ (Component) ได้จำนวน 8 องค์ประกอบ ที่มีค่าไอเกน เกิน 1.00 และอธิบายความแปรปรวนของตัวแปรทั้งหมดได้ร้อยละ 71.447 ดังตาราง 1

ตาราง 1 ผลการสกัดองค์ประกอบหลัก (Principal component analysis) และการหมุนแกนองค์ประกอบตั้งฉากด้วยวิธีแวริแมกซ์ (Varimax Method)

Component	Initial Eigenvalues			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	40.317	53.049	53.049	12.696	16.705	16.705
2	3.579	4.710	57.758	8.842	11.634	28.339
3	2.801	3.686	61.445	7.525	9.901	38.241
4	2.253	2.965	64.409	7.111	9.356	47.597
5	1.723	2.267	66.676	6.622	8.713	56.310
6	1.454	1.913	68.589	4.399	5.789	62.098
7	1.101	1.449	70.038	4.201	5.528	67.626
8	1.071	1.409	71.447	2.904	3.821	71.447

Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		.973
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	28682.156
	df	2850
	Sig.	.000

ผู้วิจัยปรับโครงสร้างองค์ประกอบและตั้งชื่อใหม่ด้วยวิธีการคำนวณจาก Eigenvalues แล้วนำมาประมวลด้วยการ Rotation Sums of Squared Loadings ปรากฏว่าสามารถระบุองค์ประกอบความพร้อมของชุมชนในการทำงานเชิงหุ้นส่วนของการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ได้ 8 องค์ประกอบ ดังนี้

ตาราง 2 องค์ประกอบความพร้อมของชุมชนในการทำงานเชิงหุ้นส่วนของการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต

องค์ประกอบ	ชื่อองค์ประกอบ	จำนวนตัวแปร	ค่าน้ำหนัก	
			สูงสุด	ต่ำสุด
1	การนำการทำงาน	17	.752	.571
2	กระบวนการทำงาน	12	.711	.580
3	เครื่องมือในการทำงาน	7	.804	.618
4	ภาวะผู้นำ	10	.714	.504
5	การทำงานเป็นทีม	8	.668	.507
6	บุคลากร	6	.636	.521
7	ความเป็นคนในพื้นที่	4	.797	.657
8	ทรัพยากรในการดำเนินงาน	3	.597	.532
	รวม	67	.804	.504

3. ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของความพร้อมของชุมชนในการทำงานเชิงหุ้นส่วนของการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิตด้วยวิธีวิเคราะห์การ ถดถอยแบบพหุคูณ (Multiple Regression Analysis) ระหว่างตัวแปรองค์ประกอบการดำเนินงานตำบลจัดการคูณภาพชีวิตด้านกระบวนการทำงาน(Processes) กับตัวแปรอิสระ คือ องค์ประกอบการนำการทำงาน(Leading) เครื่องมือในการทำงาน (Equipment) ภาวะผู้นำ (Leadership) การทำงานเป็นทีม (Team work) บุคลากร (Workforce) ความเป็นคนในพื้นที่ (Lay-person) และทรัพยากรในการทำงาน (Resource) พบว่า องค์ประกอบที่มีความสัมพันธ์กับการดำเนินการตำบลจัดการคูณภาพชีวิตด้านกระบวนการทำงาน(Processes) ที่มีนัยสำคัญ มี 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การนำการทำงาน(Leading) (Std. β = .519) ทรัพยากรในการทำงาน (Resource) (Std. β = .145) บุคลากร (Workforce) (Std. β = .216) และ ความเป็นคนในพื้นที่ (Lay-person) (Std. β = .080) โดยองค์ประกอบเหล่านี้รวมกันแล้วสามารถอธิบายผลการการดำเนินงานตำบลจัดการคูณภาพชีวิตด้านกระบวนการทำงาน ได้ร้อยละ 74.0 (R^2 = .740) ดังตาราง 3

ตาราง 3 ค่า Adjusted R Square ขององค์ประกอบที่ส่งผลต่อกระบวนการทำงาน

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate
1	.831[a]	.691	.690	.33389
2	.848[b]	.720	.718	.31864
3	.858[c]	.737	.735	.30923
4	.860[d]	.740	.737	.30757

a. Predictors: (Constant), LEADING

b. Predictors: (Constant), LEADING, RESOURCE

c. Predictors: (Constant), LEADING, RESOURCE, WORKFORCE

d. Predictors: (Constant), LEADING, RESOURCE, WORKFORCE, LAY

e. Dependent Variable: PROCESS

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 43 แสดงโมเดลความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตาม ผลที่ได้มีความเหมาะสมที่จะเลือก Model ที่ 4 เนื่องจาก ให้ค่า Adjusted R-Square มีค่าสูงสุดเท่ากับ 0.737 อธิบายได้ว่า ว่าองค์ประกอบด้านการนำการทำงาน ทรัพยากร บุคลากร และด้านความเป็นคนในพื้นที่ จะร่วมกัน ทำนายตัวแปรตาม ซึ่งได้แก่ การดำเนินงานตำบลจัดการคูณภาพชีวิตด้านกระบวนการทำงาน ได้ เท่ากับ 74.00% โดยองค์ประกอบด้านการนำการทำงาน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด ร่วมกับการใช้ทรัพยากรในการดำเนินงาน บุคลากร และความเป็นคนในพื้นที่

สรุปและอภิปรายผล

การดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ของพื้นที่ต้นแบบของจังหวัดลำปาง ประกอบด้วยบุคคล กลุ่มบุคคล องค์กร หน่วยงานที่มีอยู่ในพื้นที่ ที่สำคัญคือ ผู้นำชุมชนได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน คณะกรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) วัด โรงเรียน กลุ่มชมรมต่างๆที่อยู่ในชุมชน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อดำเนินการด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชนในตำบล สอดคล้องกับแนวทางการพัฒนาระบบสุขภาพในทิศทางข้างหน้าจำเป็นต้องอาศัยการจัดการ ตั้งแต่ในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และสาธารณะ ที่เชื่อมโยงเกี่ยวพันกันอย่างเป็นระบบ (ประเวศ วะสี, 2545) และสอดคล้องกับการศึกษาของ มงคล ปิยปัญญา ที่พบว่า การพัฒนาตำบลจัดการคุณภาพชีวิต จำเป็นต้องเชื่อมโยงกับภาคีเครือข่ายสุขภาพในตำบล เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพออกมาในรูปภาคีเครือข่ายสุขภาพตำบล เพราะตำบลมีโครงสร้างการพัฒนาขององค์กรภาครัฐ (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โรงเรียนพัฒนาชุมชน) และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยอาศัยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เป็นจุดเชื่อมประสานภาคีเครือข่ายภายในตำบลเข้ามามีบทบาทในการพัฒนา (มงคล ปิยปัญญา, 2563.) โดยมีแนวปฏิบัติที่เกี่ยวกับความพร้อมของชุมชนคือ ความเป็นคนในพื้นที่ (Lay-person) ทรัพยากรในชุมชน (Resource) ภาวะผู้นำ (Leadership) การจัดการด้านเวลา (Time-management) การทำงานเป็นทีม (Team work) การทำงานเชิงหุ้นส่วนคือ การนำ (Leadership) ข้อมูล (Information) คน (Workforce) เครื่องมือ (Equipment) และ การเงิน (Financing) และกระบวนการทำงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต (Processes)

การศึกษานี้สรุปได้ว่า องค์ประกอบความพร้อมของชุมชนและปัจจัยเชิงหุ้นส่วนในการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต มี 8 องค์ประกอบ คือ 1) การนำการทำงาน (Leading) 2) กระบวนการทำงาน (Processes) 3) เครื่องมือในการทำงาน (Equipment) 4) ภาวะผู้นำ (Leadership) 5) การทำงานเป็นทีม (Team work) 6) บุคลากร (Workforce) 7) ความเป็นคนในพื้นที่ (Lay-person) และ 8) ทรัพยากรในการดำเนินงาน (Resource) และความสัมพันธ์ของความพร้อมของชุมชนในการทำงานเชิงหุ้นส่วนของการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิต คือ การนำการทำงาน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด ร่วมกับการใช้ทรัพยากรในการดำเนินงาน บุคลากร และความเป็นคนในพื้นที่ สอดคล้องกับ การศึกษาของ มงคล ปิยปัญญา (2563) ที่พบว่ากระบวนการพัฒนาสุขภาพตำบล คือมีการแต่งตั้งคณะกรรมการสุขภาพระดับตำบล ที่มาจากภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วนในชุมชนเป็นแกนนำในการพัฒนา ประกอบกับผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่า การดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต ต้องอาศัย ผู้นำหรือแกนนำชุมชนร่วมกับ เจ้าหน้าที่ รพ.สต. เป็นแกนนำและเป็นที่พึ่งที่มีความพร้อม ทุ่มเทและเข้มแข็ง

ข้อเสนอแนะ

1. จัดการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิต โดยองค์ประกอบด้านการนำการทำงาน เป็นองค์ประกอบที่สำคัญที่สุด ร่วมกับการใช้ทรัพยากรในการดำเนินงาน บุคลากร และความเป็นคนในพื้นที่

2. จัดทำโครงสร้างความพร้อมของชุมชนในการทำงานเชิงหุ้นส่วนของการดำเนินงานตำบลจัดการคุณภาพชีวิตให้ชัดเจน ครอบคลุม การนำการทำงาน ร่วมกับการใช้ทรัพยากรในการดำเนินงาน บุคลากร และความเป็นคนในพื้นที่

3. เสริมสร้างทักษะบุคลากรด้านสุขภาพและด้านสังคมด้านนำการทำงาน (Leading) เพื่อให้การดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิตที่มีประสิทธิผลยั่งยืน

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยนี้เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาการดำเนินการตำบลจัดการคุณภาพชีวิตของจังหวัดลำปาง เพื่อให้ประชาชนและชุมชนสามารถพึ่งตนเอง ดูแลสุขภาพตนเองและชุมชน ส่งผลให้เกิดคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ผู้วิจัยขอขอบพระคุณบุคลากรของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล และหุ้นส่วนภาคสังคมในพื้นที่จังหวัดลำปาง ที่ให้ความอนุเคราะห์ข้อมูลงานวิจัยทุกขั้นตอน

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. แผนยุทธศาสตร์สาธารณสุข จังหวัดลำปาง เอกสารอัดสำเนา; 2561.

2.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง. เอกสารประกอบการตรวจราชการและนิเทศงานกรณีปกติ กระทรวงสาธารณสุข รอบที่ 2 เอกสารอัดสำเนา; 2561.

3.ประเวศ วะสี. สุขภาพสังคมสู่สังคมสันติภาพ: มนุษย์พ้นทุกข์ร่วมกันได้; นนทบุรี; สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2545.

4.สมยศ ศรีจารนัยและคณะ; วิจัยประเมินผลการดำเนินงานตามนโยบายทีมหมอครอบครัว; สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์; สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุข; 2559.

5.สุภมาส อังศุโชติ สมถวิล วิจิตรวรรณา และรัชนีกูล ภิญโญภานุวัฒน์. เทคนิคการวิเคราะห์องค์ประกอบ

เชิงสำรวจ (Exploratory Factor analysis : EFA) ด้วยโปรแกรม SPSS for Windows.ออนไลน์; 2554. [cited 20 ก.ย. 2563]. Available from : http:// stou.ac.th /offices /ore /info /cae /uploads /pdf / 636366560441132172. pdf.

6.มงคล ปิยปัญญา; การศึกษาและพัฒนาตำบลจัดการสุขภาพแบบบูรณาการ เขตสุขภาพที่ 5; วารสารสาธารณสุขมูลฐาน ภาคอีสาน; ปีที่ 35 ฉบับที่ 1 ตุลาคม 2562-มีนาคม 2563. หน้า 36-52.

ทัศนคติของประชาชนในชุมชนเขตเมืองที่มีต่อสถานกักกันโรคแห่งรัฐทางเลือก สำหรับบุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เข้าข่ายเสี่ยงการติดเชื้อไวรัสโคโรนา หรือ COVID-19 กรณีศึกษา ชุมชนรอบมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร

The attitudes of people in urban areas towards Alternative State Quarantine Center for medical and public health personel that are risk of infection with the corona virus or COVID-19:a case study of Navamindradhiraj University Community surrounding.

เจษฎานันท์ เวียงนนท์[1*] สาธิต ศรีสถิตย์[2] ธเรศ ศรีสถิตย์[3] อนัญญา โพธิ์ประดิษฐ์[4] ปธานิน แสงอรุณ[5]

Jessadanan Wiangnon[1*] Sathith Sreesathith[2] Thares Srisatit[3] Ananya Popradit[4] and Pathanin Sangaroon[5]

(Received: October 19,2020; Accepted: November 27,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจในครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจทัศนคติของประชาชนที่มีต่อสถานที่พักใช้กักตัวประเภทสถานกักกันโรคแห่งรัฐทางเลือก สำหรับบุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เข้าข่ายเสี่ยงการติดเชื้อไวรัสโคโรนา หรือ COVID-19 ในแขวงวชิระพยาบาล กลุ่มตัวอย่างได้แก่ตัวแทนสมาชิกครัวเรือนในพื้นที่ชุมชนรอบมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราชจำนวน 9 ชุมชน จำนวน 81 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทัศนคติของประชาชน วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติเชิงพรรณนา

ผลการศึกษาพบว่าผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวร้อยละ 51.3 เป็นกลุ่มผู้สูงอายุ มีความรู้เรื่องการแพร่ระบาดจากการติดตามสื่อ ร้อยละ 77.5 และมีความกังวลเกี่ยวกับสมาชิกในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เด็ก ผู้สูงอายุ และผู้มีปัญหาด้านสุขภาพ หากมีการเดินทางออกนอกเขตชุมชนเมื่อมีความจำเป็น กลุ่มตัวอย่างมีความมั่นใจในการดูแลสุขภาพของตัวเอง และเห็นด้วยกับการจัดตั้งที่พักกักตัวในพื้นที่เพราะเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความปลอดภัยของส่วนรวมและต้องการทราบข้อมูลของสถานที่กักตัวต่อชุมชนเพื่อสร้างเข้าใจและเสริมสร้างความมั่นใจของสมาชิกชุมชน การสำรวจทัศนคติของประชาชนในเขตชุมชนเมืองถือเป็นข้อมูลที่สำคัญที่สามารถใช้ในการออกแบบ พิจารณาข้อมูลการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดตั้งสถานที่กักตัว และเป็นส่วนหนึ่งของการเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐกับประชาชนเพื่อการจัดการการแพร่ระบาดของโรค หรือในสถานการณ์อื่นที่คล้ายคลึงกันได้

คำสำคัญ ทัศนคติของประชาชน การระบาดไวรัสโคโรนา COVID-19 สถานกักกันโรคแห่งรัฐทางเลือก

Abstract

This research is a survey study. The aim of this research is to study public attitudes towards alternative state quarantine accommodation for medical and public health workers who are at risk of coronavirus infection or COVID-19 by a sample study. Representing 81 household members in the community surrounding Navamindradhiraj University Wachira Phayaban, Dusit, Bangkok. The data was collected by tool using questionnaire and analyzed by descriptive statistics.

The study found that most of the sample were the elderly (51.3%), knowledge of the epidemic from media monitoring (77.5 %), they are concerned about community members especially at-risk groups, children, the elderly, and people with health problems. They concerned when traveling outside the community area when needed and confidence in taking care of their own health. They agreed with the establishment of the alternative state quarantine accommodation in the area because it is an important activity that promotes public safety, and they would know information about the detention facility to the community to build understanding and strengthen the confidence of community members (88.8 %). A survey of people's attitudes in urban areas is an important piece of information that can be used in designing, considering information

[1-3] วิทยาลัยพัฒนามหานคร มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพฯ

[4] หลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวลัยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ปทุมธานี

[5] สาขาวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช นนทบุรี

on activities related to the establishment of detention facilities and its part of strengthening cooperation between government agencies and people for managing the epidemic or in other situations that are similar. 0

Keywords : Attitudes of people , corona virus or COVID-19 and Alternative State Quarantine

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกกำลังประสบปัญหาการรับมือการระบาดของไวรัสโคโรนาหรือ covid 19 และได้เพิ่มจำนวนผู้เสียชีวิตและผู้ป่วยติดเชื้อทั่วโลกหลายล้านคนใน 213 ประเทศทั่วโลกที่ได้รับผลกระทบดังกล่าว มีการคาดการณ์เกี่ยวกับผลกระทบทางจิตวิทยาและสุขภาพจิตของประชาชนเพื่อหาแนวทางการรองรับการเปลี่ยนแปลงด้านต่าง ๆ ที่จะเกิดขึ้นในอนาคตอันใกล้ [1] ผลกระทบจากการภาวะดังกล่าวอาจทำให้รูปแบบการดำเนินชีวิตของคนในสังคมเปลี่ยนแปลงไปจนทำให้เกิดภาวะหยุดนิ่งทางเศรษฐกิจในระยะสั้นและระยะยาว [2]

ประเทศที่เคยผ่านการรับมือการระบาดของโรคต่าง ๆ ในอดีตประสบปัญหาคล้ายกันด้านการกำหนดและการใช้มาตรการป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ คือ การขาดความเป็นเอกภาพในการดำเนินมาตรการ ไม่สามารถนำมาตรการทางกฎหมายมาปรับใช้ในการดำเนินการทางสาธารณสุขระหว่างประเทศได้ มาตรการการรับมือด้านต่าง ๆ จึงถูกเสนอให้เกิดขึ้นได้แก่ การเตรียมความพร้อม การเพิ่มความเข้มข้นในมาตรการกักกันและการเดินทาง การควบคุมทางผังเมืองและที่พักอาศัย และการจัดการสิ่งแวดล้อมในพื้นที่ [3] การกักกัน หมายถึง การแยกและการจำกัดการเคลื่อนย้ายประชากรผู้ติดเชื้อ หากยังไม่มีการติดเชื้อ การกักตัวจัดเป็นการตรวจสอบหาระดับความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อต่อผู้อื่นซึ่งจัดเป็นหนึ่งในกระบวนการการวินิจฉัยโรค [4] การกักตัว มีทั้งการแยกกักตัวของผู้ติดเชื้อเพื่อรักษาและผู้ที่ยังอยู่ในระหว่างการวินิจฉัยออกจากกลุ่มผู้ไม่ติดเชื้อ โดยทั้งสองอย่างจำเป็นต้องทำไปพร้อมกันโดยเฉพาะในสังคมที่มีพื้นที่สาธารณะ [5] การให้ข้อมูลที่จำเป็นสำหรับผู้ที่จะต้องเข้ารับการกักตัวในกรณีต่าง ๆ รวมถึงการประชาสัมพันธ์เรื่องรูปแบบหรือลักษณะการกักตัวตลอดจนข้อมูลที่เกี่ยวข้อง จึงเป็นประเด็นที่ต้องมีการวางแผนอย่างรัดกุมเพื่อให้กระบวนการวินิจฉัยนี้ไม่สร้างภาวะทางจิตใจในทางลบต่อผู้เข้ารับการกักตัวและต่อสังคมซึ่งอาจส่งผลต่อการเกิดภาวะอื่นที่เป็นผลเสียในระหว่างการวินิจฉัย [6]

ในประเทศไทยได้มีการกำหนดประเภทของสถานที่กักกันกรณีการแพร่ระบาดของเชื้อ COVID-19 ไว้เพื่อรองรับการกักตัวตามมาตรการศูนย์ปฏิบัติการฉุกเฉินด้านการแพทย์และสาธารณสุขไว้ 3 ประเภท ได้แก่ สถานกักกันโรคแห่งรัฐ (State quarantine) สถานกักกันโรคท้องที่ (Local quarantine) และสถานกักกันโรคแห่งรัฐทางเลือก (Alternative state quarantine) [7] แม้ระบบการกักตัวสามารถช่วยลดจำนวนผู้ติดเชื้อได้ถึงร้อยละ 44 - 81 ลดจำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อได้ร้อยละ 31 - 63 แต่การกักตัวด้วยวิธีการแบบต่าง ๆ ร่วมกัน เช่น การปิดโรงเรียน การใช้มาตรการเว้นระยะห่าง หรือวิธีการอื่นที่เหมาะสมสามารถลดการแพร่กระจายของเชื้อได้มากกว่าการกักตัวเพียงวิธีเดียว [8] ผลงานด้านการวิจัยและเทคโนโลยีต่าง ๆ ถูกนำมาประยุกต์และออกแบบเพื่อรองรับกิจกรรมที่มีบทบาทหรือเกี่ยวข้องกับกิจกรรมทางสาธารณสุขและความปลอดภัยในคุณภาพชีวิตของประชาชนเพิ่มมากขึ้นตามมาตรการจากภาครัฐ เช่น การเฝ้าระวังและการติดตามการระบาดผ่านแอปพลิเคชัน ห้องกักตัวภาคสนามสำหรับพื้นที่ที่ขาดแคลนหรือมีข้อจำกัดเรื่องพื้นที่ ตลอดจนความพร้อมของสถานที่และการยอมรับจากชุมชน [9] การหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่อาจทำให้เกิดการติดเชื้อก็มีความสำคัญ โดย 1 ใน 15 ปัจจัยเสี่ยงการติดเชื้อในประเทศไทยพบว่า กลุ่มบุคคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขถือเป็นปัจจัยเสี่ยง ซึ่งแม้จะมีเพียงร้อยละ 7 แต่ก็มีความสัมพันธ์กับปัจจัยที่เสี่ยงที่สุดได้แก่ การสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันผลการติดเชื้อ [7] นอกจากนี้ยังมีปัจจัยอื่น ๆ ที่มีอิทธิพลโดยตรงต่อการติดเชื้อ เช่น อายุ เพศ อาการเจ็บป่วยเรื้อรัง การตัดขาดจากสังคม [10] เมื่อมีการกักตัวในสถานที่กักตัวในสถานที่หนึ่ง อาจนำมาสู่ปัญหาสุขภาพด้านร่างกายและสุขภาพจิต โดยเฉพาะเรื่องความรู้สึกโดดเดี่ยวซึ่งเป็นหนึ่งในตัวชี้วัดที่สะท้อนถึงระดับคุณภาพชีวิต [11] พื้นที่กรุงเทพมหานครเป็นพื้นที่

พักกักตัวตามมาตรการของรัฐ การกำหนดให้สถานที่ทางราชการหรือสถานที่ที่ได้รับอนุญาตให้เป็นสถานที่พักกักตัว มีหลักเกณฑ์การพิจารณาที่สำคัญร่วมกับปัจจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง ในเขตดุสิต มีโรงพยาบาลที่สำคัญในสังกัดของมหาวิทยาลัยได้แก่ โรงพยาบาลวชิรพยาบาล มีชุมชนโดยรอบจำนวนมาก การศึกษาทัศนคติของสมาชิกในชุมชนที่อยู่ใกล้ชิดกับสถานที่ถูกกำหนดเป็นที่พักกักตัว จึงมีความสำคัญยิ่งต่อแผนการปฏิบัติงานของหน่วยงานพื้นที่ของรัฐ ที่จะรับทราบผลตอบรับที่เกิดขึ้นกับสมาชิกในชุมชนเพื่อนำไปสู่การสร้างทัศนคติให้สมาชิกในชุมชนดังกล่าวลดความวิตกกังวลต่อการดำเนินชีวิต

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจทัศนคติของประชาชนที่มีต่อสถานที่พักใช้กักตัวประเภทสถานกักกันโรคแห่งรัฐทางเลือก สำหรับบุคคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เข้าข่ายเสี่ยงการติดเชื้อ COVID-19 ในแขวงวชิระพยาบาล กรณีศึกษา ชุมชนรอบมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช กรุงเทพมหานคร ผลการศึกษาสามารถนำไปประกอบการพิจารณาการวางแผนการจัดการด้านการประชาสัมพันธ์ การประยุกต์ใช้เพื่อการแก้ปัญหาการร้องเรียนจากชุมชน ตลอดจนใช้ข้อมูลเพื่อการสนับสนุนการจัดทำแผนการดำเนินงานของกิจกรรมที่มีความเกี่ยวข้องกับสถานการณ์ดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ครัวเรือนในพื้นที่ชุมชนรอบมหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช แขวงวชิรพยาบาล เขตดุสิต ประกอบด้วย 9 ชุมชน ได้แก่ ชุมชนราชผาทับทิมร่วมใจ ชุมชนแฟลตสิริสาสน์ ชุมชนวัดโบสถ์สามเสน ชุมชนสวนอ้อย ชุมชนท่าน้ำสามเสน ชุมชนซอยโซดา ชุมชนศรีย่านซอย 3 ชุมชนมิตตคาม 1 และชุมชนหมู่บ้านวัดนักบุญฟรังซีสเซเวียร์ รวมทั้งสิ้น 3,033 ครัวเรือน

ขนาดตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างในงานวิจัยนี้ได้การสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) เป็นตัวแทนแต่ละชุมชนเพื่อให้เป็นผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key informants) ชุมชนละ 9 คน ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน ชุมชนละ 3 คน และตัวแทนครัวเรือน ชุมชนละ 6 รวม รวมทั้งสิ้น 81 คน

เครื่องมือในการศึกษา

งานวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามทัศนคติ มีทั้งหมด 4 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ทัศนคติด้านความปลอดภัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในชุมชนต่อที่พักกักตัวบุคคลที่เข้าข่ายเสี่ยงการติดต่อโรคระบาด ส่วนที่ 3 ทัศนคติของประชาชนต่อสภาพทั่วไปของที่พักกักตัวบุคคลที่เข้าข่ายเสี่ยงการติดต่อโรคระบาดในพื้นที่ชุมชน ส่วนที่ 4 ข้อเสนอแนะ ผลที่ได้นำมาหาค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) โดยใช้เกณฑ์การวิเคราะห์แปลผล ดังนี้ [12]

ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 หมายถึง มากที่สุด
ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 หมายถึง มาก
ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 หมายถึง ปานกลาง
ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 หมายถึง น้อย

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ แบบสอบถามทัศนคติถูกสร้างขึ้นโดยมีขั้นตอนดังนี้ (1) ศึกษาเอกสาร แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และสร้างแบบสอบถามที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ แล้วยกร่างแบบสอบถาม (2) นำแบบสอบถามที่สร้างไปประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน (3) ประเมินแบบสอบถามด้านเนื้อหา ความตรง (Validity) เชิงเนื้อหา แล้วนำมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC; Item - Objective Congruence) การคัดเลือกข้อคำถาม ผู้วิจัยได้พิจารณาข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง มากกว่าหรือเท่ากับ 0.50 ขึ้นไปโดยข้อคำถามทุกข้อมีค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.60-1.00 จากนั้นนำแบบสอบถามพร้อมทั้งเนื้อหา ระเบียบวิธีวิจัย ยื่นเสนอการตรวจสอบจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เมื่อกระบวนการเสร็จเรียบร้อยแล้วจึงนำแบบสอบถามไปทดลองใช้ในกลุ่มประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเที่ยง (Reliability) โดยได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (α- Coefficient) ทั้งฉบับเท่ากับ 0.75

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติที่ใช้หาคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ (1) การคำนวณค่าความตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยใช้สูตรการคำนวณหาค่าดัชนีความสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับนิยามเชิงปฏิบัติการ (Item-Objective Congruence: IOC) (2) การหาการคำนวณค่าความเที่ยง

หรือความเชื่อมั่น (Reliability) โดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และวิธีของ คูเดอร์-ริชาร์ดสัน โดยใช้แบบสอบถามทดสอบกับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่างเดียวกันกับในการวิจัยนี้ [13]

2. สถิติพื้นฐาน ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ($\overline{X}$) ร้อยละ (Percentage) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)

3. สถิติที่ใช้ตรวจสอบสมมติฐาน ได้แก่ การหาค่าเฉลี่ยของกลุ่มประชากร

ผลการศึกษา

ผลการศึกษานี้ประกอบด้วยข้อมูล 4 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ทัศนคติด้านความปลอดภัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกในชุมชนต่อที่พักกักตัวบุคคลที่เข้าข่ายเสี่ยงการติดต่อโรคระบาด ทัศนคติของประชาชนต่อสภาพทั่วไปของที่พักกักตัวบุคคลที่เข้าข่ายเสี่ยงการติดต่อโรคระบาดในพื้นที่ชุมชน และข้อเสนอแนะ โดยรายละเอียดผลการศึกษาแต่ละส่วนเป็นดังนี้

1. ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

1.1 ผลการข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 81 คน ส่วนใหญ่มีระดับการศึกษา (ร้อยละ 48.8) รองลงมาได้แก่ ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 22.5) กลุ่มตัวอย่างประกอบอาชีพอาชีพค้าขายและธุรกิจส่วนตัวมากที่สุด (ร้อยละ 38.8) รองลงมาได้แก่ กลุ่มอาชีพประเภทรับจ้าง (ร้อยละ 28.8) และพบว่ามีกลุ่มตัวอย่างอยู่ในสถานะว่างงาน (ร้อยละ 17.5) ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องมาจากช่วงสถานการณ์การเกิดการระบาดของเชื่อ COVID 19 ในปัจจุบัน

1.2 จากการศึกษาระยะทางระหว่างที่อยู่อาศัยกับที่พักกักตัวของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่ ร้อยละ 47.5มีที่อยู่อาศัยห่างจากที่พักกักตัวไม่เกิน 1 กิโลเมตร รองลงมา ได้แก่ ผู้มีที่อยู่อาศัยที่มีระยะห่างจากที่พักกักตัวไม่เกิน 300 เมตร (ร้อยละ 32.5) และผู้มีที่อยู่อาศัยที่มีระยะห่างจากที่พักกักตัวมากกว่า 1 กิโลเมตรขึ้นไป (ร้อยละ 2.5)

1.3 ผลการศึกษาการติดตามข่าวหรือสถานการณ์การระบาดด้วยสื่อของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ประเภทของสื่อที่มีการติดตามมากที่สุด ได้แก่ สื่อทางโทรทัศน์ (ร้อยละ 73.8) รองลงมาได้แก่ การติดตามผ่านอินเตอร์เนท (ร้อยละ 20) การบอกต่อ (ร้อยละ 3.8) และติดตามผ่านวิทยุหรือหนังสือพิมพ์ (ร้อยละ 1.3) ในสัดส่วนที่เท่ากันเป็นอันดับสุดท้าย ตามลำดับ

1.4 ผลการศึกษาความเข้าใจเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของประชากรกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับสถานการณ์การแพร่ระบาด (ร้อยละ 100) สามารถอธิบายได้ว่า การสื่อสารในยุคปัจจุบันมีความทั่วถึง พอเพียง

2. ผลการศึกษาทัศนคติด้านความปลอดภัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวล ของประชาชนต่อที่พักกักตัวบุคคลที่เข้าข่ายเสี่ยงการติดต่อโรคระบาด กรณีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา หรือ COVID-19

ตาราง 1 ผลการศึกษาทัศนคติด้านความปลอดภัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวล ของประชาชน

ทัศนคติด้านความปลอดภัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวล	ค่าทางสถิติ		แปลผล
	$\overline{X}$	S.D.	
การติดต่อและการไปมาหาสู่กับเพื่อนบ้านมีความปลอดภัย	2.64	1.43	ปานกลาง
การออกนอกบ้านเพื่อซื้ออาหาร สินค้าอุปโภค บริโภคที่จำเป็นในเขตชุมชนยังคงปลอดภัย	2.60	1.29	ปานกลาง
การออกนอกบ้านเพื่อซื้ออาหาร สินค้าอุปโภค บริโภคที่จำเป็นนอกเขตชุมชนมีความปลอดภัย	2.96	1.38	ปานกลาง
มีความกังวลในการเดินทางเพื่อไปทำงานหรือธุระที่จำเป็น	2.81	1.41	ปานกลาง
ความกังวลต่อกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพ	3.24	1.49	ปานกลาง
การค้าขายและบริการในชุมชนเป็นไปตามปกติ	2.70	1.31	ปานกลาง
ความปลอดภัยด้านสุขภาพของตนเองและสมาชิกในชุมชน	2.76	1.40	ปานกลาง
สถานที่พักใช้กักตัวบุคคลมีความปลอดภัยด้านสุขอนามัย	2.64	1.45	ปานกลาง
สถานที่พักใช้กักตัวบุคคลมีความเข้มงวด เป็นระบบ	2.66	1.59	ปานกลาง

ความต้องการข้อมูลที่จำเป็น อย่างถูกต้องของหน่วยงานที่เกี่ยข้อง	3.04	1.55	ปานกลาง

การศึกษาทัศนคติด้านความปลอดภัยที่ส่งผลต่อความวิตกกังวลของสมาชิกชุมชนต่อที่พักกักตัวบุคคลที่เข้าข่ายเสี่ยงการติดต่อโรคระบาดพบว่า พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความกังวลในระดับปานกลางในทุกประเด็น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความกังวลต่อกลุ่มเสี่ยงในชุมชน เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้มีปัญหาด้านสุขภาพ ในชุมชนของตนอาจตกเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะได้รับเชื้อจากพื้นที่พักกักตัวบุคคล ($\overline{X}$ = 3.24, S.D.=1.49) และยังมีความกังวลว่าหน่วยงานราชการอาจปกปิดข้อมูลที่แท้จริงต่อชุมชน จึงทำให้ประเด็นดังกล่าวมีค่าเฉลี่ยสูงเป็นอันดับถัดมา ($\overline{X}$ = 3.04, S.D.=1.49)

3 ผลการศึกษาทัศนคติของประชาชนต่อสภาพทั่วไปของสถานที่พักกักตัวบุคคลที่เข้าข่ายเสี่ยงการติดต่อโรคระบาด กรณีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา หรือ COVID-19

ตาราง 2 ผลการศึกษาทัศนคติของประชาชนต่อสภาพทั่วไปของสถานที่พักกักตัว

ทัศนคติของประชาชนต่อสภาพทั่วไปของสถานที่พักกักตัว	ค่าทางสถิติ		แปลผล
	$\overline{X}$	S.D.	
ความเหมาะสมของสถานที่	2.74	0.52	ปานกลาง
ความเหมาะสมเรื่องระยะเวลาในการกักตัว	2.67	0.57	ปานกลาง
มีการประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนรับทราบอยู่อย่างต่อเนื่อง	2.86	0.41	ปานกลาง
รูปแบบการดำเนินงานมีการจัดการอย่างเป็นระบบ เช่นการรับส่งผู้ป่วยเข้า-ออก จากที่พักการจัดการขยะติดเชื้อ	2.71	0.58	ปานกลาง
กระบวนการมีส่วนร่วมของสมาชิกชุมชนในการเข้าไปร่วมเป็นอาสาสมัครในกิจกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง	2.67	0.52	ปานกลาง
การเปิดเผยข้อมูลรายละเอียดของที่พักใช้กักตัวบุคคลอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้สมาชิกในชุมชนรับทราบการเคลื่อนไหว	2.84	0.37	ปานกลาง

จากการศึกษาทัศนคติของประชาชนต่อสภาพทั่วไปของสถานที่พักกักตัวบุคคลที่เข้าข่ายเสี่ยงการติดต่อโรคระบาด กรณีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา หรือ COVID-19 ดังตารางที่ 2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติต่อสภาพทั่วไปของสถานที่พักกักในระดับปานกลาง โดยสังเกตได้ว่า ค่าเฉลี่ยด้านการประชาสัมพันธ์ให้ชุมชนรับทราบอยู่อย่างต่อเนื่องถูกให้คะแนนและแสดงค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\overline{X}$ = 2.86, S.D.=0.41) ซึ่งแสดงในทราบว่าสมาชิกในชุมชนต้องการทราบข่าวสาร การประชาสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ เพื่อสร้างความมั่นในให้แก่ตนเอง ดังนั้นสถานที่พักกักตัวจึงสมควรต้องมีการประชาสัมพันธ์ข่าวสารอยู่เสมอ เพราะจะลดความวิตกกังกลของสมาชิกในชุมชนได้ประการหนึ่ง ซึ่งสอดคล้องกับประเด็นการเปิดเผยข้อมูลรายละเอียดของที่พักใช้กักตัวบุคคลอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้สมาชิกในชุมชนรับทราบการเคลื่อนไหว ($\overline{X}$ = 2.84, S.D.=0.37) ทั้งสองประเด็นนี้มีความสอดคล้องกัน ผู้เกี่ยวข้องในการจัดการจึงควรจัดการ

ประชาสัมพันธ์และเปิดเผยข้อมูลที่แท้จริงอย่างต่อเนื่องตลอดระยะเวลาที่มีการใช้พื้นที่ดังกล่าวเป็นพื้นที่กักตัว

4. ข้อเสนอแนะต่อการจัดตั้งที่พักกักตัวบุคคลที่เข้าข่ายเสี่ยงการติดต่อโรคระบาด กรณีการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโคโรนา หรือ COVID-19 ได้แก่ 1) ความต้องการด้านการจัดการขยะอย่างถูกต้องและปลอดภัย 2) ควรมีการฉีดพ่นเพื่อฆ่าเชื้อโรคในบริเวณรอบชุมชน 3) ควรมีบริการเพิ่มเติมให้กับชุมชนรอบพื้นที่กักตัว เช่น การแจกน้ำยาฆ่าเชื้อ ถุงมือ ผ้าปิดปาก และเวชภัณฑ์อื่น ที่มีความจำเป็น 4) สมาชิกในชุมชนต้องการทราบข่าวความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลง จำนวนผู้กักตัว ในทุกวัน และมีความประสงค์ที่จะขอความมั่นใจจากนักวิชาการ แพทย์ พยาบาล อยู่เสมอต่อเนื่อง

สรุปและอภิปรายผล

ประชาชนส่วนใหญ่มีการติดตามข่าวสารในสถานการณ์การแพร่ระบาดผ่านทางสื่อต่าง ๆ จึงมีทัศนคติในระดับที่ปานกลาง ส่วนใหญ่เมื่อทราบว่ามีที่พักกักตัวอยู่ใกล้กับที่พักอาศัยของตนจะมีความกังวลในบางประเด็นเท่านั้น สมาชิกในชุมชนแสดงถึงความเป็นห่วงกังวลต่อสมาชิกสมาชิกในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ เด็ก ผู้สูงอายุและผู้มีปัญหาด้านสุขภาพ จะติดเชื้อได้ง่าย และยังมีความกังวลเมื่อต้องเดินทางออกนอกเขตชุมชนเมื่อจำเป็น และประชาชนส่วนใหญ่เห็นด้วยกับการจัดตั้งที่พักกักตัวในพื้นที่ ทั้งนี้เพราะมีความคิดเห็นว่าเป็นกิจกรรมที่ส่งเสริมความปลอดภัยของส่วนรวม นอกจากการแสดงความคิดเห็นในประเด็นที่มีความสำคัญต่าง ๆ ยังมีข้อเสนอแนะต่อการจัดตั้งที่พักกักตัวเพื่อสร้างความเชื่อมั่นต่อชุมชนโดยรอบ ได้แก่ การได้รับคำแนะนำและข้อมูลที่ถูกต้องจากหน่วยทางสาธารณสุขในพื้นที่ การให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการคัดเลือกพื้นที่เพื่อเป็นสถานที่กักตัวร่วมกับหน่วยงานภาครัฐ ตลอดจนการมีกิจกรรมที่สร้างความเชื่อมั่นด้านสุขภาพของคนในชุมชนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นกลุ่มประชากรที่มีสถานะทางชุมชนเป็นสมาชิกชุมชน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้สูงวัยที่ติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดผ่านสื่อทางโทรทัศน์ และมีระดับความกังวลเกี่ยวกับประเด็นด้านต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับสถานที่กักตัว สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Debanjan Banerjee และ Mayank Rai ในปี 2020 ที่พบว่า ในกลุ่มผู้สูงอายุ มักจะประสบปัญหาภาวะทางจิตใจเรื่องความโดดเดี่ยวหรือความเหงามากกว่าช่วงวัยอื่น [14] ความกังวลจากการศึกษาอาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพ Dev Roychowdhury ได้กล่าวไว้ ในประเด็นภาวะทางจิตใจ เช่น ความโดดเดี่ยว การแยกตัว การกักตัว การถูกคุมขัง ไม่ว่าจะด้วยการสมัครใจหรือไม่ต่างก็ส่งผลต่อร่างกายจนสามารถทำให้เกิดภาวะซึมเศร้าจนถึงการฆ่าตัวตาย [14] ซึ่งมีความสอดคล้องกับผลการศึกษาผู้สูงอายุด้านสุขภาพจิตในประเด็นลักษณะของความสุขด้านจิตใจภายใต้กฎเกณฑ์และกฎระเบียบ ซึ่งมาจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องเช่น มีสิ่งแวดล้อมที่ดี หรือการได้รับการตอบสนองด้านปัจจัยพื้นฐาน [15] ซึ่งทั้งสองปัจจัยถือเป็นส่วนหนึ่งของการออกแบบระบบการจัดการและการออกแบบสถานที่กักตัวในหลายๆประเทศโดยจะถูกกำหนดไว้ในเรื่องการจัดการด้านสิ่งแวดล้อมและการจัดการของเสียในภาวะการระบาดนี้เพื่อสร้างความเชื่อมั่นด้านสาธารณสุข [16] เพื่อลดความวิตกกังวล สมาชิกในชุมชนมีความต้องการในด้านข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง จากการศึกษาครั้งนี้ สามารถสรุปได้ว่า ทุกส่วนงานที่เกี่ยวข้องกับการกักตัวดังกล่าว ควรมีการประชาสัมพันธ์ ส่งมอบข่าวสารที่เป็นจริงและ ชัด ตรง ให้แก่สมาชิกในชุมชนโดยรอบพื้นที่กักตัวอย่างสม่ำเสมอเพื่อลดความเครียดและกังวล เนื่องจากความกังวลจะเชื่อมโยงไปถึงปัญหาด้านสุขภาพ หากมีการวางแผนการรองรับการเปลี่ยนแปลงในภาวะการระบาดที่ดีจะนำไปสู่ความสำเร็จในการจัดการด้านอื่น ๆ ได้อย่างมีศักยภาพ [17]

ข้อเสนอแนะ

การศึกษาครั้งนี้เป็นเพียงส่วนหนึ่งที่อาจทำให้ผู้สนใจมีความเข้าใจทัศนคติของสมาชิกในชุมชน ๆ หนึ่งในกรุงเทพมหานคร อย่างไรก็ตามการศึกษาด้านเดียวกันนี้ในพื้นที่อื่น ๆ ย่อมมีความน่าสนใจ โดยผลการศึกษาอาจมีความแตกต่างหรือสอดคล้องก็ได้ ซึ่งมีความน่าสนใจและหากมีการศึกษาเช่นเดียวกันนี้ ในพื้นที่กักตัวอื่น ๆ จะสามารถช่วยในการกำหนดแผนการปฏิบัติงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. Mukhtar S. Mental health and emotional impact of COVID-19: applying health belief model for medical staff to general public of Pakistan. Brain, Behavior, and Immunity. 2020 Apr 10.

2. Sustainable Development Outlook 2020 Achieving SDGs in the wake of COVID-19: Scenarios for policymakers. Department of Economic and Social Affairs, Unnited Nation, 2020.

3. นรินทิพย์ ชัยพรมเขียว ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ นิทัศน์ ศิริโชติรัตน์ และ สุธี อู่สถาพร. มาตรการในการควบคุมและป้องกันภาวะฉุกเฉินทางสาธารณสุขระหว่างประเทศ กรณีศึกษา เขตพัฒนาเศรษฐกิจพิเศษด่านพรมแดนแม่สอด จังหวัดตาก ประเทศไทย. วารสารกฎหมายสุขภาพและสาธารณสุข ปีที่ 3 ฉบับที่ 2 พค.-สค. 2560.

4. Berríos-Torres, S. I., Umscheid, C. A., Bratzler, D. W., Leas, B., Stone, E. C., Kelz, R. R., ... & Dellinger, E. P. (2017). Centers for disease control and prevention guideline for the prevention of surgical site infection, 2017. JAMA surgery, 152(8), 784-791.

5. Manuell, M. E., & Cukor, J. (2011). Mother Nature versus human nature: public compliance with evacuation and quarantine. Disasters, 35(2), 417-442.

6. Brooks, S. K., Webster, R. K., Smith, L. E., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N., & Rubin, G. J. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. The Lancet; 2020.

7. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ปัจจัยเสี่ยงของผู้ติดเชื้อโควิดในประเทศไทย. ศูนย์ปฏิบัติการด้านนวัตกรรมการแพทย์การวิจัยและพัฒนา สำนักงานการวิจัยแห่งชาติ กระทรวงการอุดมศึกษา; 2563.

8. Nussbaumer-Streit, B., Mayr, V., Dobrescu, A. I., Chapman, A., Persad, E., Klerings, I., ... & Gartlehner, G. Quarantine alone or in combination with other public health measures to control COVID‐19: a rapid review. Cochrane Database of Systematic Reviews, (9). 2020.

10. Roychowdhury, D. 2019 Novel Coronavirus Disease, Crisis, and Isolation. Frontiers in Psychology, 11, 1958, 2020.

9. นวัตกรรมรับมือ COVID-19. สำนักพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีแห่งชาติ, 2020 (https://www.nstda.or.th/th/e-book/13220-research-on-innovation-covid-19).

11. Cacioppo, J. T., & Patrick, W. Loneliness: Human nature and the need for social connection. WW Norton & Company; 2008.

12. Likert R. A technique for the measurement of attitudes. Archives of psychology. 1932.

13. Carmines EG, Zeller RA. Reliability and validity assessment. Sage publications; (1). 1979.

14. Banerjee, D., & Rai, M. Social isolation in Covid-19: The impact of loneliness; 2020.

15. นูรซาฮีดา เจ๊ะมามะ. ประสบการณ์ความสุขของผู้สูงอายุในสถานสงเคราะห์คนชราในเขตภาคใต้. วิทยานิพนธ์หลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต(การพยาบาลผู้ใหญ่) มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, 2559.

16. Makoto Tsukiji, Premakumara Jagath Dickella Gamaralalage, Isnanto Solihin Yugo Pratomo, Kazunobu Onogawa, Keith Alverson, Shunichi Honda, Daniel Ternald, Misato Dilley and Junko Fujioka. Waste Management during the COVID-19 Pandemic from response to Recovery. Institute for Global Environmental Strategies, International Environmental Technology Centre and United Nations Environmental Program, 2020.

17. Sustainable Development Outlook 2020 Achieving SDGs in the wake of COVID-19: Scenarios for policymakers. Department of Economic and Social Affairs, United Nation, 2020.

ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครพนม

Association between Health Literacy and Health Promotion behaviors among Buddhist Monks in Nakhon Phanom Province

วลัยกรณ์ หงษ์ชัย[1], จักรกฤษณ์ พลราชม[2]

Valaikorn Hongchai[1], Chakkrit Ponrachom[2]

(Received: October 15,2020; Accepted: November 20,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครพนม กลุ่มตัวอย่างเป็น พระสงฆ์ที่ได้จากการสุ่มกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งกลุ่ม ตามสัดส่วนของพระสงฆ์ จำนวน 256 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยแบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ และแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์แบบเพียร์สัน (Pearson's Correlation Coefficient)

ผลการวิจัย พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 45.7 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ และไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ 35.5 และ 18.8 ตามลำดับ ส่วนพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพส่วนใหญ่อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 49.3 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลางและน้อย คิดเป็นร้อยละ 40.2 และ 10.5 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกในระดับสูงกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.819)

คำสำคัญ : ความรอบรู้ด้านสุขภาพ, พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ, พระสงฆ์, จังหวัดนครพนม

Abstract

This correlational research aims to study the health literacy, health promotion behaviors and relationship between health literacy and health promotion behaviors among Buddhist monks in Nakhon Phanom province. The samples were 256 Buddhist monks and were recruited by cluster random sampling. Research instruments included a demographic questionnaire, health literacy questionnaire, and health promotion behaviors questionnaire. The data obtained were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient.

Results revealed that subjects had health literacy was in an excellent level, fair level and not good enough level, rate was 45.7%, 35.5% and 18.8% respectively. The study results found that subjects had health promotion behaviors at a high level rate was 49.3%, secondary were moderate level and low level rate was 40.2 and 10.5 respectively. In addition, considering related between health literacy and health promotion behaviors, found that health literacy significant positive relationship in high level with health promotion behaviors. (r = 0.819)

Keywords : Health Literacy, Health Promotion Behaviors, Buddhist monks, Nakhon Phanom Province

[1]นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร

[2]อาจารย์ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตเฉลิมพระเกียรติจังหวัดสกลนคร

บทนำ

สภาวะเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมของประเทศไทยที่เปลี่ยนแปลงไปในปัจจุบัน ส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนโดยทั่วไป ไม่เว้นแม้ในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ ซึ่งส่วนใหญ่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง อาทิเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น[13] ซึ่งไม่แตกต่างไปจากโรคที่พบในประชาชนทั่วไป ทั้งนี้ข้อมูลของสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2559 ระบุประเทศไทยมีจำนวนพระสงฆ์ทั้งสิ้น 298,580 รูป โดยประมาณร้อยละ 60 มีอาการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และจากรายงานข้อมูลพระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ พบอาการป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคไขมัน ในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวาย และโรคข้อเข่าเสื่อม ตามลำดับ[1] โรคเรื้อรังเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบโดยตรงต่อประสิทธิภาพในการประกอบกิจกรรมทางพุทธศาสนาของพระภิกษุและสามเณร ซึ่งสาเหตุของโรคที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในเรื่องของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกาย พระภิกษุและสามเณรส่วนใหญ่ต้องฉันภัตตาหารตามแต่ญาติโยมหรือผู้มีจิตศรัทธาจัดหรือถวายให้ ทำให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่มีผลต่อสุขภาพได้ ได้แก่ อาหารที่มีไขมันสูง อาหารรสเค็ม เป็นต้น สำหรับกิจวัตรในการออกกำลังกายของพระภิกษุและสามเณรมีการปฏิบัติได้น้อย เพราะกลัวผิดต่อพระธรรมวินัย รวมทั้งขาดการแนะนำในการปฏิบัติตนในการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม[8]

กลุ่มพระสงฆ์เป็นอีกกลุ่มที่ส่วนใหญ่อาพาธด้วยโรคเรื้อรัง อาทิเช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ปอดอุดกั้นเรื้อรัง ไตวายเรื้อรัง เป็นต้น[7] ซึ่งไม่แตกต่างไปจากโรคที่พบในประชาชนทั่วไป ทั้งนี้ข้อมูลของสำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี พ.ศ. 2559 ระบุประเทศไทยมีจำนวนพระสงฆ์ทั้งสิ้น 298,580 รูป ประมาณร้อยละ 60 มีอาการป่วยด้วยโรคเรื้อรัง และรายงานของพระสงฆ์ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลสงฆ์ พบอาการป่วยสูงสุด 5 อันดับแรก ได้แก่ โรคไขมัน ในเลือดสูง โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน โรคไตวาย และโรคข้อเข่าเสื่อม ตามลำดับ[1] โรคเรื้อรังเหล่านี้ล้วนมีผลกระทบโดยตรงต่อประสิทธิภาพในการประกอบกิจกรรมทางพุทธศาสนาของพระภิกษุและสามเณร ซึ่งสาเหตุของโรคที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เกิดจากพฤติกรรมสุขภาพ โดยเฉพาะในเรื่องของพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และพฤติกรรมการออกกำลังกาย พระภิกษุและสามเณรส่วนใหญ่ต้องฉันภัตตาหารตามแต่ญาติโยมหรือผู้มีจิตศรัทธาจัดหรือถวายให้ ทำให้ไม่สามารถหลีกเลี่ยงอาหารที่มีผลต่อสุขภาพได้ ได้แก่ อาหารที่มีไขมันสูง อาหารรสเค็ม เป็นต้น สำหรับกิจวัตรในการออกกำลังกายของพระภิกษุและสามเณรมีการปฏิบัติได้น้อย เพราะกลัวผิดต่อพระธรรมวินัย รวมทั้งขาดการแนะนำในการปฏิบัติตนในการออกกำลังกายที่ถูกต้องเหมาะสม[8] จังหวัดนครพนมเป็นอีกจังหวัดหนึ่งที่มีพระสงฆ์อาพาธด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังค่อนข้างสูงกว่าจังหวัดอื่นในภาคเดียวกัน จากปัญหาสุขภาพดังกล่าวอาจส่งผลกระทบต่อการประกอบกิจกรรมทางพระพุทธศาสนาของพระสงฆ์ได้ ซึ่งในการแก้ปัญหาสุขภาพดังกล่าว จำเป็นอย่างยิ่งต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยยึดหลัก 3 อ. 1 ส. 1 ฟ. ได้แก่ การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การจัดการด้านอารมณ์และความเครียด การไม่สูบบุหรี่ การดูแลสุขภาพฟันและช่องปาก ตามกรอบแนวคิดการขับเคลื่อนการเข้าถึงบริการสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติของพระสงฆ์ในพื้นที่เขต 8 อุดรธานี[16] เพื่อให้พระสงฆ์มีพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพที่ถูกต้องเหมาะสม โดยการส่งเสริมและพัฒนาปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ปัจจัยเชิงสาเหตุของพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์เป็นสหปัจจัย (Multi factors) ซึ่งปัจจัยภายในตัวบุคคล อาทิเช่น ความรู้ การรับรู้ เป็นต้น และปัจจัยภายนอกตัวบุคคล เช่น ปัจจัยสิ่งแวดล้อมรอบตัว เป็นต้น แต่เมื่อพิจารณาปัจจัยเหล่านั้นพบว่า หากจะพัฒนาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ จำเป็นต้องเกิดการเปลี่ยนแปลงจากปัจจัยภายในตัวบุคคล เนื่องจากปัจจัยภายนอกตัวบุคคลเป็นพลวัตร (Dynamic) ดังนั้น ปัจจัยภายในตัวบุคคลจึงสามารถทำให้พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์เกิดความยั่งยืนได้ โดยตัวแปรที่

น่าสนใจในปัจจุบัน ได้แก่ ความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy: HL)

การพัฒนาปัจจัยภายในจะต้องปลูกฝังให้ประชาชนเกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) ซึ่งหมายถึง ความสามารถและทักษะในการเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพ ความรู้ความเข้าใจเพื่อวิเคราะห์ ประเมินและจัดการตนเอง รวมทั้งสามารถชี้แนะเรื่องสุขภาพแก่บุคคลครอบครัว และชุมชนได้ การพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลและเป็นการรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน[2] ซึ่งการมีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับขั้นพื้นฐานจะมีผลต่อการเพิ่มอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลบ่อยขึ้น และมีอัตราการตายสูงขึ้น แต่ถ้ามีความรอบรู้ระดับพื้นฐานสูงเพียงพอจะทำให้เกิดผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพที่ดี เช่น มีภาวะสุขภาพดี ลดอัตราการป่วย การเข้ารักษาตัวที่โรงพยาบาล และลดค่าใช้จ่ายทางด้านสุขภาพ[1] จากความสำคัญของการสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพและการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพดังกล่าว ทำให้ได้แนวคิดในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ที่น่าสนใจเพราะเป็นการเข้าไปแก้ที่ต้นเหตุ นั่นคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัยและสุขบัญญัติ ผู้วิจัยจึงเลือกที่จะศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครพนม เพื่อเป็นข้อมูลสารสนเทศ ในการวางแผนการพัฒนาพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ และเป็นแนวทางในการกำหนดนโยบายทางด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมที่มีความเฉพาะเจาะจง ที่จะส่งผลให้พระสงฆ์มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่พึงประสงค์อันจะก่อให้เกิดประโยชน์อันจะนำไปสู่การวางแผนในการพัฒนาสุขภาพของกลุ่มพระสงฆ์ให้สามารถจัดการสุขภาพของตนเองได้บนพื้นฐานองค์ความรู้ที่ได้รับการถ่ายทอดหรือจากการสั่งสมของประสบการณ์ รวมทั้งจะได้ร่วมกันสืบทอดหลักธรรมคำสอนของพระพุทธเจ้า เพื่อให้คงอยู่คู่ชาติไทยในอนาคตสืบไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครพนม

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครพนม

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสหสัมพันธ์ (Correlational research) ที่เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น ในระยะเวลาตั้งแต่เดือนกรกฎาคม-สิงหาคม พ.ศ. 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

พระสงฆ์ที่ได้รับการขึ้นทะเบียน ในจังหวัดนครพนม จำนวน 2,288 รูป[15] ซึ่งจำพรรษาในวัด ณ จังหวัดนครพนม ซึ่งมีทั้งสิ้น 792 แห่ง และจำพรรษาอยู่ในวัดในจังหวัดนครพนม ไม่น้อยกว่า 1 พรรษา

คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการใช้สูตรคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างกรณีทราบจำนวนประชากร[21] ได้จำนวน 256 คน การสุ่มตัวอย่าง ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม Cluster Random Sampling จากการแบ่งเขตการปกครองของกระทรวงมหาดไทย แบ่งเป็น 12 อำเภอ แล้วจัดกลุ่มตามขนาดประชากรพระสงฆ์ 3 กลุ่ม คือ (1) กลุ่มอำเภอขนาดใหญ่ (2) กลุ่มอำเภอขนาดกลาง (3) กลุ่มอำเภอขนาดเล็ก จากนั้นทำการจับสลากอำเภอแบบไม่คืนที่ (Simple Random Sampling without Replacement) โดยใช้หลักการคำนวณ ตามฐานข้อมูลประชากรพระสงฆ์ในจังหวัดนครพนมในแต่ละอำเภอให้ได้ขนาดที่ใกล้เคียงกันโดยเลือกจับสลากอำเภอขนาดใหญ่ 1 อำเภอ เลือกอำเภอขนาดกลาง 2 อำเภอ และเลือกอำเภอขนาดเล็ก 2 อำเภอ ได้ทั้งหมด 5 อำเภอ คือ 1) อำเภอเมืองนครพนม 2) อำเภอท่าอุเทน 3) อำเภอโพนสวรรค์ 4) อำเภอบ้านแพง และ 5) อำเภอวังยาง หลังจากนั้นผู้วิจัยจะใช้วิธีการสุ่มหรือเลือกตัวอย่างโดยอาศัยหลักความน่าจะเป็น (Sampling Randomization Probability) จากนั้นกำหนดสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ในจังหวัดนครพนมจากกลุ่มตัวอย่างพระสงฆ์ที่คำนวณได้ คือ 256 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นออกเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ จำนวนพรรษาที่บวช ระดับการศึกษาทางโลก ระดับการศึกษาทางธรรม สถานะทางสงฆ์ ตำแหน่งหน้าที่อื่นๆ ในวัด การตรวจสุขภาพ และโรคประจำตัว เป็นแบบข้อคำถามแบบให้เลือกตอบและเติมข้อมูลในช่องว่าง จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ เป็นแบบสอบถามในการวัดการกระทำอย่างต่อเนื่องที่เป็นการใช้ทักษะทางด้านการคิดด้วยปัญญาและทักษะปฏิสัมพันธ์ทางสังคมในการเข้าถึง ทำความเข้าใจ และประเมินข้อมูล ข่าวสารทางสุขภาพและบริการทางสุขภาพที่ได้รับการถ่ายทอดและเรียนรู้จากสิ่งแวดล้อม ซึ่งทำให้เกิดการจูงใจตนเองให้มีการตัดสินใจเลือกวิถีทางในการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ ประกอบด้วย 6 องค์ประกอบ ได้แก่ การเข้าถึงข้อมูล (Access) ความรู้ความเข้าใจ (Cognitive) ทักษะการสื่อสาร (Communication Skill) การจัดการตนเอง (Self Management) การรู้เท่าทันสื่อ (Media Literacy) และทักษะการตัดสินใจ (Decision Skill) จำนวน 39 ข้อ โดยสามารถแปลความหมายของคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ[18] ได้ดังนี้

คะแนนช่วง 120-150 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพดีมาก

คะแนนช่วง 90-119 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพพอใช้

คะแนนช่วง 0-89 คะแนน หมายถึง ความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดีพอ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ ครอบคลุมพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ 5 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการจัดการด้านอารมณ์และความเครียด ด้านการไม่สูบบุหรี่ และด้านการดูแลสุขภาพฟันและช่องปาก ลักษณะแบบสอบถามในแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มี 4 ระดับ ได้แก่ ปฏิบัติสม่ำเสมอ ปฏิบัติบ่อยครั้ง ปฏิบัติบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ จำนวน 25 ข้อ โดยสามารถแปลความหมายของคะแนนแบ่งเป็น 3 ระดับ[18] ได้ดังนี้

คะแนน ช่วง 80-100 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพมาก

คะแนน ช่วง 60-79 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพปานกลาง

คะแนน ช่วง 0-59 คะแนน หมายถึง พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพน้อย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยแสดงความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหา (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้ด้านพระสงฆ์และพระธรรมพระวินัยหรือวินัยสูตร จำนวน 3 ท่าน และพิจารณาข้อคำถามที่มีค่าดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ตั้งแต่ .66 ขึ้นไป จากนั้นนำแบบสอบถามมาตรวจและให้คะแนนและหาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม โดยใช้สูตร KR-20 ของคูเดอร์ ริชาร์ดสัน และค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาช (Cronbach's Alpha Coefficient) โดยผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ไปทดลองใช้ (Try Out) กับพระสงฆ์ในพื้นที่จังหวัดนครพนม ที่ไม่ใช่อำเภอเป้าหมาย จำนวน 40 คน เนื่องจากมีลักษณะใกล้เคียงกับพื้นที่ศึกษาและมีลักษณะทางภูมิศาสตร์ รวมทั้งลักษณะการดำรงชีวิตคล้ายคลึงกัน แล้วนำมาคำนวณหาค่าความเที่ยง (Reliability) ของแบบสอบถามชุดนี้ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.97 และเมื่อแยกวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม (Reliability) ในแต่ละส่วนของแบบสอบถาม ประกอบด้วย แบบสอบถามความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.962 และแบบสอบถามพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา (Alpha Coefficient) เท่ากับ 0.936

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) และสถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียรสัน (Pearson's Correlation Coefficient) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ซึ่งเกณฑ์ในการแปลความสัมพันธ์ แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้[4]

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .80 ขึ้นไป หมายถึง มีความสัมพันธ์กันสูง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .60 - .79 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันค่อนข้างสูง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .40 - .59 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันปานกลาง

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ .20 - .39 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันค่อนข้างต่ำ

ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ต่ำกว่า .20 หมายถึง มีความสัมพันธ์กันต่ำ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

ก่อนดำเนินการคณะผู้วิจัย ได้ประสานผู้ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ รวมทั้งระบุระยะเวลาการดำเนินการเข้าเก็บข้อมูลให้ทราบก่อนเก็บข้อมูล และได้แจ้งให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้จะเป็นความลับไม่นำมาเปิดเผยเป็นรายบุคคล แต่จะนำเสนอเป็นภาพรวม กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษามีสิทธิ์ที่เข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมตามจริยธรรมรับรองจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม เลขสำคัญเลขที่ HE630011 การวิจัยครั้งนี้ได้และมีสิทธิ์ที่จะทราบผลของการวิจัยครั้งนี้เมื่องานวิจัยเสร็จสิ้น

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 35-59 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 43.27 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 13.73 โดยจำนวนพรรษาที่บวชส่วนใหญ่อยู่ที่ 1-10 ปี คิดเป็นร้อยละ 47.7 โดยมีพรรษาเฉลี่ย 14.95 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 11.73 ในส่วนของการศึกษาทางโลกของกลุ่มตัวอย่างนั้น พบว่า จบการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 25.8 รองลงมาจบการศึกษามัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช. และระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คิดเป็นร้อยละ 25.0 และ 17.2 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในส่วนของการศึกษาทางธรรม ในแผนกธรรมส่วนใหญ่เป็นนักธรรมเอก คิดเป็นร้อยละ 67.2 ส่วนแผนกบาลีส่วนใหญ่ยังไม่ได้เปรียญธรรม คิดเป็นร้อยละ 66.4 และมีสถานะทางสงฆ์เป็นพระสังฆาธิการเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 62.9 โดยมีตำแหน่งทางการปกครองคณะสงฆ์ส่วนใหญ่เป็นเจ้าอาวาส คิดเป็นร้อยละ 33.6 สำหรับการตรวจสุขภาพประจำปีของพระสงค์นั้น พบว่า ส่วนใหญ่เคยตรวจสุขภาพประจำปี คิดเป็นร้อยละ 61.7 ส่วนโรคประจำตัวพบพระสงค์มีโรคประจำตัวร้อยละ 28.1 อาทิเช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง เป็นต้น ระดับของความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมากคิดเป็นร้อยละ 45.7 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้และไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ 35.5 และ 18.8 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 115.54 (SD. = 23.07) พระสงฆ์มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 49.2 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 40.2 และ 10.6 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 80.05 (SD. = 13.68)

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ

ตัวแปรที่ศึกษา	ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ
ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	1	.819**
พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพ	.819**	1

** มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

จากตาราง 1 พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในระดับสูงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = .819, p < .01$) ซึ่งหมายถึง หากพระสงฆ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงตามไปด้วย แต่ในทางกลับกันหากพระสงฆ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำก็จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพน้อยตามไปด้วย

อภิปรายผล

พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ในจังหวัดนครพนม พบว่า พระสงฆ์มีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพในภาพรวม อยู่ในระดับมาก คิดเป็นร้อยละ 49.2 รองลงมาอยู่ในระดับปานกลาง และระดับน้อย คิดเป็นร้อยละ 40.2 และ 10.6 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 80.05 (SD. = 13.68) ทั้งนี้อาจเนื่องมากจากพระสงฆ์มีความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพพอสมควร และใส่ใจในการดูแลสุขภาพจะเห็นได้จากข้อมูลการตรวจสุขภาพประจำปีซึ่งพบว่า เคยตรวจสุขภาพประจำปี คิดเป็นร้อยละ 61.7 แสดงให้เห็นว่า พระสงฆ์ตระหนักในการดูแล

สุขภาพตนเอง อีกทั้งนโยบายในการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ในจังหวัดนครพนม มีการขับเคลื่อนนโยบาย พัฒนาสุขภาวะพระสงฆ์ไทย ด้วยยุทธศาสตร์ “พระสงฆ์กับการพัฒนาสุขภาวะ” ตามธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560[14] โดยมุ่งเน้นให้พระสงฆ์มีความตระหนักในการสร้างเสริมสุขภาพตนเอง คือ การให้ความรู้ และส่งเสริมให้พระสงฆ์เห็นความสำคัญของสุขภาพ เกิดความตระหนักในการดูแลสุขภาพตนเอง มีการจัดระบบการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ภายในวัด การตรวจคัดกรองร่างการเบื้องต้น การตรวจสุขภาพประจำปี ส่งเสริมดูแลเรื่องอาหารการกิน การออกกำลังกาย โดยให้สอดคล้องกับพระธรรมวินัยตามบริบทพื้นที่ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสนธนา สีฟ้า (2559)[11] และวีรสิทธ หลงเจริญ (2557)[10] และยังสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม ของพระมหามินภัทร คำชะนาม (2552)[6] และการศึกษาพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร ของสุชาดา วงค์สืบชาติ (2554)[12] ที่พบว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์โดยรวมอยู่ในระดับมาก และสอดคล้องกับพระธรรมวินัยที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ที่กล่าวว่า ข้อควรปฏิบัติและข้อห้ามต่างๆ ที่แสดงและบัญญัติไว้ในพระไตรปิฎกตลอดถึงพระคัมภีร์รุ่นหลัง มีอรรถกถาที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองทั้งเรื่องอาหาร การรักษาสุขภาพ การมีกิจกรรมทางกาย สภาพแวดล้อมและการพักผ่อน อย่างเหมาะสม การฝึกฝนพัฒนาจิตและปัญญาเพื่อให้มีความพร้อมต่อการทำหน้าที่ในฐานะผู้สืบทอดและเผยแผ่พระพุทธศาสนาเพื่อประโยชน์ในการดูแลสุขภาพตนเอง อุปัชฌาย์ อาจารย์และสหธรรมิก เป็นต้น

ความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ส่วนใหญ่อยู่ในระดับดีมาก คิดเป็นร้อยละ 45.7 รองลงมาอยู่ในระดับพอใช้ และไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ 35.5 และ 18.8 ตามลำดับ โดยมีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 115.54 (SD. = 23.07) ซึ่งจะเห็นได้ว่า พระสงฆ์ในจังหวัดนครพนมสามารถคิดวิเคราะห์ และแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ รวมถึงการมีพุทธิปัญญา และทักษะทางสังคมที่ใช้ในการเข้าร่วมกิจกรรม รู้จักเลือกใช้ข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งประยุกต์ใช้ข้อมูลสุขภาพเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพนับว่าเป็นสิ่งที่ดีเนื่องจากการมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่สูงจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ดี ในทางกลับกันความรู้ทางด้านสุขภาพที่ต่ำ จะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี และจะส่งผลกระทบด้านลบติดตามมากทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม อาจเป็นเพราะพระสงฆ์ในจังหวัดนครพนมมีโอกาสได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิด และมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลสุขภาพผ่านหน่วยงานทางสาธารณสุขและหน่วยงานในชุมชนที่เป็นรูปธรรมผลสืบเนื่องมาจาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขต 8 อุดรธานี ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคพระสงฆ์และสามเณร พื้นที่ 7 จังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ประจำปี 2563 โดยมีการขับเคลื่อนนโยบาย พัฒนาสุขภาวะพระสงฆ์ไทย สร้างวัดรอบรู้ด้านสุขภาพพัฒนาหลักสูตรพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด) เพื่อส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ภายในวัดให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ และขับเคลื่อนการดำเนินงานตามธรรมนูญสุขภาพพระสงฆ์แห่งชาติ พุทธศักราช 2560 ในระดับพื้นที่ ขับเคลื่อนการดำเนินงาน วัดส่งเสริมสุขภาพสู่วัดรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literate Temple) ตลอดจน จัดทำหลักสูตรและฝึกอบรมพระคิลานุปัฏฐาก (พระอาสาสมัครส่งเสริมสุขภาพประจำวัด) หลักสูตร 70 ชั่วโมง และหลักสูตร 35 ชั่วโมง ซึ่งสอดคล้องกับการประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกครั้งที่ 7 ระหว่างวันที่ 26-30 ตุลาคม พ.ศ. 2552 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา องค์การอนามัยโลก ได้ประกาศให้ประเทศสมาชิก ให้ความสำคัญกับการพัฒนาให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ซึ่งความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกระบวนการ ทางปัญญา และทักษะทางสังคมที่ก่อให้เกิดแรงจูงใจ และความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาสุขภาพตนเองให้คงดีอยู่เสมอ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของ อุมาพร นิ่มตระกูล และพระวิสิทธิ์ ฐิตฺวิสิทฺโธ (2563)[19] ได้ศึกษาพฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจากพระคิลานุปัฏฐากสู่พระนักสื่อสารในเขตสุขภาพที่ 1 พบว่า ผลคะแนนเฉลี่ยพระสงฆ์ที่ผ่านการอบรมพระคิลานุปัฏฐากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพมากกว่าพระสงฆ์ที่ไม่ได้รับการอบรมมีความแตกต่างกัน

ทางสถิติ (p<.001) พระสงฆ์ส่วนใหญ่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับดี พระสงฆ์มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านต่าง ๆ หันมาดูแลสุขภาพตนเองมากขึ้นสามารถเอาตนเองเป็นต้นแบบและบอกต่อให้กับคนอื่น ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ลือรัตน์ อนุรัตน์พานิช (2561)[9] ที่ได้ศึกษา ความแตกฉานทางสุขภาพของพระภิกษุสูงอายุในโรงพยาบาลสงฆ์ พบว่า ความแตกฉานทางสุขภาพของพระสงฆ์ส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.5 มีความแตกฉานทางสุขภาพขั้นพื้นฐาน ซึ่งนับว่ามีความแตกฉานทางสุขภาพจำกัด (Limited Health Literacy) แสดงให้เห็นว่าพระสงฆ์สูงอายุมีความแตกฉานทางสุขภาพที่จำกัด ซึ่งอาจส่งผลเสียต่อการดูแลสุขภาพได้ กล่าวคือ ยังคงปฏิบัติตามคำสั่งของบุคลากรทางแพทย์เท่านั้น ยังไม่สามารถคิด วิเคราะห์ และแก้ปัญหาด้วยตนเองได้ นับว่าเป็นสิ่งที่น่าวิตกมาก เนื่องจากการมีความแตกฉานทางสุขภาพที่ต่ำ จะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางสุขภาพที่ไม่ดี และจะส่งผลกระทบด้านลบมาก ทั้งในด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และสังคม เป็นต้น

ผลการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ พบว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมการพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r =.819, p<.01) ซึ่งหมายถึง หากพระสงฆ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพสูงจะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพสูงตามไปด้วย แต่ในทางกลับกันหากมีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำก็จะมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพน้อยตามไปด้วย ข้อค้นพบในการวิจัยครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นส่วนสำคัญในการนำมาซึ่งการเปลี่ยนแปลงปัจจัยภายในตัวบุคคลอื่นๆ ของประชาชน[22] ควรมีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ ให้เป็นดัชนีที่สามารถสะท้อนและใช้อธิบายความเปลี่ยนแปลงของผลลัพธ์ทางสุขภาพที่เกิดขึ้น จึงควรมีการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อให้ประชาชนมีความสามารถในการดูแลสุขภาพของตนเองได้ กล่าวคือ ความรอบรู้ด้านสุขภาพถือเป็นปัจจัยกำหนดสุขภาพที่สำคัญมากอีกปัจจัยหนึ่ง การมีความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่เพียงพอจะส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเพิ่มมากขึ้น อีกทั้งยังทำให้พฤติกรรมการป้องกันโรคน้อยลง ทำให้การเข้ารับการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลบ่อยครั้งขึ้น เนื่องจากบุคคลไม่เข้าใจเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวตามคำแนะนำของแพทย์ที่ถูกต้องทำให้ส่งผลต่อค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพเพิ่มขึ้น องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ประเทศสมาชิกให้ความสำคัญกับการพัฒนาประชาชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่เป็นกระบวนการพัฒนาทักษะทางด้านปัญญา (Cognitive Skills) และทักษะทางสังคม (Social Skills) อันจะก่อให้เกิดแรงจูงใจของแต่ละบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจและใช้ข้อมูลข่าวสารเพื่อส่งเสริมและบำรุงรักษาให้ตนเองมีสุขภาพดีอยู่เสมอ[2] สอดคล้องกับการศึกษาของ เอกชัย ชัยยาทา (2560) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดลำพูน พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้แจ้งสูง มีระดับพฤติกรรมการรับประทานยา ในระดับสูงมากกว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับความรู้แจ้งต่ำ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของชลธิรา เรียงคำ และคณะ (2558)[3] ที่พบว่าระดับความแตกฉานทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 อีกทั้งจากการศึกษาของ แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริญศรี (2558)[17] พบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเรื้อรังหลายโรค ที่มารับบริการตรวจรักษาในสถานบริการระดับปฐมภูมิ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีความฉลาดทางสุขภาพอยู่ในระดับปานกลาง และความฉลาดทางสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมสุขภาพโดยรวม จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่า ความรอบรู้ด้านสุขภาพมีความสำคัญต่อระบบบริการสุขภาพเนื่องด้วยความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นการสร้างและพัฒนาขีดความสามารถของประชาชนให้สามารถดูแลสุขภาพตนเองและพฤติกรรมทางสุขภาพอย่างยั่งยืน จากการแนวคิดการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัย พระธรรมโมลี[5] กล่าวว่า ในส่วนของวิธีการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวมที่พระสงฆ์สามารถปฏิบัติได้ตามธรรมวินัยในสังคมปัจจุบันคือ 1) สุขภาพทางกาย เช่น การดูแลรักษาความสะอาด ร่างกายอย่างสม่ำเสมอ การตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง การรับประทานอาหารโดยพิจารณาอย่างรอบคอบ และรู้จักประมาณในการบริโภค การออกกำลังกายอย่าง สม่ำเสมอ โดยการทำกิจวัตรประจำวัน มีการกวาดวิหาร ลานเจดีย์ เป็นต้น 2) สุขภาพทางจิต ได้แก่ การผ่อนคลาย

อารมณ์ เช่น การออกกำลังกาย ทำกิจวัตรประจำวันของสงฆ์การทำวัตรสวดมนต์การเดินจงกรม การฝึกสมาธิ การแผ่เมตตา การพักผ่อนให้เพียงพอ และการแก้ไข ปัญหาตามหลักอริยสัจ 4 3) สุขภาพทางสังคม ได้แก่ ความสัมพันธ์ระหว่างสังคมสงฆ์ด้วยกัน มีการปฏิบัติตามพระธรรมวินัย และความสัมพันธ์ระหว่างสังคมสงฆ์ กับสังคมชาวบ้าน โดยการเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณ และเป็นผู้นำในการพัฒนา ฯลฯ 4) การดูแลสุขภาพทางปัญญาให้เจริญงอกงาม ตามหลักปัญญาวุฒิธรรม 4 ประการจึงจะได้บรรลุผล คือ สุขภาวะที่ประณีตยิ่งๆ ขึ้นไป จนถึงสุขภาวะอันสมบูรณ์ ความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นหนึ่งในปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลลัพธ์ทางพฤติกรรมสุขภาพในทุกช่วงวัย พระสงฆ์เป็นกลุ่มประชากรที่มีจำนวนมากขึ้น และมีลักษณะบางประการแตกต่างจากกลุ่มประชาชนทั่วไป เนื่องจากมีวิถีชีวิตที่อิงกับพระวินัยในศาสนาพุทธ ถ้าพระสงฆ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำอาจส่งผลให้เกิดโรค และปัญหาสุขภาพ อื่นๆ ตามมาได้ ดังนั้นในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพพระสงฆ์ควรเน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้สอดคล้องกับหลักธรรมวินัยตามบริบทพื้นที่นั้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลสารสนเทศให้กับผู้บริหาร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม และสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดนครพนม ในการกำหนดนโยบาย การพัฒนางานด้านสาธารณสุขด้านการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ หรือปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานเสริมสร้างวัดรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

ข้อเสนอแนะวิจัยเชิงวิชาการ

1. จากการศึกษาพบว่า พฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ อยู่ในระดับมาก แต่ก็ยังพบว่าพระสงฆ์บางส่วนยังมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพอยู่ในระดับปานกลางและน้อยอยู่ จึงควรส่งเสริมหรือจัดโปรแกรมด้านสุขภาพให้แก่พระสงฆ์ โดยส่งเสริมให้กำหนดเป้าหมายการปฏิบัติตามหลักดูแลสุขภาพและเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพด้วยตนเอง ควรมีระบบการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์แบบองค์รวม

2. จากผลการวิจัยพบว่า ระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของพระสงฆ์ อยู่ในระดับดีมาก แต่ก็ยังพบว่า พระสงฆ์ยังมีความรอบรู้ด้านสุขภาพในระดับพอใช้และไม่ดีพอ ควรส่งเสริมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับพระสงฆ์จังหวัดนครพนม เช่น การจัดกิจกรรมการเรียนรู้การสื่อสารและรณรงค์ด้านสุขภาพ การกำหนดมาตรการทางสังคม การจัดปัจจัยเอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต้องสอดคล้องกับพระธรรมวินัย และสอดคล้องกับศรัทธา ความเชื่อและวิถีชุมชนด้วยสุขภาพ รวมถึงฝึกฝนเรื่องการจัดการตนเอง เป็นต้น

3. สามารถนำไปใช้ต่อยอดในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ โดยเน้นการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้แก่พระสงฆ์ตามหลักพระธรรมวินัย โดยออกแบบให้มีความเฉพาะเจาะจงกับบริบทของพระสงฆ์และพื้นที่ เพื่อให้พระสงฆ์มีความรอบรู้ด้านสุขภาพและนำไปสู่การมีพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำการทบทวนวรรณกรรมและการดำเนินการวิจัยเพื่อค้นหาปัจจัยอื่นๆ ที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพพระสงฆ์ ที่จะนำไปสู่การมีข้อมูลเชิงประจักษ์ (Empirical Data) ในการใช้ประโยชน์ของหน่วยงานทางพระพุทธศาสนา หน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณเจ้าอาวาสและพระสงฆ์ทุกรูปที่ให้ความร่วมมือในการทำแบบสอบถาม และขอขอบพระคุณสำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดนครพนมที่ให้ความอนุเคราะห์ในระหว่างการเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. **รายงานข้อมูลของโรงพยาบาลสงฆ์ ตามโครงการพัฒนาการดูแลสุขภาพพระสงฆ์ สามเณร**. http://www.hfocus.org/ content/2016/07/12420. สืบค้นเมื่อ (20/กุมภาพันธ์/2563).

2.กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. **แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) เพื่อ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม 3 อ.2 ส. และลดเสี่ยง**. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, 2556.

3.ชลธิรา เรียงคำ และคณะ. " ความแตกฉานด้านสุขภาพ การรับรู้สมรรถนะแห่งตนในการดูแลตนเอง อายุ และความสามารถในการมองเห็นในการทำนายพฤติกรรมในการดูแลตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2". **วารสารพยาบาลศาสตร์**. 3(4) : 35-46, 2558.

4.ผ่องศรี วาณิชย์สุภวงศ์. **เอกสารคำสอนและระเบียบวิธีวิจัยทางการศึกษา**. พิมพ์ครั้งที่3. ภาควิชาบริหารการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ ปัตตานี, 2546.

5.พระธรรมโมลี(ทองอยู่ ญาณวิสุทฺโธ). **การศึกษาเชิงวิเคราะห์วิถีชีวิตพฤติกรรมสุขภาพและการดูแลรักษาสุขภาพแบบองค์รวมของพระสงฆ์ตามที่ปรากฏในพระไตรปิฎก**. วิทยานิพนธ์พุทธศาสตรดุษฎีบัณฑิต, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย, 2551.

6.พระมหามินภัทร คำชะนาม. **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดนครปฐม**. วิทยานิพนธ์ศิลปะศาสตร์มหาบัณฑิต, มหาวิทยาลัยศิลปากร, 2552.

7.มาลินี ทำใจบุญ. " การจัดการการดูแลตนเองของพระสงฆ์อาพาธ ด้วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการที่คลินิกเบาหวาน โรงพยาบาลสงฆ์". **วารสารกรมการแพทย์**. 42(2) : 68-75, 2560.

8.ยุพยง พรหโมบล และคณะ. "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพของพระสงฆ์ที่มารับบริการ ณ หน่วยหอผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลสงฆ์กรุงเทพมหานคร". **วารสารกรมการแพทย์**. 30 (5) : 267-275, 2548.

9.ลือรัตน์ อนุรัตน์พานิช. "ความแตกฉานทางสุขภาพของพระภิกษุสูงอายุในโรงพยาบาลสงฆ์". **วารสารมนุษยศาสตร์สังคมศาสตร์ และศิลปะ**. 11(1) : 2643-2656, 2561.

10.วีรสิทธ หลงเจริญ. **พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์ในเขตอำเภอเมืองจันทบุรี** . วิทยานิพนธ์หลักสูตรรัฐประสาศนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการภาครัฐและภาคเอกชน, มหาวิทยาลัยบูรพา, 2557.

11.สนธนา สีฟ้า. **พฤติกรรมการสร้างเสริมสุขภาพของพระภิกษุ ในจังหวัดปัตตานี**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาหลักสูตรและการสอน, มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์วิทยาเขตปัตตานี, 2559.

12.สุชาดา วงศ์สืบชาติ. **พฤติกรรมการดูแลสุขภาพของพระสงฆ์ในกรุงเทพมหานคร: กรณี ศึกษา วัดมหาธาตุยุวราชรังสฤษฎิ์วัดพระเชตุพน วิมลมังคลาราม และวัดปากน้ำภาษีเจริญ**. วิทยานิพนธ์หลักสูตรพุทธศาสตรมหาบัณฑิต (พระพุทธศาสนา) บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย, 2554.

13.สุภาพร นาคบัลลังก์ และ มนฤทัย ไชยวิเศษ. **รายงานการวิจัย เรื่อง การปรับตัวและการจัดการทางวัฒนธรรมของชุมชนรอบวัดเพื่อการดำรงอยู่ของวัฒนธรรมล้านนา**. คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2548.

14.สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. **ธรรมนูญพระสงฆ์แห่งชาติ**. พิมพ์ครั้งที่ 6. บริษัท โอ.เอส. พริ้นติ้ง เฮ้าส์ จำกัด นนทบุรี, 2560.

15.สำนักงานพระพุทธศาสนาจังหวัดนครพนม. **ข้อมูลพระสงฆ์ในจังหวัดนครพนม**. http://npm.onab.go.th/index.php, สืบค้นเมื่อ (20/ มกราคม/ 2563).

16.สำนักงานสนับสนุนบริการสุขภาพ เขต 8 จังหวัดอุดรธานี. **แนวคิดการจัดทำการขับเคลื่อนการเข้าถึงบริการสิทธิ หลักประกันสุขภาพแห่งชาติของพระสงฆ์ในพื้นที่เขต 8 อุดรธานี.** https://r8way.moph.go.th/r8wayadmin/page/uploads_file /20190211105932_Slide_%20ชี้แจงโครงการพระสงฆ์%20PPA.pdf. สืบค้นเมื่อ (20/ กุมภาพันธ์/2563).

17.แสงเดือน กิ่งแก้ว และนุสรา ประเสริฐศรี. "ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดและพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุที่เป็น โรคเรื้อรังหลายโรค". **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข**. 25(3) : 43-54, 2558.

18.อังศินันท์ อินทรกำแหง. **สังเคราะห์และสร้างเครื่องมือวัดความรอบรู้ด้านสุขภาพสำหรับเด็กและเยาวชน เรื่อง ภาวะน้ำหนักเกิน (อ้วน) และท้องก่อนวัยอันควร**. สถาบันวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ กรุงเทพฯ, 2557.

19.อุมาพร นิ่มตระกูล และพระวิสิทธิ์ ฐิตฺวิสิทฺโธ. **"**พฤติกรรมสุขภาพของพระสงฆ์กับความรอบรู้ด้านสุขภาพจากพระคิลานุปัฏฐากสู่พระนักสื่อสารในเขตสุขภาพที่ 1**". วารสารพุทธศาตร์ศึกษา**. 11(1) : 33-51, 2563.

20.เอกชัย ชัยยาทา. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรอบรู้ด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการรับประทานยาและการมาตรวจตามนัดของผู้ป่วยโรคเรื้อรังในจังหวัดลำพูน.** วิทยานิพนธ์หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต วิชาเอกการจัดการการสร้างเสริมสุขภาพ คณะสาธารณสุขศาสตร์, มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2560.

21.Krejcie, R.V., & D.W. Morgan. "Determining Sample Size for Research Activities**". Educational and Psychological Measurement**. 30(3) : 607 – 610, 1970.

22.Nutbeam, D. "The evolving concept of health literacy**". Social Science and Medicine.** 67 : 2072-2078, 2008.

การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา

Nursing care of Ischemic stroke patients: cases study

วันทนา ทวีธนาปภาวี[1], สุดถนอม ปิตตาทะโน[2]

wantana taweetanapaparwee[1], sudthanom pittathano[2]

(Received: October 19,2020; Accepted: November 26,2020)

บทคัดย่อ

บทความนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน และเปรียบเทียบการพยาบาลรายกรณีศึกษา กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน (Ischemic Stroke) ที่เข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ระหว่างเดือนสิงหาคม ถึง ธันวาคม 2562 จำนวน 2 ราย วิธีดำเนินการมี 3 ขั้นตอนคือ 1) ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน 2) รวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วย ญาติ สหสาขาวิชาชีพผู้ดูแลผู้ป่วย และเวชระเบียน 3) วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบ ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดงการรักษา ปัญหา ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลการ

ผลการศึกษา กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 68 ปี อาการสำคัญ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล สับสน พูดไม่รู้เรื่อง ปากเบี้ยว มือและแขนข้างซ้ายสั่นและอ่อนแรง การวินิจฉัยโรค Ischemic Stroke วินิจฉัยทางการพยาบาล กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 46 ปี อาการสำคัญ 40 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการชักเกร็ง ตาค้าง หลังจากนั้นพูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง การวินิจฉัยโรค Ischemic Stroke วินิจฉัยทางการพยาบาล จากการศึกษาผู้ป่วยทั้งสองราย พบว่าความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชน จะช่วยส่งเสริมให้ ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวได้อย่างปกติสุข มีภาวะพึ่งพิงน้อยที่สุด

คำสำคัญ: โรคหลอดเลือดสมองตีบตัน, การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน

Abstract

This article aims to study the knowledge of the nursing of Ischemic stroke patients, and comparing the study of the patients of Ischemic Stroke, who were treated as patients in Lamsonthi Hospital, Lopburi province, between August and December 2019, 2 patients, There are 3 steps to perform: 1) Study papers, textbooks, research related to nursing, stroke, 2) collect data from patients, relatives, multidisciplinary, patient care team, and medical records. 3) compairSymptoms and symptoms of treatment, problems, nursing, planning, and nursing care.
Case study

Result: case study1: 68-year-old Thai female, major symptoms: 30 minutes before coming to the hospital, confused, shaking and weakening her left arm. Diagnosed: Ischemic Stroke.Case study2: 46-year-old Thai male, major symptoms: 40 minutes before coming to the hospital, seizures, persistent eyes, and shortness of speech, weak limbs. Diagnosed: Ischemic Stroke. Found that the patient's ability to take care of themselves family and community engagement will help Patients can live with their families in a normal way, with minimal reliance

Keyword: Ischemic stroke, nursing care of Ischemic stroke patients.

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมอง (Cerebrovascular disease, Stroke) หมายถึง ภาวะที่มีการสูญเสียการทำหน้าที่ของสมอง เป็นผลมาจากการขาดเลือดไปเลี้ยงสมองส่วนใดส่วนหนึ่ง โรคหลอดเลือดสมอง แบ่งเป็น 2 ประเภท คือ โรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน (ischemic stroke) และโรคหลอดเลือดสมองชนิดเลือดออกในสมอง (hemorrhagic stroke) [(1)] ซึ่งโรคหลอดเลือดสมองชนิดตีบหรืออุดตัน เป็นภาวะที่พบบ่อย พบได้ประมาณ

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี

[2] อาจารย์พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สระบุรี

ร้อยละ 80 ของโรคหลอดเลือดสมอง สามารถแบ่งได้เป็น 2 ลักษณะ คือ การตีบตันของหลอดเลือดในสมองส่วนใหญ่มักจะมีความสัมพันธ์กับภาวะหลอดเลือด แข็งตัว (atherosclerosis) และความดันโลหิตสูง (hypertension) เป็นเวลานาน โดยภาวะหลอดเลือดแข็งตัวจะทำ ให้รูของหลอดเลือดแดงในสมองมีขนาดเล็กลง จนเลือดไม่สามารถไหลเวียนไปเลี้ยงสมองได้อย่างเพียงพอ การตีบตันหลอดเลือดสามารถเกิดขึ้นได้ทุกแห่งของหลอดเลือดสมอง โดยจะพบมากที่บริเวณหลอดเลือดแดงส่วนกลาง (middle cerebral arteries) และอีกสาเหตุหนึ่งคือ การอุดตันของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากลิ่มเลือดที่ไหลเวียนอยู่ในกระแสเลือด ต้นกำเนิดของลิ่มเลือดดังกล่าวมักเกิดจากหัวใจ ภาวะหรือโรคหัวใจที่ทำ ให้เกิดลิ่มเลือดในกระแสเลือด ได้แก่ ภาวะหัวใจเต้นพลิ้ว (atrial fibrillation) โรคลิ้นหัวใจ (vulvular heart disease) หรือจากการใส่ลิ้นหัวใจเทียม และภายหลังการผ่าตัดหัวใจ การอุดตันของหลอดเลือดสมองที่เกิดจากสิ่งอุดกั้นอื่น ๆ ที่ลอยในกระแสเลือด เช่น ฟองอากาศ ชิ้นส่วนของไขมันที่เกิดภายหลังจากการได้รับบาดเจ็บ หรือกระดูกหัก ทั้งสองสาเหตุข้างต้นทำให้เกิดภาวะสมองขาดเลือดไปเลี้ยง ส่งผลให้สมองสูญเสียการทำหน้าที่จนเกิดภาวะพิการ อวัยวะสูญเสียหน้าที่ ไม่สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ หรืออาจร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิตได้ อาการและอาการแสดงของโรคหลอดเลือดสมอง อาจมีเพียงเล็กน้อยถึงรุนแรง โดยจะขึ้นอยู่กับตำแหน่งที่เกิดรอยโรค ระยะเวลาที่สมองขาดเลือดหรือถูกกด อาการที่พบบ่อย ได้แก่ อาการอ่อนแรงหรือชาครึ่งซีกของร่างกายทันทีทันใด ตามัวหรือมองไม่เห็นทันทีทันใดโดยเฉพาะที่มีอาการเพียงข้างเดียว พูดตะกุกตะกัก พูดไม่ชัด นึกคำพูดไม่ออกหรือไม่เข้าใจคำพูดขึ้นมาทันทีทันใด ปวดศีรษะรุนแรงฉับพลันชนิดที่ไม่เคยเป็นมาก่อน และเวียนศีรษะบ้านหมุน หากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันหรือญาติ สามารถประเมินได้ว่าอาการที่เกิดขึ้นนั้นเป็นอาการของโรคหลอดเลือดสมอง การรับรู้ดังกล่าวมีแนวโน้มจะทำให้ระยะเวลามาถึงโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันลดลง[2] ภาวะหลอดเลือดสมองตีบตัน เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก จากรายงานขององค์การอัมพาตโลก (World stroke Organization: WSO) พบว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก พบผู้ป่วยจำนวน 80 ล้านคน ผู้เสียชีวิตประมาณ 5.5 ล้านคน และยังพบผู้ป่วยใหม่ถึง 13.7 ล้านคนต่อปี โดย 1 ใน 4 เป็นผู้ป่วยที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไป และร้อยละ 60 เสียชีวิตก่อนวัยอันควร นอกจากนี้ ยังได้ประมาณการความเสี่ยงของการเกิดโรคหลอดเลือดสมองในประชากรโลกปี 2562 พบว่า ทุกๆ 4 คน จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง 1 คน โดยร้อยละ 80 ของประชากรโลกที่มีความเสี่ยงสามารถป้องกันได้[3] และภาวะนี้ยังเป็นภาวะคุกคามอย่างยิ่งต่อสุขภาพของประชากรในประเทศที่กำลังพัฒนาในทวีปเอเชียที่พบว่ามีอัตราตายด้วยโรคสมองขาดเลือดสูงกว่าในยุโรปหรืออเมริกาเหนือ[4]

ในประเทศไทย จากรายงาน ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขพบว่า จำนวนผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง ต่อประชากร 100,000 คน ปี 2559-2561[5] มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยมีอัตราป่วย 451.29, 467.46 และ506.20 ตามลำดับ ส่วนอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ต่อประชากร 100,000 คน ปี 2559-2561[6] มีแนวโน้มสูงอย่างต่อเนื่องเช่นกัน โดยพบอัตราตาย 48.13, 47.81 และ 47.15 ตามลำดับ และจากการศึกษาการสถานการณ์การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจากโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่สำคัญประกอบด้วย 5 กลุ่ม ได้แก่โรคเบาหวาน, โรคหลอดเลือดสมอง, โรคหัวใจขาดเลือด,ภาวะความดันโลหิตสูง,และโรคทางเดินหายใจอุดกั้น [7] พบว่า โรคหลอดเลือดสมอง มีอัตราการตายสูงที่สุดในระหว่าง 5 โรคดังกล่าว โดย มีอัตราตายมาก กว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือดเป็น 1.5-2 เท่าตัว จากสถานการณ์ดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า โรคหลอดเลือดสมองสามารถเกิดได้กับประชาชนทุกกลุ่มวัย และปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในการเกิดโรคได้แก่ โรคความดันโลหิตสูง โรคเบาหวาน ภาวะโรคหัวใจ ไขมันในเลือดสูง สูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ แนวโน้มอัตราตายโรคหลอดเลือดสมองเพิ่มขึ้นจาก 31.7 ต่อ100,000 เมื่อปี 2555 เป็น 43.3 ต่อ100,000 ในปี 2558 และอัตราตายจากวัยอันควรระหว่างอายุ 30-69 ปี จาก 33.5 ต่อ100,000 เพิ่มเป็น 40.9 ต่อ100,000 กระทรวงสาธารณสุข ได้วิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงพื้นฐานที่ เป็นภัยคุกคามสุขภาพจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารและเครื่องดื่มที่มีรสหวาน มันเค็มมากเกินไป กินผักและผลไม้น้อยขาดการออกกำลังกาย ไม่สามารถจัดการกับอารมณ์และความเครียดได้ สูบบุหรี่ ดื่มสุรา มีภาวะน้ำหนักเกิน ที่ส่งผลเกิดโรควิถีชีวิต ที่มี

ปัจจัยเสี่ยงร่วมกัน และมีความสัมพันธ์กับ 5 โรค ได้แก่ โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหัวใจ โรคหลอดเลือดสมอง และโรคมะเร็ง จึงได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย โดยมีเป้าหมายหลักในการลดปัญหาโรคสำคัญดังกล่าว โดยเน้นให้ผู้ให้ประชาชนมีการบริโภคที่เหมาะสม การออกกำลังกายที่เพียงพอ มีการจัดการอารมณ์ได้เหมาะสม

สำหรับเขตบริการสุขภาพที่ 4 จากรายงาน ของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราผู้ป่วยในโรคหลอดเลือดสมอง ต่อประชากร 100,000 คน ปี 2559-2561 [8] มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยพบอัตราป่วย 484.46, 494.06 และ 519.76 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าอัตราป่วยเฉลี่ยระดับประเทศ ส่วนอัตราผู้ป่วยในของจังหวัดลพบุรี ในปีเดียวกันเท่ากับ 485.48, 484.02 และ 524.11 ตามลำดับ สำหรับอัตราการเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง ปี 2559-2561[9] ของเขตบริการสุขภาพที่ 4 ยังสูงกว่าค่าเฉลี่ยระดับประเทศเช่นกัน โดยพบอัตราตาย 61.09, 54.08 และ 53.75 ตามลำดับ

ระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ประกอบด้วย 3 ระยะ ได้แก่ 1) ระยะก่อนมาโรงพยาบาล (Pre-hospital) เป็นการคัดกรองผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้ความรู้เกี่ยวกับอาการผิดปกติที่ต้อง ตรวจรักษา 2)ระยะเฉียบพลัน (acute stroke treatment) โดยบริหารจัดการระบบการดูแลตั้งแต่แรกรับจนถึงหอผู้ป่วย และ 3) ระยะฟื้นฟูสภาพ (early rehabilitation) เพื่อส่งเสริมการฟื้นหายลดความพิการและภาวะแทรกซ้อนให้ได้มากที่สุด[10] เมื่อเกิดการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองขึ้น ย่อมส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยที่จะมีอาการหนักขึ้นในทุกระยะการเจ็บป่วยและหากระบบบริการสุขภาพ ไม่มีการเตรียมความพร้อมที่ดี จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายถึงชีวิตหรือเกิดความพิการอย่าถาวรทำให้สูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันตามปกติ ซึ่งจะส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและครอบครัวในระยะยาว รวมถึงผลกระทบ ด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างมาก โรคหลอดเลือดสมองมีความซับซ้อน ต้องการการรักษาที่เฉพาะแบบเร่งด่วนเพื่อรักษาชีวิต และลดความพิการไม่ให้รุนแรงมากขึ้น การรักษา ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลัน โดยเฉพาะในระยะ 72 แรกหลังจากเกิดอาการถือว่าเป็นโอกาสทอง ในการรักษาเพื่อจำกัดความรุนแรงของโรคและการฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน เป็นช่วงที่สมองอ่อนไหวต่อการเปลี่ยนแปลง อาการของผู้ป่วยอาจดีขึ้นหรือเลวลง อาจมีความพิการมากขึ้น หรือถึงขั้นเสียชีวิตได้หากไม่ได้รับการรักษาอย่างถูก ต้องและทันท่วงทีโดยทีมสหสาขาวิชาชีพ ปัจจุบันมีการพัฒนาระบบบริการรักษาโรคหลอดเลือดสมองในระยะเฉียบพลันในโรงพยาบาลผ่านระบบช่องทางด่วน (stroke fast tract) ซึ่งมีการพัฒนาและนำมาใช้อย่างแพร่หลาย มีรายงานการวิจัยที่ชี้ให้เห็นว่าระบบ stroke fast track ช่วยลดอัตราการตายและความรุนแรงของ ความพิการได้อย่างชัดเจน ผลลัพธ์และการพยากรณ์ ของโรคหลอดเลือดสมองขึ้นอยู่กับคุณภาพในการดูแลผู้ป่วย จึงจำเป็นต้องวินิจฉัยให้ทันเวลาและต้องรับผู้ป่วยไว้ในโรงพยาบาลเพื่อให้ได้รับการดูแลอย่างใกล้ชิดในหอผู้ป่วย ซึ่งพยาบาลเป็นบุคลากรที่มีความสำคัญในการดูแลในหอผู้ป่วยเนื่องจากเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยใกล้ชิดตลอด 24 ชั่วโมง การให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัยฟื้นตัวจากความบกพร่องทางระบบประสาทได้เร็วและกลับมาดูแลตนเองได้ ซึ่งจะช่วยลดผลกระทบต่อตนเองครอบครัวและสังคมได้ดังกล่าวมาแล้วข้างต้น

โรงพยาบาลลำสนธิ เป็นเครือข่ายการบริการด้านสาธารณสุข ของอำเภอลำสนธิ จังหวัดลพบุรี เป็นสถานบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ พบมีประชาชนเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ปี 2559-2561 จำนวน 49, 53 และ 48 คน คิดเป็นร้อยละ 2.01, 2.82 และ 2.55 ตามลำดับ [11] ซึ่งมีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงจำเป็นต้องมีการศึกษาผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาแบบผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมอง ถึงสภาวการณ์ของการเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง และการพยาบาลที่เหมาะสม เพื่อนำมาพัฒนาระบบบริการพยาบาลให้ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้รับการดูแลอย่างมีประสิทธิภาพ ส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้กับภาวะโรคที่เป็นอย่างปกติสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบและตัน

2. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตันเปรียบเทียบรายกรณีศึกษา

วิธีการศึกษา

1. เลือกกรณีศึกษาจากผู้ป่วยที่รับเข้ารักษาเป็นผู้ป่วยใน ระหว่างเดือน สิงหาคม – ธันวาคม 2562

2. ศึกษาค้นคว้าเอกสาร ตำรา งานวิจัย ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน

3. ประเมินความต้องการการพยาบาลของผู้ป่วยโดยใช้แนวคิดและแบบแผนสุขภาพตามทฤษฎีทางการพยาบาลของกอร์ดอนและทฤษฎีทางการพยาบาลของโอเร็ม

4. ปฏิบัติการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาล

5. ขั้นสรุปอภิปรายและจัดทำรายงานผลการศึกษา

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบตัน ที่เข้ารักษาในหอผู้ป่วยใน โรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ระยะเวลาดำเนินการระหว่าง เดือนสิงหาคม 2562 ถึงเดือนธันวาคม 2562

ผลการศึกษา

ตาราง 1 ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

ข้อมูลทั่วไป	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
เพศ	หญิง	ชาย
อายุ (ปี)	68	46
การศึกษา	ป.4	ม.3
อาชีพ	แม่บ้าน	รับจ้างทั่วไป
สถานภาพ	คู่	หย่าร้าง
สิทธิการรักษา	บัตรทอง	บัตรทอง
ภูมิลำเนา	จังหวัดยโสธร	จังหวัดลพบุรี
ผู้ดูแล	บุตรสาว	น้องชาย
วันที่รับเข้านอน	13 สิงหาคม 2562	24 ธันวาคม 2562
วันที่จำหน่ายออก	19 สิงหาคม 2562	29 ธันวาคม 2562
การวินิจฉัยโรค	Ischemic Stroke	Ischemic Stroke

ตาราง 2 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การเปรียบเทียบเพื่อนำสู่การวางแผนการพยาบาล
อาการสำคัญ อาการแรกรับ	30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล สับสน พูดไม่รู้เรื่อง ปากเบี้ยว มือและแขนข้างซ้ายสั่นและอ่อนแรง พูดสับสน พูดไม่ชัด ปากเบี้ยวข้างซ้าย GCS = 14 E4V4M6 pupil 2 mm. Both RA แขนขาซ้ายอ่อนแรง Motor power แขนขาซ้ายระดับ 4 แขนขาขวาระดับ 5 T=39 °C, P= 92 beat/min, RR= 26 beat/min BP= 210/100 mmHg, SpO2 room air 98 %, DTX stat = 220 mg/dl	40 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการชักเกร็ง ตาค้าง หลังจากนั้นพูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง พูดคุยตอบคำถามได้ช้าๆ พูดไม่ชัด ลืมตาเมื่อเรียก GCS = 14 E4V4M6 pupil 2 mm. Both RA แขนขาซ้ายอ่อนแรง Motor power แขนขาซ้ายระดับ 4 แขนขาขวาระดับ 5 T=37.4 °C, P= 86 beat/min, RR= 22 beat/min BP= 140/90 mmHg, SpO2 room air 96 %	ผู้ป่วยทั้งสองรายพบอาการทางคลินิกที่สำคัญคือ 1) การอ่อนแรงด้านตรงข้ามกับด้านที่มีพยาธิสภาพ 2) มี hemiparesis 3) พยาธิสภาพในสมองซีกที่ไม่เด่น (non-dominant hemisphere) คือสมองด้านขวาผู้ป่วยมักมีปัญหาด้านการรับรู้ บกพร่องในการพูด (aphasia) 4) มีการกลืน ลำบาก (dysphagia) [12] แตกต่างกันที่ รายที่ 1 มีไข้สูง ผล CT scan พบ Focal ill-defined hypodense lesion right Cerebellum could be motion artifact or acute infarction. รายที่ 2 มีอาการชัก ผล CT scan พบ Hypodense lesion Rt Corona radiate and Rt internal capsule
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง เป็นมาประมาณ 10 ปี ขาดการรักษามา 1 ปี	ป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงมาประมาณ 5 ปี รักษาไม่สม่ำเสมอ	ความดันโลหิตสูง ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 2.6 เท่า และเบาหวาน ไขมันในเลือดสูง อ้วนลงพุง(BMI=28.09)ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 1.9 เท่า [13]
การแพ้ยาแพ้อาหาร	ปฏิเสธ	ปฏิเสธ	-

ตาราง 2 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การเปรียบเทียบเพื่อนำสู่การวางแผนการพยาบาล
การใช้ยา/สารเสพติด	ปฏิเสธ	ดื่มสุรา 40 ดีกรี วันละ 1 ขวด ดื่มมา 20 ปี ปัจจุบันยังดื่มอยู่ สูบบุหรี่ วันละ 10 มวน สูบมา 20ปี ปัจจุบันยังสูบอยู่	การดื่มสุรา ทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 1.5 เท่า สูบบุหรี่ 2.4 เท่า และความเสี่ยงจะเพิ่มขึ้นตามปริมาณการสูบ[14]
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	มารดาป่วยเป็นอัมพาตติดเตียง 3 ปี ก่อนเสียชีวิต	ปฏิเสธโรคเรื้อรังในครอบครัว	ประวัติการป่วยในครอบครัวเป็น Non-Modifiable risk factor ที่ทำให้มีเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง[15]
ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงได้(Modifiable risk factors)	ความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง อ้วน(BMI=28.09)	ความดันโลหิตสูง ดื่มสุรา สูบบุหรี่	กรณีศึกษาทั้งสองรายมีปัจจัยเสี่ยงที่คล้ายกันคือป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูง ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 2.6 เท่า ที่แตกต่างคือ รายที่ 1 มีโรคร่วมอื่นคือ เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง อ้วนลงพุง(BMI=28.09)ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 1.9 เท่า ส่วนรายที่ 2 มีการดื่มสุรา ซึ่งทำให้มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 1.5 เท่า สูบบุหรี่ ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ทำให้มีความเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองมากกว่าคนปกติถึง 2.4 เท่า[16]
ปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไม่ได้ (Non-Modifiable risk factors)	อายุ 68 ปี มีญาติสายตรงเป็นอัมพาต	ไม่มี	กรณีศึกษาที่ 1 มีญาติสายตรงเป็นอัมพาต ซึ่ง การมีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคนี้จะทำให้เกิดความเสี่ยงมากกว่าคนที่ไม่มีญาติสายตรงป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมอง
แบบแผนสุขภาพที่มีปัญหา	รับประทานอาหารรสหวาน มัน เค็ม รสจัด ไม่ออกกำลังกาย มีความเชื่อว่าโรคนี้เป็นโรคที่เป็นพันธุกรรมป้องกันไม่ได้ และการรักษาโรคเรื้อรังไม่ต่อเนื่อง	รับประทานอาหารรสจัดไม่ออกกำลังกาย มีความเครียดสะสมเรื่องครอบครัวที่อย่าร้างและการรักษาโรคเรื้อรังไม่ต่อเนื่อง ดื่มสุราและสูบบุหรี่จัดมามากกว่า 10 ปี	กรณีศึกษาทั้งสองราย มีพฤติกรรมเสี่ยง การควบคุมอาการของโรคเรื้อรังไม่ดี ทำให้ มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง จากผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ รายที่ 1 พบ Cholesterol=271 mg/dl, Triglyceride=192 mg/dl,LDL = 192 mg/dl, Fasting plasma glucose = 166 mg/dl, HbA1c =12.4, PT=13.0 sec,INR=1.06 Urine analysis: Blood 3+ รายที่ 2 พบ Cholesterol = 239 mg/dl LDL = 125 mg/dl, WBC=15,260 cell/mm^3 PT=16.0 sec,INR=1.47
การรักษาที่ได้รับ	Aspirin 300 mg 1 tab OD, Simvastatin 20 mg 2 tab hs, Enaril (5mg) 1 tab OD keep BP≤220/120 mmHg, Metformine 2 tab bid pc, Cef-3 (2 gm.) ทางหลอดเลือดดำ OD DTX ทุก 6 ชั่วโมง keep 80-200 mg/dl ถ้า DTX = 201-250 ให้ RI 4 unit, 251-300 ให้ RI 6 unit, 301-350 ให้ RI 8 unit, 351-	Aspirin 300 mg 1 tab OD, Simvastatin 20 mg 2 tab hs, Cef-3 (2 gm.) ทางหลอดเลือดดำ OD, Pnenytion injection (250 mg) 5 ml เข้าหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง, และ Vitamin A 100 mg เข้าหลอดหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง x 3 วัน	การรักษาโรคหลอดเลือดสมองตีบตันมีดังนี้ 1. การให้ยาสลายลิ่มเลือด (Tissue plasminogen activator, t-PA) ทางหลอดเลือดดำ กรณีศึกษาทั้งสองรายไม่ได้รับการพิจารณารักษาด้วยวิธีนี้ 2. การให้ยาต้านเกร็ดเลือด โดยรับประทานยาแอสไพรินอย่างน้อย 160 mg ต่อวันภายใน 48 ชั่วโมง

ตาราง 2 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การเปรียบเทียบเพื่อนำสู่การวางแผนการพยาบาล
	400 ให้ RI 10 unit ใต้ผิวหนัง, On O_2 cannula 4 ลิตร/นาที เฝ้าระวัง GCS ถ้าลดลง≥2 รายงาน ถ้า Motor movement ลดลง≥1 รายงาน ปรึกษา PT เรื่องหัดเดิน		หลังเกิดอาการ กรณีศึกษาทั้งสองรายได้รับ Aspirin (300 mg) 1 tab OD 3. การผ่าตัดเปิดกระโหลก (Hemi craniectomy) จะพิจารณาทำเฉพาะในกรณีที่มีอาการรุนแรงและมีการตีบหรืออุดตันของหลอดเลือดแดงใหญ่ Middle cerebral atery ในสมองเท่านั้น หรือ การขยายหลอดเลือดโดยการผ่าตัด (Carotid endarterectomy) กรณีศึกษาทั้งสองรายไม่ได้รับการพิจารณารักษาด้วยวิธีนี้[16] 4. การรักษาอื่นๆ ได้แก่ การป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำด้วยการให้ยาต้านเกร็ดเลือดหรือยาป้องกันการแข็งตัวของเลือด กรณีศึกษาทั้งสองรายได้รับ Aspirin (300 mg) 1 tab OD ต่อเนื่องอีก 30 วัน และการทำกายภาพบำบัดจะช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูร่างกายให้กลับมาใกล้เคียงกับสภาพเดิมให้มากที่สุดได้[17] กรณีศึกษาทั้งสองรายได้รับกายภาพบำบัดจนสามารถกลับมาช่วยเหลือตัวเองได้ดีขึ้น 5. การรักษาภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อ กรณีศึกษาทั้งสองรายได้ รับการรักษาด้วย Cef-3 (2 gm.) ทางหลอดเลือดดำ OD และรักษาโรคประจำตัวคือ รายที่ 1 ได้รับการรักษาโรคเบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง ส่วนรายที่ 2 ได้รับการรักษา ความดันโลหิตสูง ไขมันในเส้นเลือดสูง และภาวะถอนพิษสุรา
การวินิจฉัยทางการพยาบาล	1. เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) 2. การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีการอุดตันของหลอดเลือดในสมอง 3.เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากได้รับยาต้านเกร็ดเลือด 4. เสี่ยงต่อภาวะ เส้นเลือดดำที่ขาและปอดอุดตัน จากการนอนนานและเคลื่อนไหวได้น้อย 5.เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บเนื่องจากมีภาวะสับสน กล้ามเนื้ออ่อนแรงและความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง 6.เสี่ยงต่อทางเดินหายใจอุดกั้นและประสิทธิภาพการหายใจลดลง เนื่องจากการสำลักและความสามารถในการไอขับเสมหะลดลง	1.เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) 2. การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีการอุดตันของหลอดเลือดในสมอง 3. เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากได้รับยาต้านเกร็ดเลือด 3.เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บเนื่องจากมีภาวะสับสน และมีอาการชักเกร็ง 4.มีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำเนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของโรคและมีพฤติกรรมเสี่ยง 5. ครอบครัวได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย 6. ภาวะโภชนาการบกพร่อง เนื่องจากกลืนลำบาก และพิษสุราเรื้อรัง	กรณีศึกษาทั้งสองรายมีการวินิจฉัยทางการพยาบาลที่คล้ายกันบางส่วนคือ เสี่ยงต่อภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง (IICP) เนื่องมีความดันโลหิตสูง , การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีการอุดตันของหลอดเลือดในสมอง, เสี่ยงต่อภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากได้รับยาต้านเกร็ดเลือด, เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บเนื่องจากมีภาวะสับสน, มีโอกาสกลับมาเป็นซ้ำจากขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุของโรคและมีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งปัญหาเหล่านี้เกิดจากพยาธิสภาพของหลอดเลือดสมองและมีภาวะโรคร่วมคือความดันโลหิต [17,18,19]แต่ทั้งสองรายยังพบปัญหาที่มีความซับซ้อนที่แตกต่างกัน คือ กรณีศึกษาที่ 1 พบว่า เสี่ยงต่อภาวะ เส้นเลือดดำที่ขาและปอดอุดตัน จากการนอนนานและเคลื่อนไหวได้น้อย ผู้ป่วยรายนี้มีภาวะอ้วน มีโรคประจำตัว, เสี่ยงต่อภาวะทางเดินหายใจอุดกั้นและประสิทธิภาพการหายใจ

ตาราง 2 เปรียบเทียบข้อมูลการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา

ข้อมูลการเจ็บป่วย	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การเปรียบเทียบเพื่อนำสู่การวางแผนการพยาบาล
	7.ผู้ป่วยและญาติปรับตัวเผชิญกับการเจ็บป่วยไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว	7. มีการเปลี่ยนแปลง ด้านอัตมโนทัศน์ภาคภูมิในตัวเอง การแสดง บทบาท ความนึกคิดต่อตนเอง เนื่องจากติดสุราเรื้อรัง	ลดลง เนื่องจากมีการสำลัก และมีเสมหะแต่การไอขับเสมหะลดลง,ผู้ป่วยและญาติปรับตัวเผชิญกับการเจ็บป่วยไม่มีประสิทธิภาพ เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัว กรณีศึกษาที่ 2 พบว่ามาจากการดื่มสุราและสูบบุหรี่ติดต่อกันมานานประมาณ 20 ปี ทำให้เป็นโรคพิษสุราเรื้อรังและมีภาวะถอนพิษสุราขณะอยู่โรงพยาบาลทำให้เกิดการชักและมีภาวะโภชนาการบกพร่อง ตับสูญเสียหน้าที่ ขณะที่ ครอบครัวได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยอาศัยอยู่กับครอบครัวน้องชาย ที่ภรรยาเป็นแม่บ้านและมีบุตรที่กำลังศึกษาอยู่ มีเฉพาะผู้ป่วยและน้องชายที่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป

กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 68 ปี อาการสำคัญ 30 นาทีก่อนมาโรงพยาบาล สับสน พูดไม่รู้เรื่อง ปากเบี้ยว มือและแขนข้างซ้ายสั่นและอ่อนแรง มีปัจจัยเสี่ยงคือ อายุมาก โรคความดันโลหิตสูง เบาหวาน ไขมันในเลือดสูง อ้วน การวินิจฉัยโรค Ischemic Stroke แรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 39 องศาเซลเซียส ชีพจร 92 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 170/90 มิลลิเมตรปรอท ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว คือ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันในเลือดสูง ขาดการรักษามา 1 ปี GCS เท่ากับ E4V5M6 Motor power แขนซ้ายเกรด4 ขาซ้ายเกรด4 แขนขวาเกรด5 ขาขวาเกรด5ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Cholesterol สูง 271 mg/dl, Triglyceride 192 mg/dl, LDL 192 mg/dl, Fasting plasma glucose 166 mg/dl ผล CT scan : Focal ill-defined hypodense lesion right Cerebellum could be motion artifact or acute infarction แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Ischemic stroke, HT, DM, DLP ได้รับการรักษาด้วย การงดน้ำงดอาหาร ให้ยา Aspirin (300 mg) 1 tab OD, Simvastatin (20 mg) 2 tab hs, Enaril (5mg) 1 tab OD, Metformine 2 tab bid pc, Cef-3 (2 gm) ทางหลอดเลือดดำ OD ประเมินการเดินและการใช้กล้ามเนื้อ ขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลระยะ 2 วันแรก ผู้ป่วยมีปัญหาสำคัญคือ การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีการอุดตันของหลอดเลือดในสมองและ มีภาวะความดันโลหิตสูงและน้ำตาลในเลือดสูง ให้การพยาบาลโดยเฝ้าระวังภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากได้รับยาต้านเกล็ดเลือด ผู้ป่วยมีภาวะแขนขาอ่อนแรงควบคุมกล้ามเนื้อแขนไม่ได้ ร่วมกับมีภาวะสับสน ทำให้เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บ ให้การพยาบาลป้องกันภาวะเลือดออกจากการได้รับยาต้านเกล็ดเลือด ระมัดระวังอุบัติเหตุ ของมีคม สังเกตภาวะเลือดออกทั้งภายในและภายนอก เสี่ยงต่อทางเดินหายใจอุดกั้นและประสิทธิภาพการหายใจลดลง เนื่องจากการสำลักและความสามารถในการไอขับเสมหะลดลง ให้การพยาบาลโดยดูแลให้งดน้ำงดอาหาร ป้องกันการสำลัก ประเมินความสามารถในการกลืน และมีความเสี่ยงต่อภาวะ เส้นเลือดดำที่ขาและปอดอุดตัน จากการนอนนานและเคลื่อนไหวได้น้อย เนื่องจากอ่อนแรง มีโรคเบาหวานและอ้วนได้ให้การพยาบาลโดยเน้นการออกกำลังขา กระตุ้นให้เคลื่อนไหวร่างกาย จนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ ปลอดภัยจากปัญหาต่างๆ วันที่ 3- 5 ผู้ป่วยมีความคับข้องใจในการสื่อสาร เนื่องจากพร่องความสามารถในการสื่อความหมาย ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองเปลี่ยนแปลงเนื่องจากสูญเสียบทบาทหน้าที่ของตนเอง เกิดความบกพร่องในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน พยาบาลประสานญาติเพื่อร่วมกันให้กำลังใจ ส่งเสริมให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแล

ช่วยเหลือกิจวัตรประจำวัน เพื่อลดปัญหาการบกพร่องในการช่วยเหลือตนเอง ยังคงเฝ้าระวังและป้องกันอุบัติเหตุ ป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากภาวะความดันโลหิตสูง น้ำตาลในเลือดสูง และ เริ่มรับประทานอาหารได้ ให้การพยาบาลเพื่อป้องกันการสำลัก และฟื้นฟูสภาพแขนที่อ่อนแรง ให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำและส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง จนผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นตามลำดับ แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้ในวันที่ 19 สิงหาคม 2562 รวมเวลาอยู่โรงพยาบาล 6 วัน นัดติดตามอาการ 1 เดือน

กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทยอายุ 46 ปี อาการสำคัญ 40 นาที ก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการชักเกร็ง ตาค้าง หลังจากนั้นพูดไม่ชัด แขนขาอ่อนแรง มีปัจจัยเสี่ยงคือโรคความดันโลหิตสูง ดื่มสุรา สูบบุหรี่เป็นประจำมา 20 ปี การวินิจฉัยโรค Ischemic Stroke แรกรับ อุณหภูมิร่างกาย 37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที การหายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 140/80 มิลลิเมตรปรอท การตอบสนองความรู้สึกปกติ GCS เท่ากับ E4V4M6 Motor powerแขนซ้ายเกรด4 ขาซ้ายเกรด4 แขนขวาเกรด5 ขาขวาเกรด5 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบ Cholesterol สูง 239 mg/dl ผล CT scan : Hypodense lesion Rt Corona radiate and Rt internal capsule แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น Ischemic stroke ได้รับการรักษายา Aspirin (300 mg) 1 tab OD, Simvastatin (20 mg) 2 tab hs, Pneyntion injection (250 mg) เข้าหลอดเลือดดำ ทุก 8 ชั่วโมง, และ Vitamin A (100 mg) เข้าหลอดหลอดเลือดดำ ทุก 12 ชั่วโมง x 3 วัน ขณะนอนรักษาตัวในโรงพยาบาลผู้ป่วยมีปัญหาสำคัญคือ การกำซาบของเนื้อเยื่อสมองลดลงเนื่องจากมีการอุดตันของหลอดเลือดในสมองและมีภาวะความดันโลหิตสูง ให้การพยาบาลโดยเฝ้าระวังภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน ผู้ป่วยมีโอกาสได้รับอันตรายจากภาวะเลือดออกง่ายหยุดยากเนื่องจากได้รับยาต้านเกร็ดเลือด ผู้ป่วยมีภาวะแขนขาอ่อนแรงควบคุมกล้ามเนื้อแขนไม่ได้ ร่วมกับมีภาวะสับสนจากพยาธิสภาพของสมองและภาวะถอนสุรา ทำให้เสี่ยงต่อการได้รับบาดเจ็บ ให้การพยาบาลป้องกันภาวะเลือดออกจากการได้รับยาต้านเกล็ดเลือด ระมัดระวังอุบัติเหตุของมีคม สังเกตภาวะเลือดออกทั้งภายในและภายนอก ผู้ป่วยอาการดีขึ้นตามลำดับ ปลอดภัยจากปัญหาต่างๆ วันที่ 3- 4 ผู้ป่วยเริ่มมีอาการดีขึ้นได้ให้การพยาบาลเน้นการฟื้นฟูสภาพแขนขาที่อ่อนแรง และให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลเพื่อป้องกันการเป็นซ้ำ ต่อมาพบว่าครอบครัวได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการเจ็บป่วยของผู้ป่วย และไม่สามารถหาผู้ดูแลผู้ป่วยได้ พยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงานกับครอบครัว องค์กรในชุมชน และอสม. เพื่อส่งเสริมการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย วันที่ 4 ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารธรรมดาได้ สามารถเดินได้เองโดยใช้ walker แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 29 ธันวาคม 2562 รวมเวลาอยู่โรงพยาบาล 5 วัน นัดติดตามอาการ 1 เดือน

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ป่วย ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ ต้องกระตุ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความอดทนในการฟื้นฟูสภาพของร่างกายที่เสียไป และให้กำลังใจกับผู้ป่วยว่าโรคที่ผู้ป่วยเป็นนั้นเป็นโรคที่สามารถฟื้นฟูให้กลับมาได้แม้อาจจะกลับมาได้ไม่เหมือนเดิม ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับตัวของผู้ป่วยเองที่พร้อมจะฟื้นฟูและให้ความร่วมมือในการฟื้นฟูสภาพร่างกายตนเองมากน้อยเพียงได [20]

2. ด้านสมาชิกในครอบครัวและผู้ดูแล เนื่องจากก่อนที่จะเกิดโรคกับตัวผู้ป่วยเองผู้ป่วยเป็นบุคคลที่ครอบครัวให้ความรัก ความการพนับถือ แต่เมื่อผู้ป่วยมีอาการที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมจากที่อาจสูญเสียสามารถช่วยเหลือตนเอง และต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกในครอบครัว ดังนั้นต้องมีการเตรียมความพร้อมในการที่จะรับสภาพที่ผู้ป่วยเป็นอย่างเข้าใจให้กับครอบครัวหรือผู้ดูแล โดยให้มีความรู้เกี่ยวกับโรค เสริมสร้างทัศนคติที่ดี ว่าโรคนี้สามารถฟื้นฟูได้ และป้องกันการเป็นซ้ำได้ จึงต้องสอนแนะให้ครอบครัวมีทักษะการดูแลอย่างถูกต้อง กระตุ้นให้ผู้ป่วยฟื้นฟูร่างกาย ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ รวมทั้งดูแลด้านจิตใจของผู้ป่วยด้วย

3. ด้านระบบการดูแลรักษา ต้องพัฒนาระบบและกลไกการเฝ้าระวังป้องกันโรคหลอดเลือดในสมองในกลุ่มเสี่ยงอย่างมีประสิทธิภาพ โดยสนับสนุนให้ประชาชนเกิดความฉลาดทางสุขภาพ (health literacy) จัดช่องทางให้ประชาชนสามารถเข้าถึงความรู้ มีการนำความรู้มาใช้ในการดูแลตนเองและครอบครัวในการป้องกันโรค และสามารถสังเกตอาการผิดปกติของโรคหลอดเลือดสมองได้

4. พัฒนาระบบส่งต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองให้มีความสะดวก รวดเร็ว เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญในระดับสูง อย่างทันเวลาและมีประสิทธิภาพ

บทสรุป

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่าการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลลำสนธิทั้ง 2 ราย ได้รับการดูแลอย่างถูกต้องและทันเวลา ทำให้สามารถช่วยรักษาชีวิตของผู้ป่วยไว้ได้ ทั้งยังฟื้นฟูสภาพร่างกาย ลดความพิการและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ทั้งนี้เกิดจากความร่วมมือของสหสาขาวิชาชีพที่มีความเชี่ยวชาญในการดูแล โดยเฉพาะพยาบาลซึ่งเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทุกระยะเนื่องจากพยาบาลอยู่ใกล้ชิดผู้ป่วยตลอด 24 ชั่วโมง ทำให้สามารถประเมินสภาพผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและจิตวิญญาณ และนำสู่การวางแผนให้การพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจึงช่วยให้ผู้ป่วยปลอดภัย ฟื้นตัวได้เร็ว สามารถกลับไปดูแลตนเองที่บ้านโดยพยาบาลได้ให้ความรู้ สอนแนะ ให้ความช่วยเหลือ ในการวางแผนการดูแลต่อเนื่องที่บ้านโดยส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง และมีการประสานงานกับบุคลากรสาธารณสุขใกล้บ้านเพื่อส่งต่อข้อมูลและติดตามอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลลำสนธิ หัวหน้าพยาบาลพยาบาล แพทย์เจ้าของไข้ ทีมพยาบาลและบุคลากรโรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี ทุกท่านที่ให้เอื้อเฟื้อให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และร่วมกันดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างเต็มที่จนทำให้การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี และที่สำคัญยิ่งขอขอบคุณผู้ป่วยที่เป็นกรณีศึกษา รวมถึงครอบครัว และผู้ดูแลทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และมีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้เป็นอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. Linton, A. D., (2012) **introduction to medical-surgical nursing.** 5th ed. Missouri: ELSEVIER Saunders.

2,10. นิภาพร บุตรสิงห์. “การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน” . **วารสารสภาการพยาบาล.** ปีที่ 34 (ฉบับที่ 3): หน้า15-29, 2562.

3. กองโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค**. โรคหลอดเลือดสมอง.** https://gnews.apps.go.th/news สืบค้นเมื่อ (2 ก.ค 63).

4. Kim JS. Stroke in Asia: a global disaster. Int J Stroke. 2014 Oct;9(7):856-7. สืบค้นจาก https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/สืบค้นเมื่อ (1ก.ค.63).

5,8. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **จำนวนและอัตราผู้ป่วยในด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากร 100,000 คนปี พ.ศ.2559 – 2561**. สืบค้นจาก http://www.thaincd.com/. สืบค้นเมื่อ (15 มิ.ย. 63)

6,9. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวง**สาธารณสุข. จำนวนและอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากร 100,000 คน ปี พ.ศ. 2559 – 2561**. สืบค้นจาก http://www.thaincd.com/. สืบค้นเมื่อ (15 มิ.ย. 63)

7. กมลทิพย์ วิจิตรสุนทรกุล, สัญชัย ชาสมบัติ. **(2559). การศึกษาสถานการณ์การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรของประเทศไทย.** https://gnews.apps.go.th/news สืบค้นเมื่อ (2 ก.ค 63).

11. โรงพยาบาลลำสนธิ จังหวัดลพบุรี. **รายงานผลการดำเนินงานประจำปี งบประมาณ 2562.** (เอกสารอัดสำเนา)

12. สาคร จรูญฉาย. “การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง : กรณีศึกษา 2 ราย”. **วารสารโรงพยาบาลมหาสารคาม.** ปีที่ 15. (ฉบับที่ 1): หน้า 146-156, 2561.

12. กิ่งแก้ว ปาจรีย์. **การฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** กรุงเทพฯ. งานตำราวารสารและสิ่งพิมพ์ สถานเทคโนโลโยการศึกษาแพทย์ศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2557.

13,14,15,16. เกรียงศักดิ์ ลิ้มพัสถาน. (2555). **โรคหลอดเลือดสมอง.** พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: ทรีโอ แอดเวอร์ไทซิ่ง แอนด์มีเดีย.

17. นิภาพร บุตรสิงห์. การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. **วารสารสภาการพยาบาล.** ปีที่ 34 (ฉบับที่ 3): หน้า15-29, 2562.

18. บุบผา ดำรงกิตติกุล. (2556) **การพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** สระบุรี: ไทยศิริโรงพิมพ์.

19. พรภัทร ธรรมสโรช. (2555). **โรคหลอดเลือดสมองตีบและอุดตัน**. กรุงเทพฯ: จรัลสนิทวงศ์การพิมพ์.

20. สุวัฒน์ กิติสมประยูรกุล. (2558). **เวชศาสตร์ฟื้นฟูโรคหลอดเลือดสมอง.** กรุงเทพฯ: แดเน็กซ์ อินเตอร์คอร์ปอเรชั่น.

การพัฒนารูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตรโดยใช้ สำอางโมเดล สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25

The development of administrative model of Kanlayanawat School by using Samang models under the Office of Secondary Educational Service Areas, Area 25

ประวิทย์ กาสา[1] บุญจุฑา สิริกุล[1] อดิศักดิ์ มุ่งชู[2]

Prawit Kasa[1] Bunjuta sirikun [1] Adisak Moongchu [2]

(Received: October 7,2020; Accepted: November 24,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อศึกษาปัญหาการบริหารจัดการในโรงเรียนกัลยาณวัตร สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25 2) เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบสำอางโมเดล 3) เพื่อทดลองรูปแบบสำอางโมเดล 4) เพื่อประเมินความพึงพอใจของบุคลากรในโรงเรียนกัลยาณวัตรที่มีต่อรูปแบบสำอางโมเดล ประชากร ได้แก่ ผู้บริหาร ครู นักเรียน ผู้ปกครองนักเรียน ปีการศึกษา 2561 โรงเรียนกัลยาณวัตร จำนวน 7,405 คน กลุ่มตัวอย่างโดยเปิดตารางเครจซี่และมอร์แกนได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 1,984 คน โดยใช้เทคนิคการคัดเลือกแบบสุ่มหลายขั้นตอน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสอบถามปัญหา, รูปแบบสำอางโมเดล, แบบทดสอบ มี 3 ฉบับ,แบบประเมินคุณภาพผู้เรียน,แบบประเมินคุณลักษณะอันพึงประสงค์, แบบประเมินอุปนิสัย, แบบประเมินอัตลักษณ์, แบบประเมินความพึงพอใจ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าร้อยละ ค่าทดสอบความแปรปรวน t –test

ผลการวิจัยพบว่า 1) ผลการสร้างและพัฒนารูปแบบสำอางโมเดล การทดลองแบบ Field Testing Design (1:100) พบว่าประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล 82.57/83.75 (E1 /E2) สามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้ 2) ผลการทดลอง 2.1) ประสิทธิภาพของรูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25 มีค่าเท่ากับ 82.18/82.81 (E_1/E_2) สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 80/80 และดัชนีประสิทธิผล มีค่าเท่ากับ 0.8210 คิดเป็นร้อยละ 82.10 สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ .50 หรือร้อยละ 50 2.2) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน หลักการใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้เรียนมีคุณภาพหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 คุณลักษณะอันพึงประสงค์พบว่า ผู้เรียนมีคุณลักษณะอันพึงประสงค์ หลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้เรียนมีอุปนิสัยหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผู้เรียนมีอัตลักษณ์หลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2.3) ความพึงพอใจของบุคลากร พบว่า ผู้บริหาร ครู นักเรียนและผู้ปกครองนักเรียน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.53

คำสำคัญ: การบริหารโรงเรียน

[1] วุฒิการศึกษา หลักสูตร มหาวิทยาลัย

[2] ตำแหน่ง วุฒิการศึกษา มหาวิทยาลัย

Abstract

The objectives of this research were 1) to study management problems in Kanlayanawat school. Under the Office of Secondary Educational Service Areas 25, 2) to create and develop cosmetic models 3) to test cosmetic models 4) to assess the satisfaction of personnel in the Kalayanawat school towards cosmetic models. The administration of teachers, students, parents of students in the academic year 2018 in Kanlayanawat School, consisting of 7,405 people. Grill of 1,984 people randomly selected using multi-stage. The tools used in the research were questionnaires, cosmetic models, 3 tests, learners quality assessment, desirable characteristics assessment, personality assessment, identity assessment, satisfaction evaluation form. The statistics used for data analysis were mean, standard deviation, percentage, and t-test of variance.

The results of the research revealed that 1) The result of creating and developing the cosmetic model, field experiment design (1: 100), found that the efficiency of using the model of school management, Kanlayanawat By using cosmetic model 82.57 / 83.75 (E1 / E2), can be applied to the sample group. 2) The experimental results 2.1) The efficiency of the model of school management, Kanlayanawat By using cosmetic models The Office of Secondary Educational Service Area 25 was 82.18 / 82.81 (E1 / E2) higher than the specified criteria 80/80 and the effectiveness index was 0.8210 which is 82.10% higher than the specified criteria of .50 or 100 Each 50 2.2) Academic achievement Format principles Differences were statistically significant at the .05 level of quality of learners after using the model higher than before using the model. Differences were statistically significant at the .05 level. Desirable characteristics were found that The learners have desirable characteristics. After using the higher format, before using the pattern Differences were statistically significant at the .05 level. Students have characteristics after using the model higher than before using the model. Differences were statistically significant at the .05 level. The learners had identities after using the higher model than before using the model. Differences were statistically significant at the .05 level. 2.3) The satisfaction of personnel found that administrators, teachers, students and parents of students The satisfaction was at the highest level. The mean value is 4.51, the standard deviation is 0.53.

Keywords: The development of administrative model

บทนำ

รูปแบบการบริหารและจัดการศึกษาโรงเรียนกัลยาณวัตร ปีการศึกษา 2560 ซึ่งเป็นช่วงรอยต่อระหว่างผู้บริหารสถานศึกษา จากการสังเคราะห์กระบวนการในโรงเรียนพบว่า การบริหารจัดการของโรงเรียนยังไม่ชัดเจน ขาดความตระหนัก รับผิดชอบร่วมกันทั้งองค์กร การบริหารและการจัดการศึกษาเพื่อพัฒนาคุณภาพผู้เรียนให้เป็นคนเก่ง ดี มีสุข ตามแผนการศึกษาแห่งชาติ ขาดความเป็นระบบ ไม่ตรงความต้องการในงานแต่ละฝ่าย รวมทั้งการวางแผนและดำเนินงานพัฒนางานวิชาการที่เน้นคุณภาพผู้เรียนทุกกลุ่มเป้าหมาย ทุกกลุ่มสาระการเรียนรู้ ผลสัมฤทธิ์การเรียนไม่เป็นที่น่าพอใจ เนื่องจากนักเรียนมีผลการเรียนติด 0 และไม่สำเร็จการศึกษาตามหลักสูตร แนวทางในการแก้ไขปัญหาโรงเรียนกัลยาณวัตร ผู้บริหารโรงเรียนจึงได้ประชุมคณะกรรมการฝ่ายบริหารวิชาการโรงเรียนกัลยาณวัตร และที่ประชุมให้ข้อเสนอแนะการพัฒนารูปแบบการบริหารโรงเรียนโดยนำโมเดลที่มีอยู่มาสังเคราะห์ และนำไปปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ โดยรูปแบบจะต้องน้อมนำพระบรมราโชบายด้านการศึกษา ของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 10 เข้ามาปรับใช้กับเสี่ยวโมเดล KW MODEL มีการสังเคราะห์และหลอมรวมจนได้โมเดลใหม่ซึ่งได้แก่ สำอางโมเดล มีความเป็นอัตลักษณ์เฉพาะของผู้บริหาร

อย่างชัดเจนมีกระบวนการทำงานที่เป็นรูปธรรม สำอางโมเดล หมายถึง รูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยน้อมนำพระบรมราโชบายด้านการศึกษา พระบาทสมเด็จพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว รัชกาลที่ 10 โดยมีกระบวนการทำงานที่เป็นรูปธรรม มีการนำเอานวัตกรรมมาใช้ในการพัฒนางาน โดยสังเคราะห์การทำงานจากนโยบายต้นสังกัด คือการใช้นวัตกรรมในการบริหารจัดการ เพื่อพัฒนาองค์กรตามเป้าหมายของต้นสังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25 โดยใช้โมเดลคือ เสี่ยวโมเดล และ KW MODEL ภายใต้หลักสาราณียธรรม ภายใต้การบริหารโรงเรียนของนายประวิทย์กาสา บุญจุฑาสิริกุล ผู้อำนวยการโรงเรียนกัลยาณวัตรอำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น (บันทึกการประชุมคณะกรรมการบริหารวิชาการ, 2561 : 2) สอดคล้องกับแนวคิดของคัมภีร์ สุดแท้ (2553 : 13) ได้กล่าวว่า รูปแบบเป็นสิ่งที่สร้างขึ้นหรือพัฒนาแสดงให้เห็นถึงองค์ประกอบสำคัญ ๆ ของเรื่องให้เข้าใจง่ายขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ในที่นี้หมายถึง องค์ประกอบหลัก องค์ประกอบย่อย และตัวบ่งชี้ของการบริหารวิชาการสำหรับโรงเรียน และสอดคล้องกับแนวคิดณรงค์ ทุมแถว (2553 : 87) ได้กล่าวว่า รูปแบบเป็นแบบอย่างหรือแนวทางในการกระทำหรือดำเนินการใด ๆที่แสดงหรืออธิบายให้เห็นถึงโครงสร้างความคิดหรือความสัมพันธ์ขององค์ประกอบที่สำคัญของปรากฏการณ์ที่ศึกษา ให้สามารถเข้าใจได้ง่ายขึ้นหรือซับซ้อนก็ได้เช่นกันโดยมีรายละเอียดองค์ประกอบของรูปแบบขึ้นอยู่กับลักษณะปรากฏการณ์ และวัตถุประสงค์ของผู้สร้างและการพัฒนารูปแบบเป็นสำคัญ นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ เชิดศักดิ์ สุภโสภณ (2553 : 248-258) ได้กล่าวว่าการพัฒนารูปแบบการบริหารการเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นเลิศของสถานศึกษาขั้นพื้นฐานของรัฐ มีการกำหนดทิศทางการบริหารงานโดยคำนึงถึงความต้องการความจำเป็น มีการวิเคราะห์งานหลักที่สำคัญและจำเป็นของสถานศึกษา มีการจัดทำแผนงบประมาณที่สอดคล้องกับนโยบายของโรงเรียน มีการแปลงกลยุทธ์สู่การปฏิบัติโดยจัดทำเป็นแผนประจำปี การขับเคลื่อนกระบวนการบริหารเป็นแบบล่างขึ้นบน มีโครงการสนับสนุนให้บุคลากรสามารถประเมินผลและนำมาใช้ในการจัดการเรียนการสอนอย่างเหมาะสม นอกจากนั้น ประจวบ จันทร (2556 : 218 - 227) ได้กล่าวว่า รูปแบบการบริหารโรงเรียนประถมศึกษาเพื่อความเป็นเลิศจะต้องวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ประกอบการบริหารโรงเรียน โดยผู้บริหารจะต้องมี การวางแผนพัฒนาสถานศึกษา การมุ่งเน้นผู้เรียน ผู้ปกครองและผู้เกี่ยวข้อง การจัดการสารสนเทศ การบริหารงานบุคคล การบริหารงานวิชาการ และการจัดการกระบวนการ

สำอางโมเดล เป็นกระบวนการทำงานที่เป็นรูปธรรม มีการนำนวัตกรรมมาใช้ในการพัฒนาในการบริหารจัดการ โดยเริ่มต้นจากนโยบายต้นสังกัด จุดเน้นและกลยุทธ์ขององค์กร เพื่อนำไปสู่ความมีเอกภาพและประสิทธิภาพสูงสุด ซึ่งทุกคนในองค์กรต้องมีความรับผิดชอบ มุ่งมั่นในภารกิจและเป้าหมายความสำเร็จขององค์กร มีการสร้างเครือข่ายร่วมกันทำกิจกรรมและเรียนรู้ร่วมกันเพื่อสร้างความเสมอภาค ตลอดจนมีความกระตือรือร้นในการเรียนรู้ ใส่ใจในการแก้ปัญหาจนผู้เรียนมีความสนุกกับการเรียนรู้ และพัฒนาสิ่งใหม่ๆ สามารถตอบสนองปรัชญาทางการศึกษา และสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการเรียนรู้ของผู้เรียนได้ ผู้วิจัยสร้างรูปแบบขึ้นตามหลักวิชาการ นำรูปแบบที่สร้างขึ้นไปตรวจสอบความเหมาะสม และหาคุณภาพของรูปแบบ ส่วนการพัฒนารูปแบบมีการดำเนินการเป็น สองขั้นตอน ประกอบด้วย การสร้างรูปแบบและการประเมินความเหมาะสมและการหาคุณภาพของรูปแบบ (บรรจง เจริญสุข, 2552 : 71 - 72) สอดคล้องกับงานวิจัยของประจักษ์พงศ์ วรรณโชติ (2559:51- 55) พบว่า การพัฒนารูปแบบการบริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาประจำตำบลให้เป็นโรงเรียนคุณภาพ โดยกลยุทธ์การปฏิบัติที่เป็นเลิศ รูปแบบการบริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาประจำตำบลให้เป็นโรงเรียนคุณภาพ โดยกำหนดกลยุทธ์การปฏิบัติที่เป็นเลิศที่นำไปทดลองใช้ ในการบริหารเชิงกลยุทธ์, การบริหารอย่างเป็นระบบ, การบริหารแบบมีส่วนร่วม, ภาวะผู้นำของผู้บริหาร, สร้างขวัญกำลังใจ ให้ครู บุคลากร ตลอดจนการสร้างเครือข่ายการมี

ส่วนร่วมกับชุมชน ซึ่งผลของการทดลองใช้เป็นไปตามเป้าหมายและตัวชี้วัดของการเป็นโรงเรียนคุณภาพที่กำหนดไว้ ได้แก่ นักเรียนมีคุณธรรม จริยธรรม และคุณลักษณะอันพึงประสงค์ หลักสูตรสถานศึกษาและกระบวนการจัดการเรียนรู้ อาคารสถานที่ บรรยากาศและสิ่งแวดล้อมที่ เอื้อต่อการเรียนรู้ โรงเรียนชุมชนร่วมมือกันจัดการศึกษา ครูและบุคลากรได้รับการพัฒนาอย่างมีคุณภาพ โรงเรียนมีผลงานดีเด่นเป็นที่ยอมรับ และผลการทดลองเป็นไปตามเป้าหมายและตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ ได้แก่ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนของนักเรียนที่เพิ่มสูงขึ้น

ผู้วิจัยในฐานะผู้บริหารโรงเรียนจึงมีความสนใจการทำวิจัยการพัฒนารูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25 มาใช้เพื่อพัฒนาคุณภาพผู้เรียนโรงเรียนกัลยาณวัตร ในการยกระดับผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน การพัฒนาคุณลักษณะอันพึงประสงค์และทำการวิจัยการพัฒนารูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตรโดยใช้สำอางโมเดล สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25 ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัญหาการบริหารจัดการในโรงเรียนกัลยาณวัตร สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25
2. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบสำอางโมเดล
3. เพื่อทดลองรูปแบบสำอางโมเดล
4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของบุคลากรในโรงเรียนกัลยาณวัตร ที่มีต่อรูปแบบสำอางโมเดล

วิธีดำเนินการวิจัย

การพัฒนารูปแบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล สังกัดสำนักงานเขตพื้นการศึกษามัธยมศึกษา เขต 25 เป็นการวิจัยและพัฒนา (R&D) (Research & Development)

เครื่องมือการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล สังกัดสำนักงานเขตพื้นการศึกษามัธยมศึกษาเขต 25 เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นในครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบสอบถามปัญหา
2. รูปแบบสำอางโมเดล
3. แบบทดสอบ มี 3 ฉบับ
4. แบบประเมินคุณภาพผู้เรียน
5. แบบประเมินคุณลักษณะอันพึงประสงค์
6. แบบประเมินอุปนิสัย
7. แบบประเมินอัตลักษณ์
8. แบบประเมินความพึงพอใจ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยได้ชี้แจงหลักการและเหตุผลเพื่อทำความเข้าใจ เกี่ยวกับขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล สังกัดสำนักงานเขตพื้นการศึกษามัธยมศึกษา เขต 25 ให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนโรงเรียนนครขอนแก่น รับทราบ
2. ทำการทดสอบก่อนเรียน (Pre - test) กับนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบทดสอบวัดความรู้ความเข้าใจการพัฒนารูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล สังกัดสำนักงานเขตพื้นการศึกษามัธยมศึกษา เขต 25 ก่อนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ จำนวน 70 ข้อ เป็นข้อสอบแบบปรนัย 5 ตัวเลือก นำมาตรวจให้คะแนนและบันทึกไว้เป็นคะแนนการสอบก่อนเรียน ในวันที่ 12 กันยายน พ.ศ. 2556 เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป
3. ดำเนินการพัฒนารูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล สังกัดสำนักงานเขตพื้นการศึกษามัธยมศึกษา เขต 25 พ.ศ. 2561

สถิติที่ใช้วิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติพื้นฐาน คือ ค่าเฉลี่ยค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าร้อยละ ค่าร้อยละ
2. สถิติที่ใช้ในการหาคุณภาพของเครื่องมือประกอบด้วย IOC ค่าความยาก – ง่าย ค่าอำนาจจำแนก ค่า

ความเที่ยงของแบบทดสอบ ค่าประสิทธิภาพ ประกอบด้วย E_1 / E_2 ,EI ค่า t-test (pair t-test)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. สรุปปัญหาการพัฒนารูปแบบการบริหาร โรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล พบว่า ปัญหาการพัฒนารูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดลของผู้บริหาร ครู นักเรียน ผู้ปกครองนักเรียน โดยรวมรายด้าน พบว่า มีปัญหาอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.48 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.55 เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีปัญหามากที่สุด คือ ด้านการบริหารงานวิชาการ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.52 รองลงมา คือ ด้านการบริหารงานบุคคล ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.56 และด้านการบริหารงานทั่วไป ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.44 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.55

2. สรุปผลการพัฒนา

2.1 การสร้างและพัฒนาประสิทธิภาพของรูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้ สำอางโมเดล ทดลองแบบ One Group Design (1:1) จำนวน 3 คน 1 : 1 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำแบบทดสอบของนักเรียนจากการใช้รูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 51.00 ค่าประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล ระหว่างเรียน (E_1) เท่ากับ 72.86 ส่วนคะแนนการสอบแบบทดสอบวัดความรู้ความจำหลังเรียน มีค่าเฉลี่ย 30.33 ค่าประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล หลังเรียน (E_2) เท่ากับ 75.83 จากผลการทดลองแบบ One Group Design (1:1) พบว่า การใช้รูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดลมีประสิทธิภาพ 72.86/75.83 พบข้อบกพร่องได้แก่ นักเรียนไม่เข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบสำอางโมเดลที่ชัดเจน จากนั้นจึงนำผลมาวิเคราะห์ข้อบกพร่องของรูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และนำไปทดลองกับกลุ่มเล็กต่อไป

2.2 การสร้างและพัฒนาประสิทธิภาพของรูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล ทดลองแบบ Small Group Design (1:10) จำนวน 9 คน 1 : 10 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำแบบทดสอบของนักเรียนจากการใช้รูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดลที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 55.60 ค่าประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล ระหว่างเรียน (E_1) เท่ากับ 79.43 ส่วนคะแนนการสอบแบบทดสอบวัดความรู้ความจำหลังเรียน มีค่าเฉลี่ย 32.20 ค่าประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล หลังเรียน (E_2) เท่ากับ 80.50 จากผลทดลองแบบ Small Group Design (1:10) พบว่า การใช้รูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดลมีประสิทธิภาพ 79.43/80.50 พบข้อบกพร่องได้แก่ นักเรียนไม่เข้าใจรายละเอียดของสำอางโมเดลที่ถูกต้อง จากนั้นจึงนำผลมาวิเคราะห์ข้อบกพร่องของรูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และนำไปทดลองกับกลุ่มแบบ 1 : 100 ต่อไป

2.3 การสร้างและพัฒนาประสิทธิภาพของรูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล ทดลองแบบ Field Testing Design (1:100) จำนวน 30 คน 1 :100 พบว่า คะแนนเฉลี่ยการทำแบบทดสอบของนักเรียนจากการใช้รูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 57.80 ค่าประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล ระหว่างเรียน (E_1) เท่ากับ 82.57 ส่วนคะแนนการสอบแบบทดสอบวัดความรู้ความจำหลังเรียน มีค่าเฉลี่ย 33.50 ค่าประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล หลังเรียน (E_2) เท่ากับ 83.75 จากผลการทดลองแบบ Field Testing Design (1:100) พบว่า การใช้รูปแบบการบริหารโรงเรียน

กัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดลมีประสิทธิภาพ 82.57/83.75 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 80/80 สามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้

3. ผลการทดลอง

3.1 ประสิทธิภาพของรูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล (กลุ่มโรงเรียนกัลยาณวัตร) พบว่าคะแนนเฉลี่ยการทำแบบทดสอบของนักเรียนจากการใช้รูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าเฉลี่ย เท่ากับ 57.53 ค่าประสิทธิภาพของการใช้รูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล ระหว่างเรียน (E_1) เท่ากับ 82.18 ส่วนคะแนนการสอบแบบทดสอบวัดความรู้ความจำหลังเรียน มีค่าเฉลี่ย 37.12 ค่าประสิทธิภาพการใช้รูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล หลังเรียน (E_2) เท่ากับ 92.81 จากผลการทดลองพบว่าการใช้รูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล มีประสิทธิภาพ 82.18/92.81 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 80/80 ค่าดัชนีประสิทธิผลของรูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล มีค่าเท่ากับ 0.8210 หรือคิดเป็นร้อยละ 82.10 แสดงว่าผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 82.10 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ .50

3.2 การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน คุณลักษณะอันพึงประสงค์ อุปนิสัยผู้เรียน และอัตลักษณ์ผู้เรียนระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล สำนักงานเขตพื้นที่ การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25

ตาราง 1 การเปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน คุณลักษณะอันพึงประสงค์ อุปนิสัยผู้เรียน และอัตลักษณ์ผู้เรียน ระหว่างก่อนและหลังการใช้รูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา มัธยมศึกษา เขต 25

ตัวแปร	N	ก่อนเรียน		หลังเรียน		t	p-value
		$\overline{X}$	S.D.	$\overline{X}$	S.D.		
ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	270	23.92	2.293	37.12	1.126	-85.067	0.00*
คุณลักษณะอันพึงประสงค์		3.17	0.60	4.62	0.43		
อุปนิสัยผู้เรียน		3.48	.25	4.62	.07	-69.836	0.00*
อัตลักษณ์ผู้เรียน		3.41	.21	4.56	.08	-82.268	0.00*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (N = 270 , df = 269)

จากตาราง 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่าผลการทดสอบหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้เรียนมีคุณภาพหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้เรียนมีอุปนิสัย หลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ผู้เรียนมีอัตลักษณ์ หลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

3.3 ตารางความพึงพอใจ ความพึงพอใจของผู้บริหาร ครู นักเรียนและผู้ปกครองนักเรียน ที่มีต่อรูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล โดยรวมรายด้าน พบว่า ผู้บริหาร ครู นักเรียนและผู้ปกครองนักเรียน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.53 เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านความรับผิดชอบ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.48 รองลงมา คือ ด้าน หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ค่าเฉลี่ย

เท่ากับ 4.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.47 และด้านเครือข่ายการศึกษา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.54

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

1. ปัญหาการพัฒนารูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดลของ ผู้บริหาร ครู นักเรียน ผู้ปกครองนักเรียน โดยรวมรายด้านพบว่า มีปัญหาอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีปัญหามากที่สุด คือ ด้านการบริหารงานวิชาการ รองลงมา คือ ด้านการบริหารงานบุคคล และด้านการบริหารงานทั่วไป เหตุที่ผลวิจัยเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะ การพัฒนารูปแบบการบริหารโรงเรียนส่วนมากพบว่า การบริหารโรงเรียนมีปัญหาด้านการบริหารงบประมาณ ปัญหาด้านการบริหารงานบุคลากร ปัญหาด้านการบริหารวิชาการและ ปัญหาด้านการบริหารงานทั่วไป นอกจากนั้นยังพบปัญหาอื่นๆที่ก่อให้เกิดปัญหาในการพัฒนารูปแบบการบริหารโรงเรียน ได้แก่ ประสบการณ์ในการทำงาน บุคลากรน้อย มีภาระงานมาก งบประมาณที่จำกัด ขาดการตรวจสอบ ติดตามประเมินผล สื่อเทคโนโลยีไม่ทันสมัย ซึ่งสอดคล้องกับหลักการและแนวคิดของ อัศวิน ดีมานนท์ (2556 : 2) โรงเรียนพุทไธสง สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 32 ขาดปัจจัยหลายประการที่จะอำนวยต่อการบริหารและพัฒนาโรงเรียนให้เป็นที่พึงพอใจของทุกฝ่ายในหลาย ๆ ด้านรวมทั้งไม่สามารถที่จะจัดการศึกษาให้เป็นไปตามมาตรฐานการศึกษาในระดับที่พึงพอใจได้ปัจจัยที่มีผลและเป็นอุปสรรคต่อการจัดการศึกษาคือ สภาพการบริหารงานแบบโดดเดี่ยว งบประมาณที่ได้รับการจัดสรรวัสดุอุปกรณ์ทางการศึกษาขาดแคลนและสื่อเทคโนโลยีต่าง ๆ ไม่เพียงพอ หน่วยงานที่รับผิดชอบทางการศึกษาในพื้นที่และผู้นำชุมชนให้ความสำคัญต่อการศึกษาน้อย ผู้ปกครองนักเรียนมีฐานะยากจนเป็นส่วนใหญ่ปัญหาเด็กถูกทอดทิ้ง ตลอดจนการให้ความร่วมมือของชุมชนซึ่งเป็นแบบต่างคนต่างอยู่ ฯลฯ สิ่งเหล่านี้เป็นอุปสรรคต่อการจัดการศึกษาให้มีคุณภาพเป็นไปตามมาตรฐานการศึกษาแห่งชาติตามภารกิจงานของโรงเรียนทั้ง 4 ด้านได้แก่งานวิชาการงานบุคลากรงานงบประมาณและงานบริหารงานทั่วไปโรงเรียนได้พยายามแก้ไขปัญหาต่าง ๆ มาโดยตลอดโดยพยายามดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการบริหารแต่ก็ยังได้ผลไม่เป็นที่น่าพอใจ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ อัศวิน ดีมานนท์ (2556 : 76-78) การวิจัยพบว่า 1) สภาพปัญหาการบริหารโรงเรียนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนตามทัศนะของครูโรงเรียนพุทไธสง สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 32 โดยภาพรวมและรายด้านมีปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง 2) ครูผู้สอนในโรงเรียนพุทไธสง สังกัดสำนักงาน เขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 32 ที่มีเพศต่างกันมีทัศนะต่อสภาพปัญหาการบริหารโรงเรียนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในภาพรวมและด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านงบประมาณและด้านการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านบริหารทั่วไปอยู่ในระดับปานกลางส่วนที่เหลืออยู่ในระดับน้อย ได้แก่การมีส่วนร่วมของชุมชนด้านบุคลากรและด้านวิชาการ 3) ครูผู้สอนในโรงเรียนพุทไธสง สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 32 ที่มีประสบการณ์ต่างกันมีทัศนะต่อสภาพปัญหาการบริหารโรงเรียนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในภาพรวมและรายด้านทุกด้าน

2. การสร้างและพัฒนารูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25 ผลการทดลองแบบ One Group Design มีประสิทธิภาพเท่ากับ 72.86/75.83 (E1/E2) พบข้อบกพร่องได้แก่ นักเรียนไม่เข้าใจขั้นตอนการปฏิบัติตามรูปแบบสำอางโมเดลที่ชัดเจน จากนั้นจึงนำผลมาวิเคราะห์ข้อบกพร่องของรูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้นและนำไปทดลองกับกลุ่มเล็กต่อไป ทดลองแบบ Small Group Design (1:10) พบว่า การใช้รูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดลมีประสิทธิภาพเท่ากับ 79.43/80.50 พบข้อบกพร่องได้แก่ นักเรียนไม่เข้าใจรายละเอียดของสำอางโมเดลที่ถูกต้อง จากนั้นจึงนำผลมา

วิเคราะห์ข้อบกพร่องของรูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล แล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น และนำไปทดลองกับกลุ่มแบบ 1 : 100 ผลการทดลองแบบ Field Testing Design (1:100) พบว่า การใช้รูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล มีประสิทธิภาพ 82.57/83.75 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 80/80 สามารถนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้ เหตุที่ผลวิจัยเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะ การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ ตามสมมติฐาน โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง พร้อมทั้งศึกษารายกรณีหน่วยงานที่ดำเนินการในเรื่องนั้น นำมาใช้กำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่าง ๆ รวมทั้งลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหรือตัวแปรเหล่านั้น หรือลำดับก่อนหลังของแต่ละองค์ประกอบในรูปแบบ การพัฒนารูปแบบในขั้นตอนนี้จะต้องอาศัยหลักการและเหตุผลเป็นรากฐานสำคัญในการศึกษา

ซึ่งสอดคล้องกับหลักการและแนวคิดของ อาจินต์ จรูญผล (2556 : 74) ได้กล่าวว่า การพัฒนารูปแบบแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัยจะสร้างหรือพัฒนารูปแบบขึ้นมาก่อนเป็นรูปแบบตามสมมติฐาน โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง นอกจากนี้ผู้วิจัยอาจจะศึกษารายกรณีหน่วยงานที่ดำเนินการในเรื่องนั้น ๆ ได้เป็นอย่างดี ซึ่งผลการศึกษาจะนำมาใช้กำหนดองค์ประกอบหรือตัวแปรต่าง ๆ ภายในรูปแบบ รวมทั้งลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างองค์ประกอบหรือตัวแปรเหล่านั้น หรือลำดับก่อนหลังของแต่ละองค์ประกอบในรูปแบบ ดังนั้น การพัฒนารูปแบบในขั้นตอนนี้จะต้องอาศัยหลักการและเหตุผลเป็นรากฐานสำคัญ ซึ่งโดยทั่วไปการศึกษาในขั้นตอนนี้จะมีขั้นตอนย่อย ๆ ดังนี้ 1) การศึกษาเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำสารสนเทศที่ได้มาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นร่างกรอบแนวคิดการวิจัย 2) การศึกษาจากบริบทจริงในขั้นตอนนี้อาจจะดำเนินการได้หลายวิธี ดังนี้ 2.1) การศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินการในปัจจุบันของหน่วยงาน โดยศึกษาความคิดเห็นจากบุคคลที่เกี่ยวข้องซึ่งอาจใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสอบถาม การสำรวจการสนทนากลุ่ม เป็นต้น 2.2) การศึกษารายกรณีหรือพหุกรณีหน่วยงานที่ประสบความสำเร็จหรือมีแนวปฏิบัติที่ดีในเรื่องที่ศึกษา เพื่อนำมาเป็นสารสนเทศที่สำคัญในการพัฒนารูปแบบ 2.3) การศึกษาข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญ หรือผู้ทรงคุณวุฒิ วิธีศึกษาอาจจะใช้วิธีการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม เป็นต้น 3) การจัดทำรูปแบบ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุทธิชัย เดชสุวรรณนิธิ (2557 : 113-118) ผลการวิจัยพบว่า 1) รูปแบบการบริหารที่มีประสิทธิภาพของโรงเรียนระดับประถมศึกษา ประกอบด้วย 3 องค์ประกอบหลัก คือ ด้านปัจจัยนำเข้า มี 2 องค์ประกอบย่อย การนำองค์กรการมุ่งเน้นทรัพยากรบุคคลด้านกระบวนการมี 4 องค์ประกอบย่อยการวางแผนกลยุทธ์ การจัดการกระบวนการ การให้ความสำคัญกับผู้รับบริการ การจัดการความรู้ และ ด้านผลผลิต ได้แก่ ผลลัพธ์การดำเนินงานของโรงเรียน 2) ผลการประเมินรูปแบบการพัฒนาที่มีประสิทธิภาพของผู้บริหารโรงเรียนระดับประถมศึกษา สังกัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากรุงเทพมหานคร ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้น พบว่า โดยภาพรวม พบว่า อยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า อยู่ในระดับมากทุกด้าน ตามลำดับดังนี้ 1) ด้านความเป็นไป ด้านความเป็นประโยชน์ ด้านความสอดคล้อง และ 4) ด้านความเหมาะสม ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ข้อ 3

3. ผลการทดลอง พบว่าการใช้รูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล มีประสิทธิภาพเท่ากับ 82.18/92.81 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 80/80 และดัชนีประสิทธิผลมีค่าเท่ากับ 0.8210 หรือคิดเป็นร้อยละ 82.10 แสดงว่าผู้เรียนมีความรู้เพิ่มขึ้นร้อยละ 82.10 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ .50 เหตุที่ผลวิจัยเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะวิธีการบริหารของสถานศึกษาขั้นพื้นฐาน กรอบความคิดทางด้านหลักการ วิธีการดำเนินงานและเกณฑ์ต่าง ๆ ของระบบ มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกันในสภาพการณ์ต่าง ๆ มีความเกี่ยวข้องกันอย่างเป็นระบบ และง่ายต่อการทำความเข้าใจ โดยมีรายละเอียดองค์ประกอบของรูปแบบขึ้นอยู่กับลักษณะปรากฏการณ์ และ วัตถุประสงค์ของผู้สร้างและการพัฒนารูปแบบเป็นสำคัญ จะนิยมตั้งเป็นตัวเลข 3 ลักษณะ คือ

80/80, 85/85 และ 90/90 ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับธรรมชาติของวิชาและเนื้อหาที่นำมาสร้างสื่อนั้น ถ้าเป็นวิชาค่อนข้างยากก็อาจตั้งเกณฑ์ไว้ 80/80 หรือ 85/85 สำหรับรายวิชาที่มีเนื้อหาง่ายก็อาจตั้งเกณฑ์ไว้ 90/90 เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับหลักการและแนวคิดของ เผชิญ กิจระการ (2544 : 49 - 51) ได้กล่าวถึงเกณฑ์การหาประสิทธิภาพมีความหมายดังนี้ คือเกณฑ์ประสิทธิภาพ หมายถึง ระดับประสิทธิภาพของแบบฝึกทักษะที่จะช่วยให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ หากแบบฝึกทักษะมีประสิทธิภาพถึงระดับนั้นแล้ว แบบฝึกทักษะนั้นมีคุณค่าที่จะนำไปใช้สอนนักเรียนได้ การกำหนดเกณฑ์ประสิทธิภาพกระทำได้โดยการประเมินผลพฤติกรรมของผู้เรียน 2 ประเภท คือพฤติกรรมต่อเนื่องและพฤติกรรมขั้นสุดท้าย โดยกำหนดค่าประสิทธิภาพเป็น E_1 คือประสิทธิภาพทางกระบวนการ E_2 คือ ประสิทธิภาพของผลลัพธ์ ซึ่งคิดเป็นร้อยละของผลเฉลี่ยของคะแนนที่ได้ ดังนั้น E_1/E_2 คือประสิทธิภาพของกระบวนการและประสิทธิภาพผลลัพธ์ เช่น 80/80 หมายความว่า เมื่อเรียนจากแผนการจัดการเรียนรู้แล้วผู้เรียนสามารถทำแบบฝึกหัดหรืองาน ได้ผลเฉลี่ยร้อยละ 80 และทำแบบทดสอบหลังเรียนได้ผลเฉลี่ยร้อยละ 80 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ นัดดา พิลาชัย (2556 : 184-187) ผลการวิจัยพบว่า การสร้างและพัฒนาเอกสารประกอบการเรียนการสอน นาฏศิลป์พื้นเมืองสร้างสรรค์
ชุด ระบำคุณธรรมแปดประการ กลุ่มสาระการเรียนรู้ศิลปะ สาระที่ 3 นาฏศิลป์ สำหรับผู้เรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น เมื่อนำไปทดลองใช้มีประสิทธิภาพเท่ากับ 84.06/85.81 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่ตั้งไว้ คือ 80/80

4. เปรียบเทียบผลการทดสอบความรู้ความจำ ก่อนและหลังใช้รูปแบบการบริหารโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยใช้สำอางโมเดล ผลการทดสอบหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เหตุที่ผลวิจัยเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะ ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนมีความสำคัญมากสำหรับนักเรียน จำเป็นต้องสร้างแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ เพราะแบบทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ถือว่าเป็นเครื่องมือสำคัญที่ใช้ในการตรวจสอบพฤติกรรมหรือผลการเรียนรู้ของผู้เรียนอันเนื่องจากการจัดการเรียนการสอน ผลการทดสอบวัดผลสัมฤทธิ์จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาผู้เรียนให้มีคุณภาพตามจุดประสงค์การเรียนรู้ หรือตามมาตรฐานผลการเรียนรู้ที่กำหนดไว้ และเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงและพัฒนาการสอนของครูให้มีคุณภาพและประสิทธิ์ภาพยิ่งขึ้น การที่จะทำให้ได้ผลการทดสอบมีความถูกต้อง เที่ยงตรง เชื่อถือได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการและแนวคิดของ ภัทรา นิคมานนท์ (2543 : 67-83) 1) พฤติกรรมด้านพุทธพิสัย เป็นพฤติกรรมด้านความสามารถทางสติปัญญาของบุคคลจำแนกได้ ดังนี้ 1.1) ความรู้ความจำ คือความสามารถในการระลึกได้ถึงเรื่องราวต่าง ๆ ที่เคยมีประสบการณ์มาก่อนะโดยวิธีใดก็ตาม ซึ่งพฤติกรรมด้านนี้ยังจำแนกออกเป็น 3 ลักษณะใหญ่ คือ ความรู้เฉพาะเรื่องความรู้ในวิธีดำเนินการ และความรู้รวบยอดในเนื้อเรื่อง 1.2) ความเข้าใจ เป็นผลจากการเอาความรู้จากประสบการณ์ในขั้นความรู้ ความจำมาผสมผสานจนกลายเป็นสมรรถภาพสมองชนิดใหม่ ซึ่งความเข้าใจมี 3 ลักษณะ คือการแปลความ การตีความ และการขยายความ 1.3) การนำไปใช้เป็นความสามารถนำความรู้ความเข้าใจในเรื่องที่เรียนมาแล้วไปแก้ปัญหาที่แปลกใหม่ หรือสถานการณ์ที่ไม่เคยพบมาก่อน แต่อาจใกล้เคียงหรือคล้ายคลึงกับเรื่องที่เคยพบเห็นมาก่อนก็ได้ 1.4) การวิเคราะห์มีความสามารถแยกแยะเรื่องราวต่างๆ ออกเป็นส่วนย่อยๆ ได้ ทำให้สามารถมองเห็นความสัมพันธ์กันได้อย่างชัดเจน สามารถค้นหาความจริงต่างๆ ที่แอบแฝงอยู่ในเรื่องเรื่องนั้นๆ ได้ การวิเคราะห์มี 3 ลักษณะมี 3 ลักษณะได้แก่ การวิเคราะห์ความสำคัญ การวิเคราะห์ความสัมพันธ์และการวิเคราะห์หลักการ 1.5) การสังเคราะห์เป็นการนำเอาองค์ประกอบย่อยๆ ตั้งแต่ 2 สิ่งขึ้นไปมารวมกันเข้าเป็นเรื่องราวเดียวกัน เพื่อให้เห็นโครงสร้างที่ชัดเจนแปลกใหม่ไปจากเดิมมีลักษณะคล้ายความคิดสร้างสรรค์ ซึ่งก่อให้เกิดผลลัพธ์ที่แปลกใหม่ มีคุณค่าและเป็นประโยชน์ การสังเคราะห์มี 3 ประเภท ได้แก่ สังเคราะห์ความ สังเคราะห์แผนงาน และสังเคราะห์ความสัมพันธ์ 1.6) การประเมินผลเป็นความสามารถในการตัดสินคุณค่าของ

แนวความคิด ได้ตรงตามจุดมุ่งหมายใดจุดมุ่งหมายหนึ่ง โดยเฉพาะพร้อมกับสามารถแสดงเหตุผลที่ถูกต้องและเหมาะสมสำหรับการตัดสินนั้นๆ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ฐาปกรณ์ แก้วมาเมือง (2554 : 88-89 พบว่า 1) นักเรียนที่เรียนสังคมศึกษาโดยการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือและการจัดการเรียนรู้แบบซิปปา มีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 2) นักเรียนที่เรียนสังคมศึกษาโดย การจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 3) นักเรียนที่เรียนสังคมศึกษาโดยการจัดการเรียนรู้แบบซิปปามีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ .01 4) นักเรียนที่เรียนสังคมศึกษาโดยการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือ และการจัดการเรียนรู้แบบซิปปามีการปฏิบัติตามหลักธรรมสังคหวัตถุ 4 แตกต่างกันไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ 5) นักเรียนที่เรียนสังคมศึกษาโดยการจัดการเรียนรู้แบบร่วมมือมีการปฏิบัติตามหลักธรรมสังคหวัตถุ 4 หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .01 ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ข้อ 3

5. ผู้เรียนมีคุณลักษณะอันพึงประสงค์ หลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เหตุที่ผลวิจัยเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะคุณลักษณะอันพึงประสงค์เป็นการพัฒนาความสามารถในการรู้คิดเป็นพื้นฐานของการมีคุณธรรมจริยธรรม เนื่องจาก ผู้มีคุณธรรมจริยธรรมสูง มักเป็นผู้ที่สามารถคิดวิเคราะห์ มีวิจารณญาณและสามารถคาดการณ์เกี่ยวกับสาเหตุและผลของการกระทำได้ ส่วนจริยธรรมหรือความเข้าใจเกี่ยวกับความถูกผิด มิได้เกิดจากการเรียนรู้ มิได้เกิดจากสังคมแวดล้อม แต่เกิดจากการคิดไตร่ตรองตามเหตุผลของแต่ละบุคคล พัฒนาการของจริยธรรมเป็นผลของการสังเกต และการคิดไตร่ตรองของบุคคล ผู้ที่ไม่ชอบสังเกตหรือไม่ชอบที่จะคิดไตร่ตรองพัฒนาการทางจริยธรรมก็ไม่เกิด แม้ว่าพัฒนาการทางปัญญาได้เข้าสู่ขั้นสูงแล้วก็ตามซึ่งสอดคล้องกับหลักการและแนวคิดของ ทฤษฎีพัฒนาการทางการรู้การคิดของเพียเจย์ ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาพลังแผ่นดินเชิงคุณธรรม (2551 : 15 - 18) สรุปว่า สติปัญญา หรือ ความสามารถในการรู้คิดเป็นพื้นฐานของการมีคุณธรรมจริยธรรม เนื่องจาก ผู้มีคุณธรรมจริยธรรมสูง มักเป็นผู้ที่สามารถคิดวิเคราะห์ มีวิจารณญาณและสามารถคาดการณ์เกี่ยวกับสาเหตุและผลของการกระทำได้ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ สุวลี เซ็นเสถียร (2559 : 74-80) ผลการวิจัยพบว่า 1) บทบาทจริงของผู้บริหารในการเสริมสร้างคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของนักเรียนในภาพรวมอยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการเป็นแบบอย่างที่ดี รองลงมา คือ ด้านการเป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุน และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ด้านการเป็นผู้มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ 2) บทบาทที่คาดหวังของผู้บริหารในการเสริมสร้างคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของนักเรียน ในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ด้านที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด คือ ด้านการเป็นแบบอย่างที่ดี รองลงมา คือ ด้านการเป็นผู้มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ด้านการเป็นผู้วางแผน 3) บทบาทจริง และบทบาทที่คาดหวังของผู้บริหารในการเสริมสร้างคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของนักเรียนในภาพรวม และเป็นรายด้าน แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 ทุกด้าน โดยด้านที่มีความแตกต่างกันมากที่สุด คือ ด้านการเป็น ผู้มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ รองลงมา คือ ด้านการเป็นผู้ส่งเสริมสนับสนุน และด้านที่มีความแตกต่างกันน้อยที่สุด คือ ด้านการเป็นแบบอย่างที่ดี ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ข้อ 3

6. ผู้เรียนมีอุปนิสัยหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เหตุที่ผลวิจัยเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะ อุปนิสัยสามารถจำแนกบุคลิกภาพของบุคคล อุปนิสัยจึงเป็นปัจจัยสำคัญในการพัฒนาบุคลิกภาพของแต่ละบุคคลและที่สำคัญอุปนิสัยเป็นสิ่งก่อให้เกิดแรงจูงใจในองค์กรเพราะบุคลากรจะเกิดพฤติกรรมเพื่อตอบสนองเมื่อมีสิ่งเร้าเกิดขึ้นนั้นเอง ในการสร้างอุปนิสัยที่ดีเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตและการทำงานที่ดีขึ้น แข็งแกร่งจนนำตัวเรา รู้จักคิดริเริ่ม กล้าคิด กล้าทำสิ่งใหม่ๆ บุคคลในองค์กรมีความสัมพันธ์กัน ส่งผลให้การทำงานอย่างมีประสิทธิภาพ และนำองค์กรไปสู่การบรรลุเป้าหมายที่

ต้องการได้ ซึ่งสอดคล้องกับหลักการและแนวคิดของ อัลล์พอร์ต (Allport,Gordon W.1937) อุปนิสัยของบุคลิกภาพของบุคคล ประกอบด้วย อุปนิสัยพื้นฐาน หมายถึง อุปนิสัยของบุคคลที่มีความคล้ายคลึงกันเนื่องจากเกิดและเติบโตภายในสังคมและวัฒนธรรมเดียวกันจึงทำให้มีอุปนิสัยส่วนหนึ่งที่คล้ายคลึงกัน อุปนิสัยส่วนบุคคล หมายถึง อุปนิสัยลักษณะที่เป็นลักษณะเอกลักษณ์เฉพาะตัวของบุคคล ซึ่งแต่ละคนจะมีความแตกต่างกันไป เมื่อเป็นเช่นนี้จึงไม่สามารถนำอุปนิสัยส่วนนี้ของแต่ละคนมาเปรียบเทียบกันได้ จึงแบ่งอุปนิสัยของบุคคลไว้ดังนี้ 1) อุปนิสัยหลัก หมายถึง อุปนิสัยที่เด่นชัดที่บุคคลนั้นแสดงอกมาเหนืออุปนิสัยอื่นๆซึ่งยากจะลบล้างหรือปิดบังซ่อนเร้นเอาไว้ ดังนั้นอุปนิสัยหลักจึงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมของบุคคลเกือบทุกด้าน จนกระทั่งเมื่อเอ่ยถึงบุคคลใดขึ้นมาจะทำให้นึกถึงอุปนิสัยหลักของเขาทันที 2) อุปนิสัยร่วม หมายถึง กลุ่มลักษณะอุปนิสัยที่บุคคลแสดงออกมาในสถานการณ์ต่างๆเพียง 5-10 ลักษณะเท่านั้น ไม่ได้แสดงออกมาทั้งหมด 3) อุปนิสัยทุติยภูมิ หมายถึง อุปนิสัยทั่วไปหลายๆอย่างที่มีอยู่มากมายในตัวบุคคลแต่เป็นอุปนิสัยแบบกว้างๆซึ่งโดยทั่วไปมักจะเกี่ยวกับความคิดเห็น ทัศนคติ รสนิยม ในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือสิ่งใดสิ่งหนึ่ง สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ชนัญญา ใยลออ (2560 : 213-244) พบว่า 1) กลุ่มทดลองมีความรู้ทักษะการทำงานร่วมกับผู้อื่นในองค์กรธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อม หลังการเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) กลุ่มทดลองมีทักษะในการทำงานร่วมกันกับผู้อื่นในองค์กรธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อมหลังเข้าร่วมโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) และกลุ่มทดลองที่เข้าร่วมโปรแกรมมีทัศนคติเพื่อเสริมสร้างทักษะในการทำงานร่วมกันผู้อื่นในองค์กรธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อม ที่ไม่มีความแตกต่างกันทั้งก่อนและหลังการเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการนำโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียนไปใช้ ได้แก่ 1) การสนับสนุนส่งเสริมจากเจ้าของกิจการ 2) ผู้สอน 3) ผู้เรียน 4) การลงมือปฏิบัติจริง 5) สภาพแวดล้อม และเงื่อนไขการนำไปใช้ ได้แก่ 1) ผู้สอนที่มีบทบาทเป็นผู้ประสานงานเพื่อน 2) ระยะเวลาในการเรียนที่สามารถปฏิบัติการโครงงานร่วมกัน 3) การเรียงลำดับเนื้อหาที่พัฒนาจากองค์ประกอบทักษะการทำงานร่วมกันกับผู้อื่นในองค์การธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อม 4) ความเข้าใจภาษาในการร่วมกิจกรรม ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ข้อ 3

7. ผู้เรียนมีอัตลักษณ์ หลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เหตุที่ผลวิจัยเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะ การสร้างอัตลักษณ์เป็นการสร้างความเป็นตนเองที่เกิดจากการนิยามตนเองจากการปฏิสัมพันธ์กับบุคคลในระดับสังคม และเป็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่เกี่ยวข้องกับกลไกสังคม เป็นกระบวนการสร้างวาทกรรมโดยผ่านภาษา วิถีชีวิตและวิถีคิดต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างอำนาจหรือความเป็นเอกลักษณ์เฉพาะให้กับตนเอง อัตลักษณ์ยังมีกระบวนการสืบทอดอัตลักษณ์ทางชาติพันธุ์เพื่อสร้างความเหมือนในพวกเรา และความต่างจากพวกเขาจึงเกิดขึ้น ในกระบวนการนี้ อาจมีทั้งการสืบทอดของเก่าอย่างสิ้นเชิง และการหยิบยืมบางส่วนทางวัฒนธรรมคนอื่นมาปรับปรุงใหม่ให้เป็นของเรา อัตลักษณ์ที่สืบทอดมาตั้งแต่อดีต แม้จะผ่านกาลเวลาหลายยุคหลายสมัย แต่เมื่อกาลเวลาเปลี่ยนไป ยังคงสอดคล้องกับความต้องการของยุคสมัย ซึ่งสอดคล้องกับหลักการและแนวคิดของฉลาดชาย รมิตานนท์ (2545 : 34) อัตลักษณ์นั้นไม่ใช่สิ่งที่เกิดขึ้นลอยๆตามธรรมชาติ แต่เป็นสิ่งที่เกิดจากการสร้างของวัฒนธรรมในช่วงเวลาหนึ่ง และวัฒนธรรมก็เป็นสิ่งก่อสร้างทางสังคม นอกจากนี้วัฒนธรรมก็ไม่ใช่สิ่งที่หยุดนิ่งหรือตายตัว หากแต่มีรูปแบบเป็นวงจรที่เรียกว่า “วงจรแห่งวัฒนธรรม” ดังนั้นอัตลักษณ์ทั้งหลายมีกระบวนการถูกผลิต ให้เกิดขึ้นสามารถถูกบริโภค และถูกควบคุมจัดการ อยู่ในวัฒนธรรมเหล่านั้น และทั้งนี้ยังมีการสร้างความหมายต่างๆ ผ่านทางระบบต่างๆ ของการสร้างภาพตัวแทน ที่เกี่ยวกับตำแหน่งแห่งที่ต่างๆ ทางอัตลักษณ์อันหลากหลายที่เราเลือกใช้หรือนำเอามาสร้างเป็นอัตลักษณ์ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ ทองพรรณ ปัญญาอุดม

กุล (2556 : 119-202) การวิจัยพบว่า 1) สภาพปัจจุบันการสร้างอัตลักษณ์ของสถาบันการศึกษาขั้นพื้นฐานขนาดเล็กในเขตภาคเหนือตอนบน ในสภาพรวมอยู่ในระดับมาก เมื่อพิจารณารายละเอียดแต่ละด้าน ด้านสภาพแวดล้อมการกำหนดอัตลักษณ์ องค์ประกอบของอัตลักษณ์ การปฏิบัติตามอัตลักษณ์ การประเมินอัตลักษณ์ อยู่ในระดับมากส่วนด้านการธำรงรักษาอัตลักษณ์ อยู่ในระดับปานกลาง 2) กลยุทธ์การสร้างอัตลักษณ์ของสถานศึกษาขั้นพื้นฐานขนาดเล็กในเขตภาคเหนือตอนบน ประกอบด้วย 4 กลยุทธ์หลัก ดังนี้ กลยุทธ์ที่ 1 สร้างความพร้อม ความตระหนักและความเข้าใจเกี่ยวกับการสร้างอัตลักษณ์ของสถานศึกษาให้กับผู้เกี่ยวข้องและชุมชน กลยุทธ์ที่ 2 ปรับระบบวางแผนและการบริหารจัดการเกี่ยวกับการสร้างอัตลักษณ์ของสถานศึกษา กลยุทธ์ที่ 3 ส่งเสริมการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนและสร้างเครือข่ายการพัฒนาเกี่ยวกับการสร้างอัตลักษณ์ของสถานศึกษา 3) การตรวจสอบกลยุทธ์การสร้าง อัตลักษณ์ของสถานศึกษาขั้นพื้นฐานขนาดเล็กในเขตภาคเหนือตอนบนในภาพรวมมีความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของประเด็นกลยุทธ์หลักทั้ง4 กลยุทธ์อยู่ในระดับมากที่สุด

8. ผู้บริหาร ครู นักเรียนและผู้ปกครองนักเรียน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.53 เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่าด้านที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ ด้านความรับผิดชอบค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.48 รองลงมา คือ ด้าน หลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.47 และด้านเครือข่ายการศึกษา ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.59 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.54 เหตุที่ผลวิจัยเป็นเช่นนี้อาจเป็นเพราะความพึงพอใจในการบริหารและผลการบริหารโรงเรียนจะมีความสัมพันธ์กันในทางบวก ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับว่ากิจกรรมที่ผู้เรียนได้ปฏิบัตินั้น ทำให้ได้รับการตอบสนองความต้องการทางด้านร่างกายและจิตใจ ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะทำให้เกิดความสมบูรณ์ของชีวิตมากน้อยเพียงใด นั้นคือสิ่งที่ผู้บริหารจะคำนึงถึงองค์ประกอบต่าง ๆ ในการเสริมสร้างความพึงพอใจในการบริหารโรงเรียนประสบความสำเร็จอย่างสูงสุด ซึ่งสอดคล้องกับหลักการและแนวคิดของ มาสโลว์ (Maslow, 1970 : 69-80) ได้เสนอทฤษฎีเกี่ยวกับลำดับขั้นของความต้องการโดยตั้งสมมุติฐานไว้ว่า “มนุษย์เรามีความต้องการอยู่เสมอไม่มีที่สิ้นสุด เมื่อความต้องการได้รับการตอบสนองหรือพึงพอใจอย่างหนึ่งอย่างใดแล้วความต้องการสิ่งอื่นๆ ก็จะตามมาอีก ความต้องการของคนเราอาจจะเกิดขึ้นซ้ำซ้อนกันความต้องการอย่างหนึ่งยังไม่หมดความต้องการอีกอย่างหนึ่งอาจเกิดขึ้นได้”ความต้องการของมนุษย์มีลำดับขั้นดังนี้ ความต้องการทางด้านร่างกายเป็นความต้องการขั้นพื้นฐานของมนุษย์ ความต้องการความปลอดภัยความมั่นคงในชีวิต ความต้องการทางสังคม ความต้องการมีฐานะมีความอยากเด่นในสังคมมีชื่อเสียงอยากให้บุคคลยกย่องอยากมีอิสรภาพ และ ความต้องการความสำเร็จในชีวิตเป็นความต้องการในระดับสูง อยากให้ตนเองประสบความสำเร็จทุกอย่างในชีวิต ซึ่งเป็นไปได้ยาก สอดคล้องกับผลการวิจัยของ เอกราช วรรณโสภา (2557 : 111-114) ผลการวิจัยพบว่า 1) ผู้ปกครองมีความพึงพอใจในการบริหารงานโรงเรียนขยายโอกาส ในระดับมาก 2) การเปรียบเทียบความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการบริหาร งานโรงเรียนขยายโอกาสจำแนกตามอาชีพ พบว่า ผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพข้าราชการหรือพนักงานรัฐวิสาหกิจ และผู้ปกครองที่ประกอบอาชีพอิสระ มีความพึงพอใจแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งเป็นไปตามวัตถุประสงค์ข้อ 4

ข้อเสนอแนะการนำไปใช้

1. ควรนำผลการวิจัยด้านความรับผิดชอบของนักเรียนไปใช้ในโรงเรียน

2. ควรนำผลการวิจัยด้านหลักปรัชญาของเศรษฐกิจพอเพียงไปใช้ในโรงเรียน

3. ควรนำผลการวิจัยด้านการสร้างเครือข่ายการศึกษาไปใช้ในโรงเรียน

4. ควรนำผลการวิจัยด้านการบริหารจัดการไปใช้ในโรงเรียน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาและวิจัย ด้านเก่ง ดี มีสุข ของนักเรียนทุกระดับชั้น

2. ควรมีการศึกษาและวิจัยด้านเจตคติของนักเรียนทุกระดับชั้น

3. ควรมีการศึกษาและวิจัยด้านความมีเอกภาพของนักเรียนทุกระดับชั้น

4. ควรมีการศึกษาและวิจัยด้านบริหารงานวิชาการ

เอกสารอ้างอิง

คัมภีร์ สุดแท้. **การพัฒนารูปแบบการบริหารงานวิชาการสำหรับโรงเรียนขนาดเล็ก.** วิทยานิพนธ์ มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 2553.

ฉลาดชาย รมิตานนท์. **แนวคิดในการศึกษาอัตลักษณ์ความเป็นไท.** กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระจอมเกล้าธนบุรี. 2545.

เชิดศักดิ์ ศุภโสภณ .**การพัฒนารูปแบบการบริหารการเปลี่ยนแปลงสู่ความเป็นเลิศของสถานศึกษา ขั้นพื้นฐานของรัฐ** . วิทยานิพนธ์ กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2553.

ชนัญญา ใยลออ. **การพัฒนาโปรแกรมการศึกษานอกระบบโรงเรียน ตามแนวคิดความฉลาดทาง วัฒนธรรม และแนวคิดอุปนิสัย 7 ประการของสตีเฟ่น อาร์ โควี่เพื่อเสริมสร้างทักษะการทำงานร่วมกันกับผู้อื่นในองค์กรธุรกิจขนาดกลางและขนาดย่อม.** วิทยานิพนธ์ (ค.ด.).กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2560.

ฐาปกรณ์ แก้วมาเมือง. **ได้ศึกษาผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสังคมศึกษาและการปฏิบัติตามหลักธรรมสังคหวัตถุ 4 ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5.** กรุงเทพฯ : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ, 2554.

ณรงค์ ทุมแถว. **การนำเสนอรูปแบบการบริหารงานของเครือข่ายสถานศึกษาในสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาอุบลราชธานี เขต 5.** วิทยานิพนธ์ อุบลราชธานี : มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี, 2553.

ทองพรรณ ปัญญาอุดมกุล. **กลยุทธ์การสร้างอัตลักษณ์ของสถานศึกษาขั้นพื้นฐานขนาดเล็กในเขตภาคเหนือตอนบน.**วิทยานิพนธ์ เชียงราย : มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย, 2556.

นัดดา พิลาชัย. **การพัฒนาคุณธรรมพื้นฐาน 8 ประการ โดยใช้เอกสารประกอบการเรียนการสอนนาฏศิลป์พื้นเมืองสร้างสรรค์ ชุด ระบำคุณธรรมแปดประการสำหรับผู้เรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 โรงเรียนบ่อน้อยประชาสรรค์ สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุดรธานี เขต 1**. อุดรธานี : สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอุดรธานี เขต 1, 2556.

บุญชม ศรีสะอาด. **การวิจัยเบื้องต้น.** พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น, 2554.

บรรจง เจริญสุข. **การพัฒนารูปแบบการบริหารสถานศึกษาตามหลักธรรมาภิบาลในสถานศึกษาขั้นพื้นฐานเขตจังหวัดภาคใต้ตอนบน.** วิทยานิพนธ์ กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยรามคำแหง,2552.

ประจวบ จันทร. **รูปแบบการบริหารโรงเรียนประถมศึกษาเพื่อความเป็นเลิศ.** วิทยานิพนธ์ กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพฯ, 2556.

ประจักษ์พงศ์ วรรณโชติ.**การพัฒนารูปแบบการบริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาประจำตำบลให้เป็นโรงเรียนคุณภาพโดยกลยุทธ์การปฏิบัติที่เป็นเลิศ**.วิทยานิพนธ์ ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา, 2556 เผชิญ กิจระการ. **การวิจัยและทฤษฎีเทคโนโลยีทางการศึกษา.** วิทยานิพนธ์ มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2544.

ภัทรา นิคมานนท์. การประเมินผลการเรียน (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพฯ : อักษราพิพัฒน์. 2543.

ศูนย์ส่งเสริมและพัฒนาพลังแผ่นดินเชิงคุณธรรม. **ถวายในหลวงประจำปีการศึกษา 2550**. กรุงเทพฯ : ศูนย์คุณธรรม.2551.

สุทธิชัย เดชสุวรรณนิธิ. **การพัฒนารูปแบบการบริหารที่มีประสิทธิภาพของโรงเรียน สังกัดสำนักงาน เขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษากรุงเทพมหานคร**.วิทยานิพนธ์ กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ, 2557.

สมบัติ ท้ายเรือคำ. **ระเบียบวิธีวิจัยสำหรับมนุษย์ศาสตร์และสังคมศาสตร์.** พิมพ์ครั้งที่ 4, มหาสารคาม : โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2553.

สุวลี เซ็นเสถียร. **การศึกษาเปรียบเทียบบทบาทจริงและบทบาทที่คาดหวังของผู้บริหารในการเสริมสร้างคุณลักษณะอันพึงประสงค์ของนักเรียนโรงเรียนเอกชนสอนศาสนาอิสลามในกรุงเทพมหานคร. วิทยานิพนธ์** พระนครศรีอยุธยา : มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนครศรีอยุธยา, 2559.

อาจินต์ จรูญผล. **การพัฒนารูปแบบการบริหารวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัด สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน.** ปริญญาดุษฎีบัณฑิต ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา, 2556.

เอกราช วรรณโสภา. **ความพึงพอใจของผู้ปกครองต่อการบริหารงานโรงเรียน ขยายโอกาส เขตอำเภอพนา สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาอำนาจเจริญ.** วิทยานิพนธ์ กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ , 2557.

อัศวิน ดีมานน . **สภาพปัญหาการบริหารโรงเรียนแบบมีส่วนร่วมของชุมชนตามทัศนะของครูโรงเรียนพุทไธสง สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 32**. วิทยานิพนธ์ กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยนอร์ทกรุงเทพ , 2556.

Allport, G. W. Attitudes. **In Handbook of social psychology**. Edited by C. Murchison, Worcester, MA: Clark Univ. Press. 1937.

Maslow, Abraham Harold. **Motivation and Personality.** 2nd ed. New York : Harper and Row Inc, 1970.

การประเมินระบบเฝ้าระวังวัณโรค ภายใต้บริบทนครชัยศรีโมเดล จังหวัดนครปฐม ปีงบประมาณ 2561

Tuberculosis Surveillance Evaluation in Nakhon Chai Si model context, Nakhon Pathom Province, Fiscal year 2018

ยุทธกรานต์ ชินโสตร[11]

Yutthakran Chinasote

(Received: September 8,2020; Accepted: November 10,2020)

บทคัดย่อ

ความเป็นมา: อำเภอนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม มีโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนครชัยศรี โรงพยาบาลห้วยพลู และโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น กระทรวงสาธารณสุขได้แต่งตั้งคณะกรรมการร่วม 3 โรงพยาบาลเพื่อบริหารจัดการในบริบท “นครชัยศรีโมเดล” โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อส่งเสริมสุขภาพ ป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสมรรถภาพให้กับประชากรในภาพรวมของทั้งอำเภอ โดยวัณโรคนับเป็นปัญหาสำคัญในพื้นที่เนื่องจากเป็นโรคที่มีความซุกสูงในประเทศไทย การรักษาใช้ระยะเวลายาวนาน ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้ป่วยในการรับประทานยาจึงจำเป็นต้องมีการบริหารจัดการเชิงระบบร่วมกันในภาพของอำเภอ ทำให้เกิดแนวคิดในการประเมินระบบเฝ้าระวังวัณโรคในโรงพยาบาลภายใต้บริบทนครชัยศรีโมเดลเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนาระบบเฝ้าระวังวัณโรคในอำเภอนครชัยศรีต่อไป

วิธีการศึกษา: ทำการศึกษาภาคตัดขวางโดยศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพจากรายงานผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค (TBCM online) ทะเบียนการบันทึกผลชันสูตรเสมหะ (TB 04) และฐานข้อมูล HosXP ของโรงพยาบาลในเขตอำเภอนครชัยศรีทั้ง 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนครชัยศรี โรงพยาบาลห้วยพลู และโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2561 จำนวน 207 คน

ผลการศึกษา: พบว่าในภาพรวมของอำเภอนครชัยศรี ระบบเฝ้าระวังวัณโรค มีค่าความไวร้อยละ 92.98 ค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 94.64 โดยเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบแยกรายโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น มีค่าความไวและค่าพยากรณ์บวกสูงที่สุด กล่าวคือ มีค่าความไวร้อยละ 100 ค่าพยากรณ์บวกร้อยละ100 รองลงมา คือ โรงพยาบาลนครชัยศรี มีค่าความไวร้อยละ 94.44 ค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 94.44 และโรงพยาบาลห้วยพลู มีค่าความไวร้อยละ 88.46 ค่าพยากรณ์บวก ร้อยละ 92 ตามลำดับ เมื่อวิเคราะห์เวชระเบียน พบว่าด้านความถูกต้องของตัวแปรชื่อ นามสกุล อายุ เพศ และที่อยู่ มีความถูกต้องร้อยละ 100 ด้านความทันเวลาในการรายงานโรคร้อยละ 76.79 ผลการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าการยอมรับของบุคลากรที่เกี่ยวข้องค่อนข้างดีและมีความมั่นคงของระบบเฝ้าระวังค่อนข้างสูง ความง่ายของระบบเฝ้าระวังค่อนข้างดีและมีความยืดหยุ่นในการใช้งานระบบเฝ้าระวังอยู่ในเกณฑ์ดี

คำสำคัญ: การประเมินระบบเฝ้าระวัง1,วัณโรค2,นครชัยศรีโมเดล3

Abstract

Background: There are 3 community hospitals in Nakhon Chai Si district, Nakhon Chai Si hospital, Huayploo hospital and Luangphorpern hospital. The ministry of public health assign the administrative board from 3 hospitals to promote health, prevent disease, treatment and rehabilitate people in Nakhon Chai Si district called Nakhon Chai Si model context. According to the needs for cooperative prevention and surveillance system of tuberculosis which is the important problem in this area due to high prevalence, long period of treatment, needs of the cooperation between patients and healthcare-workers, the study aimed to evaluate and develop the surveillance system of the tuberculosis in 3 hospitals of Nakhon Chai Si district.

---

1 พ.บ. นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น สสจ.นครปฐม

Methods: This cross sectional study used the quantitative and qualitative methods, gatherings the data from the reports in TBCM online system, the sputum microscopic examination for TB register and HosXP database in Nakhon Chai Si hospital, Huayploo hospital and Luangphorpern hospital. The study included 207 TB cases during 1 October 2017 to 30 September 2018.

Results: Totally 207 tuberculosis cases identified, the overall sensitivity of Nakhon Chai Si district was 92.98% and predictive positive value was 94.64%. The sensitivity of Luangphorpern hospital, Nakhon Chai Si hospital and Huayploo hospital was 100%, 94.44% and 88.46% and the predictive positive value of Luangphorpern hospital, Nakhon Chai Si hospital and Huayploo hospital was 100%, 94.44% and 92% in order. In the reviewed medical records, the demographic data (name, age, gender and address variables) were completely correct. The timeliness of the reporting case was 76.79%. The qualitative results such as, the acceptability, stability, simplicity and flexibility was good.

Keywords: surveillance evaluation1, tuberculosis2, Nakhon Chai Si model3

บทนำ

ประเทศไทยติดอันดับในกลุ่ม 20 ประเทศที่มีปัญหาวัณโรคสูง[1] โดยปี พ.ศ.2559 องค์การอนามัยโลก ได้กำหนดยุทธศาสตร์ยุติวัณโรคโดยมีเป้าหมายลดอุบัติการณ์วัณโรคให้ต่ำกว่า 10 ต่อแสนประชากรโลกภายในปี พ.ศ.2578[2] การทบทวนแผนงานวัณโรคแห่งชาติครั้งที่ 5 เมื่อ พ.ศ.2556 ซึ่งดำเนินการโดยผู้เชี่ยวชาญหลายสาขาจากองค์กรระหว่างประเทศได้ยืนยันว่าเมื่อเปรียบเทียบประเทศไทยกับประเทศอื่น ๆ ในภูมิภาคนี้พบว่าประเทศไทยกำลังเผชิญกับความท้าทายสำคัญหลายประการ ได้แก่ อัตราตายที่ค่อนข้างสูงของผู้ป่วยวัณโรค การวินิจฉัยล่าช้า ความซ้ำซ้อนในระบบติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ความไม่ครอบคลุมในการส่งรายงานวัณโรคในหน่วยบริการนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดยประเทศไทยได้กำหนดแผนปฏิบัติการระดับชาติด้านการต่อต้านวัณโรค พ.ศ. 2560-2564 มีเป้าประสงค์เพื่อลดอุบัติการณ์วัณโรคให้เหลือ 88 ต่อประชากรแสนคน เมื่อสิ้นปี 2564 โดยมุ่งเน้นนโยบาย “ค้นให้พบ จบด้วยหาย พัฒนาระบบและเครือข่าย นโยบายมุ่งมั่นสร้างสรรค์นวัตกรรม”[3] โดยกำหนดเป็นประเด็นในคำรับรองการปฏิบัติราชการ (Performance Agreement: PA) ของปลัดกระทรวงสาธารณสุข และผู้ตรวจราชการมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 เป็นต้นมา

จากรายงานวัณโรคของโลกปี พ.ศ.2560 (global tuberculosis report 2017) โดยองค์การอนามัยโลก คาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค (รายใหม่และกลับเป็นซ้ำ) ของโลกสูงถึง 10.4 ล้านคน (140 ต่อประชากรแสนคน) มีจำนวนผู้ป่วยวัณโรคเสียชีวิตสูงถึง 1.7 ล้านคน[4] โดยในปีงบประมาณ 2561 ประเทศไทยมีการคาดประมาณอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค 172 ต่อประชากรแสนคน แต่จากการสืบค้นข้อมูลจากระบบข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์รายบุคคล หรือโปรแกรมบริหารจัดการผู้ป่วยวัณโรค(Tuberculosis Case Management Online : TBCM online)ตามคู่มือแนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561[5]

ในภาพรวมของประเทศ ลงมาในระดับเขตสุขภาพที่ 5 ระดับจังหวัดนครปฐม และรวมสามโรงพยาบาลภายใต้บริบทนครชัยศรีโมเดล พบจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นทะเบียน TBCM online ทุกประเภท จำนวน 82,111 ราย, 6,632 ราย , 935 ราย และ 56 ราย ตามลำดับ คิดเป็นอัตราอุบัติการณ์ผู้ป่วยวัณโรค 147.39, 134.36, 112.02 และ 54.21 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซึ่งยังต่ำกว่าการคาดประมาณขององค์การอนามัยโลก แสดงว่ายังมีผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งอยู่ในความดูแลของโรงพยาบาลรัฐนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน และมีผู้ป่วยอีกจำนวนหนึ่งที่ยังเข้าไม่ถึงระบบการรักษา สำหรับพื้นที่อำเภออำเภอนครชัยศรีประกอบไปด้วยโรงพยาบาลชุมชน 3 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลนครชัยศรี โรงพยาบาลห้วยพลู และโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น จาก

การที่มีโรงพยาบาลมากกว่า 1 แห่ง ในอำเภอที่มีขนาดพื้นที่ไม่ใหญ่มาก ในเชิงการบริหารจัดการจะพบว่ามีการใช้ทรัพยากรมากขึ้น และสิ้นเปลืองโดยไม่จำเป็น การจัดบริการส่วนใหญ่ที่มีจะซ้ำซ้อนกันและส่วนใหญ่เป็นการให้บริการในลักษณะพื้นฐานซึ่งไม่ตอบสนองต่อปัญหาทางสุขภาพของชุมชนเมือง ในปีงบประมาณ 2561 กระทรวงสาธารณสุขได้เล็งเห็นปัญหาสำคัญในเชิงการพัฒนาของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งของอำเภอนครชัยศรี จึงได้ตั้งคณะกรรมการพัฒนาบริหารจัดการร่วมกันโดยได้ข้อสรุปแนวทางการบริหารจัดการ เรียกว่า “นครชัยศรีโมเดล” โดยมีหลักการสำคัญ คือ การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 ทั้ง 3 แห่งให้บริหารจัดการร่วมกันให้มีศักยภาพการให้บริการเท่าโรงพยาบาลชุมชนขนาด M2 1 แห่ง ที่สำคัญยิ่งต่อระบบบริการและสุขภาพของประชาชนในอำเภอนครชัยศรี

ทำให้เกิดแนวคิดในการประเมินระบบเฝ้าระวังวัณโรคในโรงพยาบาลภายใต้บริบทนครชัยศรีโมเดล เพื่อจะได้เกิดประโยชน์ต่อการเฝ้าระวังผู้ป่วยวัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพ และมีโอกาสในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินความไว (Sensitivity) และค่าพยากรณ์บวก (Predictive value positive) ของการรายงานในระบบเฝ้าระวังวัณโรคใน 3 โรงพยาบาลของอำเภอนครชัยศรี

2. เพื่อศึกษาความทันเวลา (Timeliness) และความถูกต้อง(Accuracy)ของการรายงานในระบบเฝ้าระวังวัณโรคใน 3 โรงพยาบาลของอำเภอนครชัยศรี

3. เพื่อศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพในการวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนาระบบเฝ้าระวังวัณโรคใน 3 โรงพยาบาลของอำเภอนครชัยศรี

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) ทั้งการศึกษาเชิงปริมาณ (Quantitative study) และเชิงคุณภาพ (Qualitative study) ซึ่งพื้นที่ที่ทำการศึกษา คือ โรงพยาบาลในเขตอำเภอนครชัยศรี โดยประชากรที่ทำการศึกษา คือ ผู้ป่วยทุกรายที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลนครชัยศรี โรงพยาบาลห้วยพลู และโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึงวันที่ 30 กันยายน 2561

1. <u>การศึกษาคุณลักษณะของระบบเฝ้าระวังเชิงปริมาณ</u> โดยใช้ข้อมูลดังต่อไปนี้

- รายงานผู้ป่วยวัณโรค จากระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา (TBCM online) โรงพยาบาลนครชัยศรี โรงพยาบาลห้วยพลู และโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น ปีงบประมาณ 2561
- ทะเบียนการบันทึกผลชันสูตรเสมหะ (TB 04) โรงพยาบาลนครชัยศรี โรงพยาบาลห้วยพลู และโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น ปีงบประมาณ 2561
- ข้อมูลผู้ป่วยที่ได้รับยา first line drug การรักษาวัณโรค จากรหัสยา 4 ตัว คือ Isoniazid, Rifampicin, Pyrazinamide และ Ethambutol จากฐานข้อมูล HosXP ที่มารับบริการในปีงบประมาณ 2561
- เวชระเบียนผู้ป่วยนอก (OPD card) ตามการวินิจฉัยโรค จากผู้ที่มารับบริการที่โรงพยาบาลนครชัยศรี โรงพยาบาลห้วยพลู และโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2561 ที่มีรหัส ICD-10-TM

<u>นิยามผู้ป่วย</u> คือ ผู้ป่วยทุกรายที่มารับการรักษาในโรงพยาบาลนครชัยศรี โรงพยาบาลห้วยพลู และโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน 2561 ซึ่งมีอาการเข้าได้กับคำจำกัดความผู้ป่วยวัณโรคตามหนังสือนิยามโรคติดเชื้อ พ.ศ. 2546 [6] ดังนี้

<u>เกณฑ์ทางคลินิก (Clinical Criteria)</u>

- ไข้ ร่วมกับ
- ไอมากกว่า 2 สัปดาห์ ร่วมกับ
- น้ำหนักลด

<u>เกณฑ์ทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory Criteria)</u>

- ภาพถ่ายรังสีทรวงอก (CXR) พบเงาเปรอะเปื้อน (Infiltration) หรือเป็นโพรงที่บริเวณปอดกลีบบน (upper lobe) ร่วมกับ

- การตรวจเสมหะด้วยวิธี direct smear ย้อมด้วยสี AFB พบเชื้อ Acid-fast bacilli (AFB)

ประเภทผู้ป่วย (Case Classification)

- ผู้ป่วยที่สงสัย (Suspected case) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิก ร่วมกับ ผลการ ตรวจพบจากภาพถ่ายรังสีทรวงอกผิดปกติบริเวณปอดกลีบบน (upper lobe) เป็นจุดหรือโพรง
- ผู้ป่วยที่เข้าข่าย (Probable case) /ไม่มี
- ผู้ป่วยที่ยืนยัน (Confirmed case) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการตามเกณฑ์คลินิก ร่วมกับเกณฑ์ทาง ห้องปฏิบัติการจำเพาะ พบเชื้อ Mycobacterium tuberculosis จากการย้อมเสมหะหรือการเพาะเชื้อ

การรายงานผู้ป่วยตามระบบเฝ้าระวังโรค รง.506 (Reporting Criteria)

ให้ยืนยันเฉพาะผู้ป่วยที่ยืนยันรายใหม่เท่านั้น เพื่อไม่ให้มีการรายงานซ้ำซ้อน

การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับค่าพยากรณ์บวก

จากข้อมูลรายงานผู้ป่วยวัณโรคในโปรแกรม TBCM online จากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งในเขตอำเภอนครชัยศรี ในปีงบประมาณ 2561 มีจำนวน 53 ราย

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

โดย n คือ จำนวนขนาดตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

N คือ จำนวนผู้ป่วยที่พบในระบบ $TBCM = 53$ ราย

Z คือ ระดับความเชื่อมั่น $= 1.96$

p คือ ระดับของความแปรปรวน $= 0.50$

d คือ ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ $10\% = 0.05$

แทนค่า

$$n = \frac{53 \times 0.50(1-0.50) \times 1.96^2}{[0.05^2(53-1)] + [0.50(1-0.50) \times 1.96^2]} = 47$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ค่าที่ได้มีความใกล้เคียงกับจำนวนผู้ป่วยที่พบในโปรแกรม TBCM จึงขอใช้จำนวนทั้งหมดโดยไม่ทำการสุ่มตัวอย่าง

การคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับค่าความไว

จากการดึงข้อมูลผู้ป่วยที่เข้าได้ตามเกณฑ์จากโปรแกรม HosXp จากโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งในเขตอำเภอนครชัยศรี ในปีงบประมาณ 2561 มีจำนวน 149 ราย

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

โดย n คือ จำนวนขนาดตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

N คือ จำนวนผู้ป่วยที่พบในระบบ $HosXp = 149$ ราย

Z คือ ระดับความเชื่อมั่น $= 1.96$

p คือ ระดับของความแปรปรวน $= 0.50$

d คือ ระดับความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ที่ $10\% = 0.05$

แทนค่า

$$n = \frac{149 \times 0.50(1-0.50) \times 1.96^2}{[0.05^2(149-1)] + [0.50(1-0.50) \times 1.96^2]} = 108$$

จากการคำนวณขนาดตัวอย่าง ค่าที่ได้มีความใกล้เคียงกับจำนวนผู้ป่วยที่พบในโปรแกรม HosXp จึงใช้จำนวนทั้งหมดโดยไม่ทำการสุ่มตัวอย่าง

2. วิธีการศึกษาคุณลักษณะของระบบเฝ้าระวังเชิงคุณภาพ

สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องในระบบเฝ้าระวังวัณโรค โรงพยาบาลนครชัยศรี โรงพยาบาลห้วยพลู และโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น ถึงขั้นตอนการรายงานโรคและความคิดเห็นต่อระบบเฝ้าระวังวัณโรคโดยใช้การสัมภาษณ์แบบกึ่งโครงสร้าง(Semi-structure interview) แบ่งเป็น เจ้าหน้าระบาดวิทยา (สสจ.นครปฐม 2 คน, สสอ.นครชัยศรี 2 คน, รพ.นครชัยศรี 2 คน, รพ.ห้วยพลู 2 คน, รพ.หลวงพ่อเปิ่น 2 คน) ผู้รับผิดชอบงานวัณโรค (สสจ.นครปฐม 1 คน, สสอ.

นครชัยศรี 1 คน, รพ.นครชัยศรี 1 คน, รพ.ห้วยพลู 1 คน, รพ.หลวงพ่อเปิ่น 1 คน) แพทย์ผู้ทำการวินิจฉัยและรักษา (รพ.นครชัยศรี 1 คน, รพ.ห้วยพลู 1 คน, รพ.หลวงพ่อเปิ่น 1 คน)

พยาบาลคลินิกวัณโรค (รพ.นครชัยศรี 1 คน, รพ.ห้วยพลู 1 คน,รพ.หลวงพ่อเปิ่น 1 คน) เวชสถิติ (รพ.นครชัยศรี 1 คน, รพ.ห้วยพลู 1 คน, รพ.หลวงพ่อเปิ่น 1 คน) เจ้าหน้าที่ IT (รพ.นครชัยศรี 1 คน, รพ.ห้วยพลู 1 คน,รพ.หลวงพ่อเปิ่น 1 คน) นักเทคนิคการแพทย์ (รพ.นครชัยศรี 1 คน, รพ.ห้วยพลู 1 คน, รพ.หลวงพ่อเปิ่น 1 คน) ผู้บริหาร (รองนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดด้านเวชกรรมป้องกัน, หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สสจ.นครปฐม, สสอ.นครชัยศรี 1 คน, รพ.นครชัยศรี 1 คน, รพ.ห้วยพลู 1 คน, รพ.หลวงพ่อเปิ่น 1 คน)

ผลการศึกษา

1. Flow การรายงาน



ภาพประกอบที่ 1 ขั้นตอนการรายงานวัณโรคของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่งในอำเภอนครชัยศรี ปี 2561

ขั้นตอนการรายงานวัณโรคของโรงพยาบาล 3 แห่งในอำเภอนครชัยศรี พบว่าการรายงานโรคมีขั้นตอนดังนี้ คือ เมื่อข้อมูลการวินิจฉัยเข้าเกณฑ์การวินิจฉัยวัณโรคทั้งกรณีผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน หรือข้อมูลจากห้องปฏิบัติการ แพทย์จะทำการวินิจฉัยวัณโรคและบันทึกข้อมูลเวชระเบียนในโปรแกรม HosXP โดยพยาบาลผู้ป่วยนอกแจ้งพยาบาลประจำคลินิกวัณโรคทันที หรือแจ้งผู้แทนในกรณีที่พยาบาลประจำคลินิกวัณโรคไม่อยู่ โดยพยาบาลประจำคลินิกวัณโรคจะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลในส่วนต่าง ๆ จะส่งประวัติผู้ป่วยไปขึ้นทะเบียนที่กลุ่มงานเวชปฏิบัติครอบครัวโดยบันทึกการรายงานในระบบการเฝ้าระวังวัณโรคภายใน 7 วันหลังจากการวินิจฉัย ในส่วนของการรายงานในระบบเฝ้าระวังวัณโรค (TBCM online) ของโรงพยาบาลทั้ง 3 แห่ง ข้อมูลจะส่งต่อไปที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตามลำดับ

2. ผลการศึกษาเชิงปริมาณ

2.1 ความไวของการรายงาน (Sensitivity) ค่าการพยากรณ์บวก (Predictive value positive) ทำการทบทวนจากฐานข้อมูลเวชระเบียน ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2560 ถึง 30 กันยายน

2561 พบจำนวนเวชระเบียนทั้งหมด 207 ราย จำนวนเวชระเบียนที่นำมาทบทวนทั้งหมด 207 ราย และเป็นเวชระเบียนผู้ป่วยที่รายงานในระบบรายงาน TBCM online จำนวน 56 ราย เข้าตามนิยาม 53 ราย ไม่เข้าตามนิยาม 3 ราย (ตารางที่ 2)

ตาราง 1 จำนวนเวชระเบียนที่นำมาทบทวนในการประเมินระบบเฝ้าระวังโรควัณโรคปอด จำแนกตามโรงพยาบาลที่ศึกษาในอำเภอนครชัยศรี ปีงบประมาณ 2561

โรงพยาบาล	จำนวนเวชระเบียนที่นำมาทบทวน	รายงาน TBCM online และเข้าได้กับนิยาม	รายงาน TBCM online แต่ไม่เข้ากับนิยาม	ไม่รายงาน TBCM online แต่เข้าได้กับนิยาม	ไม่รายงาน TBCM online และไม่เข้ากับนิยาม
รพ.หลวงพ่อเปิ่น	19	13	0	0	6
รพ.นครชัยศรี	35	17	1	1	16
รพ.ห้วยพลู	153	23	2	3	125
รวม	207	53	3	4	147

พบว่าในภาพรวมของอำเภอนครชัยศรี ระบบเฝ้าระวังวัณโรค มีค่าความไวร้อยละ 92.98 ค่าพยากรณ์บวก ร้อยละ 94.64 โดยเมื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบแยกรายโรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น มีค่าความไวและค่าพยากรณ์บวกสูงที่สุด กล่าวคือ มีค่าความไวร้อยละ 100 ค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 100 รองลงมา คือ โรงพยาบาลนครชัยศรี มีค่าความไวร้อยละ 94.44 ค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 94.44 และโรงพยาบาลห้วยพลู มีค่าความไวร้อยละ 88.46 ค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 92 ตามลำดับ (ตารางที่ 2)

ตาราง 2 ค่าพยากรณ์บวกในการรายงานของระบบเฝ้าระวัง (Predictive Value Positive, PVP) และความครบถ้วนหรือความไวในการรายงานของระบบเฝ้าระวัง (Sensitivity) ผู้ป่วยวัณโรค จำแนกรายโรงพยาบาลที่ศึกษาในอำเภอนครชัยศรี ปีงบประมาณ 2561

โรงพยาบาล	เข้าได้กับนิยาม		ไม่เข้ากับนิยาม		Sensitivity	Predictive Value Positive
	รายงาน TBCM online	ไม่รายงาน TBCM online	รายงาน TBCM online	ไม่รายงาน TBCM online		
รพ.หลวงพ่อเปิ่น	13	0	0	6	100.00	100.00
รพ.นครชัยศรี	17	1	1	16	94.44	94.44
รพ.ห้วยพลู	23	3	2	125	88.46	92.00
รวม	53	4	3	147	92.98	94.64

2.2 ความทันเวลาของระบบเฝ้าระวัง (Timeliness) จากการศึกษาพบว่าการรายงานผู้ป่วยจากวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนถึงวันที่วินิจฉัยโรคไม่เกิน 3 วัน (Early to diagnosis) ของอำเภอนครชัยศรีอยู่ที่ร้อยละ 75 เมื่อพิจารณาราย

โรงพยาบาล พบว่าโรงพยาบาลนครชัยศรีอยู่ที่ร้อยละ 83.33 โรงพยาบาลห้วยพลูอยู่ที่ร้อยละ 60 และโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่นอยู่ที่ร้อยละ 92.31 (ตารางที่ 3) และการรายงานผู้ป่วยจากวันที่วินิจฉัยโรคจนถึงวันที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคไม่เกิน 7 วัน (Time to register) ของอำเภอนครชัยศรีอยู่ที่ร้อยละ 76.79 เมื่อพิจารณารายโรงพยาบาลพบว่าโรงพยาบาลนครชัยศรีอยู่ที่ร้อยละ 52 โรงพยาบาลห้วยพลูอยู่ที่ร้อยละ 92.31 โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่นอยู่ที่ร้อยละ 76.79 (ตารางที่ 3)

ตาราง 3 การรายงานผู้ป่วยจากวันที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาจนถึงวันที่วินิจฉัยโรคไม่เกิน 3 วัน (Early Treatment) ของอำเภอนครชัยศรี ปีงบประมาณ 2561

โรงพยาบาล	ช่วงเวลาตั้งแต่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาถึงวันวินิจฉัย			
	ตั้งแต่ 0–3 วัน		เกินกว่า 3 วัน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รพ.นครชัยศรี	15	83.33	3	16.67
รพ.ห้วยพลู	15	60.00	10	40.00
รพ.หลวงพ่อเปิ่น	12	92.31	1	7.69
รวม	42	75.00	14	25.00

ตาราง 4 การรายงานผู้ป่วยจากวันที่วินิจฉัยโรคจนถึงวันที่รายงานในระบบเฝ้าระวังโรคไม่เกิน 7 วัน (Delay Register) ของอำเภอนครชัยศรี ปีงบประมาณ 2561

โรงพยาบาล	ช่วงเวลาการรายงานเข้าสู่ระบบเฝ้าระวัง TBCM online			
	ตั้งแต่ 0–7 วัน		เกินกว่า 7 วัน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รพ.นครชัยศรี	18	100.00	0	0.00
รพ.ห้วยพลู	13	52.00	12	48.00
รพ.หลวงพ่อเปิ่น	12	92.31	1	7.69
รวม	43	76.79	14	23.21

2.3 ความถูกต้องของรายงาน (Accuracy)

จากข้อมูลรายละเอียดผู้ป่วยที่รายงานใน TBCM online เปรียบเทียบกับข้อมูลที่ทำการทบทวนจากเวชระเบียนผู้ป่วย พบว่าข้อมูลของผู้ป่วยที่รายงานเข้ามาในระบบ TBCM online มีชื่อ–นามสกุล เพศ ที่อยู่ และการวินิจฉัย มีความถูกต้องร้อยละ 100

3. ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ สัมภาษณ์ สอบถาม และสังเกตขั้นตอนการทำงานของ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องกับระบบเฝ้าระวังวัณโรค ตามแนวทางที่ผู้ทำการศึกษาสร้างขึ้น

3.1 **การยอมรับของระบบเฝ้าระวัง (Acceptability)** ในภาพรวม บุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งระดับผู้บริหาร ระดับผู้ปฏิบัติการ และเจ้าหน้าที่ที่ผู้รายงานโรค มีความเข้าใจว่าวัณโรคเป็นโรคที่ต้องรายงานทางระบาดวิทยา และจำเป็นจะต้องมีระบบในการควบคุมและป้องกันโรค และเต็มใจที่จะทำตามระบบการรายงาน

3.2 การนำไปใช้ประโยชน์ของระบบเฝ้าระวัง (Usefulness) บุคลากรที่เกี่ยวข้องที่เกี่ยวข้องในทุกระดับทราบ

ว่าระบบเฝ้าระวังมีประโยชน์ในการควบคุมและป้องกันโรคในระดับพื้นที่ จังหวัด เขตสุขภาพและประเทศ

3.3 ความมั่นคงของระบบเฝ้าระวัง (Stability) ระดับผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ที่ผู้รายงานโรคทราบถึงระบบการรายงานและเฝ้าระวังโรค แต่ระดับผู้ปฏิบัติงานอื่น ๆ ยังไม่ทราบถึงขั้นตอนของระบบการดำเนินงานการเฝ้าระวังโรค ยกเว้นผู้ปฏิบัติงานที่รับผิดชอบงานคลินิกวัณโรคกรณีวันหยุดราชการ ไปประชุม หรือลางาน สามารถมอบหมายให้ผู้อื่นรายงานโรคเข้าสู่ระบบเฝ้าระวังแทนได้

3.4 ความยากง่ายของระบบเฝ้าระวัง (Simplicity) เจ้าหน้าที่ที่ผู้รายงานโรคเห็นว่าการกรอกข้อมูลเข้าสู่โปรแกรม TBCM online มีความละเอียด ใช้เวลาและ ข้อมูลจากเวชระเบียน อาจไม่เพียงพอที่จะทำให้การรายงานครบถ้วน จำเป็นต้องสัมภาษณ์ผู้ป่วยร่วมด้วย

3.5 ความยืดหยุ่นของระบบเฝ้าระวัง (Flexibility) ระบบมีความยืดหยุ่นต่อการใช้งาน เช่น สามารถดึงข้อมูลออกมาใช้วิเคราะห์ทางสถิติหรือการวิจัย แต่ในกรณีที่มีเหตุจำเป็นฉุกเฉิน เช่น ระบบอินเทอร์เน็ตไม่สามารถใช้งานได้ จะทำให้การรายงานในระบบเฝ้าระวังไม่สามารถทำได้

สรุปและอภิปรายผล

เมื่อเทียบกับการประเมินระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยวัณโรคปอด โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ปี 2556 [5] ซึ่งมีความไวร้อยละ 75.27 ค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 75.29 พบว่าระบบการเฝ้าระวังวัณโรคในบริบทการดำเนินการนครชัยศรีโมเดลมีความไวและค่าพยากรณ์บวกอยู่ในระดับที่ดี แต่เมื่อพิจารณาในรายละเอียด จะพบว่าในกรณีของโรงพยาบาลราชบุรีเป็นระบบการเฝ้าระวังในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ที่มีผู้ป่วยเข้ารับบริการค่อนข้างมาก และมีความซับซ้อนของแต่ละหน่วยงานจึงอาจจะทำให้ประสิทธิภาพของระบบเฝ้าระวังยังไม่สามารถทำได้ดีเท่ากับโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก เช่น ในบริบทสามโรงพยาบาลในอำเภอนครชัยศรี

หากเปรียบเทียบกับงานวิจัยที่มีความใกล้เคียงกันในบริบท คือ การประเมินระบบเฝ้าระวังโรควัณโรคปอด จังหวัดพิจิตร พ.ศ.2560[6] จะพบว่าในบริบทโรงพยาบาลชุมชนในจำนวนเตียงขนาดที่ใกล้เคียงกัน เช่น รพ.ทับคล้อ ที่มีความไวร้อยละ 83.00 ค่าพยากรณ์บวกร้อยละ 100.00 จะพบว่าโรงพยาบาลในบริบทนครชัยศรีโมเดล มีความไวและค่าพยากรณ์บวกอยู่ในระดับใกล้เคียงกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการอบรมให้ความรู้เรื่องระบบเฝ้าระวังโรคในโรงพยาบาลเพื่อสร้างตัวแทนในการรับผิดชอบงาน เพื่อเสริมให้ทีมงานมีความเท่าเทียมกันในเชิงความรู้และความเข้าใจในการปฏิบัติงาน

2. ควรพัฒนาระบบการเฝ้าระวังวัณโรค TBCM online ให้เชื่อมต่อกับฐานข้อมูลการวินิจฉัยและรักษา เช่น โปรแกรม HosXP เพื่อความสะดวกในการรายงานโรค

3. การพัฒนาระบบการเฝ้าระวังโรคในพื้นที่ความรับผิดชอบของสถานพยาบาลที่มีความคาบเกี่ยวทับซ้อน เช่น ในอำเภอที่มีโรงพยาบาลมากกว่า 1 แห่ง ควรมีการวางมาตรการในเชิงระบบร่วมกันและมีการทบทวนระบบและประเมินระบบเฝ้าระวังโรคทั้งข้อมูลสถิติในเชิงปริมาณและคุณภาพของการรายงานโรคในระบบเฝ้าระวังเพื่อประโยชน์ในการป้องกันและควบคุมโรคในพื้นที่ต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ แพทย์หญิงพันธนีย์ ธิติชัย สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค และคุณกิติชัย เพียรวัฒนผลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม ที่กรุณาให้คำแนะนำและเป็นที่ปรึกษาในการเขียนรายงานอย่างสมบูรณ์ และขอขอบคุณผู้บริหารตลอดจนบุคลากรทุกท่านในหน่วยงานต่าง ๆ ที่ให้ความร่วมมือในการประเมินระบบเฝ้าระวังครั้งนี้ เป็นอย่างดี ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม สำนักงานสาธารณสุขอำเภอนครชัยศรี โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น โรงพยาบาลนครชัยศรี และโรงพยาบาลห้วยพลู

เอกสารอ้างอิง

1 World Health Organization. Global Tuberculosis Report. Geneva: [publisher unknown]; 2018.

2 World Health Organization. The End TB Strategy (Global strategy and targets for tuberculosis prevention, care and control after 2015). Geneva: [publisher unknown]; 2014.

3 กระทรวงสาธารณสุข. แผนยุทธศาสตร์วัณโรคระดับชาติ พ.ศ. 2560–2564. นนทบุรี : [ม.ป.พ.]; 2560.

4 กระทรวงสาธารณสุข, กรมควบคุมโรค, กองแผนงาน. แผนงานควบคุมวัณโรค ปี 2560–2564. นนทบุรี : [ม.ป.พ.]; 2560.

5. กรมควบคุมโรค.สำนักวัณโรค.แนวทางการควบคุมวัณโรคประเทศไทย พ.ศ. 2561. นนทบุรี : สำนักวัณโรค กรมควบคุมโรค; 2561.

6. กรมควบคุมโรค.สำนักระบาดวิทยา.นิยามโรคติดเชื้อในประเทศไทย พ.ศ. 2546.พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา; 2546.

7 ปิยะณัฐ บุญประดิษฐ์, อร่าม เกตุมณี. การประเมินระบบเฝ้าระวังวัณโรคปอด โรงพยาบาลราชบุรี จังหวัดราชบุรี ปีงบประมาณ พ.ศ.2556. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2558; 46: 68-75.

8 ประทีป จันทร์สิงห์, วรรณา ฐูปเมือง. การประเมินระบบเฝ้าระวังโรควัณโรคปอด จังหวัดพิจิตร พ.ศ.2560. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. รอตีพิมพ์ 2562.

ผลของการเสริมพลังและการให้คุณค่าต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลสำโรง อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี

Effecting of Empowerment and Value of the Quality of Life of Dependent Elders in Samrong Sub-District, Tan Sum District, Ubon Ratchathani Province

ชานนท์ พันธ์นิกุล[1]

Chanon punnikul[1]

(Received: September 24,2020; Accepted: November 4,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยแบบกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของการเสริมพลังและการให้คุณค่าต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลสำโรง อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็น 2 กลุ่ม ๆ ทดลอง 32 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 26 คน รวม 58 คน คือ กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลสำโรง อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลหนองกุง อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมเป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ กลุ่มเปรียบเทียบไม่ได้รับโปรแกรม เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม 2 ครั้ง ก่อนและหลังการทดลอง ระหว่าง 1 มกราคม 2563 ถึง วันที่ 31 มีนาคม 2563 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน เปอร์เซ็นไทล์ที่ 25 และ 75 เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาพบว่า หลังการทดลองผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการได้รับการเสริมพลัง การเห็นคุณค่าในตัวเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 จากผลการทดลองแสดงว่าโปรแกรมที่สร้างขึ้นสามารถส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงได้

คำสำคัญ: การเสริมพลัง การให้คุณค่า คุณภาพชีวิต ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

Abstract

The objective of the quasi-experimental study was to investigate effecting of empowerment and value of the quality of life of dependent Elders in Samrong Sub-District, Tan Sum District, Ubon Ratchathani Province. There were totally 58 samples which were divided into 2 groups, experimental group consisted of 32 people and control group consisted of 26 people: the experimental group were the dependent Elders in Samrong Sub-District, Tan Sum District, Ubon Ratchathani Province and the control group were the dependent Elders in Nongkung Sub-District, Tan Sum District, Ubon Ratchathani Province. The experimental group received the program during 12 weeks, and the control group did not receive the program. Data were collected from questionnaires twice before and after experiments during January1 , 2020 and March 31, 2020, and were analyzed by descriptive statistics and presented in percentages, mean, standard deviations, medians, maximum and minimum values. Comparing differences in average scores of variables of each group relied on the paired t-test. Comparing differences in averages scores of variables between groups was based on the independent test determined with a statistical significance level at 5%. The results showed the results of comparing differences in scores on empowerment, self-Esteem, activities of daily living and Quality of Life of Dependent Elderly showed that the average scores in the experimental group were higher than before the experiment and then those in the control group with a statistical significant level at 0.05. The experimental results on application of the created program could be used for create promote the quality of life of the dependent elderly in Samrong Sub-District, Tan Sum District, Ubon Ratchathani Provinc.

Keywords: Empowerment, Value, Quality of Life, Dependent Elderly

[1] พบ. โรงพยาบาลตาลสุม อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

ผู้สูงอายุ คือ ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 60 ปีขึ้นไป ในประเทศที่พัฒนาแล้วส่วนใหญ่ใช้อายุ 65 ปี ขึ้นไปเป็นเกณฑ์ในการเรียก "ผู้สูงอายุ"[1] สำหรับประเทศไทยกำหนดนิยาม "ผู้สูงอายุ" ไว้ในพระราชบัญญัติผู้สูงอายุ พ.ศ. 2546 มาตรา 3 "ผู้สูงอายุ" หมายความว่าบุคคลซึ่งมีอายุเกินหกสิบปีบริบูรณ์ขึ้นไปและมีสัญชาติไทย (Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute, 2018) ประเทศไทยมีโครงสร้างของประชากรเปลี่ยนแปลงไป ประชาชนมีอายุขัยเฉลี่ยยาวขึ้นทำให้ผู้สูงอายุมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น เนื่องความเจริญทางด้านเทคโนโลยีและการสาธารณสุขส่งผลให้ประชากรโลกรวมถึงประเทศไทยอายุยืนยาว ทำให้สัดส่วนของผู้สูงอายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว[2] สำหรับประชากรไทยที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไปพบในปี 2545, 2550, 2554 และ 2557 ประชากรสูงอายุมีอัตราเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วคือร้อยละ 9.4, 12, 12.2 และ 14.9 ตามลำดับ[3] และจากการคาดคะเนประชากรไทย ในปี 2568 และ 2576 ผู้สูงอายุจะมีอัตราเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.8 เป็นร้อยละ 25.0 แสดงให้เห็นว่าในอนาคตประเทศไทยจะมีอัตราการเพิ่มของประชากรสูงอายุอย่างรวดเร็วในช่วงปี 2568-2576[4] จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าสังคมไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ หรือภาวะประชากรผู้สูงอายุ (population aging) นอกจากกลุ่มผู้สูงอายุจะเป็นกลุ่มที่มีขนาดใหญ่แล้วในขณะเดียวกันอัตราส่วนการเป็นภาระของประชากรสูงอายุเมื่อเทียบกับวัยแรงงานจะเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ[5] คาดการณ์ว่าอัตราส่วนการเป็นภาระของผู้สูงอายุในปี 2563 มีอัตราส่วนร้อยละ 26.6 ซึ่งเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 42.9 ในปี 2573

สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลให้ต้นทุนในการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงสูงขึ้น ซึ่งจากการศึกษาของอุทุมพร วงษ์ศิลป์ และคณะ[6] พบว่าต้นทุนต่อวันสำหรับการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงจำแนกตามระดับภาวะพึ่งพิงที่ไม่รวมค่าเสียโอกาสของญาติ พบว่า การดูแลผู้มีภาวะพึ่งพิงระดับน้อย (Mild) มีต้นทุนเฉลี่ยวันละ 41 บาท ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลาง (Moderate) มีต้นทุนเฉลี่ยวันละ 64 บาท ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระดับมาก (Severe) มีต้นทุนเฉลี่ยวันละ 101 บาท หากคำนวณต้นทุนต่อวันรวมค่าเสียโอกาสของญาติ เพื่อแสดงค่าใช้จ่ายในกรณีที่ให้นักบริบาลทำหน้าที่ดูแลแทนญาติทั้งหมด โดยใช้ผลการสำรวจสัดส่วนเวลาของญาติและนักบริบาลในการให้ความช่วยเหลือผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงของศิริพันธุ์ สาสัตย์ และคณะ[7] พบว่า ต้นทุนการดูแลผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระดับปานกลาง (Moderate) มีต้นทุนเฉลี่ยเพิ่มเป็นวันละ 128 บาท ผู้ที่มีภาวะพึ่งพิงระดับมาก (Severe) มีต้นทุนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็นวันละ 200 บาทซึ่งหากรับการบริการจากสถานบริบาลพบว่าค่าใช้จ่ายเฉลี่ยค่อนข้างสูงประมาณ 15,000–52,500 บาทต่อเดือน วรเวศม์ สุวรรณระดา และ คณะ[8] หากแต่การเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดจากโรงพยาบาลก็ยังมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนที่ควรเข้ารับบริการ จากการประเมินการเข้าถึงบริการกายภาพบำบัดของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดในสมองภายหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาลในสามจังหวัด คือ กาฬสินธุ์ เลย และนครศรีธรรมราช พบว่า ในพื้นที่เขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลจังหวัด ซึ่งมีนักกายภาพบำบัดให้บริการมานานแล้วกลับมีผู้ป่วยที่รายงานว่าไม่ได้รับการทำกายภาพบำบัดเลยภายหลังจำหน่ายร้อยละ 60, 20, และ 75 ในแต่ละจังหวัดตามลำดับ ส่วนในเขตพื้นที่โรงพยาบาลชุมชนที่มีนักกายภาพบำบัดให้บริการเชิงรุกในชุมชนมีผู้รายงานว่าไม่ได้รับบริการร้อยละ 20, 5, และ 28 ตามลำดับ[9]

การดูแลระยะยาว (Long-Term Care: LTC) เป็นการให้บริการที่ครอบคลุมตั้งแต่การบริการทางด้านการแพทย์และการบริการทางด้านสังคมที่ออกแบบเพื่อช่วยผู้ที่ป่วยเรื้อรังหรือมีความพิการหรือทุพพลภาพ สูญเสียความสามารถในการประกอบกิจกรรมอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือความพิการ[10] เป็นบริการสุขภาพและสังคมที่มีทั้งรูปแบบเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อตอบสนองความต้องการในการได้รับความช่วยเหลือของผู้สูงอายุที่ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ในชีวิตประจำวัน มุ่งเน้นด้านการฟื้นฟู บำบัด รวมถึงการส่งเสริมสุขภาพอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้ผู้สูงอายุมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยสุขภาพเป็นสิ่งบ่งบอกถึงคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ การที่ผู้สูงอายุจะมีสุขภาพที่ดีนั้นขึ้นอยู่กับหลายปัจจัยและหลายเงื่อนไข[11] รัฐบาลได้กำหนดนโยบายสำคัญที่มุ่งเน้นการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คือ ระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข (Long Term Care: LTC) โดยมีการลงนามบันทึกความร่วมมือของ 4 หน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข สมาคมสันนิบาตเทศบาลแห่งประเทศไทย สมาคมองค์การบริหารส่วนตำบลแห่งประเทศไทยและสำนักงานหลักประกัน

สุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อสนับสนุนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) สามารถจัดระบบการดูแลระยะยาวแก่ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในความรับผิดชอบได้ ซึ่งมีกลไกสำคัญโดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นพื้นฐานในการดูแล นั่นคือ การสร้างนักบริบาลชุมชน (Care giver: CG) ที่ผ่านการอบรมหลักสูตรตามประกาศกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้การดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง เพื่อให้ผู้สูงอายุที่ยังแข็งแรงไม่เจ็บป่วยไม่ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพิงและผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ไม่เป็นภาระแก่ครอบครัว โดยกำหนดให้นักบริบาลชุมชน 1 คน ต่อการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง 10 คน[12]

อำเภอตาลสุมมีประชากรทั้งสิ้น 33,182 คน มีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 3,424 คน มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งสิ้น 707 คน ตำบลสำโรงมีผู้สูงอายุทั้งสิ้น 328 คน มีผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงทั้งสิ้น 32 คน ปัญหาส่วนใหญ่จะเป็นการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุด้านสุขภาพและการดูแลด้านสังคม โดยปัญหาที่พบในผู้สูงอายุคือปัญหาสุขภาพทางกาย ได้แก่ กลุ่มเคลื่อนไหวไม่ได้ ข้อติด ร้อยละ 56 การขับถ่ายปัสสาวะร้อยละ 26 มีแผลกดทับร้อยละ 7 และปัญหาด้านการกลืนร้อยละ 3 และในกลุ่มเคลื่อนไหวได้จะพบภาวะสับสนทางสมอง และปัญหาด้านจิตใจของผู้สูงอายุกลุ่มที่มีภาวะพึ่งพิงทั้ง 2 กลุ่ม ได้แก่ภาวะซึมเศร้าร้อยละ 38 ส่วนใหญ่พบว่าผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงจะขาดคนดูแลแบบใส่ใจและเมื่อดูแลผู้สูงอายุในระยะเวลานานจะส่งผลให้ผู้ดูแลมีภาวะเครียด[13] จากข้อมูลปัญหาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลสำโรง อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี แนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง สถานการณ์ในพื้นที่ที่มีแนวโน้มที่กระทบต่อผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง และแนวทางการดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องเพิ่มเติมในส่วนของการเสริมพลังและการให้คุณค่าเพื่อให้ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้วิจัยจึงทำการศึกษาผลของการเสริมพลังและการให้คุณค่าต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ตำบลสำโรง อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี เพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงให้ดีขึ้นต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการได้รับการเสริมพลัง การเห็นคุณค่าในตัวเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

2. เพื่อเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการได้รับการเสริมพลัง การเห็นคุณค่าในตัวเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและคุณภาพชีวิตระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยแบบกึ่งทดลอง (quasi–experimental research) แบบ two group pretest – posttest design

ประชากรกลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มตัวอย่าง

ประชากร (populations) ได้แก่ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลสำโรง อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานีกลุ่มเปรียบเทียบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลหนองกุง อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง (samples) ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลสำโรง อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานีกลุ่มเปรียบเทียบผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลหนองกุง อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี ทุกรายรวม 58 คน ดังนี้

กลุ่มทดลอง คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลสำโรง อำเภอตาลสุม จำนวน 32 คน

กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลหนองกุง อำเภอตาลสุม จำนวน 26 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในกระบวนการ คือ โปรแกรมการเสริมพลังและการให้คุณค่าต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลสำโรง อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี ประกอบด้วย การเยี่ยมเสริมพลัง การให้ความรู้ การให้กำลังใจ สร้างการรับรู้ที่ดีและเข้าใจตนเองและผู้อื่น และการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ที่ดีในการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามที่คณะผู้วิจัยประยุกต์ขึ้นและได้มีการปรับเพื่อให้มีความเหมาะสมกับพื้นที่ แบ่งออกเป็น 5 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป ส่วนที่ 2 แบบวัดการได้รับการเสริมพลัง ส่วนที่ 3 แบบวัดการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ส่วนที่ 4 แบบวัดการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน ส่วนที่ 5 แบบวัดคุณภาพชีวิต

3. ผลการทดสอบเครื่องมือ ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญ และหาค่าความเชื่อมั่นด้านการได้รับการเสริมพลังและ การเห็นคุณค่าในตัวเอง ได้เท่ากับ 0.86 และ 0.84 ตามลำดับ

4. สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนานำเสนอด้วยค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรภายในกลุ่มโดยใช้สถิติ paired t-test และเปรียบเทียบผลต่างของคะแนนเฉลี่ยของตัวแปรระหว่างกลุ่มโดยใช้สถิติ Independent t-test กำหนดนัยสำคัญที่ระดับ 0.05

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย

การทำวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ผลการวิจัย

1. กลุ่มทดลอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลสำโรง อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 60.0 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 76.67 ปี (S.D.=7.27 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 90.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 95.0 ทุกคนมีอาชีพเกษตรกรรม มีมัธยฐานของรายได้ของครอบครัวเท่ากับ 3,000 บาท (รายได้ต่ำสุด 1,500 บาท : รายได้มากที่สุด 15,000 บาท) ตามลำดับ

2. กลุ่มเปรียบเทียบ คือ ทดลอง ผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลหนองกุง อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี ส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 65.0 มีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 77.77 ปี (S.D.=6.67 ปี) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 93.0 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 94.0 ทุกคนมีอาชีพเกษตรกรรม มีมัธยฐานของรายได้ของครอบครัว เท่ากับ 3,000 บาท (รายได้ต่ำสุด 1,000 บาท : รายได้มากที่สุด 15,000 บาท) ตามลำดับ

3. ผลการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการได้รับการเสริมพลังของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 1 การเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการได้รับการเสริมพลังของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การได้รับการเสริมพลัง	n	$\bar{d}$	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	32	46.06	380	0.48	-1.54-2.51	0.4782	0.634
กลุ่มเปรียบเทียบ	26	45.57	3.90				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	32	51.18	4.73	4.95	2.62-7.28	4.2562	0.0001
กลุ่มเปรียบเทียบ	26	46.23	3.97				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการได้รับการเสริมพลังของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการได้รับการเสริมพลังของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.0001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการได้รับการเสริมพลังสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 4.95 คะแนน (95% CI = 2.62-7.28)

4. ผลการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 2 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การเห็นคุณค่าในตัวเอง	n	$\bar{d}$	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	32	36.06	3.67	1.14	-0.54-2.82	1.3530	0.181
กลุ่มเปรียบเทียบ	26	34.92	2.46				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	32	41.78	4.61	6.13	4.14-8.11	6.1813	<0.001
กลุ่มเปรียบเทียบ	26	35.65	2.26				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตัวเองของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value<0.001) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการเห็นคุณค่าในตัวเองสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 6.13 คะแนน (95% CI = 4.14-8.11)

5. ผลการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 3 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน	n	$\bar{d}$	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	32	13.00	8.32	0.04	-4.50-4.57	0.0170	0.986
กลุ่มเปรียบเทียบ	26	12.96	8.89				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	32	16.62	7.72	2.85	-1.44-7.15	1.3310	0.041
กลุ่มเปรียบเทียบ	26	13.76	8.59				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.041) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2.85 คะแนน (95% CI = -1.44-7.15)

6. ผลการเปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

ตาราง 4 เปรียบเทียบผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบก่อนและหลังการทดลอง

คุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ	n	$\bar{d}$	SD	Mean Diff	95%CI	t	p-value
ก่อนการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	32	77.28	9.97	0.59	-4.56-5.74	0.2289	0.819
กลุ่มเปรียบเทียบ	26	76.69	9.45				
หลังการทดลอง							
กลุ่มทดลอง	32	82.90	9.22	5.40	0.46-10.35	2.1900	0.032
กลุ่มเปรียบเทียบ	26	77.50	9.49				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ก่อนการทดลอง กลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (p-value=0.032) โดยพบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยของคุณภาพชีวิตสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 5.40 คะแนน (95% CI = 0.46-10.35)

อภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ผลของการเสริมพลังและการให้คุณค่าต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงตำบลสำโรง อำเภอตาลสุม จังหวัดอุบลราชธานี ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีผลต่างคะแนนเฉลี่ยของการได้รับการเสริมพลัง การเห็นคุณค่าในตัวเอง การปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน และคุณภาพชีวิตของกลุ่มทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเนื่องมาจากผู้วิจัยมีการทบทวนวรรณกรรม และพัฒนาโปรแกรมผ่านทฤษฎีการเสริมพลังและการสร้างคุณค่าในตัวเองผ่านกระบวนการเยี่ยมเสริมพลัง พูดคุย ให้กำลังใจอย่างใกล้ชิด การพูดคุยเพื่อสร้างทัศนคติที่ดีต่อตนเองและผู้อื่น เปิดโอกาสในการพูดคุยซักถาม ทำความเข้าใจ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ตลอดจนการเสริมสร้างกำลังใจเชิงคุณค่า จากนั้นเปิดโอกาสในการรับฟังความคิดเห็น ความต้องการ และข้อเสนอแนะถึงแนวทางในการดูผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและนำมาปรับเพื่อการเสริมพลังในครั้งต่อไปส่งผลให้กิจกรรมดังกล่าวเกิดประสิทธิผล สอดคล้องกับการศึกษาของนิชนันท์ สุวรรณกูฏ[14] ศึกษาระบบการดูแลผู้สูงอายุในอำเภอศิลาลาด จังหวัดศรีสะเกษ ผู้สูงอายุติดเตียงจำเป็นซึ่งต้องมีผู้ดูแลผู้สูงอายุมืออาชีพให้การดูแลเพื่อลดปัญหาการเจ็บป่วยของผู้สูงอายุและสามารถชะลอการเสียชีวิตในระยะเวลาที่นานขึ้น โดย CM จัดทำแบบแผนการดูแลผู้สูงอายุรายบุคล (Care plan) เพื่อใช้วางแผนการบริการผู้สูงอายุเพื่อให้ผู้ดูแลผู้สูงอายุ (CG) ได้ดูแลผู้สูงอายุได้ตรงตรงตามปัญหาและมีแผนการติดตามและประเมินผลงานเป็นระบบและพัฒนาทีมนำด้านชุมชนได้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ต้องมีกระบวนการทำงานที่เชื่อมประสานในรูปแบบของคณะอนุกรรมการดูแลระยะยาวในผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง (LTC) ซึ่งคณะอนุกรรมการกลุ่มนี้มีบทบาทหน้าที่หลักในการอนุมัติการดำเนินงานตาม Care plan การอนุมัติงบประมาณในการดำเนินงานและการติดตามประเมินผล และควบคุมกำกับซึ่งเป็นกระบวนการที่สร้างการมีส่วนร่วมและเป็นเจ้าภาพในการดูแลผู้สูงอายุร่วมกัน การพัฒนาเครือข่ายในชุมชนเพื่อการดูแลผู้สูงอายุโดยกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจนในการดูแลผู้สูงอายุ การประชุมประชาคม และกิจกรรมสะท้อนข้อมูลกลับสู่ชุมชนเพื่อให้เกิดกระบวนการร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมรับประโยชน์และร่วมเรียนรู้ จัดตั้งหน่วยบริการที่บริหารจัดการเพื่อการดูแลผู้สูงอายุโดยเฉพาะได้แก่ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุอำเภอศิลาลาด (ศูนย์โฮมสุข) ซึ่งจัดตั้งโดยเทศบาลตำบลกุง และบริหารจัดการในรูปแบบคณะกรรมการในทุกภาคส่วนเพื่อการจัดหาการบริการ การสนับสนุนบุคลากร วิชาการ วัสดุอุปกรณ์ งบประมาณในการดูแลผู้สูงอายุและประสานงานเพื่อขอรับการสนับสนุนบุคลากร วิชาการ วัสดุ จากหน่วยงานในระดับอำเภอ รวมทั้งการประเมินติดตามผลการดำเนินงานเพื่อให้เกิดกระบวนการการมีส่วนร่วมเป็นผู้ดูแลผู้สูงอายุอย่างเป็นรูปธรรม สุมิตรา วิชา และคณะ[15] ศึกษาการพัฒนาระบบเครือข่าย

บริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง (กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ่องห้า อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง พบว่า รูปแบบระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง ในพื้นที่รับผิดชอบของ ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ (1) การประเมินสภาพผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงและศักยภาพของญาติผู้ดูแล (2) การดูแลช่วยเหลือโดยกลุ่มคนในชุมชน (3) การจัดระบบบริการสุขภาพระบบการดูแลต่อเนื่อง และระบบสารสนเทศและเทคโนโลยีของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ่องห้า โรงพยาบาลแม่ทะ และ โรงพยาบาลลำปาง (4) การกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการและงบประมาณจากเทศบาลน้ำโจ้ (5) การดำเนินงานดูแลผู้สูงอายุจากหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง โดยแต่ละส่วนประกอบมีความเชื่อมโยงเพื่อประสานการทำงานและการใช้ทรัพยากรร่วมกัน และเกศกนก จงรัตน์, ศรีธยา ฤทธิ์ช่วยรอด, นันทวุฒิ วงศ์เมฆ และ นิพนธ์ รัตนคช[16] ศึกษาภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช พบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ดูแลผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง คุณภาพชีวิต ความผิดปกติของร่างกายของผู้สูงอายุเกิดจากอายุที่มากขึ้นและขาดความรู้ในการดูแลสุขภาพจนกลายเป็นปัญหาที่ก่อให้เกิดโรคเรื้อรัง ด้านจิตใจ ผู้สูงอายุมีปัญหาด้านจิตใจมากที่สุดในเรื่องของความวิตกกังวล กลัวจะถูกทอดทิ้ง กังวลว่าจะไม่มีคนดูแล มากกว่าร้อยละ 50.0 ด้านสิ่งแวดล้อม ส่วนใหญ่จะอาศัยอยู่ในบ้านเรือนของตนเองมากกว่าที่จะอาศัยอยู่ในบ้านที่มีบุตรเป็นเจ้าของ ด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เมื่อเข้าสู่วัยชราจากสภาพร่างกายที่ไม่เอื้ออำนวย ต่อการประกอบอาชีพ อาจมีปัญหาในการเข้าร่วมสังคมบ้างจนถึงขั้นไม่เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมเลย ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในตัวผู้สูงอายุทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะ

1. โปรแกรมการเสริมพลังและการให้คุณค่าต่อคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงมีผลในการส่งเสริมคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ควรนำโปรแกรมดังกล่าวขยายผลการใช้โปรแกรมในตำบลอื่น ๆ ให้มีความรอบคลุมทุกตำบลในอำเภอตาลสุม หรือ ประยุกต์ใช้กับกลุ่มโรคอื่น หรือ พื้นที่อื่น

2. ควรศึกษาเปรียบเทียบกับรูปแบบหรือโปรแกรมอื่นเพื่อยืนยันหรือเปรียบเทียบประสิทธิผลของโปรแกรมนี้กับโปรแกรมอื่น

เอกสารอ้างอิง

1.World Health Organization. (2000). Home-based long-term care: Report of a WHO study group. Geneva: WHO.

2.สถาบันเวชศาสตร์ผู้สูงอาย. (2552). รายงานประจำปี 2551. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์ ที.คิว.พี.

3.สำนกงานสถิติแห่งชาติ. (2557). การสำรวจประชากรผู้สูงอายุในประเทศไทย. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์เท็กแอนด์เจอร์นัล พับลิเคชั่น.

4.มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนาผู้สูงอายไทยุ . (2558). สถานการณ์ผู้สูงอายุไทย ุ: พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์อัมรินทร์ปริ้นติ้ง แอนด์พับลิชชิ่ง.

5.สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2556). การคาดประมาณประชากรของประเทศไทย พ.ศ. 2553-2583. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.

6.อุทุมพร วงษ์ศิลป์, ถาวร สกุลพาณิชย์, สันติ ลาภเบญจกุล และ ดิชพงศ์ พงศ์ภัทรชัย. (2557). ต้นทุนต่อวันสำหรับการช่วยเหลือผู้สูงอายุที่อยู่ในภาวะพึ่งพิง. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 8(4):344-354.

7.ศิริพันธุ์ สาสัตย์, ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์, เตือนใจ ภักดีพรหม, เพ็ญจันทร์ เลิศรัตน์, ผ่องพรรณ อรุณแสง. (2552). โครงการการศึกษาสถานดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในประเทศไทย. นนทบุรี สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

8.วรเวศม์ สุวรรณระดา, ศิริพันธุ์ สาสัตย์, นพพล วิทย์วรพงศ์ และ ภาภรณ์ คำเรืองฤทธิ์. (2553). ต้นทุนการจัดบริการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวในสถาบัน: กรณีศึกษาศูนย์พัฒนาการจัดสวัสดิการสังคมผู้สูงอายุบ้านธรรมปกรณ์ จังหวัดเชียงใหม่. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข. 10(2): 152-166.

9.จเร วิชาไทย, สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์, วัชรา ริ้วไพบูลย์, สุกัลยา คงสวัสดิ์, นทีรัตน์ ธรรมโรจน์, แพรว เอี่ยมน้อย, พัฒนาวิไล อินไหม. (2553). การจัดบริการและต้นทุนบริการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์ ผู้ป่วยระยะกลาง (Intermediate care) ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ. นนทบุรี. ส านักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

10.Bundhamcharoen, K. & Sasat, S. (2008). Long term care: Comparative analysis for policy recommendattion. Ramathibodi Nursing Journal, 14(3), 385-399. [in Thai]

11.World Health Organization. (2003). Collection on long-term care: Key policy issues in long term care. Geneva: WHO. Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. (2018). Situation of the Thai elderly 2018. Bangkok: Foundation of Thai Gerontology Research and Development Institute. [in Thai].

12.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.). คู่มือสนับสนุนการบริหารจัดการระบบการดูแลระยะยาวด้านสาธารณสุข สำหรับผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิง ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. กรุงเทพฯ; 2559.

13. โรงพยาบาลตาลสุม. (2563). รายงานสรุปผลการดำเนินงานรายไตรมาตรปี 2563

14.นิชนันท์ สุวรรณกูฏ.ระบบการดูแลผู้สูงอายุในชุมชน:กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลศรีไค อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี.วิทยานิพนธ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554.

15.สุมิตรา วิชา และคณะ. (2561). การพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพสำหรับผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้านและกลุ่มติดเตียง (กรณีศึกษาผู้สูงอายุกลุ่มติดบ้าน และกลุ่มติดเตียง ในเขตรับผิดชอบของ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลฮ่องห้า อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2562.

16.เกศกนก จงรัตน์, ศรีธยา ฤทธิ์ช่วยรอด, นันทวุฒิ วงศ์เมฆ และ นิพนธ์ รัตนคช. (2562). ภาวะสุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุที่มีภาวะพึ่งพิงในเขตเทศบาลเมืองทุ่งสง จังหวัดนครศรีธรรมราช. วารสารวิชาการสาธารณสุข ปีที่ 28 ฉบับที่ 6 พฤศจิกายน - ธันวาคม 2562.

การพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

Development a preparedness model for the aging society Warin Chamrap District, Ubon Ratchathani Province

ธานินทร์ ไชยานุกูล[1]

Thanin Chaiyanukool[1]

(Received: October 15,2020; Accepted: November 27,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย ระดับชุมชน/หมู่บ้าน ตำบลและอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วยคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.) และคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับหมู่บ้าน(พชม.) จำนวน 150 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ สถิติอนุมาน ใช้การวิเคราะห์ Paired t-test

ผลการศึกษาพบว่า รูปแบบการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย ประกอบด้วย 7 ขั้นตอนคือ 1) ศึกษาบริบทระะดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน 2) ศึกษาดูงานพื้นที่ต้นแบบ 3) ออกแบบแนวทางและร่วมกำหนดทิศทางสังคมสูงวัย 4) ทดลองใช้แนวทางใหม่ 5) ประเมินผลและปรับปรุงครั้งที่ 1 6) ทดลองใช้แวทางใหม่ครั้งที่ 2 7) ประเมินผลการปรับระบบกลไก/จัดทำแนวปฏิบัติ อำเภอมีแผนยุทธศาสตร์การเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย โดยเกิดจากการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ(พชอ.) ตำบล(พชต.) และหมู่บ้าน และมีคณะอนุประเด็นรองรับสังคมสูงวัยที่ช่วยในการประเมินผลและเสริมพลังให้กับคณะทำงานระดับตำบลและหมู่บ้าน การมีส่วนร่วมในการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเพิ่มขึ้นเฉลี่ย 27.8 คะแนน(95%CI= 26.11-29.49) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ: รูปแบบการเตรียมความพร้อม สังคมสูงวัย

Abstract

This research aims to study to develop a model for preparing aging society in community / village level, Subdistrict and Warin Chamrap District Ubon Ratchathani Province. The sample group consisted of the District Health Boad(DHB) (, Sub-District Health Board(SHB), and the Village Health Board(VHB) of 150 people. The statistics used for descriptive data analysis were frequency, percentage, inferred statistics using Paired t-test analysis.

The study found that The pattern of preparing for the aging society consists of 7 steps: 1) study the context of the district, sub-district and village 2) visit the model area 3) design the guidelines and co-define the direction of the aging society 4) try the new approach 5) Evaluation and improvement phase1 6) Try the new guidline 2nd time 7) Evaluate the results of the mechanical adjustments / prepare guidelines. The district has a strategic plan to prepare for the aging society due to the participation of the DHB,SHB and VHB to support the aging society that assists in assessing and empowering Working group at the district and village level The participation in the elderly social readiness of the stakeholders increased by 27.8 points on average (95% CI = 26.11-29.49).

Keywords: Preparedness model, Aging Society

---

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

บทนำ

ปัจจุบันทั่วโลกได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัยแล้วโดยมีประชากรอายุ 60 ปีขึ้นไปร้อยละ12 ส่วนในภูมิภาคอาเซียนร้อยละ 9[1] ในประเทศไทยมีผู้สูงอายุร้อยละ 16 อันดับที่ 2 ของกลุ่มอาเซียน โดยไทยได้เข้าสู่การเป็นสังคมสูงวัย (Aged Society) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และคาดว่าจะเป็น "สังคมสูงวัยโดยสมบูรณ์" (Complete Aged Society) ในปี พ.ศ. 2564 และเป็น "สังคมสูงวัยระดับสุดยอด" (Super Aged Society) ภายในปี พ.ศ. 2578 โดยประมาณการว่า จะมีประชากรสูงอายุเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 30 ของจำนวนประชากรทั้งหมดซึ่งถือว่าเป็นการเปลี่ยนระดับที่รวดเร็วมากเมื่อเทียบกับประเทศอื่นๆ[2]สังคมสูงวัยมีลักษณะ 3 ประการคือ ผู้สูงอายุเพิ่มขึ้น ประชากรวัยทำงานลดลง และเด็กเกิดใหม่มีแนวโน้มลดลง ผลกระทบที่เห็นได้ชัดคือ เมื่อเด็กเกิดน้อยทำให้กำลังแรงงานลดลง[3] วัยแรงงานลดลงและส่วนหนึ่งยังต้องออกไปดูแลผู้สูงอายุปัญหาสำคัญของสังคมสูงวัยเกี่ยวข้องกับเรื่องเศรษฐกิจ อาทิเช่น การขาดแคลนแรงงาน การไม่ปรับตัวของภาคธุรกิจ การขาดระบบการออมที่ดี เป็นต้น[3] นอกจากนั้นปัญหาผลกระทบจากสังคมสูงวัยด้านสุขภาพ ทั้งร่างกายที่เสื่อมถอย จิตใจที่เริ่มมีภาวะซึมเศร้า สิ่งแวดล้อมมีปัญหามากขึ้น สังคมที่ปลอดภัย เศรษฐกิจโดยรวมของประเทศ[4] เป็นความท้าทายของประเทศไทยและหน่วยงานต่างๆในพื้นที่ที่ต้องดำเนินการเตรียมการรองรับสังคมสูงวัย การเตรียมการรองรับสังคมสูงวัยที่ผ่านมาได้ดำเนินการดังนี้[5] 1) การจัดสวัสดิการผู้สูงอายุในระดับพื้นที่ให้เป็นระบบและครอบคลุม โดยส่วนใหญ่ผู้ดำเนินการหลักจะเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐ 2) การจัดตั้งคณะกรรมการขับเคลื่อนและพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุระดับจังหวัด 3) มีการบูรณาการระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในรูปสมัชชาสุขภาพ 4) การจัดตั้งสถานสงเคราะห์คนชรา 5) การจัดทำแผนพัฒนาผู้สูงอายุในระดับต่างๆ 6) การจัดทำกฎหมายคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของผู้สูงอายุ 7) การจัดทำกฎหมายการจ้างงาน การประกันรายได้และที่อยู่อาศัยของผู้สูงอายุ 8) ระบบหลักประกันสุขภาพและบริการสุขภาพผู้สูงอายุ เป็นต้นอย่างไรก็ตามการเตรียมความพร้อมควรดำเนินการในระดับครอบครัวชุมชนจึงจะครอบคลุมและมีความพร้อมที่จะเป็นสังคมสูงวัยที่มีคุณภาพ

อุบลราชธานี เป็นจังหวัดขนาดใหญ่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง มีประชากรอายุร้อยละ 14.13[6] ซึ่งหากสูงกว่าร้อยละ 10 ของประชากรทั้งหมดจะถือว่าก้าวเข้าสู่สังคมสูงวัย[7] ซึ่งจะส่งผลกระทบดังที่กล่าวแล้ว อำเภอวารินชำราบเป็นหนึ่งในอำเภอใหญ่อันดับต้นๆ ของจังหวัดอุบลราชธานีที่มีความเป็นเมือง กึ่งเมือง และชนบทและชนบทแบ่งการปกครองเป็น 16 ตำบล รวม 190 หมู่บ้าน มีประชากรสูงอายุ 21,352 คน ร้อยละ 13.0 ความพร้อมของสังคมสูงวัยประกอบด้วยความพร้อมใน 4 มิติคือ สุขภาพ สังคม เศรษฐกิจ และสิ่งแวดล้อม โดยที่ผ่านมาได้มีการเตรียมด้านสุขภาพ เช่น การอบรมผู้ดูแลผู้สูงอายุ ผู้จัดการผู้ดูแล การส่งเสริมอาชีพผู้สูงอายุ การจัดสร้างบ้านสำหรับผู้สูงอายุแต่อยู่ในลักษณะหน่วยงานต่างคนต่างทำ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยโดยใช้รูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมในการเตรียมความพร้อมอำเภอวารินชำราบให้เกิดเป็นแนวทางที่สามารถดำเนินการอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย ระดับชุมชน/หมู่บ้าน ตำบลและอำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีขั้นตอนการศึกษา ดังนี้ 1.) วิเคราะห์ สังเคราะห์ข้อมูล และออกแบบแนวทางการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย 2.) ศึกษาดูงานการดำเนินงานประเด็นสังคมสูงวัยในพื้นที่ที่เป็นกรณีศึกษาที่น่าสนใจ 3.) ร่วมกำหนดทิศทางสังคมสูงวัย โดยกระบวนการ AIC ในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอพร้อมจัดทำแผนยุทธศาสตร์กำหนดตัวชี้วัดและออกแบบเครื่องมือในการประเมินผล 4.) ร่วมกันพัฒนาและออกแบบระบบกลไกในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ 5.) ทดลองใช้แนวทางที่ร่วมกันกำหนดขึ้น 6.) ประเมินรูปแบบการพัฒนา 7.) จัดเวทีคืนข้อมูล เพื่อตรวจสอบและเติมเต็มข้อมูล/กำหนดแนวทางในระดับหมู่บ้าน ตำบล อำเภอ 8.) ทดลองใช้แนวทางครั้งที่ 2 9.) ประเมินผลรูปแบบ 10.) สรุปและเผยแพร่แนวทางการพัฒนา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แนวคำถามสัมภาษณ์กลุ่มสำหรับประเมินความพร้อมของสังคมสูงวัยในด้าน สุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อมก่อนและหลังดำเนินการ จำนวน 13 ข้อ

แบบสอบถามการมีส่วนร่วม จำนวน 27 ข้อ

คำถามเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับโดยมีเกณฑ์ให้คะแนนดังนี้ มากที่สุด 5 คะแนน มาก 4 คะแนน ปานกลาง 3 คะแนน น้อย 2 คะแนนและ น้อยที่สุด 1 คะแนน

การแปลผลคะแนนโดยนำคะแนนที่ได้จากกระบวนการมีส่วนร่วมของแบบสอบถามมาจัดระดับโดยยึดตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ยดังนี้

มีส่วนร่วมอยู่ในระดับต่ำ 27-72 คะแนน

มีส่วนร่วมอยู่ในระดับปานกลาง 73-117 คะแนน มีส่วนร่วมอยู่ในระดับสูง 118-135 คะแนน

การตรวจสอบข้อมูล

ใช้การตรวจสอบสามเส้าด้านวิธีรวบรวมข้อมูล (Methodological triangulation) โดยการสังเกตควบคู่กับการซักถาม พร้อมศึกษาข้อมูลจากแหล่งเอกสารประกอบด้วย เช่น รายงาน แผนงาน/โครงการ เป็นต้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ใช้สถิติความถี่ ร้อยละ ข้อมูลเชิงคุณภาพใช้การวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis)

การมีส่วนร่วมใช้สถิติ paired t- test ในการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการ

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมในการวิจัย

การทำวิจัยในครั้งนี้ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินทร อุบลราชธานี

ผลการศึกษา

ก่อนดำเนินโครงการ

ผลการดำเนินงานด้านการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยก่อนดำเนินโครงการ พบว่าหน่วยงานที่รับผิดชอบประกอบด้วย คณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอ (พชอ.) โรงพยาบาลวารินชำราบรับผิดชอบด้านการดูแลสุขภาพกายและ จิต สาธารณสุขอำเภอดูแลด้านสิ่งแวดล้อม เทศบาลดูแลด้านเศรษฐกิจและสังคม ตัวแทนกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดจะเข้ามาประสานงานบ้างเป็นบางเรื่อง การดำเนินงานมีลักษณะต่างหน่วยงานต่างทำไม่ได้มีแผนร่วมกัน ไม่ได้มีการวางระบบการประสานงานกันอย่างเป็นรูปธรรมในระดับตำบลมีองค์กรปกครองท้องถิ่น(เทศบาลตำบลแสนสุข อบต.โนนโหนนและอบต.บุ่งหวาย)และระดับหมู่บ้านมีกรรมการหมู่บ้าน/ชุมชนและกลุ่มต่างๆเป็นกลไกการพัฒนาในพื้นที่ทั้ง 3 ระดับแต่ยังเน้นปัญหาเฉพาะเรื่องผู้สูงอายุเป็นหลักยังไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มวัย หน่วยงานเหล่านี้ ยังไม่มีแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการเตรียมความพร้อมชุมชนเพื่อรองรับการเข้าสู่สังคมสูงวัย

ผลการประเมินความพร้อมของการรองรับสังคมสูงวัย พบว่า มิติด้านสุขภาพมีการดำเนินงานที่เป็นภาระกิจหลักของหน่วยงานอยู่แล้ว เช่น โรงพยาบาลอำเภอและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจะดำเนินการดูแลสุขภาพกายและจิตตามช่วงวัยแต่เน้นโรคที่เป็นปัญหา เช่น เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ผู้ป่วยที่ติดบ้านติดเตียง ด้านเศรษฐกิจยังไม่หน่วยงานหลักที่เข้ามาส่งเสริมเรื่องการออมอย่างเป็นรูปธรรม ด้านสังคมมีชมรมผู้สูงอายุเน้นดำเนินการกองทุนฌาปนกิจสงเคราะห์เป็นหลักยังไม่ได้ขยายภาระกิจที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ ด้านสิ่งแวดล้อมยังมีปัญหาเรื่องที่พักอาศัยไม่ถูกหลักสุขาภิบาล การจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนยังไม่ถูกต้อง การมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอยังรวมทั้งท้องถิ่นระดับตำบลและกรรมการหมู่บ้านอยู่ในระดับปานกลาง และเมื่อทำการเปรียบเทียบการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการก่อนแหละหลังดำเนินการ พบว่า หลังดำเนินการคณะกรรมการมีค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมสูงกว่าก่อนดำเนินการอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการก่อนและหลังดำเนินงาน

การมีส่วนร่วม	จำนวน	$\bar{x}$	s.d.	$\bar{d}$	95%CI	P value
ก่อน	150	96.71	19.15	27.8	26.11-29.49	<0.001
หลัง	150	124.5	20.01			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

การดำเนินงานเริ่มจากมีการไปศึกษาดูงานคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอขุนหาญ จังหวัดศรีสะเกษโดยตัวแทนคณะกรรมการจากทั้ง 3 ระดับคือ อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน แล้วมีการประชุมเพื่อวิเคราะห์สังเคราะห์แนวทางการดำเนินงานร่วมกัน ผลการประชุมสรุปว่าจะต้องมีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ให้ชัดเจนวัดและสามารถปฏิบัติได้ โดยมีผู้รับผิดชอบแต่ละระดับ การจัดทำแผนได้ใช้หลักการวางแผนโดยใช้กระบวนการ AIC (Appreciate Influence Control) โดยได้แผนยุทธศาสตร์ของอำเภอเพื่อเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัย ประกอบด้วย 6 เป้าประสงค์ และ โครงการรองรับ 9 โครงการในระดับตำบลได้มีการต่างตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับตำบล(พชต.) ประกอบไปด้วยผู้แทนจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนตำบลละ ประมาณ 15 คน ในระดับหมู่บ้านมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับหมู่บ้าน(พชม.) โดยทั้งระดับตำบลและหมู่บ้านจะมีการจัดทำแผนปฏิบัติการรองรับแผนยุทธศาสตร์ด้านการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยของอำเภอ

เพื่อให้การติดตามประเมินผลโครงการเป็นไปเพื่อกระตุ้นและเสริมพลังผู้ปฏิบัติงานอย่างทั่วถึงคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการอนุประเด็นรองรับสังคมสูงวัย ประกอบไปด้วยผู้แทนจากกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สิ่งแวดล้อมจังหวัด ผู้แทนจากสถานศึกษาได้แก่ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานีและวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร อุบลราชธานี และมีตัวแทนจากเกษตรอำเภอ ภาคเอกชน รวมทั้งสิ้น 17 คน ทำหน้าที่ให้การปรึกษาติดตามประเมินผลเพื่อเสนอคณะกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอในการพิจารณาแนวทางการสนับสนุนต่อไป

สรุปและอภิปรายผล

เนื่องจากกระบวนการงานวิจัยมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของภาคีเครือข่ายเพื่อทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงให้กับชุมชนในจัดการปัญหาของชุมชนและท้องถิ่นด้วยตนเองและเพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชน เป้าหมายจะบรรลุได้จำเป็นต้องทำการกระตุ้นให้ชุมชนเกิดความตระหนักถึงศักยภาพของตน และด้วยกระบวนงานวิจัยที่ต้องการทีมวิจัยที่มีความเสียสละและมีทักษะในการทำงาน ก่อนดำเนินโครงการพบว่าภาคีเครือข่ายมีส่วนร่วมในระดับปานกลางสอดล้องกับการศึกษาของ อุทุมพร วานิชคาม(2562) ที่ศึกษาการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร พบว่าประชาชนมีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง[8] แต่เมื่อมีกิจกรรมที่ต้องร่วมกันทำจึงช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมมากขึ้น ความพร้อมจะต้องมีการเตรียมอย่างต่อเนื่องและใช้ระยะเวลานานจากการศึกษาของภาณุวัฒน์ มีชะนะและคณะ[9] พบว่า ครัวเรือนมีหนี้สินมากทำให้มีการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุระดับต่ำ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุพบว่ารูปแบบการอยู่อาศัย หนี้สินของครอบครัว และจำนวนสมาชิกในครอบครัวมีความสัมพันธ์กับการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุคุณภาพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ควรส่งเสริมในเรื่องรายได้ของประชากรก่อนวัยสูงอายุได้แก่ การฝึกอาชีพเสริม การเรียนรู้การประกอบอาชีพที่ถูกต้องและประชากรก่อนวัยสูงอายุควรหาอาชีพเสริมทำก่อนเข้าสู่วัยสูงอายุ ฝากเงินไว้กับธนาคารเป็นประจำตรวจสุขภาพอย่างน้อยปีละ 1 ครั้งเพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมเข้าสู่วัยสูงอายุ

การเตรียมความพร้อมในภาพใหญ่โดยการกำหนดเป็นแผนงานที่ชัดเจนช่วยทำให้สามารถถ่ายทอดแผนลงไปยังระดับชุมชนและครอบครัวได้อย่างทั่วถึง ผลการดำเนินงานก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทิศทางและนโยบายที่เริ่มจากให้ทุกคนเข้าใจความหมายของสังคมสูงวัยที่ไม่เพียงแต่เป็นการเตรียมเฉพาะผู้สูงอายุแต่เป็นการเตรียมพร้อมของทุกกลุ่มวัยในมิติที่ครอบคลุมทั้ง สุขภาพ สิ่งแวดล้อม สังคม และเศรษฐกิจ ดังนั้นการดำเนินงานจึงต้องอาศัยภาคีเครือข่ายจึงจะประสบผลสำเร็จ

จากการถอดบทเรียนร่วมกับทีมวิจัยและจากการสังเกตพบทั้งจุดแข็งและจุดอ่อนของ กล่าวคือ ในด้านจุดแข็งพบว่าด้วยกระบวนการทำงานที่ต้องอาศัยการร่วมคิด ร่วมทำของทีมวิจัยและสมาชิกอย่างต่อเนื่อง เป็นกระบวนการคัดสรรคนที่จะเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง แต่สำหรับบุคคลหรือสมาชิกที่มีเป้าหมายที่แตกต่างไป รวมถึงกลุ่มคนที่ไม่เชื่อมั่นในแนวทางดังกล่าว จะถอยห่างออกจากกระบวนการจากผู้มีส่วนร่วมเป็นผู้ที่คอยเฝ้าดูการเปลี่ยนแปลงแทน ดังนั้นกลุ่มคนที่ยังคงอยู่จึงเป็นกลุ่มคนที่เป็นผู้นำที่จะเป็นกลไกที่จะขับเคลื่อนการดำเนินงานต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 7 ขั้นตอนคือ 1) ศึกษาบริบทระดับอำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน 2) ศึกษาดูงานพื้นที่ต้นแบบ 3) ออกแบบแนวทางและร่วมกำหนดทิศทางสังคมสูงวัย 4) ทดลองใช้แนวทางใหม่ 5) ประเมินผลและปรับปรุงครั้งที่ 1 6) ทดลองใช้แนวทางใหม่ครั้งที่ 2 7) ประเมินผลการปรับระบบกลไก/จัดทำแนวปฏิบัติ

2. งานเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยเป็นระบบงานที่เกี่ยวข้องกับเครือข่ายทุกระดับเนื่องจากมีหลายมิติทั้งทางด้าน สุขภาพ สังคม สิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจ ดังนั้นควรให้ความสำคัญกับงานที่ต้องร่วมมือกันทำเป็นงานลักษณะคล่อมสายงาน บุคลากรจากบางหน่วยงานให้ความเห็นหลายหน่วยงานให้ความสำคัญกับตัวชี้วัดหลักที่เป็นของหน่วยงานตนเอง ทำตามนโยบายเป็นหลัก ดังนั้น หากหน่วยนำตัวชี้วัดของยุทธศาสตร์ชาติและตัวชี้วัดด้านการเตรียมความพร้อมรองรับสังคมสูงวัยมาเป็นของหน่วยงานที่ต้องดำเนินการและนำไปใช้ในการประเมินผลการปฏิบัติงานจะทำให้ได้รับความร่วมมือมากขึ้นในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. 10 facts on ageing and health,2017 [อินเทอร์เน็ต]. 2017;Available from: http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/
2. dop.go.th. สถิติผู้สูงอายุ | สถิติผู้สูงอายุของประเทศไทย 77 ณ.วันที่ 31 ธันวาคม 2562 [อินเทอร์เน็ต]. [อ้างถึง 2020 ธค 4];Available from: http://www.dop.go.th/th/know/side/1/1/275
3. ชาญชรา ก้าวสู่สังคมสูงวัยด้วยความรู้และปัญญา [อินเทอร์เน็ต]. [อ้างถึง 2020 ธค 4];Available from: https://m.se-ed.com/Product/Detail/9786163290663
4. จิราพรเกศพิชญวัฒนและคณะ. คู่มือเรียนรู้เข้าใจวัยสูงอายุ. 1 พิมพ์ครั้งที่ กรุงเทพฯ : ยีนยงการพิมพ์ จำกัด;
5. ทัศนีย์ ญาณะ. บูรณาการคุณภาพชีวิตผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : บริษัทสหมิตรพริ้นติ้งแอนด์พลับบลิชชิ่ง จำกัด;
6. กรมกิจการผู้สูงอายุ. สถิติผู้สูงอายุไทย 77 จังหวัด [อินเทอร์เน็ต]. 2561;Available from: www.dop.go.th
7. สำนักวิชาการ สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร. Academic Focus: สังคมผู้สูงอายุกับการขับเคลื่อนเศรษฐกิจไทย. 2561;
8. อุทุมพร วานิชคาม. การเตรียมความพร้อมเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ: กรณีศึกษาเขตสายไหม กรุงเทพมหานคร. สมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทยในพระราชูปถัมภ์ สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี 2562;1(25).
9. ภาณุวัฒน์ มีชะนะ. การเตรียมความพร้อมของประชากรก่อนวัยสูงอายุเพื่อเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุคุณภาพตำบลหนองหญ้าไซ อำเภอหนองหญ้าไซ จังหวัดสุพรรณบุรี. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเชียฉบับวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2560;1(11).

ความไวและความจำเพาะของแบบคัดกรองความเสี่ยงเบาหวานของประเทศของไทยโดย วิชัย เอกพลากรและคณะ (รามา)[4] และความไวและความจำเพาะของแนวทางคัดกรองเบาหวานในปัจจุบัน ในตำบลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี

The sensitivity and specificity of Thai diabetes risk screening by Wichai Ekapolakorn et al (Rama) and the sensitivity and specificity of current diabetes screening guidelines. In the district of Kumphawapi Kumphawapi District Udon Thani Province

จักรวาล หารไชย[1]

Chakrawal Haracha[1]

(Received: September 18,2020; Accepted: November 2,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทดสอบความไวและความจำเพาะของแบบคัดกรองเบาหวานตามแบบสอบถามปัจจัยเสี่ยง ของไทยโดยวิชัย เอกพลากรและคณะ(รามาธิบดี) และความไวและความจำเพาะของแนวทางคัดกรองเบาหวานในปัจจุบัน เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา(descriptive research) มุ่งเน้นถึงการอธิบายของความไว ความจำเพาะ ของการตรวจคัดกรองทั้งของกระทรวงและแบบที่ใช้ในการวิจัย

ผลการศึกษาวิจัย ตำบลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี มีประชากร 14,758 คน ประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นปี 2,665 คน โดยในตำบลนี้มีสถานีอนามัย 1 แห่งด้วยกัน ในการศึกษานี้ได้ทำร่วมกับกิจกรรมรณรงค์ในโครงการคาราวานสุขภาพ เพื่อคัดกรองโรคเรื้อรัง ทุกหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของ สถานีอนามัย ในช่วงเดือน ตุลาคม 2562 ซึ่งมีประชากร 14,758 คน ประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นปี 2,665 คน และ มีผู้เข้าร่วมโครงการคัดกรอง 574 คน ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ทั้ง 574 คนได้รับการตรวจเลือดปลายนิ้วทั้งหมด ผลตรวจเลือดปลายนิ้วเป็นผู้เข้าเกณฑ์เบาหวาน 42 คนส่งพบแพทย์เพื่อตรวจยืนยันและได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในภาวะ Impair fasting plasma glucose 16 คน prevalence 2.78 percent เป็นเบาหวานรายใหม่ 11 คน prevalence ร้อยละ 1.91 มีผู้ที่มีผลการคัดกรองเป็นบวกด้วยวิธีแบบปัจจุบัน ต้องส่งตรวจเลือด 523 คน ได้รับการยืนยันว่าเป็นเบาหวาน 9 คน Sensitivity = 0.818 Specificity = 0.087 positive predictive value = 0.017 negative predictive value = 0.960 ผู้ที่มีน้ำหนักปัจจัยเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ด้วยวิธีคัดกรองตาม Diabetes Risk score ของรามาธิบดี ต้องส่งเลือดตรวจ 329 คน คัดกรองผู้มีความเสี่ยงน้อยไม่ต้องส่งตรวจเลือดได้ 245 คน ได้รับการยืนยันว่าเป็นเบาหวาน 6 คน

Sensitivity = 0.545 Specificity = 0.418 positive predictive value =0.018 negative value = 0.979

Abstract

The objective of this study was to test the sensitivity and specificity of the diabetes screening test based on the risk factor questionnaire. Of Thailand by Wichai Ekapholakorn et al. (Ramathibodi) and the sensitivity and specificity of current diabetes screening guidelines. It is a descriptive research that focuses on the description of the sensitivity, specificity of both the ministry screening and the research used.

Results of the research study of Kumphawapi Subdistrict, Kumphawapi District Udon Thani province has a population of 14,758 people, population aged 15 years and years, 2,665 people in this district has 1 health station together. To screen for chronic diseases Every village in the area responsible for the health center during October 2019, with a population of 14,758, a population of 15 years and older, 2,665 people and 574 participants in the screening program, 574 participants received a fingertip blood test. all Fingertip blood test results were 42 diabetic patients, sent to their doctor for confirmation and diagnosed with 16 impair fasting plasma glucose, 2.78 percent prevalence of 11 new

[1] พบ. รพ.กุมภวาปี อำเภอ กุมภวาปี จังหวัด อุดรธานี

diabetes patients, 1.91 percent prevalence. Screening for positive by the current method Must submit blood tests for 523, 9 confirmed diabetic patients, Sensitivity = 0.818, Specificity = 0.087, positive predictive value = 0.017, negative predictive value = 0.960, those with risk factor weight greater than or equal to 6 with Ramathibodi Diabetes Risk Score screening method. 329 blood test required, low risk screening, 245 blood tests, 6 confirmed diabetic patients Sensitivity = 0.545 Specificity = 0.418 positive predictive value = 0.018 negative value = 0.979
Keywords: Thai diabetes risk screening

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่พบได้บ่อย และมีความสำคัญมาก เนื่องจากหากตรวจพบช้า หรือได้รับการดูแลรักษาไม่สม่ำเสมอ จะทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่างๆตามมาได้ ดังนั้นการคัดกรอง(screening) จึงมีประโยชน์อย่างมากในการค้นหาผู้ป่วยที่ยังไม่แสดงอาการ เพื่อเป็นการให้การวินิจฉัยและให้การรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มแรก โดยมุ่งหมายในการป้องกันไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เป็นที่ทราบกันดีว่า การทราบความเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน ทำให้การคัดกรองหาโรคเบาหวานในประชากรทั่วไปได้อย่างประหยัดคุ้มค่ามากขึ้น (high risk screening strategy) ที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการคัดกรองทุกปี โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่ โดยมีแนวทางคือ ให้ตรวจคัดกรองในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงเท่านั้น กระทรวงสาธารณสุขดำเนินการคัดกรองทุกปี โดยให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่สัมภาษณ์ประชาชนหากพบว่าเป็นผู้ที่มีอายุ 35 ปีขึ้นไป หรือน้อยกว่า 35 ปี แต่มีปัจจัยเสี่ยงร่วม หรือ มีอาการเข้าได้กับโรคเบาหวาน จะได้รับการคัดกรอง โดยเจาะเลือดปลายนิ้วโดยที่ไม่ต้องอดอาหาร หากพบcapillary blood glucose มากกว่าหรือเท่ากับ 100 มก./ดล. ควรได้รับการตรวจยืนยัน ด้วย Fasting plasma glucose โดยการดำเนินการส่งไปเจาะเลือดที่โรงพยาบาล และถ้า Fasting plasma glucose (FPG) > 126 mm/dl โดยจะส่งพบแพทย์เพื่อวินิจฉัยและให้การรักษาตามความเหมาะสม

ภารกิจคัดกรองโรคเรื้อรังนี้ จะทำควบคู่ไปกับการคัดกรอง ความดันโลหิตสูง อัมพฤกษ์ โรคหลอดเลือด โดยกระทรวงกำหนดเป้าหมายให้คัดกรองใน ประชากรอายุมากกว่า 15 ปี หน่วยบริการสาธารณสุขส่วนใหญ่สามารถทำการคัดกรองได้ตามเป้าหมาย แต่เมื่อปฏิบัติต่อเนื่องหลายๆปี ผู้ศึกษาสังเกตพบว่า ประชากรที่เข้ามาร่วมกิจกรรมคัดกรองเป็นคนกลุ่มเดิมรวมทั้งผู้ที่ทราบว่าตนเองเป็นเบาหวานและได้รับการรักษาสม่ำเสมอก็เข้าร่วมกิจกรรมคัดกรองด้วย แต่กลุ่มเป้าหมายที่อยู่ห่างไกลมักไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมทำให้ขาดโอกาสในการคัดกรอง อีกทั้งการคัดกรองในปัจจุบันทำให้มีผู้เข้าเกณฑ์ต้องถูกเจาะเลือดจำนวนมาก ทำให้เกิดความสิ้นเปลือง และมีข้อจำกัดด้านเวลา ผู้ศึกษาจึงต้องการนำวิธีการคัดกรองที่สะดวก ง่าย ราคาถูกมาใช้ เพื่อลดภาระงานและเพิ่มความครอบคลุม โดยในการคัดกรองเบาหวานในชุมชน ได้ดำเนินการคัดกรองตามแนวทาง ที่กำหนด

ในการคัดกรองโดยใช้แบบสำรวจปัจจัยเสี่ยงจัดทำเป็นคะแนนมีการศึกษาไว้ในหลายสถาบันทั้งใน อเมริกา[2] เดนมาร์ก[5] เยอรมัน[6] โอมาน[7]และไทย[4] ผู้ศึกษาได้ทบทวนวรรณกรรมพบว่าแบบสอบถามปัจจัยเสี่ยง ของประเทศไทยโดย วิชัย เอกพลากรการและคณะ คณะแพทย์ศาสตร์รามาธิบดี ม.มหิดล (รามาฯ)[4]มีความเป็นไปได้ที่จะนำมาเป็นเครื่องมือสำหรับให้ อสม. คัดกรองเอาคนที่มีความเสี่ยงต่ำออกไปก่อนส่งให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเจาะเลือด และเพื่อตรวจสอบว่าแบบคัดกรองเบาหวานแบบนี้จะมี ความไวและความจำเพาะที่ดี ในการคัดกรองเบาหวานเมื่อนำมาใช้จริงในชุมชนชนบทของไทย ผู้ศึกษาจึงทำการศึกษานี้ขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อทดสอบความไวและความจำเพาะของแบบคัดกรองเบาหวานตามแบบสอบถามปัจจัยเสี่ยง ของไทยโดยวิชัย เอกพลากรและคณะ(รามาธิบดี) และความไวและความจำเพาะของแนวทางคัดกรองเบาหวานในปัจจุบัน

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา(descriptive research) มุ่งเน้นถึงการอธิบายของความไว ความจำเพาะ ของการตรวจคัดกรองของแบบคัดกรอง ทั้งของกระทรวงและแบบที่ใช้ในการวิจัย แล้วส่งผู้เข้าร่วมโครงการทุกคนให้ เจ้าหน้าที่ประจำสถานี

อนามัย ตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วแบบสุ่มดำเนินการในช่วงเดือน ตุลาคม 2562

ประชากรที่ศึกษา ประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป ทุกคนที่เข้าร่วมกิจกรรมรณรงค์ในโครงการคาราวานสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคเรื้อรัง ทุกหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของ สถานีอนามัยตำบลกุมภวาปี ในช่วงเดือน ตุลาคม 2562

3.การเก็บข้อมูล จากแบบสอบถามการคัดกรองทั้งของกระทรวงและแบบที่ใช้ในการวิจัยแล้วส่งผู้เข้าร่วมโครงการทุกคนให้เจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัย ตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วแบบสุ่มดำเนินการในช่วง เดือน ตุลาคม 2562

วิธีการดำเนินวิจัย

1. สำรวจประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไปทุกคน และคัดกรองผู้มีปัจจัยเสี่ยงตามแบบคัดกรองทั้งของกระทรวงและแบบที่ใช้ในการวิจัย แล้วส่งผู้เข้าร่วมโครงการทุกคนให้เจ้าหน้าที่ประจำสถานีอนามัย ตรวจระดับน้ำตาลปลายนิ้วแบบสุ่มดำเนินการในช่วง เดือน ตุลาคม 2562

2. ผู้เข้าร่วมโครงการที่เข้าเกณฑ์ต้องส่งตรวจเบาหวานจะได้รับการส่งตัวมายังโรงพยาบาลพบแพทย์เพื่อตรวจยืนยันการวินิจฉัย

3. รวบรวมข้อมูล และประมวลผล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์หาค่าความไว ความจำเพาะ

ผลการศึกษา

1. ตำบลกุมภวาปี อำเภอกุมภวาปี จ.อุดรธานี มีประชากร 14,758 คน ประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นปี 2,665 คน โดยในตำบลนี้มีสถานีอนามัย 1 แห่งด้วยกัน ในการศึกษานี้ได้ทำร่วมกับกิจกรรมรณรงค์ในโครงการคาราวานสุขภาพ เพื่อคัดกรองโรคเรื้อรัง ทุกหมู่บ้านในเขตรับผิดชอบของ สถานีอนามัยตำบลกุมภวาปี ในช่วงเดือน ตุลาคม 2562 ซึ่งมีประชากร 14,758 คน ประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นปี 2,665 คน และ มีผู้เข้าร่วมโครงการคัดกรองในครั้งนี้ 574 คน

2. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าร่วมโครงการ ผู้เข้าร่วมโครงการคัดกรอง 574 คน เป็นชาย 223 คน (ร้อยละ 38.9) หญิง 351 คน (ร้อยละ 61.1) อายุเฉลี่ย 48.9 ปี ≥ 13.8 ปี มีภาวะอ้วนโดยดัชนีมวลกาย ≥ 25 หรือ มีรอบเอวเกิน ≥ 90 cm. ในผู้ชาย ≥ 80 cm. ในผู้หญิง จำนวน 274 คน คิดเป็นร้อยละ 47.73

3. วิถีชีวิตและการออกกำลังกาย ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ส่วนใหญ่มีอาชีพเกษตรกรรม ยังทำงานที่ใช้กำลังอยู่เป็นจำนวนมาก มีผู้สูงอายุจำนวนน้อยที่นั่งๆ นอนๆ เป็นประจำ แสดงในตารางที่ 1

ตาราง 1 จำแนกวิถีชีวิตและการออกกำลังกายของผู้เข้าร่วมโครงการฯ

วิถีชีวิตและการออกกำลังกาย	จำนวน	ร้อยละ
วิถีชีวิตใช้พลังงานมาก	283	49.31
ออกกำลังกายสม่ำเสมอ	76	
ทำงานที่ใช้กำลังกายเป็นประจำ	207	
มีวิถีชีวิตใช้พลังงานน้อย	291	50.69
นั่งๆนอนๆ เป็นประจำ	26	
ทำงานเบา-งานบ้านเป็นหลัก	200	
ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ	65	
รวม	**574**	**100**

ประวัติเบาหวานในครอบครัวและโรคประจำตัว

ผู้เข้าร่วมโครงการฯ มีประวัติเบาหวานในครอบครัวดังแสดงในตารางที่ 3 บางรายมีประวัติพ่อ, แม่, พี่, น้อง อย่างใดอย่างหนึ่ง บางรายมีประวัติทั้งพ่อ, แม่, พี่, น้อง และมีผู้เข้าร่วมโครงการ 2 รายที่มีทั้งพ่อ, แม่, พี่, น้อง และเคยคลอดบุตรน้ำหนักแรกคลอด ≥ 4,000 gm แต่ทั้งคู่ก็ยังไม่พบเบาหวานจากการตรวจครั้งนี้

สำหรับโรคประจำตัวซึ่งเกี่ยวข้องกับเบาหวานดังแสดงตารางที่ 3 การเก็บข้อมูลของผู้ป่วยอย่างเดียว บางรายได้จากสมุดประจำตัวผู้ป่วย หรือมียาที่ใช้ประจำมาให้ดู ส่วนโรคความดันโลหิตสูงจะได้รับการตรวจในหน่วยคาราวานสุขภาพด้วยซึ่งหลายรายยังไม่ได้รับการตรวจครั้งที่ 2 ตามเกณฑ์การวินิจฉัยโรคความดันโลหิตสูง

ตาราง 2 แสดงประวัติเบาหวานในครอบครัว และโรคประจำตัว

โรคประจำตัว	จำนวน	ร้อยละ
เสียงที่จะเป็นเบาหวาน (FBS100-125 mg/dl)	8	1.4
โรค หลอดเลือดหัวใจ อัมพฤกษ์ อัมพาต	5	0.8
ความดันโลหิตสูง	102	17.8
โรคไขมันผิดปกติ (HDL – C ≥ 35,TG ≥ 250)	27	4.7
ประวัติเบาหวานในครอบครัว		

มีพ่อ แม่ เป็นเบาหวาน	94	16.4
พี่ น้องเป็นเบาหวาน	69	12.0
คลอดบุตร น้ำหนักแรกคลอด ≥ 4000 mg	14	3.8

อาการของเบาหวาน ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ได้ให้ประวัติอาการของเบาหวานต่างๆ ดังแสดงในตาราง 3

ตาราง 3 อาการผิดปกติที่อาจเกิดจากเบาหวานของ ผู้เข้าร่วมโครงการฯ

อาการ	จำนวน	ร้อยละ
ปัสสาวะบ่อยและมาก	121	21.1
กินจุแต่ผอม	34	5.9
ดื่มน้ำบ่อยและมาก	203	35.4
เป็นแผลเรื้อรัง	14	2.4
คันผิวหนังหรืออวัยวะเพศ	110	19.2
ชาตามมือเท้าโดยไม่ทราบสาเหตุ	179	31.2

ข้อมูลจากการคัดกรอง ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ทั้ง 574 คน ได้รับการตรวจเลือดปลายนิ้วทั้งหมด ผลตรวจเลือดปลายนิ้วเป็นผู้เข้าเกณฑ์เบาหวาน 42 คนส่งพบแพทย์เพื่อตรวจยืนยันและได้รับการวินิจฉัยว่าอยู่ในภาวะ Impair fasting plasma glucose 16 คน prevalence 2.78 percent เป็นเบาหวานรายใหม่ 11 คน prevalence ร้อยละ 1.91 ดังแสดงในตาราง 4

ตาราง 4 แสดงผลลัพธ์ของการคัดกรองเบาหวานในปี 2558

ประเด็น	คน	prevalence
ประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไปของตำบลกุภาปี	2,665	
ผู้เข้าร่วมโครงการ	574	
ผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงด้วยวิธีคัดกรองปัจจุบัน	523	
มีผู้ที่มีน้ำหนักปัจจัยเสี่ยง ≥ 6 ด้วยวิธีคัดกรองรามาธิบดี	329	
ผลตรวจเลือดปลายนิ้วเป็นผู้เข้าเกณฑ์เบาหวาน	42	
ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน	11	1.91 percent
ภาวะ Impair fasting plasma glucose	16	2.78 percent

ความไวและความจำเพาะของวิธีคัดกรองปัจจุบัน มีผู้ที่มีผลการคัดกรองเป็นบวกด้วยวิธีแบบปัจจุบัน ต้องส่งตรวจเลือด 523 คน (ตารางที่ 6) ได้รับการยืนยันว่าเป็นเบาหวาน 9 คน Sensitivity = 0.818 Specificity = 0.087 positive predictive value = 0.017 negative predictive value = 0.960

ตาราง 5 ความไวและความจำเพาะของวิธีคัดกรองปัจจุบัน

ประเด็น	เบาหวาน	ปกติ	รวม
มีปัจจัยเสี่ยงตามเกณฑ์	9	514	523
ไม่มีปัจจัยเสี่ยง	2	49	51
รวม	11	563	574
	Sensitivity = 0.818	Specificity = 0.087	

ความไวและความจำเพาะของวิธีการคัดกรองตาม Diabetes Risk score ของรามาธิบดี ผู้ที่มีน้ำหนักปัจจัยเสี่ยงมากกว่าหรือเท่ากับ 6 ด้วยวิธีคัดกรองตาม Diabetes Risk score ของรามาธิบดี ต้องส่งเลือดตรวจ 329 คน (ตารางที่ 8) คัดกรองผู้มีความเสี่ยงน้อยไม่ต้องส่งตรวจเลือดได้ 245 คน ได้รับการยืนยันว่าเป็นเบาหวาน 6 คน Sensitivity = 0.545 Specificity = 0.418 positive predictive value =0.018 negative value = 0.979

ตาราง 6 ความไวและความจำเพาะของวิธีคัดกรองตาม Diabetes Risk score ของรามาธิบดี

ประเด็นฯ	เบาหวาน	ปกติ	
มีน้ำหนักปัจจัยเสี่ยง ≥ 6	6	323	329
น้ำหนักปัจจัยเสี่ยง < 6	5	240	245
	11	563	574
	Sensitivity = 0.545	Specificity = 0.426	

ความไวและความจำเพาะ ในระดับคะแนน ต่างๆ

ตาราง 7 ความไว ความจำเพาะและจำนวนคนที่ไม่ต้องส่งตรวจเลือด (No R/O) ในระดับคะแนนต่างๆของการคัดกรองวิธีของรามาธิบดี

รามาธิบดี	Sens.	Spec.	(NO R/O)
≥ 0	1	0	0
≥ 1	0.909	0.059	35
≥ 2	0.909	0.07	41
≥ 3	0.909	0.157	91

ตาราง 7 ความไว ความจำเพาะและจำนวนคนที่ไม่ต้องส่งตรวจเลือด (No R/O) ในระดับคะแนนต่างๆของการคัดกรองวิธีของรามาธิบดี

รามาธิบดี	Sens.	Spec.	(NO R/O)
≥4	0.818	0.233	136
≥5	0.727	0.329	192
≥6	0.545	0.418	245
≥7	0.545	0.502	293
≥8	0.545	0.634	369
≥9	0.545	0.672	391
≥10	0.364	0.803	468
≥11	0.182	0.833	487
≥12	0	0.913	535
≥13	0	0.922	540
≥14	0	0.965	565
≥15	0	0.969	567
≥16	0	0.979	573
≥17	0	0.979	573

สรุปและอภิปรายผล

กิจกรรมรณรงค์ในโครงการคาราวานสุขภาพเพื่อคัดกรองโรคเรื้อรังได้รับความร่วมมือที่จากองค์การบริหารส่วนตำบลและ อสม. เป็นอย่างดี เข้าทำการทุกหมู่บ้านครบ แต่ยังมีผู้เข้าร่วมคัดกรองเพียง 574 คน จากประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป 2,665 คน ยังเหลือประชากรจำนวนมาก ที่ต้องการติดตามคัดกรองให้เป็นไปตามเป้าหมายต่อไป ซึ่งคงก่อภาระงานแก่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยดังที่กล่าวมาแล้วข้างต้น จากการศึกษานี้พบว่าวิธีการคัดกรองปัจจุบันมีความไวมากที่สุด จำเพาะต่ำที่สุด (ตารางที่ 6) มีภาระการเจาะเลือดมากที่สุด (ร้อยละ 91.11) วิธีคัดกรองของรามาธิบดีในการศึกษาครั้งนี้ มีความไว ความจำเพาะ ที่ค่อนข้างต่ำไม่ใกล้เคียงข้อมูลเดิม[4]ที่มี sensitivity = 0.77 specificity = 0.60 อาจเป็นจากขนาดตัวอย่างที่เล็กเกินไป

หากพิจารณาความไว ความจำเพาะและจำนวนคนที่ไม่ต้องส่งตรวจเลือด (No R/O) ในระดับคะแนนต่างๆของการคัดกรอง วิธีของรามาธิบดี สามารถเลือกจุดตัดให้มีความไวมากขึ้นได้ดังกล่าวคือ เลื่อนคะแนนตามวิธีคัดกรอง ของรามาธิบดี เป็น ≥ 4 sensitivity = 0.818 specificity = 0.223 ลดภาระการเจาะเลือดได้ร้อยละ 23.69 การคัดกรองด้วยแบบคัดกรองวิธีที่ศึกษานี้ ยังมีความไวที่ต่ำ แต่อาจนำมาใช้ขยายการคัดกรองไปยังผู้เข้าถึงบริการการเจาะน้ำตาลในเลือดยาก ให้ได้ครอบคลุมมากขึ้นซึ่งอาจได้ผลดีกว่าการคัดกรองซ้ำๆ ในกลุ่มที่เข้าถึงบริการง่ายอยู่แล้ว

ควรทำวิจัยต่อไปโดยนำการคัดกรองด้วยคะแนนความเสี่ยงแบบนี้ไปสำรวจกับผู้ที่ไม่เคยผ่านการคัดกรองในพื้นที่ห่างไกล

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่อนุญาตให้ทำการศึกษานี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่งานคัดกรองสุขภาพ กลุ่มงานเวชกรรมสังคม รพ.กุมภวาปี และรพ.สต. และ อสม.ทุกท่าน

เอกสารอ้างอิง

1. อัญชลี ศิริพิทยาคุณกิจ, เฉวตสรร นามวาท, วนัสนันท์ รุจิวิพัฒน์, จิรภัทร กัลป์ยาณพจน์พร แนวทางฝ้าระวังและคัดกรองโรคเบาหวาน 2549 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคติดต่อกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี : 1-4.

2. วราภณ วงศ์ถาวราวัฒน์ แนวทางการวิจัยและเป้าหมายการรักษาเบาหวาน Evidence-based Clinical Practice Guideline ทางอายุรกรรม 2548 ภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย : 443-447.

3. American Diabetes Association. Screening for type 2 diabetes (Technical Review). Diabetes care 2000;23:1563-80.

4. Aekplekorn W, Bunnag P, Woodward M, Sritara P, Cheepudomwit S, Yimwong S, et al. R.Ramathibodi Hospital, Mahidol University Bangkok : A risk score for predicting incident diabetes in the Thai population . Thailand Diabetes Care. 2006;29:1872-7.

5.Glumer C, Carstensen B, Sandbaek A, Lauritzen T, Jorgensen T, Borch-Johnsen K : A Danish diabetes risk score for tareted screening : the Inter99 study. Diabetes Care 2004;27:727-733.

6. Bergmann A, Li J, Wang L, Schulze J, Bornstein SR, Schwarz PE. A simplified Finnish diabetes risk score to predict type 2 diabetes risk and disease evolution in a German Population. Horm Metab Res. 2007;39:677-82.

7. Lawati JA, Tuomilehto J. Diabetes risk score in Oman : a tool to identify prevalent type2 diabetes among Arabs of the Middle East. Diabetes Res Clin Pract.2007;77:438-44.

8.คณะทำงานจัดทำแนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน แนวทางคัดกรองตามแนวทางเวชปฏิบัติโรคเบาหวาน 2557 จัดทำโดย สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย ในพระราชูปถัมภ์สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ : 1-3.

9.American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes Care 2014; 37 Suppl 1: S81-90

10.วิชัย เอกพลากร (บรรณาธิการ). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552. นนทบุรี : สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย / สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2553.

ผลของการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โรงพยาบาลยโสธรฯ

Effects of Childs with Asthma discharge Planning at Yasothon Hospital

ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท[1]

Doungporn Wattanaruangkowit

(Received: September 28,2020; Accepted: November 4,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ มีวัตถุประสงค์ (1) เพื่อพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด อายุ 1- 6ปี (2) เปรียบเทียบความรู้และทักษะการดูแลของผู้ดูแล (3)เปรียบเทียบอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Revisit และ Readmission) รูปแบบการวิจัยเป็นแบบการวิจัยและพัฒนา ซึ่งมี 4 ขั้นตอน (1) สำรวจสภาพปัญหา (2) ออกแบบแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ขั้นตอนที่ (3) ทดลองใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด และ(4) ประเมินผลแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด และปรับปรุงแผน กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย หัวหน้างาน จำนวน 10 คน เป็นกลุ่มที่พัฒนาแผนจำหน่าย และผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด จำนวน 34 คน เครื่องมือการวิจัยประกอบด้วย (1) แผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด (2) แบบบันทึกผลลัพธ์ทางการพยาบาล ประกอบด้วย การกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน(Readmission) และการกลับมารับการรักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอกภายใน 48 ชั่วโมง (Revisit) (3) แบบประเมินความรู้และทักษะการใช้ยาพ่นสูดของผู้ดูแล มี 3 ส่วน คือข้อมูลทั่วไป, ความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยเด็ก โดยส่วนที่ 2 และ 3 มีค่าดัชนีความตรง (CVI) เท่ากับ .98 และ.95 ทั้งฉบับเท่ากับ .95 และค่าความเที่ยง ส่วนที่ 2 และ 3 96 และ.92 ทั้งฉบับเท่ากับ .92 และค่าความยากง่ายทั้งฉบับ มีค่าความจำแนก 0.2 – 0.8 ทั้งฉบับ

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ผลการเปรียบเทียบผลลัพธ์ทางการพยาบาลพบว่า การกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน(Readmission) และการกลับมารับการรักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอกภายใน 48 ชั่วโมง (Revisit) ของผู้ป่วยเด็กลดลง อย่างมีนัยสำคัญ และคะแนนความรู้และการจัดการของผู้ดูแล และคะแนนการประเมินทักษะการใช้ยาของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดร่วมกับการใช้อุปกรณ์ หลังได้รับการวางแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับการวางแผนการดูแลอย่างมีนัยสำคัญ P<.05

คำสำคัญ การวางแผนจำหน่าย, ผู้ดูแล, ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด, อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Revisit), อัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Readmission)

Abstract

The purposes of this study were: (1) to the discharge planning of the care of children 1-6 years with asthma, (2) comparing the knowledge and practical of care who of care (3) comparing of The return to the outpatient department within 48 hours (Revisit). And The return to hospital within 28 days (Readmission) before and the developed the discharge planning. The discharge planning of the care of children with asthma management in Yasothon hospital process was First situation was analyze. Second the discharge planning design. Third the discharge planning of the care test and develop. and Forth the discharge planning evaluation. The subjects of this study were the ten leader of department. who developed the discharge planning and who of care of children 1-6 years with asthma for Asthma pediatric clinic and Pediatric care unit in Yasothon hospital. evaluated the benefit and satisfaction. Three study tools were (1) the discharge planning manual. (2) Two sections of indication nursing outcome composed (1) The return to the outpatient department within 48 hours (Revisit). (2) The return to hospital within 28 days (Readmission) (3) The questionnaires consisted of three of knowledge and practical Inhalation drug used. The discharge planning questionnaires and Content validity indexes (CVI) were .95; while, the internal consistency alphas of the second and the

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลยโสธร

third sections were .98 and.95. The reliability 95; while, the internal consistency alphas of the second and the third sections were .92 and.95 was .96 and .92 respectively. And the difficauty were between 0.2 -.08

The result showed the care of children 1-6 years with asthma management by the discharge planning manual. The comparing of The return to the outpatient department within 48 hours (Revisit). And The return to hospital within 28 days (Readmission) for The discharge planning were as follows; the knowledge and practical of care who of care was significantly higher than before. ($p < .05$)

Keywords Care planning, Caregivers, Children with asthma, Revisit rate, Readmission rate

บทนำ

ปัจจุบันพบว่าอุบัติการณ์ผู้ป่วยโรคหอบหืดทั่วโลกมีประมาณ 300 ล้านคน โดยเกือบ 7 ล้านคน เป็นผู้ป่วยเด็กซึ่งส่วนใหญ่อายุน้อยกว่า 6 ปี มีการคาดการณ์ว่าในปี 2568 จำนวนผู้ป่วยโรคหอบหืดทั่วโลกจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเป็น 400 ล้านคน รวมถึงอุบัติการณ์การเกิดโรคในเด็กจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น อุบัติการณ์การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่มีอายุน้อยกว่า 5 ปี มีจำนวนมากกว่าผู้ป่วยเด็กโตและผู้ป่วยโรคหอบหืดผู้ใหญ่ มากถึง 2 เท่า (ธิติตา ชัยศุฒมงคลลาภ 2549) สำหรับโรงพยาบาลยโสธร ข้อมูลของโรงพยาบาลยโสธร มีผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่มารับการรักษาที่คลินิกกุมารเวชกรรมปี 2558, 2559 และ 2560 จำนวน 259, 308 และ339 รายตามลำดับ มีผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่นอนรักษาในโรงพยาบาลปี 2558, 2559 และ 2560 จำนวน 108, 115 และ139 ราย และผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในหออภิบาลผู้ป่วยหนักกุมารเวชกรรม ด้วยอาการหอบหืดที่รุนแรงต้องใช้เครื่องช่วยหายใจจำนวน 8, 12 และ 8 ราย ตามลำดับนอกจากนี้พบว่ามีผู้ป่วยเด็กที่ต้องมาพ่นยาที่ห้องฉุกเฉินก่อนวัดนัดพบแพทย์เฉลี่ย 2-3 คนต่อเดือน (โรงพยาบาลยโสธร 2560)

โรคหอบหืด (Asthma) เป็นโรคที่มีการอักเสบเรื้อรังของหลอดลมทำให้เยื่อบุผนังหลอดลมของผู้ป่วยโรคหอบหืดมีการตอบสนองต่อสารภูมิแพ้และสิ่งแวดล้อมมากกว่าคนปกติทำให้เกิดการอักเสบ เยื่อเมือกบวม ต่อมน้ำเมือกเพิ่มจำนวนมากขึ้น กล้ามเนื้อเรียบจะหนาขึ้น เกิดการหดเกร็งทำให้ท่ออากาศตีบ เด็กจะมีอาการไอ และหายใจหอบเหนื่อย เมื่อมีอาการมากขึ้นจะมีอาการหายใจลำบากและหายใจมีเสียงหวีด (Wheeze) มักมีอาการในช่วงกลางคืนหรือเช้ามืดโดยเฉพาะในเด็กเล็กอายุต่ำกว่า 6 ปี เนื่องจากมีขนาดหลอดลมเล็กจึงมีโอกาสตีบแคบได้มาก ปัจจัยเสี่ยงสำหรับโรคหอบหืด ประกอบด้วย 2 ปัจจัย คือ 1.) ปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค ได้แก่ เพศ พันธุกรรม ประวัติในครอบครัว สารก่อภูมิแพ้ต่างๆ เช่น ไรฝุ่น เชื้อรา ละอองเกสร ยา และปัจจัยส่งเสริม อาหารบางชนิด ควันบุหรี่ และ2.) ปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการ เช่น สารก่อภูมิแพ้ การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ การออกกำลังกาย การเปลี่ยนแปลงของอากาศ และอาการหอบหืดในเด็กมักมีอาการเปลี่ยนแปลงได้ตลอดเวลา ดังนั้นการแนวทางการดูแลรักษาโรคหอบหืดในเด็กจึงตั้งเป้าหมายที่การควบคุมอาการของโรคได้ เนื่องจากเด็กอายุต่ำกว่า 6 ปียังไม่สามารถช่วยเหลือตนเองในกิจกรรมต่างๆได้อย่างสมบูรณ์ข้อจำกัดของพัฒนาการตามวัย ผู้ดูแลในครอบครัวจึงเป็นบุคคลสำคัญในการจัดการดูแลให้สามารถควบคุมอาการของโรคหอบหืดผู้ป่วยเด็ก[6]

โรคหอบหืดส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็ก[10] ทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์และสังคม เด็กมักมีอาการหายใจลำบาก ไอมาก เหนื่อยหอบ ในเวลากลางคืนหรือเช้ามืด ทำให้การนอนหลับไม่เพียงพอ เกิดอาการอ่อนเพลีย ง่วงนอน ความสามารถในการเรียนรู้ลดลง ไม่สามารถร่วมกิจกรรมได้กับเด็กปกติทั่วไป รู้สึกวิตกกังวลเมื่อเกิดอาการหอบกำเริบและอาจแสดงออกในในรูปแบบของอารมณ์โกรธ ซึมเศร้า ก้าวร้าว ท้อแท้เมื่อเกิดอาการบ่อยๆ นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว บิดา มารดา โดยเฉพาะผู้ดูแลในครอบครัว มักเกิดความเครียด วิตกกังวลต่ออาการเจ็บป่วยของเด็ก และอาการหอบช่วงกลางคืนส่งผลให้ผู้ดูแลพักผ่อนไม่เพียงพอ ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น การสูญเสียรายได้จากการนำบุตรมาโรงพยาบาล[1]

การวางแผนให้ผู้ป่วยเด็กได้รับการดูแลที่เหมาะสมหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ดูแลต้องเข้าใจเป้าหมายของการรักษา และมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามแผนการรักษา มีความสามารถในการเฝ้าระวัง สังเกตอาการผู้ป่วยและมีความรู้

เพียงพอในการจัดการกับภาวะฉุกเฉินได้ นอกจากนั้นผู้ป่วยต้องเข้าใจและทราบความสำคัญของการตรวจตามนัด การขอความช่วยเหลือเมื่อมีอาการเฉียบพลัน ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาผลของการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กป่วยโรคหอบหืดที่บ้าน มาประยุกต์ใช้ร่วมกับแนวคิดการจัดการโรคหอบหืดในเด็ก ซึ่งเน้นการจัดการปัจจัยเสี่ยง สารก่อภูมิแพ้ สิ่งเร้าที่กระตุ้นให้เกิดอาการหอบ การประเมินอาการผู้ป่วยเด็ก การจัดการภาวะฉุกเฉิน เพื่อให้ผู้ป่วยเด็กไม่เกิดอาการที่รุนแรง อัตราการกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Revisit และ Readmission) ลดลง

วัตถุประสงค์การวิจัย

1.เพื่อพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด

2.เพื่อปรียบเทียบผลคะแนนความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดหลังได้รับการวางแผนการดูแลก่อนและหลังได้รับการวางแผนจำหน่าย

3.เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Revisit และ Readmission) ก่อนและหลังในผู้ป่วยที่ได้การวางแผนจำหน่าย

วิธีดำเนินงานวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โรงพยาบาลยโสธร ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. กลุ่มพัฒนาแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ประกอบด้วย หัวหน้างานที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ได้แก่ หัวหน้าคลินิกกุมารเวชกรรม หัวหน้าหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลกุมารเวชกรรม หัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาลอุบัติเหตุและฉุกเฉิน พยาบาลวิชาชีพที่รับผิดชอบดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ที่คลินิกกุมารเวชกรรม หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม งานอุบัติเหตุฉุกเฉิน กุมารแพทย์ และเภสัชกร จำนวน 10 คน ซึ่งถูกเลือกทั้งหมดแบบเจาะจง

2 กลุ่มประเมินผลแผนจำหน่าย ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) จากผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด อายุ 1- 6 ปี ที่แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืด ที่เข้ารักษาด้วยหอบหืดในคลินิกกุมารเวชกรรม และนอน โรงพยาบาลยโสธร ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2562 ถึง 30 มิถุนายน 2562 การคำนวณกลุ่มตัวอย่าง เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา ซึ่งควรมีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อยที่สุด 20 – 30 ราย และจำนวนผู้ป่วยที่รักษาที่คลินิกกุมารเวชกรรมในโรงพยาบาลมีจำนวนไม่มาก ผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาในผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดทั้งหมดที่มารักษาที่คลินิกกุมารเวชกรรม ซึ่งมีทั้งสิ้น 34 ราย

เกณฑ์การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Inclusion criteria) 1) ดูแลต้องเป็นสมาชิกในครอบครัวและรับผิดชอบให้หลักในการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด 2) อาศัยอยู่ในบ้านเดียวกัน 3) ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่มีประวัติการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยเรื่องหอบกำเริบอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบปีที่ผ่านมา 4)ไม่มีปัญหาในการได้ยิน การมองเห็น การใช้ภาษาพูดในการสื่อสาร 5)ยินยอมร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือการวิจัย

1. เครื่องมือดำเนินการวิจัย คือ แผนการจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด อายุ 1 – 6 ปี ตามแนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหอบหืดในประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก ปี 2558-2559 ซึ่งมีเป้าหมายของการดูแลรักษา ดังนี้ 1. สามารถควบคุมอาการของโรคให้สงบลงได้ 2. ป้องกันไม่ให้เกิดการกำเริบของโรค ยกระดับสมรรถภาพการทำงาน ของปอดของผู้ป่วยให้ดีทัดเทียมกับคนปกติ หรือให้ดีที่สุดเท่าที่จะทำได้ 3. สามารถดำรงชีวิตอยู่ได้เช่นเดียวหรือใกล้เคียงกับคนปกติ 4. หลีกเลี่ยงภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ จากยารักษาโรคหอบหืดให้น้อยที่สุด 5. ป้องกันหรือลดอุบัติการณ์การเสียชีวิตจากโรคหอบหืด แผนการจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดโรงพยาบาลยโสธร ประกอบด้วย

1) ด้านการป้องกันการกำเริบของโรคหอบหืด โดยการหลีกเลี่ยงหรือควบคุมสิ่งกระตุ้น

2) ด้านการส่งเสริม สุขภาพเด็กและการดูแลรักษาสุขภาพทั่วไป เพื่อให้เด็กมีพัฒนาการสมวัย

3) ด้านการปฏิบัติตามแผนการรักษา ของแพทย์และการมาตรวจตามนัด

4) ด้านการจัดการ และดูแลเด็กเมื่อมีอาการหอบ โดยครอบครัวสามารถประเมินการหายใจและสังเกตอาการเตือนของโรคหอบหืดกำเริบ เฉียบพลันได้อย่างถูกต้อง

2. เครื่องมือเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

2.1 แบบประเมินความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ได้แก่ 1) ข้อมูลทั่วไป 2) การประเมินความรู้และการจัดการของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด 3) แบบประเมินทักษะการใช้ยาของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดร่วมกับการใช้อุปกรณ์

2.2 แบบบันทึกข้อมูลอัตราการกลับเข้ารับการรักษาซ้ำในโรงพยาบาล (Revisit และ Readmission)

คุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ตรวจสอบค่าความตรงของเนื้อหา (CVI) มีดังนี้ค่าความตรงของเนื้อหา ตอนที่ 2 เท่ากับ .98 ตอนที่ 3 เท่ากับ .95 และค่าความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับ เท่ากับ .95 การตรวจสอบความเที่ยง (Reliability) โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ค่าความเที่ยงตอนที่ 2 เท่ากับ .96 ตอนที่ 3 เท่ากับ .92 และค่าความตรงของเนื้อหาทั้งฉบับ เท่ากับ .92 การทดสอบความยากง่าย ผลการทดสอบ มีค่าความยาก และค่าอำนาจจำแนก อยู่ระหว่าง 0.2 – 0.8 ผลการทดสอบผ่านเกณฑ์ครบทุกข้อ

ขั้นดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ศึกษาข้อมูลพื้นฐานและวิเคราะห์สถานการณ์ โดยศึกษาข้อมูลสถิติการให้บริการ ตัวชี้วัดคุณภาพทางการรักษาพยาบาล ทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด การประชุมกลุ่มเพื่อแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและค้นหาแนวทางการการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่ผ่านมา ปัญหาและอุปสรรคในการดูแลผู้ป่วยเด็ก รวมถึงกำหนดการความต้องการการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โดยมีผู้วิจัยเป็นผู้ดำเนินการประชุม

ระยะที่ 2 พัฒนาการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ผู้วิจัยนำความคิดเห็นที่ได้จากระยะที่ 1 มาใช้ประกอบในการจัดทำร่างแผนจำหน่าย

ระยะที่ 3 ทดลองใช้แผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด และประเมินผลโดยการนำแผนจำหน่ายที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ที่มารับบริการที่ แผนกผู้ป่วยนอก จำนวน 5 ราย เพื่อทดสอบ และประเมินเครื่องมือวิจัยว่ามีความเป็นไปได้ในการใช้เครื่องมือนี้ประเมินผลโดยการประเมินคะแนนความรู้และทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด โดยผู้วิจัยเก็บข้อมูลด้วยตนเอง

ระยะที่ 4 ปรับปรุงแผนการจำหน่ายหลังทดลองใช้ ผู้วิจัยดำเนินการสอนตามแผนจำหน่ายเป็นรายบุคคล เลือกกลุ่มตัวอย่างที่กำหนด ที่เข้ารักษาด้วยหอบหืดในคลินิกกุมารเวชกรรม และหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม ที่ห้องสอนสุขศึกษา ก่อนให้แผนจำหน่ายเป็นรายบุคคล ซึ่งใช้เวลาประมาณ 40 นาที และสาธิตการใช้ยาสูดพ่นรักษาโรคหอบหืดร่วมกับการใช้อุปกรณ์พ่นยา ประเมินผลหลังให้แผนจำหน่ายในวันนัดครั้งถัดไป 2 เดือน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติที (Paired t test)

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมุกดาหาร เลขที่ MPH 105.0032.2561

ผลการวิจัย

ข้อมูลคุณลักษณะประชากร

ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด เพศหญิง ร้อยละ 100 อายุเฉลี่ย 35 ปี มีอายุระหว่าง 30-35 ปี มากที่สุด (ร้อยละ 20.58) ความเกี่ยวข้องเป็นมารดามากที่สุด (ร้อยละ 41.2) ระยะเวลาในการปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดมากกว่า 3 ปี (ร้อยละ41.2ปี)

ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด อายุน้อยที่สุดที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดเริ่มตั้งแต่ 18-24 เดือน (ร้อยละ26.6) เป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 54.3 มีโรคภูมิแพ้ที่พบร่วมคือแพ้อากาศ โรคภูมแพ้ทางตา ร้อยละ 38.23 การรักษาด้วยยาโรคหอบหืดชนิดพ่นและการใช้ยาชนิดพ่นร่วมกับอุปกรณ์ช่วยพ่นยา คิดเป็นร้อยละ 38.23 ผู้ป่วยเด็กที่มีอาการหอบกำเริบและมาการพ่นยาที่ห้องฉุกเฉิน เท่ากับ

ร้อยละ27.79 นอนโรงพยาบาลด้วยโรคหอบกำเริบครั้งก่อนหน้า ร้อยละ 14.7

การประเมินความรู้และการจัดการของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบ จากการวิจัยพบว่าความรู้ของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ด้านความรู้ทั่วไปและอาการของโรคหอบหืด $\bar{X}$= 7.35 (SD = .20) หลังได้รับการวางแผนจำหน่ายทันทีมีค่าเฉลี่ย $\bar{X}$= 8.82 (SD = .16) ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อม $\bar{X}$= 6.14 (SD = .39) หลังได้รับการวางแผนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ย $\bar{X}$= 9.58 (SD = .12) ด้านอาการกำเริบของโรคหอบหืดและการช่วยเหลือ$\bar{X}$= 7.79 (SD = .39) หลังได้รับการวางแผนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ย $\bar{X}$= 8.82 (SD = .16) ด้านความรู้ทั่วไปและอาการของโรคหอบหืด $\bar{X}$= 7.79 (SD = .41) หลังได้รับการวางแผนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ย $\bar{X}$= 9.58 (SD = .12) ด้านการดูแลให้เด็กได้รับยาอย่างต่อเนื่อง $\bar{X}$= 7.47 (SD = .53) หลังได้รับการวางแผนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ย $\bar{X}$= 9.70 (SD = .12) จากการทดสอบโดยใช้สถิติ Pair t- test พบว่า คะแนนประเมินความรู้และการจัดการของผู้ดูแลหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายมากกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

การประเมินทักษะการให้ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดได้รับยาอย่าต่อเนื่องร่วมกับการใช้อุปกรณ์ก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายมีค่าเฉลี่ยของคะแนนทักษะก่อนได้รับการวางแผนจำหน่าย $\bar{X}$ = 6.29 (SD .29) หลังได้รับมีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะ $\bar{X}$ = 8.47 (SD = .21) จากการทดสอบโดยใช้สถิติ Pair t- test พบว่า คะแนนประเมินความรู้หลังได้รับการวางแผนจำหน่ายมากกว่าก่อนได้รับการวางแผนจำหน่ายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

ตารางเปรียบเทียบคะแนนประเมินความรู้และการจัดการทักษะการใช้ยาของผู้ดูแลก่อนและหลังได้รับการวางแผนจำหน่ายจำแนกรายด้าน(n=34)

ตัวชี้วัด	ก่อนให้แผนจำหน่าย		หลังให้แผนจำหน่ายทันที		Mean difference	95% confidence interval of the difference		p-value
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		Lower	upper	
1.ความรู้ทั่วไปและอาการของโรคหอบหืด	7.35	.20	8.82	.16	1.47	1.82	1.11	.000*
2.การจัดการสิ่งแวดล้อม	6.14	.39	9.58	.12	3.44	2.24	0.28	.003*
3.อาการกำเริบของโรคหอบหืดและการช่วยเหลือ	7.79	.41	9.58	.20	1.79	2.27	.88	.000*
4.การดูแลให้เด็กได้รับยาอย่างต่อเนื่อง	7.47	.53	9.70	.99	2.23	3.34	1.12	.000*
5.ประเมินทักษะการใช้ยาของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดร่วมกับการใช้อุปกรณ์	6.29	.29	8.47	.12	2.17	2.36	.69	.001*
รวม	38.09	11.16	46.38	3.33	6.76	9.89	3.63	0.00

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ร้อยละ .05

เปรียบเทียบ อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอกภายใน 48 ชั่วโมง (Revisit) ก่อนดำเนินการร้อยละ 11.76 และหลังดำเนินการ ร้อยละ 2.94 เมื่อเปรียบเทียบโดยใช้ สถิติ Pair T- test ลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ P <.05 อัตราการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน (Readmission) ก่อนดำเนินการร้อยละ 20.58 และหลังดำเนินการ ร้อยละ 5.88 เมื่อเปรียบเทียบโดยใช้สถิติ Pair T- test ลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ที่ P <.05

ตาราง ตารางเปรียบเทียบ อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอกภายใน 48 ชั่วโมง (Revisit) และอัตราการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน (Readmission)

ตัวชี้วัด	ก่อนการพัฒนา		หลังการพัฒนา		Mean difference	95% confidence interval of the difference		p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		Lower	upper	
1. จำนวนครั้งการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอก (Revisit)	.11	.32	.02	.17	.09	-.012	.188	.03
2. จำนวนครั้งการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน(Readmission)	.20	.41	.05	.23	.15	.021	.272	.02

มีนัยสำคัญทางสถิติที่ P >.05

การอภิปรายผล

1 ผลการประเมินความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ความรู้และทักษะในการดูแลเด็กของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ปัจจัยความสำเร็จของการศึกษาครั้งนี้ เป็นส่วนหนึ่งจากการพัฒนาการวางแผนจำหน่าย ทำให้ผู้ดูแลสามารถมีความรู้และเข้าใจวิธีการดูแลผู้ป่วยเด็กที่ถูกต้อง สามารถปฏิบัติได้ สามารถประเมินอาการหอบและให้ความช่วยเหลือและผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาพบว่า ค่าคะแนนความรู้และทักษะในการดูแลเด็กของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดหลังได้รับแผนจำหน่ายสูงกว่าก่อนได้รับแผนจำหน่าย อย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ .05

ความรู้ด้านการจัดการสิ่งแวดล้อมมีคะแนนก่อนรับแผนจำหน่ายน้อยที่สุด ค่าเฉลี่ย 6.14 ซึ่งผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดใช้เวลาส่วนใหญ่ในที่พักอาศัย และสิ่งแวดล้อม ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหอบยังถูกจัดการด้วยข้อจำกัดภายในครอบครัว เช่น การสูบบุหรี่ การมีสัตว์เลี้ยงในบ้าน การทำความสะอาด การจัดเก็บสิ่งของภายในบ้านซึ่งผู้ดูแลปฏิบัติได้ไม่สม่ำเสมอ ตำแหน่งที่ตั้งของที่บ้าน การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการหอบ เน้นที่สิ่งแวดล้อมภายในบ้าน ซึ่งผลการศึกษาสอดคล้องกับการศึกษาถึงความ สัมพันธ์ของสิ่งแวดล้อมภายในบ้านกับโรคหอบหืดในเด็ก ที่พบว่า ครอบครัวที่มีบุคคลในบ้านสูบบุหรี่ มีเลี้ยงสัตว์และลักษณะ บ้านมีความชื้นสูง สิ่งเหล่านี้ล้วนมีผลต่ออาการหอบ ซึ่งเป็น Secondary prevention คือ การป้องกันเพื่อลดการเกิดของอาการ ในผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคหอบหืดแล้ว จุดมุ่งหมายเพื่อลดอาการให้น้อยที่สุด ซึ่งประกอบด้วย การป้องกันโดยการใช้ยา การป้องกันโดยการไม่ใช้ยา ผลลัพธ์ทางการพยาบาล ประกอบด้วย อัตราการกลับมารับการรักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอกภายใน 48 ชั่วโมง (Revisit) ลดลง และอัตราการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาลภายใน 28 วัน (Readmission) ลดลง ซึ่งตัวชี้วัดด้านคุณภาพการรักษาพยาบาลมีแนวโน้มลดลง จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่ายโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่พัฒนาขึ้น ช่วยให้การบริการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ความรู้ทั่วไปและอาการของโรคหอบหืด พบว่ามีคะแนนน้อยเป็นลำดับสอง มีค่าคะแนนเฉลี่ย เท่ากับ 7.35 การที่ผู้ดูแลมีความรู้และเข้าใจเรื่องโรคและอาการของโรคหอบหืดนั้น ช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ได้รับการดูแลที่เหมาะสม สามารถหลีกเลี่ยงอาการหอบกำเริบและลดความรุนแรงของอาการหอบได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ รุ่งทิพย์ พลจรัส, วิชชุดา เจริญกิจการ, ดวงรัตน์ วัฒนกิจไกลเลิศ และพันวดี รัตนสุมาวงศ์ (2562) ผลการศึกษาพบว่า โดยพบว่าการรับรู้ช่วงเวลาของความเจ็บป่วย การรับรู้ความสามารถในการควบคุม/รักษาความเจ็บป่วย และการรับรู้ผลที่เกิดตามมาจากความเจ็บป่วย สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรมการดูแลตนเอง ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และการศึกษาของ ทิพาพร ยอดญาติไทย (2551) ผลการศึกษาพบว่าหลังการให้ความรู้และเยี่ยมบ้าน ตามแนวทางของ GINA PEDIATRIC GUIDELINE ต่อพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวในกลุ่มทดลองดีกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลของครอบครัวที่มีเด็กโรคหอบหืด วัย 0-6 ปีภายหลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลองอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

ด้านอาการกำเริบของโรคหอบหืดและการช่วยเหลือ พบว่า ผู้ดูแลสามารถประเมินอาการหอบกำเริบ สามารถใช้ยาพ่นเพื่อให้อาการสงบลงได้ เนื่องจากมี

ประสบการณ์ในการประเมินและจัดการเมื่อเด็กมีอาการหอบ อย่างไรก็ตามยังพบว่าในกลุ่มเด็กเล็ก ผู้ดูแลมักมีความวิตกกังวล ไม่ทราบวิธีประเมิน และไม่มั่นใจในการประเมินอาการหอบสอดคล้องกับการศึกษาของ กนกพร ศรีรัตนวงศ์และคณะ (2553) ผลการศึกษาพบว่าความรู้ของผู้ดูแลมีผลต่อระดับการควบคุมโรค และคะแนนคุณภาพชีวิต และผู้ป่วยส่วนหนึ่งยังมีความผิดพลาดในเทคนิคการใช้ยาพ่นสูด

ทักษะการใช้ยาพ่นร่วมกับอุปกรณ์ช่วยพ่น ข้อที่ได้น้อยที่สุดได้แก่ 6.กดพ่นยา 1 ครั้งสูดหายใจเข้าทางปากช้าๆ ลึกๆซึ่งเป็นทักษะทางด้านเทคนิคและทักษะการใช้ยาเนื่องจากความสัมพันธ์ระหว่างมือที่กดกับการสูดหายใจเข้า ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญในการใช้ยาสูดพ่นของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยรัตน์ ปรีดียานนท์ (2553) พบว่ามีปัญหา ความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเกิดการปัญหาการใช้ยาไม่ถูกต้อง สูดยาไม่ถูกวิธี ต้องการได้รับการรักษาด้วยยาเพิ่มเติม จัดการปัญหาด้วยการอภิบายให้เข้าใจการรักษา การเกิดโรค การเลี่ยงสิ่งกระตุ้นและปรับเปลี่ยนยาให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย และพบว่าร้อยละ 50 ของผู้ป่วยที่ใช้ pMDI พ่นยาผิดวิธีที่เกิดจากความไม่สัมพันธ์กันระหว่างหารสูดหายใจเข้ากับการกดยา ในเด็กอายุน้อยกว่า 8 ปีจำเป็นต้องใช้อุปกรณ์ (spacer) ร่วมด้วยซึ่งจะช่วยลดการสะสมของยาที่คอหอย 10-15 เท่าเมื่อเทียบกับการไม่ใช้อุปกรณ์ช่วย (Rubin BK & Fink JB,2001)

2. ด้านผลลัพธ์ทางการพยาบาล จำนวนครั้งการกลับมารักษาซ้ำที่แผนกผู้ป่วยนอก (Revisit) ก่อนพัฒนา ค่าเฉลี่ย 0.11 (S.D.=0.32) หลังการพัฒนา ค่าเฉลี่ย 0.32 (S.D.=0.17) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05จำนวนครั้งการกลับเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ภายใน 28 วัน(Readmission) พบว่า ก่อนพัฒนาค่าเฉลี่ย 0.20 (S.D.=0.41) หลังการพัฒนา ค่าเฉลี่ย 0.05 (S.D.=0.23) ลดลงอย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุรีรัตน์ถามะพันธ์(2533) ศึกษาเกี่ยวกบัผลของโปรแกรมการพัฒนาพฤติกรรมของมารดาใน การดูแลเด็กโรคหอบหืด โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทาง สังคมในโรงพยาบาลพนา อำเภอพนา จังหวัดอำนาจเจริญ ประกอบด้วย บรรยายประกอบ สไลด์การ สาธิตและฝึกปฏิบัติพ่น กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนน และค่าเฉลี่ยความแตกต่างของคะแนนด้านความรู้ เกี่ยวกับโรคหอบหืดในเด็กอายุ1-6ปีการรับรู้ความสามารถของมารดาในการดูแลบุตรที่ป่วยด้วย โรคหอบหืด ความคาดหวังในผลลัพธ์จากการดูแลบุตรที่ป่วยด้วยโรคหอบหืด สูงกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01และการศึกษาของ เบญจวรรณ ช่วยแก้ว (2556) พบว่า การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดให้สามารถควบคุมอาการหืดกำเริบได้ผู้ดูแลมีความรู้ และทักษะในการดูแลต่อเนื่อง โดยโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายประยุกต์ตามรูปแบบ DMETHOD (กฤษดา แสวงดี, 2539)

จากการศึกษาครั้งนี้ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของการวางแผนจำหน่ายโดยการมีส่วนร่วมของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่พัฒนาขึ้น จากทฤษฎีความพร่องในการดูแลตนเอง (Self - care Deficits) Orem. (1950) ของผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดที่เจ็บป่วยด้วยหืดกำเริบเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล มีความสามารถในการดูแลตนเองได้น้อยจำเป็นต้องพึ่งพาคนในครอบครัว ผู้ดูแล แผนจำหน่ายที่จัดให้ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กมีรูปแบบการสอน และการสาธิต ร่วมกับการใช้ทฤษฎีแรงจูงใจซึ่งกระตุ้นการตอบสนองทางด้านพฤติกรรมของผู้ดูแลต่อการดูแลผู้ป่วยเด็ก ทั้งการสร้างเจตคติ ความสนใจ การเข้าใจและรับรู้ถึงผลของการดูแลผู้ป่วยเด็กอย่างเหมาะสมซึ่งเป็นแรงจูงในจากภายใน (intrinsic motives) และการให้กำลังใจ ชมเชยขณะทำการสาธิตย้อนกลับและการตอบคำถาม การตั้งใจขณะให้แผนจำหน่าย ที่เป็นแรงจูงใจจากภายนอก (extrinsic motives) ให้ผู้ดูแลได้ฝึกปฏิบัติ มีทักษะในการดูแลผู้ป่วยเด็ก ให้สามารถควบคุมโรคหอบหืดไม่ให้กำเริบ และปฏิบัติตัวได้ถูกต้องเมื่ออาการหอบกำเริบ โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อน การใช้คู่มือประกอบการสอนที่เหมาะสมจะช่วยส่งเสริมการเรียนรู้ช่วยให้การบริการพยาบาลมีประสิทธิภาพมากขึ้น ช่วยให้ครอบครัวได้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้ (สมจิต หนุเจริญกุล, 2540) และสามารถนำแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดไปใช้ได้ที่หอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน

ข้อเสนอแนะ

1. ด้านความรู้แลทักษะของผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด ควรมีการส่งเสริมให้มีนำการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด มีความสอดคล้องกันทั้งกระบวนการการดูแล

ผู้ป่วย ห้องฉุกเฉิน ผู้ป่วยนอกคลินิกกุมารเวชกรรมและหอผู้ป่วยกุมารเวชกรรม รวมถึงการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน จากการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานปฐมภูมิ จะช่วยให้ผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดได้รับการดูแลที่เหมาะสม ลดอาการหอบกำเริบ

2.เพิ่มประสิทธิภาพในการส่งต่อและติดตามดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดอย่างต่อเนื่องทั้ง ภายในและภายนอกโรงพยาบาล โดยมีการวางแผนการจำหน่าย และติดตามเยี่ยมบ้านผู้ป่วยร่วมกัน เพื่อติดตามการปฏิบัติที่สะท้อนถึงการดูแลตนเองที่ถูกต้อง และเหมาะสมกับสภาวะโรคของผู้ป่วย

เอกสารอ้างอิง

1. กัลยาณี ปรีชาพงศ์มิตร, สุธิศา ล้านช้าง และคณะ. (2555). ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาระการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืด.พยาบาลสาร. (39)4. หน้า 13-22.
2. คณะกรรมการปรับปรุงแนวทางการรักษาและป้องกันโรคหอบหืดประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก.แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคหอบหืดประเทศไทยสำหรับผู้ป่วยเด็ก (ฉบับย่อ) พ.ศ.2558-2559
3. ฉัชนันท์ อารีย์การเลิศ, ไข่มุก วิเชียรเจริญ และคณะ. (2553). การจัดการของผู้ดูแลเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อมภายในบ้านที่กระตุ้นให้เกิดอาการหอบในเด็กโรคหอบหืด. Journal of Nursing Science. (28)4.หน้า 76-85.
4. ละออง นีชรานนท์. (2562). ผลของการใช้แนวทางปฏิบัติทางคลินิกในการป้องกันอาการหอบหืดกำเริบซ้ำในผู้ป่วยที่มีภาวะการหายใจล้มเหลวจากโรคหอบหืดในหอผู้ป่วยเด็กวิกฤต โรงพยาบาลสงขลา. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. (2)2. หน้า23-34
5. ลักษมี สารบรรณ, ศรีวภา ธรณสุนทร, ถนอม ชูงาม, สุพิศ. (2555). ประสบการณ์อาการหายใจลำบากการจัดการอาการและผลลัพธ์การจัดการอาการในเด็กวัยเรียนโรคหอบหืดของผู้ดูแล. วารสารสงขลานครินทร์. (32)2. หน้า 23-34
6. วรรณา เรืองลากอนันต์, ไข่มุก วิเชียรเจริญ และคณะ. (2552). ผลกระทบของโรคหอบหืด ต่อผู้ป่วยเด็กวัยเรียนและครอบครัว.Journal of Nursing Science. (27)2. หน้า 18-27.
7. สุชาดา เสตพันธ์, วีรนุช มยุเรศ และคณะ. (2561). การพัฒนาระบบการพยาบาลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดในโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี. วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ. (33)3. หน้า 185-194
8. สุนันท์ ขาวประพันธ์,ปรียกมล รัชนกุล และคณะ. (2555). ผลการดูแลสุขภาพที่บ้านต่อพฤติกรรมของครอบครัวในการดูแลเด็กโรคหอบหืด.วารสารสภาการพยาบาล. (27)2. หน้า 108-120.
9. สำนักสารนิเทศ. สธ. เตรียมขยายคลินิกโรคหอบหืดและโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังแบบง่าย ลงสู่หน่วยบริการปฐมภูมิ [อินเทอร์เน็ต]. [อ้างถึง 1 สิงหาคม 2019]. Available at: https://pr.moph.go.th/
10. ศิริ วันต์ ยิ้มเสียง, พรทิพย์ รัตนวิชัย, ธิดามาศ จักรวิเชียร. (2552). การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเด็กโรคหอบหืดโดยการมีส่วนร่วมของทีมสหวิชาชีพโรงพยาบาลพิจิตร.วารสารกองการพยาบาล. (36)3. หน้า 96-112
11. อาภาวรรณ หนูคง, สุดาภรณ์ พยัคฆเรือง และคณะ. (2555). การจัดการของผู้ดูแลในการดูแลเด็กโรคหอบหืด. Journal of Nursing Science. (30)1.หน้า 18-27.
12. อุรารักษ์ คำน้อย. (2551). ผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมการรับรู้สมรรถนะแห่งตนต่อการรับรู้การจัดการตนเองของผู้ป่วยเด็กวัยเรียนโรคหอบหืด. ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาการพยาบาลเด็ก. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.2551

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ ความสามารถในการดูแล และการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสตูล

THE Effects of Caregivers Empowerment Program on Knowledge, Caring Capabilities and Postoperative Recovery in Older Patients Undergoing Hip Fracture, Satun Hospital

นัยนา ธัญธาดาพันธ์[1] เรณุการ์ ทองคำรอด[2] บุญทิพย์ สิริธรังศรี[2]

Naiyana Thanthadaphan[1] Renukar Thongkamrod[2] Boontip Siritharangsri[2]

(Received: September 28,2020; Accepted: November 1,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักต่อความรู้ของผู้ดูแล 2) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักต่อความสามารถในการดูแลของผู้ดูแล และ 3) ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุก่อนและหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างได้รับการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ 1) กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูก สะโพก จำนวน 30 คน และ 2) กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกใน รพ. สตูล จำนวน 30 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่ผู้วิจัยผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันเป็นแนวทาง เครื่องมือที่ใช้เก็บรวบรวมข้อมูล มี 2 ส่วน ได้แก่ 1) แบบประเมินความรู้ ความสามารถของผู้ดูแลมี 3 ส่วน ได้แก่ (1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล (2) แบบประเมินความรู้ของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด และ (3) แบบประเมินความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด และ 2) แบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติการทดสอบที

ผลการศึกษาพบว่า 1) ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความรู้มากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 2) ผู้ดูแลในกลุ่มทดลองมีความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ 3) ผู้สูงอายุในกลุ่มทดลองมีการฟื้นสภาพหลังการผ่าตัดกระดูกสะโพกหักมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ($P< 0.05$) ส่วนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบไม่แตกต่างกัน

คำสำคัญ : การเสริมสร้างพลังอำนาจ ผู้ดูแล การฟื้นสภาพหลังผ่าตัด ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

Abstract

This quasi-experimental research aimed to investigate 1) the effects of caregivers empowerment program on caregiver's knowledge 2) the effects of caregivers empowerment program on caregiver's caring capabilities and 3) the effects of caregivers empowerment program on postoperative recovery in older patients undergoing hip fracture. Purposive sampling with inclusion criteria was divided into two groups 1) caregiver 30 Persons and 2) older patients undergoing hip fracture in Satun Hospital 30 persons. The research tool for using in experimental group was the empowerment program developed by researcher based on Gibson's empowerment concept. The research tool for collecting data were the questionnaire for knowledge, caring capabilities and postoperative recovery data form. There was a content validity index between .80-.90. The data were analyzed by descriptive statistics, and inferential statistics, Paired t-test.

The results revealed that 1) caregivers in the experimental group had higher knowledge than the control group 2) caregivers in the experimental group had higher caring capabilities knowledge than the control group and 3) The older patients in the experimental group had postoperative recovery higher than the control group with statistical significant ($p<0.05$). However, the postoperative ability to perform daily activities were not different between the two groups.

Keywords: Empowerment , Caregiver , Postoperative recovery , Older patients undergoing hip fracture

[1] พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารการพยาบาล)

บทนำ

กระดูกสะโพกหัก เป็นปัญหาสุขภาพที่มีผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้สูงอายุเป็นอย่างมาก พบได้สูงสุดในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้ว อาทิ ประเทศในกลุ่มสแกนดิเนเวียและอเมริกาเหนือ ส่วนในทวีปเอเชียพบมากที่ฮ่องกง สิงคโปร์ ญี่ปุ่น และไต้หวัน นักวิจัยคาดการณ์ว่าจำนวนผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักทั่วโลกในปี พ.ศ. 2568 จะสูงมากถึง 2 ล้าน 6 แสนราย โดยร้อยละ 37 อยู่ในทวีปเอเชีย และในพ.ศ. 2593 หรืออีก 40 ปีข้างหน้า จะเพิ่มเป็น 4 ล้าน 5 แสนราย โดยร้อยละ 45 อยู่ในทวีปเอเชีย (สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560) ประเทศไทย มีรายงานว่ามีอุบัติการณ์ของกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุสูงขึ้น โดยพบมากในผู้สูงอายุกลุ่มที่มีปัญหากระดูกพรุน กระดูกเปราะบาง ร่วมกับสายตาไม่ดีและการทรงตัวลดลง ทำให้เกิดอุบัติเหตุและพลัดตกหกล้มได้ง่าย พบได้มากถึงร้อยละ 59 - 66 โดยในรอบ 10 ปี เพศหญิงป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 153 ส่วนชายป่วยเพิ่มขึ้นร้อยละ 136 (สำนักสารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2560)

ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก จึงควรได้รับการรักษาอย่างถูกต้องและฟื้นฟูสภาพโดยเร็ว การรักษาที่ได้ผลดี คือ การผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียมและการผ่าตัดยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน (Christmas, 2006) การรักษาด้วยการผ่าตัดเป็นการรักษาเพื่อเสริมสร้างความมั่นคงของข้อสะโพก และบรรเทาอาการปวด มีเป้าหมายเพื่อให้ร่างกายสามารถเคลื่อนไหวร่างกายและทำกิจวัตรประจำวันได้ใกล้เคียงกับก่อนกระดูกสะโพกหักมากที่สุด แต่ยังพบว่า 1 ใน 3 ของ ผู้สูงอายุภายหลังได้รับการผ่าตัดมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหว [(11),(3)] ไม่กล้าขยับหรือเคลื่อนตัวลงจากเตียง (Ruiz, 2000) นอนนิ่งกับที่เพราะกลัวแผลแยก[(5)] ร้อยละ 30-73 กลัวการหกล้ม ทำให้ไม่ยอมเดินหรือเดินน้อยลง ออกกำลังกายไม่ต่อเนื่อง การทำกิจกรรมต่าง ๆ ลดลง (Roach, 2001) จนไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ [(2),(7)] พบปัญหาแทรกซ้อนตามมา ได้แก่ การติดเชื้อที่แผลผ่าตัด การติดเชื้อทางระบบทางเดินปัสสาวะ ระบบทางเดินหายใจ และแผลกดทับได้ และที่พบมากคือ การเลื่อนหลุดของข้อสะโพกซ้ำ (Kenzora et al., 1998) ภาวะสับสนเฉียบพลัน (Delirium) และหลอดเลือดดำชั้นลึกอุดตัน (Deep Vein Thrombosis) (McLaughlin et al., 2006; Morgan et al., 2005) ส่งผลจำนวนวันนอนเกินกว่าเกณฑ์ของกลุ่มวินิจฉัยโรคร่วม (Diagnosis Related Groups: DRGs) ที่กำหนดให้ผู้ที่มีกระดูกสะโพกหักและผ่าตัดยึดตรึงกระดูกไว้ภายใน และไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สามารถนอนโรงพยาบาลได้ 5 วัน และกำหนดให้ผู้ที่มีกระดูกสะโพกหักและได้รับผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก ไม่มีภาวะแทรกซ้อนหลังผ่าตัด สามารถนอนโรงพยาบาลได้ 6 วัน (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ, 2550) และอาจนำไปสู่การเสียชีวิตและการสูญเสียทางเศรษฐกิจเนื่องจากมีค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษา (Jeremy D.,Kristine Swartz & Rajwinder Deu , 2013 อ้างถึงใน อุไรวรรณ พลซา, 2560)

นอกจากนี้ ผู้สูงอายุที่เข้ารับการผ่าตัดกระดุกสะโพกหักยังต้องใช้ระยะเวลานานในการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัด มีการศึกษาพบว่าร้อยละ 75 ของผู้สูงอายุที่กระดูกสะโพกหักต้องสูญเสียความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน หรือดูแลตนเองได้ลดลง เช่น ความสามารถเกี่ยวกับการรับประทานอาหารด้วยตนเอง การเข้าห้องน้ำ การขับถ่าย การสวมใส่เสื้อผ้า และการขึ้นลงบันได และร้อยละ 26-75 ของผู้สูงอายุที่มีชีวิตรอดแต่ไม่สามารถกลับมามีสภาพการเคลื่อนไหวร่างกายและการพึ่งพาตนเองได้เหมือนก่อนที่จะมีภาวะกระดูกสะโพกหัก โดยเฉพาะในช่วง 1 ปีแรก (Bradley & Kozak, 1995) และพบว่าจำนวนมากกว่าครึ่งหนึ่งของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักต้องกลายมาเป็นบุคคลที่ต้องพึ่งพาผู้อื่น (Stone, Wyman, & Salisbury, 1999) ต้องการการดูแลจากครอบครัวมากขึ้น ซึ่งญาติผู้ดูแลเป็นบุคคลสำคัญที่จะคอยช่วยเหลือและให้การดูแลอย่างต่อเนื่อง [(4)]

กระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุของโรงพยาบาลสตูล ปี พ.ศ. 2559 ถึง พ.ศ. 2561 มีจำนวน 49, 53 และ 58 รายต่อปี เข้ารับการผ่าตัด 38, 45 , 49 รายตามลำดับ สาเหตุส่วนใหญ่มาจากการหกล้ม สาเหตุรองจากอุบัติเหตุรถและตกจากที่สูง (ฝ่ายเทคโนโลยีสารสนเทศ โรงพยาบาลสตูล, 2561)) ผลลัพธ์จากการเกิดกระดูกสะโพกหักที่เข้ารับการรักษา เก็บรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มประวัติผู้ป่วยในปี 2561 พบภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ แผลกดทับ (ร้อยละ 29.78) ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (ร้อยละ 17.02) ติดเชื้อในกระแสเลือด (ร้อยละ 4.25) เส้นเลือดดำอุดตันและเสียชีวิต (ร้อยละ 2.12) ส่วนด้านการฟื้นฟูสภาพ พบว่าผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการช่วยเหลือตนเองในชีวิตประจำวันขณะจำหน่ายกลับบ้าน ผู้ป่วยบางรายต้องพึ่งพาญาติผู้ดูแลเกี่ยวกับกิจวัตร

ประจำวันเกือบทุกกิจกรรม ผู้ป่วยที่สามารถเดินได้ด้วยเครื่องช่วยพยุงเดิน (walker) ภายหลังการผ่าตัด 5 วันมีเพียงร้อยละ 57.2 จำนวนวันนอนโรงพยาบาลเกิน 14 วัน ร้อยละ 85.10 ปัญหาที่พบจากประสบการณ์การปฏิบัติงานพบว่าในหน่วยงานยังไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเป็นแนวทางเดียวกันในการให้การพยาบาลผู้ป่วย การให้การพยาบาลจะแตกต่างกันออกไปตามความรู้และประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานแต่ละคน อีกทั้งการสอนของ บุคลากรทีมสุขภาพยังขาดรูปแบบที่ชัดเจน ในการให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการช่วยจัดการกับการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุ ผู้ดูแลจึงขาดความมั่นใจไม่กล้ามีส่วนร่วมในการช่วยฟื้นสภาพ ไม่มั่นใจว่าจะช่วยเหลือหลังผ่าตัดให้แก่ผู้สูงอายุได้อย่างไรจึงจะถูกต้อง และมีคุณภาพ ไม่ขัดกับแผนการรักษา

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าการช่วยให้ผู้สูงอายุและครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลกิจวัตรประจำวันหลังผ่าตัดกระดูกสะโพก จะช่วยให้ผู้สูงอายุมีความสามารถในการฟื้นสภาพร่างกายและกลับสู่ภาวะปกติได้เร็วขึ้น [1] ผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก ต้องอยู่ในภาวะพึ่งพาและต้องการการดูแลจากผู้ดูแล สมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ดูแลที่ต้องให้การช่วยเหลือดูแลและเป็นที่พึ่งพาของผู้สูงอายุ จึงต้องรับผลกระทบทำให้ผู้ดูแลเกิดความรู้สึกเครียด วิตก กังวล ท้อแท้ สิ้นหวัง เหนื่อยล้า หมดกำลังใจ เบื่อหน่าย ซึมเศร้า และขาดความเชื่อมั่นในตนเองในการดูแล ส่งผลให้ผู้ดูแลสูญเสียพลังอำนาจ การสูญเสียพลังอำนาจจะส่งผลให้ผู้ดูแลขาดการรับรู้ บทบาทของตนเอง ขาดความสามารถในการตัดสินใจ รู้สึกโดดเดี่ยว อ่อนเพลีย และไม่สามารถที่จะควบคุมสถานการณ์การดูแลผู้ป่วยได้ (Ducharme et al., 2001) การเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ดูแล จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ดูแลสามารถต่อสู้กับปัญหาหรืออุปสรรคที่เกิดขึ้น แนวคิดการเสริมสร้างพลังอำนาจส่งผลให้ผู้ดูแลมีความสามารถดูแลผู้ป่วยได้ดีขึ้น ผู้ดูแลเกิดการรับรู้พลังอำนาจสามารถควบคุมเหตุการณ์หรือ สถานการณ์ต่างๆ ที่มีผลกระทบต่อผู้ป่วยและผู้ดูแลได้ดีขึ้น (Gibson, 1995) โดยพยาบาลมีบทบาทเป็นผู้ประสานงาน ช่วยเหลือ สนับสนุน พฤติกรรมการเรียนรู้ จากการประยุกต์ใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน (Gibson) ซึ่งมี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสถานการณ์จริง เพื่อพัฒนาการรับรู้ภาระการดูแล ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ เพื่อพัฒนาการตระหนักคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินเลือกวิธีปฏิบัติที่เหมาะสมกับตนเองเพื่อพัฒนาศักยภาพในการดูแล และขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ เพื่อพัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล หากผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจจากการใช้โปรแกรมดังกล่าว คาดว่าจะส่งผลต่อความรู้ความสามารถในการดูแลของผู้ดูแลและการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความรู้ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

2. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อความสามารถในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก

3. เพื่อศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบศึกษา 2 กลุ่ม วัดก่อน และหลังการทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ ผู้ดูแล และผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหักที่มารับการรักษาที่โรงพยาบาลสตูล

กลุ่มตัวอย่าง การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการผ่าตัดในช่วงเวลาที่ศึกษา จำนวน 30 ราย แบบเฉพาะเจาะจง (Purposive sampling) โดยแบ่งเป็นกลุ่มควบคุม 15 ราย และกลุ่มทดลอง 15 ราย ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลกลุ่มควบคุมโดยใช้แผนการพยาบาลตามปกติก่อน จนครบ 15 ราย แล้วจึงดำเนินการทดลองโดยใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจกับกลุ่มทดลองจำนวน 15 ราย กลุ่มตัวอย่างใช้ในการศึกษาครั้งนี้ แบ่งเป็น 2 กลุ่ม

1. กลุ่มผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก มีคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุตั้งแต่ 18 ขึ้นไปทั้งหญิงและชาย 2) เป็นบุคคลที่รับผิดชอบในการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยสูงอายุโดยตรง

และมีเวลา ให้การดูแลอย่างสม่ำเสมอมากที่สุด ตลอดระยะเวลาที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและที่บ้าน 3) มีความสัมพันธ์ทางกฎหมายหรือทางสายเลือดกับผู้ป่วย โดยเป็น บิดา มารดา สามี ภรรยา บุตร พี่ น้อง หรือญาติที่อยู่ในครอบครัว โดยไม่ได้รับค่าตอบแทน หรือค่าจ้างในการดูแลผู้ป่วย 4) สามารถโทรศัพท์เยี่ยมติดตามที่บ้านได้ 5) ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา

2. กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกในโรงพยาบาลสตูล มีคุณสมบัติดังนี้ 1) อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 60 ปี ทั้งเพศชายและหญิง 2) สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ดี 3) ต้องมีญาติผู้ดูแล 4) ไม่มีการบาดเจ็บรุนแรงของอวัยวะในระบบอื่นของร่างกาย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย

1.1 แบบประเมินความรู้ ความสามารถของผู้ดูแล ในการดูแลผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก มี 3 ส่วน ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแล แบบประเมินความรู้ความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ซึ่งผู้วิจัยปรับปรุงและดัดแปลงจากฉบับของมานี หาทรัพย์ และคณะ (2014)

1.2 แบบประเมินการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมมี 6 ส่วน ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป แบบบันทึกความปวดหลังผ่าตัด แบบบันทึกจำนวนวันที่เดินได้ด้วยเครื่องพยุงครั้งแรกหลังผ่าตัด ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โรงพยาบาลสตูล ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและเลือกใช้แนวคิดทฤษฎีการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน เป็นแนวทาง และผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ช่วยเหลือ สนับสนุนให้คำปรึกษา ผู้สอน ผู้เอื้ออำนวยความสะดวก สื่ออุปกรณ์ประกอบการเสริมสร้างพลังอำนาจ

2.1 วิดีทัศน์ เรื่องการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นและผ่านการตรวจสอบความถูกต้องความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

2.2 แผ่นภาพพลิก ประกอบกิจกรรมสะท้อนคิด 13 คำถาม - 13 คำตอบ สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นและผ่านการตรวจสอบความถูกต้องความเหมาะสมของเนื้อหาและภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

2.3 คู่มือส่งเสริมความรู้ ความสามารถการดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก (สำหรับผู้ดูแล) โดยผู้วิจัยจัดทำขึ้นและผ่านการตรวจสอบความถูกต้องความเหมาะสมของเนื้อหา และภาษาที่ใช้โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน

ผู้วิจัยจะทำการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ โดยการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ พิจารณาความถูกต้องเหมาะสมของภาษาที่ใช้และการจัดลำดับเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน จากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้สูงอายุที่มีกระดูกสะโพกหักที่มีคุณสมบัติคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ราย แบบประเมินความรู้ นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน และนำไปตรวจสอบค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (content validity index [CVI]) ได้ค่าเท่ากับ .98

การตรวจสอบความเที่ยง แบบวัดความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ผู้วิจัยตรวจความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้ (Try out) กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลสตูลจำนวน 5 ราย และนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .81 แบบวัดความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ผู้วิจัยตรวจความเที่ยงโดยนำไปทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะเช่นเดียวกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลสตูลจำนวน 2 ราย และนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยงด้วยวิธีหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาค ผลการวิเคราะห์ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.93

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน โรงพยาบาลสตูล หนังสือรับรองเลขที่ ETA 005 /005 ให้ไว้ ณ วันที่ 10 กันยายน 2562

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยดำเนินการเสริมสร้างพลังอำนาจ กลุ่มทดลองมีกิจกรรมทั้งหมด 5 ครั้ง ใช้เวลา 2 สัปดาห์ ตามขั้นตอนของการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสัน 4 ขั้นตอน 5 กิจกรรม กิจกรรมละ 1 ชม. ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การค้นพบสภาพการณ์จริง (การพัฒนาการรับรู้ภาระการดูแล)

กิจกรรมครั้งที่ 1 ดำเนินกิจกรรมในวันรับใหม่ สร้างสัมพันธภาพ ให้กลุ่มทดลองตอบแบบประเมินความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ดูวีดีทัศน์ ร่วมกันสรุปประเด็นปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงของผู้ดูแล แลกเปลี่ยนข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก โดยภาพพลิก กิจกรรมสะท้อนคิด 13 คำถาม – 13 คำตอบ เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างได้ทราบและสะท้อนคิดได้ถึงสถานการณ์และปัญหาที่ตนเองพบ ยังขาดทักษะหรือมีปัญหาในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุด้านใด และสถานการณ์ที่เกิดจากการดูแล และอ่านทบทวนให้กลุ่มตัวอย่างทราบอีกครั้ง นัดหมายกับกลุ่มตัวอย่างเพื่อพบกันครั้งที่ 2 ในวันถัดไป

ขั้นตอนที่ 2 การสะท้อนความคิดอย่างมีวิจารณญาณ (การพัฒนาความตระหนักคุณค่าในตนเองของผู้ดูแล)

กิจกรรมครั้งที่ 2 ดำเนินกิจกรรมในวันที่สองของการ Admit ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้กล่าวทบทวนประเด็นปัญหา และสถานการณ์ที่พบจริง จากการทำกิจกรรมครั้งที่ 1 ให้กลุ่มตัวอย่าง นำเสนอเกี่ยวกับประเด็นปัญหาที่เกิดจากการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ผู้วิจัยและกลุ่มตัวอย่างร่วมกันวิเคราะห์ปัญหาที่เกิดจากการดูแล ปัจจัยที่ยังขาด รวมถึงสภาพแวดล้อม และเศรษฐกิจที่ส่งผลต่อการแก้ปัญหาได้สำเร็จ ประเมินทักษะกิจกรรมที่กลุ่มตัวอย่างต้องปฏิบัติในการดูแล พร้อมแจกคู่มือการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างใช้ศึกษาประกอบการดูแล ร่วมเรียนรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติเพื่อการดูแล โดยการให้ข้อมูลและ สาธิตโดยผู้วิจัย และให้กลุ่มตัวอย่างฝึกปฏิบัติ

ขั้นตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกวิธีปฏิบัติกิจกรรมที่เหมาะสมและลงมือปฏิบัติ (การพัฒนาศักยภาพในการดูแล)

กิจกรรมครั้งที่ 3 ดำเนินกิจกรรมในวันผ่าตัดหรือหลังผ่าตัด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความพร้อมและความเหมาะสมของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย ผู้วิจัยประเมินทักษะในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และสอบถามถึงปัญหาอุปสรรคที่พบจากการปฏิบัติการดูแลผู้ป่วย ติดตามให้ข้อมูลสนับสนุน ส่งเสริมความรู้ ฝึกทักษะและสาธิตการปฏิบัติกิจกรรม ในการดูแลผู้ป่วยครอบคลุมด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ด้านการฟื้นสภาพ และด้านจิตใจ ซึ่งกิจกรรมจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับสถานการณ์และปัญหาของกลุ่มตัวอย่างแต่ละราย

ขั้นตอนที่ 4 การคงไว้ซึ่งการปฏิบัติที่มีประสิทธิภาพ (การพัฒนาความมุ่งมั่นในการดูแล)

กิจกรรมครั้งที่ 4 ดำเนินกิจกรรมในวันจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินผลการแก้ไขปัญหา เสริมสร้างความมั่นใจในการปฏิบัติ และสนับสนุนการคงไว้ซึ่งการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกที่มีประสิทธิภาพ ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบประเมินความรู้ในการดูแลของผู้ดูแลสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก และแจ้งการนัดหมายติดตามหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

กิจกรรมครั้งที่ 5 กิจกรรมการติดตามหลังจากจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล เป็นการติดตามทาง Line Application และโทรศัพท์ โดยมีการติดตามในวันที่ 7 หลังจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ pair t

ผลการวิจัย

1. ผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพก

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ ความสามารถผู้ดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักในกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง (n=15)

ตัวแปร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
ความรู้ (โดยรวม)	32.93	2.93	40.33	1.58	9.38	<.001
ความสามารถ (โดยรวม)	34.20	2.95	49.87	3.33	13.61	<.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โดยรวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุฯ ในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.05$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โดยรวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักในกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 32.87 และค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้โดยรวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักในกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 40.33

ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักในกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.05$) โดยค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มควบคุมมีค่าเฉลี่ย 34.20 และค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถโดยรวมของผู้ดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ย 49.87 เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านของความสามารถในการดูแลหลของกลุ่มทดลอง พบว่าด้านที่มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุดตามลำดับ ได้แก่ ด้านการเฝ้าระวังอุบัติเหตุและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ($X = 12.40, S.D = 1.35$) รองลงมาคือด้านการดูแลให้ได้รับอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ ($X = 8.53, S.D = .91$) และด้านการดูแลให้มีการระบายอากาศและได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ ($X = 5.66, S.D = .61$)

จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ของผู้ดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.05$) ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถของผู้ดูแลผู้สูงอายุฯ ระหว่างกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ($p<.05$)

2. ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ตาราง 2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับคะแนนความปวดหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก

ระดับคะแนนความปวดหลังผ่าตัด	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
หลังผ่าตัดวันที่ 1	6.73	1.09	5.00	.65	-5.24	0.00
หลังผ่าตัดวันที่ 2	5.06	.59	3.66	.723	-5.79	0.00
หลังผ่าตัดวันที่ 3	4.33	.72	2.60	.50	-7.59	0.00
วันจำหน่าย	2.53	.51	2.00	.00	-4.00	0.01

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 2 จะเห็นได้ว่า ค่าเฉลี่ยของอาการปวด (0-10) ของกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง วันที่ 1 หลังผ่าตัด กลุ่มควบคุมมีคะแนนความปวดเฉลี่ย 6.73 คะแนน และกลุ่มทดลอง 5 คะแนน วันที่ 2 หลังผ่าตัด กลุ่มควบคุมมีคะแนนความปวดเฉลี่ย 5.06 คะแนน และ กลุ่มทดลอง 3.66 คะแนน วันที่ 3 หลังผ่าตัดกลุ่มควบคุมมีคะแนนความปวดเฉลี่ย 4.33 และ กลุ่มทดลอง 2.60 คะแนน ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) แสดงว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีอาการปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

เปรียบเทียบวันที่เดินได้ด้วยเครื่องพยุงครั้งแรกหลังผ่าตัดของผู้ป่วยผู้สูงอายุที่ได้รับการผ่าตัดกระดูกสะโพก จะ

เห็นได้ว่าวันที่เดินได้ด้วยเครื่องพยุงครั้งแรกหลังการผ่าตัดของทั้งสองกลุ่ม ส่วนใหญ่อยู่หลังผ่าตัดวันที่ 5 ในกลุ่มควบคุมร้อยละ 46.6 และกลุ่มทดลองร้อยละ 53.3 และกลุ่มควบคุมสามารถเดินได้ด้วยเครื่องพยุงครั้งแรกหลังผ่าตัดในวันที่ 4 ได้ร้อยละ 33.4 ส่วนกลุ่มควบคุมร้อยละ 20

ตาราง 3 เปรียบเทียบความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล

ความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตร	กลุ่มควบคุม		กลุ่มทดลอง		t	p
	$\bar{x}$	SD	$\bar{x}$	SD		
Feeding (การให้อาหาร)	1.26	.45	2.13	0.00	6.20	.00
Transfer (ลุกนั่งจากที่นอนหรือเก้าอี้	1.26	.45	2.13	.51	4.86	.00
Grooming (การล้างหน้า)	1.00	..00	1.13	.51	1.00	.326
Toliet Use (การใช้ห้องน้ำ)	1.33	.48	1.80	.41	2.82	.009
Bathing (การอาบน้ำ)	1.00	.00	1.00	0.00		
Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน)	20.00	.53	24.00	.50	2.10	.045
Dressing (การสวมเสื้อผ้า)	1.40	.50	1.73	.45	1.89	.069
Bowels (การกลั้นอุจจาระ)	1.86	.35	1.93	.25	5.92	.559
Bladder (การกลั้นปัสสาวะ)	1.86	.35	1.93	.25	5.92	.559

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 3 จะเห็นได้ว่าค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความสามารถแตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม 4 ด้าน คือ ด้านการให้อาหาร ($\bar{x}$= 1.26 , 2.13) ด้านการลุกนั่งจากที่นอนหรือเก้าอี้ ($\bar{x}$= 1.26 , 2.13) ด้านการใช้ห้องน้ำ ($\bar{x}$= 1.33 , 1.80) ด้านการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน ($\bar{x}$= 20.00 , 24.00) ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง มีความสามารถไม่แตกต่างกันกับกลุ่มควบคุม 4 ด้าน คือ ด้านการล้างหน้า ($\bar{x}$= 1.00 , 1.73) ด้านการสวมเสื้อผ้า ($\bar{x}$= 1.40 , 1.73) การกลั้นอุจจาระ ($\bar{x}$=1.86 , 1.93) การกลั้นปัสสาวะ ($\bar{x}$= 1.86 , 1.93) สรุปได้ว่าค่าเฉลี่ยความสามารถไม่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ผลการเปรียบเทียบอาการแทรกซ้อนหลังการผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการ ผ่าตัดก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล พบว่ากลุ่มควบคุม ภาวะแทรกซ้อน 5 ราย (33.3 %) คือ ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ และการยึดติดของข้อ ส่วนกลุ่มทดลอง มีภาวะแทรกซ้อน 1 ราย (6.7 %) ได้แก่ การยึดติดของข้อ

ผลการเปรียบเทียบจำนวนวันนอนหลังผ่าตัดของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก พบว่าวันนอนหลังผ่าตัดของกลุ่มควบคุม ในวันที่ 3- 4 มีจำนวน 2 ราย ค่าเฉลี่ยอยู่ในวันที่ 3.5 ร้อยละ 3.33 และกลุ่มทดลองมีจำนวน 4 ราย ค่าเฉลี่ยอยู่ในวันที่ 3 ร้อยละ 26.66 ในวันหลังผ่าวันที่ 5-7 มีจำนวน 10 ราย ค่าเฉลี่ยอยู่ในวันที่ 6.5 ร้อยละ 66.66 และกลุ่มทดลองมีจำนวน 11 ราย ค่าเฉลี่ยอยู่ในวันที่ 5.81 ร้อยละ 73.33 ในวันหลังผ่าวันที่ 8-10 พบได้แต่กลุ่มควบคุม เฉลี่ยวันที่ 8.6 หลังผ่าตัด จำนวน 3 คน ร้อยละ 20 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

สรุปและอภิปรายผล

1.ผู้ดูแลผู้สูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ย 40.33 และ 32.93 ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถ มีค่าเฉลี่ย 49.87 และ 34.20

2. ผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้ ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหักสูงกว่าก่อนได้รับการ

เสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ย 40.33 และกลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ย 32.**87** ค่าเฉลี่ยของคะแนนความสามารถหลังได้รับการเสริมพลังอำนาจ กลุ่มที่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ย 49.87 และกลุ่มที่ไม่ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีค่าเฉลี่ย 34.20

ทั้งนี้อธิบายสมมติฐานข้อ **1** และ **2** ได้ว่าการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เน้นการให้ข้อมูลแก่ผู้ดูแลตั้งแต่แรกรับโดยใช้สื่อวีดิทัศน์ การมีแผ่นภาพพลิกคำถามสะท้อนคิด **13** คำถาม – **13** คำตอบ คู่มือดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักสำหรับผู้ดูแล เป็นการช่วยให้ผู้ดูแลรับรู้เกี่ยวกับสภาพการณ์จริงของตนตรงตามสภาพความเป็นจริง ซึ่งคุณค่าของสื่อ ช่วยให้ผู้แลเกิดการเรียนรู้ได้มากขึ้นจากการเห็นภาพจริง ประกอบการอธิบายและใช้เวลาน้อยลง ช่วยให้ผู้ดูแลมีความสนใจในการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในการเรียนรู้เกิดความมั่นใจและจดจำได้นาน ช่วยส่งเสริมการคิด และการแก้ปัญหาในการเรียนรู้และมีการสะท้อนคิดอย่างมีวิจารณญาณ ช่วยให้ผู้ดูแลมีทักษะในการทำความเข้าใจกับปัญหา การแสวงหาทางเลือกในการจัดการกับปัญหาด้วยการสะท้อนความคิดถึงสาเหตุของปัญหา ช่วยให้ผู้ดูแลเกิดการรับรู้และไตร่ตรองเพื่อแสวงหาวิธีการแก้ปัญหา ทำให้ผู้ดูแลที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวมากกว่าผู้ดูแลที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ แต่จากการศึกษาใช้ระยะเวลาติดตามผลในช่วงสั้นๆ ซึ่งผู้ดูแลยังสามารถจดจำและมีความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวได้ก่อนการจำหน่าย ดังนั้นควรมีการประเมินและติดตามผลในระยะยาว เพื่อเป็นการติดตามและประเมินผลของการใช้โปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ดูแลที่ได้รับ การผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมานี หาทรัพย์ มงคลชัย หาทรัพย์ ทัศนีย์ นะแส **(2557)** ที่ทำการศึกษาระดับความรู้และความสามารถของผู้ดูแลหลัก ในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ใช้กรอบแนวคิดเรื่องความสามารถในการดูแลบุคคลที่ต้องพึ่งพาในทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม และแนวคิดเกี่ยวกับผู้ดูแลผู้สูงอายุและผู้ป่วยเรื้อรัง เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง ประกอบด้วยผู้ดูแลหลักของผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด ที่หอผู้ป่วยศัลยกรรมกระดูกและข้อชายและหญิง โรงพยาบาลสงขลานครินทร์ จำนวน **59** ราย ผลการวิจัย พบว่า ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดก่อนจำหน่าย มีข้อจำกัดในการดูแลตนเองเป็นอย่างมาก ระดับความรู้ของผู้ดูแลหลักในการตอบสนองความต้องการการดูแลที่จำเป็นแก่ผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 75) ปานกลาง (ร้อยละ 25) และจากการสังเกตระดับความสามารถในการปฏิบัติในการดูแลผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 57.63) ระดับสูง (ร้อยละ 28.81) และระดับต่ำ (ร้อยละ 13.56)

จากผลการศึกษาที่กล่าวมา สรุปได้ว่า กระบวนการพยาบาล การวางแผนจำหน่าย การเตรียมตัวก่อนกลับบ้าน การสอนและฝึกทักษะแก่ผู้ดูแล การสนับสนุนและให้ความรู้ การพัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพที่บ้าน การให้ญาติหรือครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย และการเสริมสร้างพลังอำนาจสามารถช่วยส่งเสริมและพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลในการดูแลผู้ป่วยได้ เป็นวิธีที่นำมาพัฒนาความสามารถของญาติผู้ดูแล โดยมุ่งเน้นที่การส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย เป็นกระบวนการที่ช่วยให้ผู้ดูแลเข้าใจปัญหาในทุกๆ ด้าน สามารถคิดวิเคราะห์สถานการณ์ และตัดสินใจหาวิธีการแก้ปัญหาด้วยตนเอง ผู้ดูแลเกิดการเรียนรู้และพัฒนาความสามารถโดยมีบุคคลากรทีมสุขภาพคอยสนับสนุน ช่วยเหลือ การเสริมสร้างพลังอำนาจช่วยให้ผู้ดูแลรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งในการดูแลผู้ป่วย และสามารถควบคุมปัจจัยต่างๆ ที่มีผลต่อสุขภาพและคุณภาพชีวิต ทำให้มีพลัง มีความผาสุก และตระหนักในศักยภาพของตนเอง ช่วยให้ผู้ดูแลสามารถเข้าถึงแหล่งประโยชน์ที่สามารถใช้ให้เกิดประโยชน์ในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน

3. ผู้ป่วยสูงอายุหลังผ่าตัด ที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดดีกว่าผู้ป่วยสูงอายุที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ

3.1 ผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีอาการปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่า ค่าเฉลี่ยของอาการปวด (0-10) ของกลุ่มทดลอง

และกลุ่มเปรียบเทียบวันที่ 1 หลังผ่าตัด มีค่าเฉลี่ย 6.73 และ 5.00 วันที่ 2 หลังผ่าตัดมีค่าเฉลี่ย 5.06 และ 3.66 วันที่ **3** หลังผ่าตัด มีค่าเฉลี่ย 4.33 และ **2.60** ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **(p<0.05)** แสดงว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีอาการปวดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์ **(2553)** ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมวิธีเนื้อเยื่อบาดเจ็บน้อย โดยใช้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลทั้ง **4** ขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดดีกว่าโดยมีอาการปวด ในวันที่ **3** หลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจโดยมีค่าเฉลี่ยของลำดับที่ของอาการปวดของกลุ่มทดลองเท่ากับ 12.83 และกลุ่มควบคุมเท่ากับ 24.17 ($p = 0.001$) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

3.2 ผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีระยะวันที่เดินได้ด้วยเครื่องพยุงครั้งแรกหลังการผ่าตัด เร็วกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่า วันที่เดินได้ด้วยเครื่องพยุงครั้งแรกหลังการผ่าตัด ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีวันนอนเฉลี่ยอยู่ที่ 4.40 และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม มีวันที่เดินได้ด้วยเครื่องพยุงครั้งแรกหลังการผ่าตัดเฉลี่ยวันที่ 6.53 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของเลิศศิลป์ เอี่ยมพงษ์ **(2553)** ที่ได้ทำการศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อการฟื้นฟูสภาพหลังผ่าตัดและความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียมวิธีเนื้อเยื่อบาดเจ็บน้อย โดยใช้กระบวนการการเสริมสร้างพลังอำนาจของกิบสันให้การพยาบาลผู้ป่วยเป็นรายบุคคลทั้ง **4** ขั้นตอน ผลการศึกษาพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดดีกว่า โดยมีระยะวันที่ลุกเดินได้เร็วหลังผ่าตัดมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **($p < 0.05$)**

3.3 ผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจมีความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยสูงอายุกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม มีความสามารถแตกต่างกัน กับกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ เพียง **4** ด้าน คือ ด้านการให้อาหาร ($\bar{x}$ **= 1.26 , 2.13)** ด้านการลุกนั่งจากที่นอนหรือเก้าอี้ **(**$\bar{x}$ **= 1.26 , 2.13)** ด้านการใช้ห้องน้ำ ($\bar{x}$ **= 1.33 , 1.80)** ด้านการเคลื่อนที่ภายในห้องหรือในบ้าน **(** $\bar{x}$ **= 20.00 , 24.00)** ค่าเฉลี่ยความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรกลุ่มไม่ใช้โปรแกรมและกลุ่มใช้โปรแกรม มีความสามารถไม่แตกต่างกัน **4** ด้าน คือ ด้านการล้างหน้า ($\bar{x}$ **= 1.00 , 1.73)** ด้านการสวมเสื้อผ้า ($\bar{x}$ **= 1.40 , 1.73)** การกลั้นอุจจาระ **(**$\bar{x}$**=1.86 , 1.93)** การกลั้นปัสสาวะ **(**$\bar{x}$**= 1.86 , 1.93)** สรุปได้ว่าค่าเฉลี่ยความสามารถไม่แตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

3.4 ผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มี ภาวะแทรกซ้อนน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่าพบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีภาวะแทรกซ้อน **1** ราย (6.7 %) ได้แก่ การยึดติดของข้อ ส่วนกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีภาวะแทรกซ้อน **5** ราย (33.3 %) คือ ติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ แผลกดทับ และการยึดติดของข้อ ทั้งนี้สามารถอธิบายได้ว่า ผู้ป่วยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ สามารถลุกหรือเคลื่อนไหวหลังการผ่าตัดเร็ว จะไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนขึ้น

3.5 ผู้ป่วยสูงอายุผ่าตัดกระดูกสะโพกหัก ในกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีระยะวันนอนหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ ผลการวิจัยพบว่าค่าเฉลี่ยของระยะวันนอนหลังผ่าตัดของกลุ่มที่ได้รับโปรแกรม และกลุ่มที่ไม่ได้รับโปรแกรม วันนอนหลังผ่าตัดในวันที่ **3- 4** มีค่าเฉลี่ย 3.33 และ 26.66 ในวันหลังผ่าวันที่ 5-7 มีค่าเฉลี่ย 66.6 และ 73.33 ในวันหลังผ่าวันที่ 8-10 พบได้แต่กลุ่มเปรียบเทียบร้อยละ 20 ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ **($p < 0.05$)** ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ เลิศศิลป เอี่ยมพงษ์ ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้าง

พลังอำนาจต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัด และความรู้เรื่องการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยที่ได้รับการผ่าตัด เปลี่ยนข้อเข่าเทียมวิธีเนื้อเยื่อบาดเจ็บน้อย พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการพยาบาลตามโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ มีระยะวันนอนหลังผ่าตัดน้อยกว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจ โดยมีค่าเฉลี่ยของลำดับที่ (Mean rank) ของระยะวันนอนหลังผ่าตัดของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่า 14.56 และ 15.22 (**p=** 0.024) ซึ่งมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (**p** < 0.05) และการศึกษาของสุมาลี ขัดอุโมงค์ (2551)[6] ทำการศึกษาผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์สามัญ และหอผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์พิเศษ โรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่ ตั้งแต่ เดือนมีนาคม ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2551 จำนวน 30 ราย แบ่งเป็นกลุ่มควบคุม และกลุ่มทดลอง กลุ่มละ **15** คน พบว่าจำนวนวันนอนโรงพยาบาลหลังผ่าตัดในกลุ่มทดลอง น้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (**p < .05)**

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ผลการวิจัยสามารถนำไปเป็นแนวทางสำหรับบุคลากรทางพยาบาลในการเตรียมความพร้อมของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก ตั้งแต่หอผู้ป่วย จนกระทั่งจำ หน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยขณะรักษาตัวในโรงพยาบาลและให้เกิดการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

2. ด้านการศึกษาพยาบาล ควรนำเสนอผลงานการวิจัยแก่พยาบาล เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยน ความรู้ระหว่างกันและเป็นการนำความรู้ทางการวิจัยนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรทำการศึกษาในระยะยาว เพื่อติดตามประเมินผลดูความยั่งยืนของการพัฒนาความสามารถของผู้ดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหัก

2. การเก็บรวบรวมข้อมูลควรมีการติดตามวัดผลลัพธ์ในระว่างการดำเนินกิจกรรมในแต่ละ ขั้นตอน เพื่อให้เห็นผลลัพธ์ที่ชัดเจนขึ้น

3. กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาควรมีจำนวนมากกว่า 30 คน

เอกสารอ้างอิง

1.จิริสุดา กาญจนสถิตย์กุล. (2552). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของญาติเพื่อฟื้นฟูสภาพ ผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพก. งานนิพนธ์พยาบาล ศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

2.ธนาวรรณ แสนปัญญา. (2554). ประสิทธิผลของแนวปฏิบัติทาง คลินิกสำหรับการจัดการ อาการปวดในผู้สูงอายุหลัง ผ่าตัดกระดูกสะโพก. วารสาร โรงพยาบาลแพร่, 19, 18–27.

3.ธนพร รัตนาธรรมวัฒน์ ทัศนา ชูวรรธนะปกรณ์ ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและ ครอบครัวต่อความสามารถในการท าหน้าที่ของร่างกายของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก วารสารพยาบาลตำรวจ ปีที่ 10 ฉบับที่ 2 กรกฎาคม – ธันวาคม 2561 หน้า 288-297

4.มานี หาทรัพย์, มงคลชัย หาทรัพย์, และทัศนีย์ นะแส (2557) ความรู้ความสามารถของผู้ดูแล หลักในการดูแลผู้ป่วยสูงอายุกระดูกสะโพกหักที่ได้รับการผ่าตัด โรงพยาบาลสงขลา นครินทร์

5.เสาวภา อินผา. (2550). โปรแกรมการดูแลตนเองสำหรับผู้ป่วยผ่าตัดเปลี่ยนข้อสะโพกเทียม โรงพยาบาลศิริราช. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต, สาขาสุขศึกษาและ พฤติกรรมศาสตร์, บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยมหิดล.

6.สุมาลี ขัดอุโมงค์ (2551). ผลของการพยาบาลตามทฤษฎีความสำเร็จตามจุดมุ่งหมายต่อการฟื้นสภาพหลังผ่าตัดของผู้สูงอายุกระดูกสะโพกหัก. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

7.วัชรา ภูมิพระบุ. (2555). การพยาบาลผู้ป่วยกระดูกสะโพกหักในผู้สูงอายุ.วารสารโรงพยาบาล ร้อยเอ็ด กาฬสินธ์, มหาสารคาม, 19(1), 66-75.

8.วรรณี สัตยวิวัฒน์ และคณะ. (2553). การพยาบาลผู้ป่วยออร์โธปิดิกส์.กรุงเทพฯ: หจก. เอ็นพี เพรส.

9.อัญญาณี สาสวน ธนิดา ผาติเสนะ ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจที่มีต่อการฟื้นฟูสภาพของผู้ป่วย หลังได้รับการผ่าตัดเปลี่ยนข้อเข่าเทียม

10.Christmas, M. (2006). Medical care of the hip fracture patient. Clinical Geriatrics, 14(4), 40-45.

11.Penrod, J. D., Litke, A., Hawkes, W. G., Magaziner, J., Doucette, J. T., & Koval, K. J. (2008). The association of race, gender, and comorbidity with mortality and function after hip fracture. The Journal of Gerontotol, 63(8), 867-872.

การพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

The Model Development for Emergency Medical Service accessibility among Stroke patient in Area Mueang Suang,Mueang Suang District,Roi Et Province

ตรึงตรา โพธิ์อามาตร์[1] และ นิรุวรรณ เทิร์นโบล์[2]

Truengtra Poarmad[1] and Niruwan Turnbull[2]

(Received: October 6,2020; Accepted: November 4,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด กลุ่มเป้าหมายจำนวน 112 คน คือ กลุ่มผู้เกี่ยวข้องในการจัดระบบบริการและผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 21 คน และกลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงจากคลินิกโรคเรื้อรัง จำนวน 91 คน เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์เชิงลึก และแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติเชิงอนุมานเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ย t-test และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัย พบว่าการออกหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินสำหรับกลุ่มผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองนอกจากจะต้องเป็นไปเกณฑ์มาตรฐานการออกปฏิบัติการแล้ว มีความจำเป็นต้องประเมินและดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในจุดเกิดเหตุได้อย่างทันท่วงที โดยมีการใช้เครื่องมือแบบประเมินอาการโรคหลอดเลือดสมองเบื้องต้นเรียกว่า Cincinnati และปรับปรุงแบบประเมิน LAPSS มาประยุกต์ใช้ในการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ รวมถึงการใช้เป็นเครื่องมือดูแลในชุมชนของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ในกรณีที่มีผู้ป่วยมีอาการนำสงสัยจะเป็นโรคหลอดเลือดสมองซึ่งเป็นแนวทางสำหรับการคัดกรองและดูแลผู้ป่วยนอกโรงพยาบาล นอกจากนี้การปรับปรุงระบบการสื่อสารและสร้างเครือข่ายในชุมชนให้มีความต่อเนื่องจะเป็นแนวทางที่เหมาะสมในการเข้าถึงบริการอย่างมีประสิทธิภาพ ผลการดำเนินกิจกรรมตามรูปแบบดังกล่าวส่งผลให้ กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมกิจกรรมส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงระดับความรู้โรคหลอดเลือดสมองและความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินไปในทางที่ดีขึ้น รวมถึงมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติและความพึงพอใจต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนไปในทางที่ดีขึ้นเช่นเดียวกัน โดยสรุปรูปแบบการเข้าบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนที่พัฒนาขึ้น ส่งผลให้การปฏิบัติงานมีมาตรฐานและชัดเจน โดยสามารถประเมินอาการและสภาวะผู้ป่วยได้อย่างรวดเร็วและถูกต้อง จนสามารถดูแลและคัดกรองผู้ป่วยได้อย่างมีประสิทธิภาพตั้งแต่จุดเกิดเหตุ สามารถนำส่งผู้ป่วยให้ได้รับการดูแลรักษาด้วยระบบทางด่วนพิเศษอย่างทันท่วงที สร้างความเชื่อมั่นต่อระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ให้มากยิ่งขึ้น คำสำคัญ : บริการการแพทย์ฉุกเฉิน , โรคหลอดเลือดสมอง, การคัดกรองที่จุดเกิดเหตุ

Abstract

This an action research aimed to develop a model for accessing emergency medical services for stroke patients in Mueang Suang subdistrict Mueang Suang District Roi Et. The sample consisted of 112 people, which included 21 persons from stakeholders and caregivers of stroke patients, and 91 hypertension patients at Chronic Disease Clinic Mueang Suang Hospital, using the structured interviews for patient knowledge and satisfaction after attending the programme.

The results revealed that the emergency medical service programme for stroke patient of emergency medicine outside the hospital needs to concern for the time of assessment and caring at the scene. The evaluation using Cincinnati Basic Stroke Assessment tool and the LAPSS assessment

[1] นิสิตหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[2]ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

form to figure out the emergency medicine operations, which included the care from healthcare professional and out-patients who suspected the stroke, as well as the regulation the guideline of screening and care for outpatients at the hospital for sustainable improvement of emergency medical services and emergency stroke in the community. It was also found that the patients with hypertension who participated in the programme were better changed the level of stroke knowledge and knowledge of emergency medical services after attending the programme including the attitude toward the service and the great satisfaction for participation the programme within community. In conclusion the development of emergency medical service programme makes emergency medical operations accepted with the standardization, using the fast and accurate of screening for stroke patients at the first scene, be able to deliver patients with special care immediately. Therefore, it should create the confidence in the emergency medical service system in other areas.

Keyword : Emergency Medical Service,Stroke,Triage at scene

บทนำ

จากสถานการณ์ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก ได้มีการรายงานจากองค์การอัมพาตโลก (Wolrd Stroke Organizasion : WSO) ว่า โรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 2 ของโลก มีผู้ป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองทั่วโลก 17 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมอง จำนวน 6.5 ล้านคน สำหรับในประเทศไทย โรคหลอดเลือดสมองยังเป็นสาเหตุของโรคที่ก่อให้เกิดความสูญเสียจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรสูงเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิงและสูงเป็นอันดับ 2 ในเพศชาย จากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองต่อประชากรแสนคนในภาพรวม ปี พ.ศ.2557-2559 เท่ากับ 38.63,43.28 และ 43.54 ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นได้ว่า อัตราตายด้วยโรคหลอดเลือดสมองนั้นเพิ่มขึ้นทุกปีและยังพบว่าโรคหลอดเลือดสมองมีอัตราตายมากกว่าโรคเบาหวานและโรคหัวใจขาดเลือด เป็น 1.5 – 2 เท่าตัว แสดงให้เห็นว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นภัยที่กำลังคุกคามประชากรทั่วโลกรวมถึงประเทศไทยเพราะนอกจากโรคหลอดเลือดสมองจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆแล้วยังเป็นโรคที่สามารถเกิดได้กับประชากรทุกคนและทุกวัย อีกทั้งผู้ที่รอดชีวิตจากโรคหลอดเลือดสมองจะได้รับผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ในผู้ป่วยบางรายเกิดความพิการกลายเป็นภาระกับคนในครอบครัว ทำให้เกิดความสูญเสียทางเศรษฐกิจ จึงเป็นปัญหาที่ทุกคนควรตระหนักและร่วมกันดูแลป้องกัน[4] ดังนั้นการจัดการให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาอย่างมีคุณภาพและเข้าถึงระบบการดูแลอย่างรวดเร็วและปลอดภัยจึงเป็นผลลัพธ์ที่ดีแก่ผู้ป่วยอย่างแน่นอนโดยในส่วนของการเข้าถึงบริการสาธารณสุขสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินได้จัดให้มีงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่ต่างๆ คือ การออกให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินในภาวะเร่งด่วนให้ได้รับการดูแลรักษา การให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีความสำคัญต่อการเข้ารับบริการของผู้ป่วยฉุกเฉินนอกจากจะทำให้ผู้รับบริการได้รับการดูแลอย่างทันท่วงที[6] จากรายงานตัวชี้วัด EMS คุณภาพโรงพยาบาลเมืองสรวงพบว่าผลการปฏิบัติงานด้านการบริการการแพทย์ฉุกเฉินในพื้นที่อำเภอเมืองสรวงมีการป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองในปี 2559,2560 และ 2561 (ข้อมูล ณ วันที่ 13 ก.ค. 2561) 36,2 7และ 23 ตามลำดับโดยในปี 2559 มีผู้ป่วยทุพพลภาพ คิดเป็นร้อยละ63.88 และมีผู้เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 36.11 ในปี2560 มีผู้ป่วยทุพพลภาพ คิดเป็นร้อยละ 70.37 และมีผู้เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ11.11 และในปี2561(ข้อมูล ณ วันที่ 13 กรกฎาคม 2561) มีผู้ป่วยทุพพลภาพ คิดเป็นร้อยละ33.33 และมีผู้เสียชีวิต คิดเป็นร้อยละ 20.83 โดยมีการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปี2559 คิดเป็น ร้อยละ 2.77 ในปี2560 คิดเป็นร้อยละ 48.15 และในปี2561(ข้อมูล ณ มิถุนายน 2561) คิดเป็นร้อยละ 58.33 จากจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองทั้งหมดของพื้นที่อำเภอเมืองสรวง จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวข้างต้น จึงได้ทำการสำรวจข้อมูลการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลเมืองสรวง พบว่ามีผู้ป่วยที่ยังไม่รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินและผู้ที่รู้จักบริการการแพทย์ฉุกเฉินแต่ไม่ได้เรียกใช้บริการโดยมีเหตุผลสำคัญคือคิดว่าเป็นอาการที่ไม่ฉุกเฉินสามารถรอได้ มีรถยนต์ส่วนตัว และ

มีอาการอ่อนแรงช่วยเหลือตัวเองรวมถึงขอความช่วยเหลือลำบาก ทำให้เข้ารับการดูแลรักษาที่ล่าช้า ซึ่งเวลาในการดูแลรักษาโรคหลอดเลือดสมองมีความสำคัญและผู้ป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาภายใน 270 นาทีหลังจากเริ่มมีอาการ ดังนั้นการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินจึงมีความจำเป็นต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยขั้นตอนในการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินประกอบด้วย 1. การเจ็บป่วยฉุกเฉินและการพบเหตุ (Detection) 2. การแจ้งเหตุขอความช่วยเหลือ (Reporting) 3.การออกปฏิบัติการของหน่วยการแพทย์ฉุกเฉิน (Response) 4.การรักษาพยาบาลฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ (On Scene Care) 5. การลำเลียงขนย้ายและการดูแลระหว่างนำส่ง (Care in Transit) และ 6. การนำส่งสถานพยาบาลเพื่อรับการรักษา (Transfer to definitive care) โดยในบริบทพื้นที่อำเภอเมืองสรวง ได้มีข้อตกลงในการออกปฏิบัติการ คือ ระยะเวลาจากการรับแจ้งเหตุถึงระยะเวลาที่ออกจากฐาน ใช้ระยะเวลาไม่เกิน 4 นาที ระยะเวลาจากฐานถึงจุดเกิดเหตุและจากจุดเกิดเหตุถึงโรงพยาบาล นับตามจำนวนระยะทางเป็นกิโลเมตรโดยให้ 2-3 นาที/กิโลเมตร และระยะเวลาที่จุดเกิดเหตุไม่เกิน 10 นาที จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่า การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่เริ่มตั้งแต่การพบเห็นเหตุการณ์และสามารถตรวจพบความผิดปกติทางการแพทย์ฉุกเฉินแล้วแจ้งเหตุได้อย่างถูกต้อง รวมถึงสามารถติดต่อสื่อสารและใช้บริการการพยาบาลโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินภายในระยะเวลา 4 นาที มีความจำเป็นต่อผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเป็นอย่างยิ่ง เนื่องจาก โรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่ต้องเข้ารับการรักษาโดยมีกำหนดระยะเวลาในการรักษาที่ชัดเจนตั้งแต่เวลาเริ่มมีอาการจนถึงการรักษาโดยการให้ยาละลายลิ่มเลือดในกรณีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองตีบหรือตัน ซึ่งหากทำการรักษาไม่ทันในระเวลาที่กำหนดจะทำให้เกิดทุพพลภาพและเสียชีวิต โดยผู้วิจัยได้กำหนดแนวทางการศึกษา โดยใช้วงจรของ W. Edward Deming (Johnson, C. N. (2002) หรือ PDCA ใช้ในการดำเนินการโดยใช้หลักการมีส่วนร่วมจากงานวิจัยของ บัญชร แก้วส่อง(2531) ที่ได้นำแนวคิดของอคิน ระพีพัฒน์,เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง และคนอื่นๆ โดยการพัฒนาครั้งนี้เพื่อให้เกิดรูปแบบในการดูแลผู้ป่วยในภาวะฉุกเฉินของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ดให้มีรูปแบบที่ชัดเจนและมีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยมีการดำเนินการตามรูปแบบ PDCA จากแนวคิดของ W.Edwards Demming (Johnson, C. N. (2002) ประกอบด้วย 4 กระบวนการ ได้แก่ กระบวนการร่วมกันวางแผน(Plan) กระบวนการร่วมกันดำเนินการ(Do) กระบวนการร่วมกันตรวจสอบ (Check) และกระบวนการร่วมกันปรับปรุง(Act) ร่วมกับแนวคิดของบัญชร แก้วส่อง(2531)ที่ได้นำเอาแนวคิดของอคิน ระพีพัฒน์,เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง และคนอื่นๆมาผสมผสานแนวคิดของ Cohen and Uphoff[2] ในการทำงานเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมใน 5 ขั้นตอน ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการริเริ่มโครงการ การมีส่วนร่วมในการวางแผนโครงการพัฒนา การมีส่วนร่วมในขั้นดำเนินโครงการ การมีส่วนร่วมในขั้นรับผลที่เกิดขึ้นจากโครงการพัฒนาและการมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผลโครงการพัฒนา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาแบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มเป้าหมายจากกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดโรคหลอดเลือดสมองโดยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างจากการหาสัดส่วนจำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองเทียบกับผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 91 คน มีเกณฑ์การคัดเข้า คือ 1) เป็นผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้ารับบริการในคลินิกโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเมืองสรวง อย่างต่อเนื่องและสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม 2) อาศัยอยู่ในพื้นที่ หมู่ 2,3,4,6,7,8,9 ตำบลเมืองสรวง อ.เมืองสรวง คำนวณหาค่าสัดส่วนในประชากร กรณีที่ทราบจำนวนประชากร อรุณ จิรวัฒน์กุล (2547)

2. กลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย จำนวน 16 คนประกอบด้วย 1) ผู้รับผิดชอบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินโรงพยาบาลเมือง

สรวง จำนวน 1 คน 2) ผู้รับผิดชอบงานบริการการแพทย์ฉุกเฉินกู้ชีพเทศบาลตำบลเมืองสรวง จำนวน 1 คน 3) ผู้รับผิดชอบงานโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCD) 1 คน 4) ตัวแทนทีมดูแลและพัฒนากระบวนการการดูแลผู้ป่วยในโรงพยาบาล จำนวน 1 คน 5) หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุฉุกเฉินและนิติเวช จำนวน 1 คน 6) เจ้าหน้าที่รพ.สต.จำนวน 1 คน 7) อาสาสมัครครอบครัวในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง และแกนนำชุมชนตำบลเมืองสรวง จำนวน 10 คน มีเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นผู้รับผิดชอบงานที่เข้าใจในระบบงานและสามารถแสดงความคิดเห็นได้ สมัครใจเข้าร่วมกิจกรรม มีความพร้อมในการร่วมแสดงความคิดเห็นในการทำกิจกรรม และเป็นผู้ที่ทำงานหรืออาศัยอยู่ในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง

3. กลุ่มผู้ดูแล (Care giver) ที่อยู่ในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง จำนวน 5 คนเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มในการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด มีเกณฑ์คัดเข้าคือ เป็นผู้ที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่อยู่ในเขตพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณประกอบด้วย 1) ทะเบียนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 2) ทะเบียนการออกปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉิน 3) การประมวลผลข้อมูลจากโปรแกรม Hosxp 4) รายงานตัวชี้วัดEMSคุณภาพรายไตรมาส 5) รายงานผู้ป่วยรับกลับโรคหลอดเลือดสมองจากงานกายภาพบำบัด 6) แบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้าง (Structured Interview) ความรู้ ทัศนคติ ความเชื่อ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการบริการการแพทย์ฉุกเฉินใช้ในการวัดความรู้ในกลุ่มเสี่ยง 7) แบบประเมิน Los Angeles Pre-hospital Stroke Scale (LAPSS) 8) แบบประเมิน Cincinnati Pre-hospital Stroke Scale 9) แบบประเมินความพึงพอใจ 10) แบบประเมินการมีส่วนร่วม 11) แบบบันทึกสรุปผลการประเมิน Los Angeles Prehospital Stroke Scale (LAPSS) และ 12) แบบบันทึกสรุปผลการประเมิน Cincinnati Prehospital Stroke Scale

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพเป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกในการประชุมเชิงปฏิบัติการที่ใช้ในกลุ่มผู้ดูแลและกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียประกอบด้วยข้อคำถาม 1) ท่านคิดว่าการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในปัจจุบันเป็นอย่างไร 2) อะไรคือปัญหา/อุปสรรคในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 3) อะไรคือสาเหตุของปัญหาดังกล่าว และ 4) ท่านมีวิธีการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอย่างไร

การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยการหาความตรง (Content Validity) โดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบเครื่องมือ 3 เลือกข้อคำถามที่มีค่าความสอดคล้อง (Index of Item Objective Congruence: IOC) เครื่องมือมีคุณภาพทั้งสามด้านระหว่าง 0.5-1.00 และการตรวจสอบค่าความเชื่อมั่น (Reliability) โดยนำแบบสอบถามที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ไปทดลองใช้ (Try-out) จำนวน 30 ชุด กับผู้ป่วยที่เข้ารับบริการคลินิคโรคความดันโลหิตสูง จากตำบลคูเมือง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด แล้วนำมาตรวจสอบตามสูตรค่าสัมประสิทธิ์ แอลฟาของครอนบาค (Alpha Cronbach Coefficient) จากผลการทดสอบมีค่ามากกว่า 0.70

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณจากแบบสัมภาษณ์แบบมีโครงสร้างด้านความรู้ ทัศนคติ และความเชื่อ เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน แบ่งเป็น 4 ส่วน โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตามเครื่องมือที่กำหนด ตรวจสอบแก้ไขความถูกต้องของข้อมูล (Preliminary Editing) ลงรหัสข้อมูล (Coding) แล้วนำมาประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้ ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 12 ข้อ ใช้ค่าเฉลี่ย ร้อยละ และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ข้อมูลด้านความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง และความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยให้ผู้ตอบได้เลือกตอบสองตัวเลือก ใช่ และไม่ใช่ จำนวน 30 ข้อ การวิเคราะห์คะแนนหลังจากได้คะแนนของข้อคำตอบ (Item) แต่ละข้อแล้ว นำมาคิดวิเคราะห์โดยนำคำตอบแต่ละข้อมากำหนดเป็น ถ้าผู้ตอบตอบถูก ให้ 1 คะแนน ถ้าผู้ตอบตอบไม่ถูก ให้ 0 คะแนน แล้วนำมาแบ่งระดับความรู้ดังนี้ ระดับความรู้สูง หมายถึง มีระดับคะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับ

ความรู้ปานกลาง หมายถึง มีระดับคะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 และระดับความรู้ต่ำ หมายถึง มีระดับคะแนนน้อยกว่าร้อยละ 60 ข้อมูลด้านทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน เป็นคำถามความคิดเห็นเป็นแบบมาตรวัดประมาณค่า ของลิเคิร์ต (Likert's Scale) 5 ระดับ คือ น้อยที่สุด น้อย ปานกลาง มาก และมากที่สุด โดยกำหนดคะแนนทั้งเชิงบวก และลบดังนี้ ตั้งแต่ระดับ 1 ถึง 5 และ แบ่งกลุ่มออกเป็น 3 ช่วงเท่าๆ กัน ซึ่งผู้วิจัยใช้เกณฑ์ในการแบ่งโดยใช้ค่าทางสถิติคะแนนเฉลี่ยเลขคณิตกำหนดช่วงของการวัด ซึ่งพิจารณาตามเกณฑ์ของ Best (1977)[1] เกณฑ์ระดับทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน คือ คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33 หมายถึงมีทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับ ไม่ดี คะแนนเฉลี่ย 2.34-3.66 หมายถึง มีทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 3.67-5.00 หมายถึง มีทัศนคติและความเชื่อเกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ระดับดี

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการประชุมเชิงปฏิบัติโดยใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ตามวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เป็นการพรรณนา (Descriptive Analysis)จากการสรุปประเด็นสำคัญในระหว่างการจัดกิจกรรมเชื่อมโยงประเด็นปัญหาที่ศึกษา

จริยธรรมในการวิจัย

ในการดำเนินการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ตระหนักถึงสิทธิประโยชน์ในการให้ข้อมูลจะดำเนินการตามแนวทางจริยธรรมการทำวิจัยในคนในประเทศไทย พ.ศ.2550 ซึ่งมีหลักจริยธรรมการทำวิจัยในคนทั่วไป 3 ประการ คือ หลักความเคารพในบุคคล หลักคุณประโยชน์ ไม่ก่ออันตรายและหลักความยุติธรรมโดยขออนุญาตจากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัยและพื้นที่ที่เก็บข้อมูล โดยได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรอง COE 0432562 และได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของมหาวิทยาลัย เลขที่การรับรอง 139/2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 56) มีอายุ 60ปีขึ้นไป (ร้อยละ 53.8) จบการศึกษา ประถมศึกษา (ร้อยละ 63.7) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (ร้อยละ 74.7) มีโรคประจำตัว (ร้อยละ 93.4) ซึ่งโรคประจำตัวที่มีมากที่สุดคือโรคความดันโลหิตสูง (ร้อยละ 66.38) ไม่สูบบุหรี่ (ร้อยละ 72.5) ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 76.9) มีโทรศัพท์ (ร้อยละ 93.4) และมีการใช้โทรศัพท์เป็นประจำ (ร้อยละ 81.18) มียานพาหนะในครอบครัว (ร้อยละ 92.3) เป็นยานพาหนะประเภทรถจักรยานยนต์ (ร้อยละ 44.7) รู้จักระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน (ร้อยละ 70.3) ทราบว่ามีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชน (ร้อยละ 71.4) มีระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลเมืองสรวงใกล้ที่สุดคือ 3 กิโลเมตร ไกลที่สุดคือ 24 กิโลเมตร ระยะทางเฉลี่ย 9.39 กิโลเมตร และใช้เวลาจากบ้านมาถึงโรงพยาบาลเร็วที่สุดคือ 5 นาที ช้าที่สุด 45 นาที ระยะเวลามาโรงพยาบาลเมืองสรวงเฉลี่ย 20 นาที

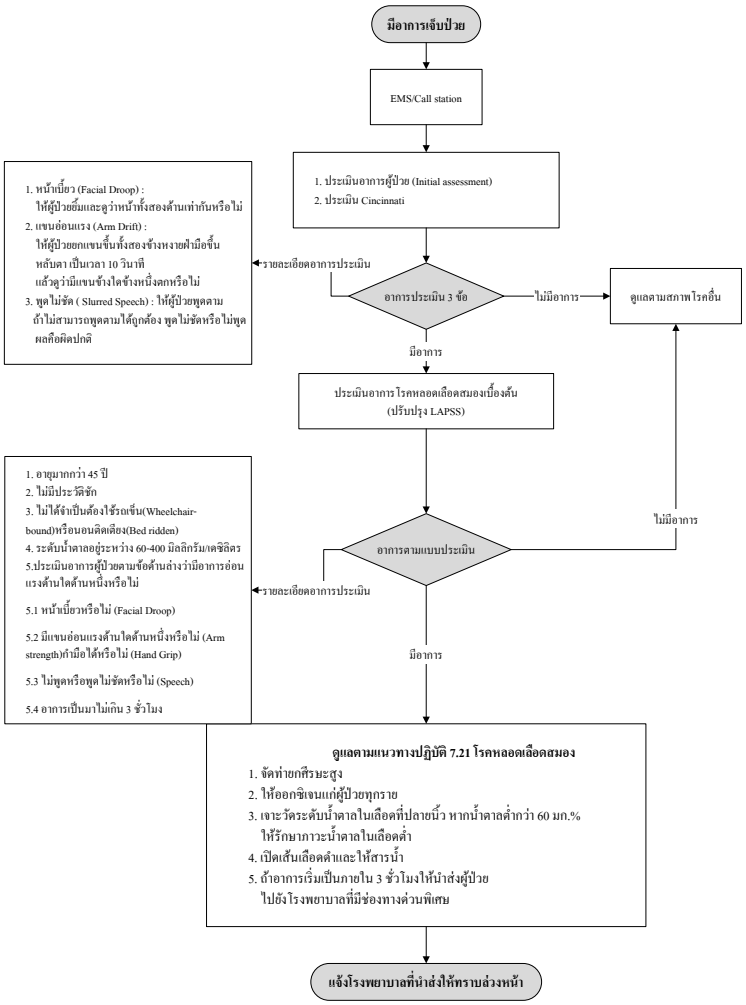
2. ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังพัฒนา พบว่า ก่อนทำกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 72.90 เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายข้อ พบว่า วิธีสังเกตอาการโรคหลอดเลือดสมอง (FAST) มีค่าระดับความรู้สูงที่สุด (ร้อยละ 89.10) รองลงมาคือภาวะเครียดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ 89.00) และข้อที่มีค่าระดับความรู้ต่ำที่สุด คือ มีอาการมองเห็นภาพซ้อน (ร้อยละ 45.10) และหลังทำกิจกรรมพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวม คิดเป็นร้อยละ 99.38 เมื่อพิจารณาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองเป็นรายข้อ พบว่า ในส่วนของความหมายของโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มตัวอย่างมีความรู้สูงที่สุด (ร้อยละ 100) และมีความรู้ต่ำที่สุดในในรายข้อ อายุที่เพิ่มขึ้นทำให้มีความเสี่ยงในการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง (ร้อยละ97.80) และมีผลต่างเฉลี่ยโดยรวมระหว่างก่อนและหลังการทำกิจกรรม (ร้อยละ 26.48)

2. การทดสอบวิเคราะห์สถิติเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ตาราง 1 ผลการทดสอบวิเคราะห์สถิติเพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ ทัศนคติและ ความเชื่อเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน

ข้อความ	n	Mean	SD	SE	Mean	SD	SE	95%CI	p-value
ความรู้โรคหลอดเลือดสมอง	91	13.19	3.70	0.38	17.89	0.45	0.04	3.86-5.47	<0.001*
ความรู้ระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	91	7.26	1.57	0.16	9.95	1.17	0.12	2.29-3.08	<0.001*
ทัศนคติเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	91	3.30	0.50	0.05	4.36	0.59	0.06	0.87-1.23	<0.001*
ความเชื่อเกี่ยวกับระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน	91	3.06	0.75	0.07	4.64	0.38	0.04	1.39-1.76	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05



ภาพประกอบ 1 แนวทางการดูแลผู้ป่วยที่มีอาการสงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมอง สำหรับผู้ให้บริการพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

4. ผลการพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อวิเคราะห์ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นพร้อมทั้งหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน ประกอบด้วย เป้าหมายของกิจกรรม เช่น ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองมารับบริการด้วยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ความเข้าใจในโรคหลอดเลือดสมองและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน สามารถสื่อสารอาการแสดงของโรคและเรียกใช้บริการผ่านทางระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินได้ เกิดความตระหนักรู้ในเรื่องของโรคหลอดเลือดสมองมากขึ้น มีการส่งต่อข่าวสารแบบปากต่อปาก มีการเตรียมความพร้อมของทีมในการรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองโดยเริ่มตั้งแต่การให้บริการนอกโรงพยาบาล และมีรูปแบบและแนวทางที่ชัดเจนในการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดำเนินการบรรลุเป้าหมาย ดังนี้ 1) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงมีความรู้ความเข้าใจในโรคหลอดเลือดสมองและระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพิ่มขึ้น 2) ผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยงสามารถระบุอาการแสดงที่ชัดเจนของโรคหลอดเลือดสมองในการโทรแจ้ง 1669 ได้ 3) ทีมบริการมีการเตรียมความพร้อมในการออกให้บริการทั้งด้านวัสดุอุปกรณ์และการติดต่อสื่อสาร และ 4) มีแนวทางในการออกรับผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองโดยปรับปรุงให้มีความชัดเจนในการคัดกรองมากขึ้นเพื่อประโยชน์กับผู้รับบริการ

สรุปและอภิปรายผล

1. ด้านบริบทและสภาพปัญหาของการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง จากการศึกษาพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินในโรคหลอดเลือดสมองในพื้นที่ตำบลเมืองสรวง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองโดยรวมอยู่ในระดับสูง แต่เมื่อพิจารณารายข้อพบว่ายังมีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองในบางประเด็นไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะในประเด็นของอาการที่น่าสงสัยว่าจะเป็นโรคหลอดเลือดสมอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ น้อมจิตต์ นวลเนตร์, เดือนเพ็ญ ศรีขา(2555)[7] ซึ่งศึกษาความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชนพบว่า ผู้ที่มีภาวะเสียงต่อโรคหลอดเลือดสมองโดยส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอยู่ในระดับสูง แต่ยังมีผู้มีภาวะเสี่ยงจำนวนหนึ่งที่มีความรู้และพฤติกรรมในบางประเด็นไม่ถูกต้อง โดยเฉพาะความรู้เรื่องอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ระดับการศึกษาของกลุ่มตัวอย่างมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ มณฑิรา ชนะกาญจน์,ณิชาภัตร พุฒิคามิน (2559)[9]ในการศึกษาระดับการรับรู้เกี่ยวกับ โรค ปัจจัยเสี่ยง อาการนำ การรักษาของโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรค ซึ่งพบว่าระดับการรับรู้ภาพรวมเกี่ยวกับโรคและปัจจัยเสี่ยง อาการนำ การรักษาโรคหลอดเลือดสมองของบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง อยู่ในระดับปานกลางและเมื่อพิจารณาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้พบว่า กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 55.70 มีระดับการศึกษาที่ต่ำกว่าปริญญาตรีและส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัวที่เสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองไม่มีประสบการณ์หรือมีบุคคลใกล้ชิดเจ็บป่วยด้วยโรคหลอดเลือดสมองหรือโรคเรื้อรัง สอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคประจำตัวมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 อาจเนื่องมาจากผู้ที่มีโรคประจำตัวได้รับข้อมูลข่าวสารการดูแลตนเองรวมถึงการเฝ้าระวังในอาการสำคัญของโรคที่อาจเกิดขึ้น จากความเสี่ยงของกลุ่มตัวอย่างเอง รวมถึงการทราบว่ามีหน่วยบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 อาจเนื่องมาจากการประชาสัมพันธ์ในอาการที่ต้องแจ้งเหตุเมื่อเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน ซึ่งอาการที่น่าสงสัยว่าเป็นโรคหลอดเลือดสมองเป็นกลุ่มอาการสำคัญที่จำเป็นต้องเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และระยะเวลาจากบ้านถึงโรงพยาบาลมีความสัมพันธ์กับความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.01 สอดคล้องกับการศึกษาของ พัสตราภรณ์ ปัญญาประชุม, ธีรนุช ห้านิรัติศัย, สมบัติ มุ่งทวีพงษา(2560)[8]ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์

กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาลที่ใช้ระบบเครือข่ายการส่งต่อช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน ที่พบว่าระบบการสื่อสารการส่งต่อและการรับรู้ความรุนแรงของโรคมีความสัมพันธ์กับการมารับการรักษาในโรงพยาบาลและระยะเวลาที่ใช้ตั้งแต่เกิดอาการของโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันจนถึงเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

2. พัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง การดำเนินงานพัฒนารูปแบบการเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินพบว่า การดำเนินงานตามรูปแบบ PDCA จากแนวคิดของ W.Edwards Demming [3] พบว่า เมื่อให้ผู้ที่อยู่ในพื้นที่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการทำงานทำให้งานมีการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้นเกิดมุมมองใหม่ๆ จากบุคคลที่อยู่ในพื้นที่นั้น ทำให้สามารถหาแนวทางแก้ไขในบริบทพื้นที่นั้นๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพและมีความต่อเนื่อง สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนกฤต จันทร์พลงาม (2558)[5] ซึ่งพัฒนารูปแบบดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินตำบลหัวถนน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์ในการทำให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมและมีการรับรู้การดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้น โดยมีปัจจัยแห่งความสำเร็จ แบ่งออกเป็น 4 ด้าน คือ ผู้นำชุมชนให้ความร่วมมือ ประชาชนสนใจเข้าร่วมกิจกรรม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญสนับสนุนงบประมาณและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้รับผิดชอบงานด้านการแพทย์ฉุกเฉินคอยติดตามให้กำลังใจทำให้เกิดการสร้างเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ พรปวีณ์ ชื่นใจเรือง (2554) ยังพบว่า การพัฒนาบริการสุขภาพปฐมภูมิเพื่อป้องกันโรคหลอดเลือดสมองสำหรับบุคคลที่มีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองในศูนย์สุขภาพชุมชนแห่งหนึ่ง โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 1)องค์ประกอบนำเข้า ได้แก่ ด้านแนวคิดการบริการ ด้านบุคลากรสุขภาพและด้านการมีส่วนร่วมของชุมชน 2)กระบวนการจัดการบริการ ประกอบด้วย การจัดการบริการระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ วิธีการบริการและเครื่องมือช่วยในการบริการตามระยะของวิถีการเจ็บป่วยของอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง แนวปฏิบัติที่เกี่ยวข้องในบริการสุขภาพปฐมภูมิสำหรับบุคคลที่มีอาการเตือนของโรคหลอดเลือดสมองและการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยเฉพาะ กันติมาภรณ์ วิวัฒน์ตระกูล และลัดดา อะโนศรี (2560) พบว่าแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลันทั้งในระยะ 2 ชั่วโมงแรกและ 2-72 ชั่วโมง และมีการปรับปรุงวิธีพัฒนาความรู้ทักษะของพยาบาลวิชาชีพพร้อมทั้งประเมินความรู้และทักษะของพยาบาลวิชาชีพตลอดจนประเมินการใช้รูปแบบปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาความพร้อมของเครือข่ายในด้านการเพิ่มการให้ความรู้เกี่ยวกับบริการการแพทย์ฉุกเฉินในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และควรมีการทบทวนการดำเนินงานอย่างสม่ำเสมอเพื่อปรับปรุงให้ข้อมูลเป็นปัจจุบัน
2. ควรศึกษาในการนำเทคโนโลยีหรือนวัตกรรมที่สามารถนำมาใช้ในระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินงานด้านการบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โดยเฉพาะการพัฒนาการติดต่อสื่อสารในการแจ้งเหตุให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายในกรณีต่างๆแยกตามระดับความฉุกเฉิน
3. ควรพัฒนาระบบการเฝ้าระวังแบบเครือข่ายเหมือนเครือญาติเพื่อการตอบรับที่รวดเร็วทันท่วงที โดยการเพิ่มระยะเวลาในการดำเนินการให้มากขึ้นจัดนัดรอบคลินิกพิเศษให้สัมพันธ์กันกับเครือข่ายเพื่อให้มีความต่อเนื่องในการดำเนินงาน
4. ควรจัดทำระบบเครือข่ายสำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังเพื่อการเข้าถึงที่รวดเร็วในกรณียามวิกาล อาทิ แผนที่เดินดิน ระบบสมาชิก หรือการทำแจ้งเตือนในประวัติผู้ป่วยถึงโรคประจำตัวที่เป็นผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลเมืองสรวง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเมืองสรวง ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้ารับบริการที่คลินิคโรคความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลเมืองสรวง และญาติ ตลอดจนเจ้าหน้าที่รพ.สต.ทุกแห่ง ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการศึกษาวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Best JW. Research in education. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, Inc. 1977.

2. Cohen, J. M., & Uphoff, N. T. (1980). Participation's place in rural development: seeking clarity through specificity. *World development*, *8*(3), 213-235.

3.Johnson, C. N. (2002). The benefits for PDCA. *Quality Progress*, *35*(5), 120.

4.ณัฐธิวรรณ พันธ์มุง, อลิสรา อยู่เลิศลบ, และ อามีนะห์ เจะปอ. **ประเด็นสารรณรงค์วันอัมพาตโลก ปี 2561**,2561

5.ธกฤต จันทร์พลงาม. (2558). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานการแพทย์ฉุกเฉินในเขตพื้นที่ตำบลหัวถนน อำเภอนางรอง จังหวัดบุรีรัมย์. **วารสารบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยราชภัฏสุรินทร์** 9(1 มกราคม-มิถุนายน).

6.นันทวรรณ ทิพยเนตร, และ วชิร ชนะบุตร. (2559). **ความรู้เรื่องความเสี่ยงและอาการเตือนโรคหลอดเลือดสมอง: กรณีศึกษา โรงงานทอผ้าแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม. สาขาเวชกิจฉุกเฉิน คณะแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**

7.น้อมจิตต์ นวลเนตร,และ เดือนเพ็ญ ศรีชา. (2555). ความรู้เกี่ยวกับโรคหลอดเลือดสมองและพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมองของผู้มีภาวะเสี่ยงในชุมชนสามเหลี่ยม อำเภอเมือง จังหวัดขอนแก่น. **วารสารเทคนิคการแพทย์และกายภาพบำบัด**, ปีที่24(3):318-326.

8.พัสตราภรณ์ ปัญญาประชุม, ธีรนุช ห้านิรัติศัย, และ สมบัติ มุ่งทวีพงษา. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมารับการ รักษาในโรงพยาบาลที่ใช้ระบบเครือข่ายการส่งต่อช่องทางด่วนของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะเฉียบพลัน. **ธรรมศาสตร์วารสาร**,ปีที่17(4):540-547.

9.มณฑิรา ชนะกาญจน์. (2559). การรับรู้เกี่ยวกับโรค ปัจจัยเสี่ยง อาการนำ การรักษาของโรคหลอดเลือดสมอง และพฤติกรรมการป้องกันโรคหลอดเลือดสมองในบุคคลที่มีภาวะสุขภาพเสี่ยงต่อการเกิดโรคหลอดเลือดสมอง. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ**,ปีที่39(1):70-77.

การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่

Development of an Emergency Patient Assistance Model with the Participation of the Community in Chiang Mai

พัชรากาญจน์ คงทวีพันธ์[1]

Pacharakarn Khongtaweephan

(Received: October 24,2020; Accepted: November 11,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และผลลัพธ์การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ วิธีวิจัย: การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) กับแกนนำชุมชนที่เป็นผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ในพื้นที่ตำบลที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการอบรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น จำนวน 308 คน

ผลการศึกษา: การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน มุ่งเน้นการให้ความรู้และประสบการณ์ การสะท้อนคิดและอภิปราย ความคิดรวบยอด/การทบทวน และการทดลองประยุกต์แนวคิด/การปฏิบัติจริงในเหตุการณ์จำลอง จำนวน 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน กิจกรรมที่ 2 การวินิจฉัยประเมินสถานการณ์ และการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน กิจกรรมที่ 3 การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย การดูแลผู้บาดเจ็บกล้ามเนื้อ และกระดูก การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และกิจกรรมที่ 4 การส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งผลลัพธ์การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน พบว่า คะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินของแกนนำชุมชนหลังเข้าร่วมกิจกรรมสูงกว่าก่อนการเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมพบว่าในภาพรวมแกนนำชุมชนมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.89) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า แกนนำชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน/ทำกิจกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.34) รองลงมาคือ ด้านการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ ($\bar{X}$= 4.04) ด้านการติดตามประเมินผลและการนำไปใช้ประโยชน์ ($\bar{X}$= 3.81) อยู่ในระดับมาก ขณะที่ด้านการวางแผนอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 3.35) สำหรับความพึงพอใจต่อกิจกรรม พบว่า อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$= 4.27) โดยแกนนำชุมชนมีความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ของวิทยากรในกิจกรรมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การประเมินสถานการณ์ การประเมินสภาพผู้ป่วย การห้ามเลือดและทำแผล ความชัดเจนและเข้าใจง่ายของเนื้อหาการบรรยายและสาธิตในระดับมากที่สุด เป็นต้น

คำสำคัญ: การมีส่วนร่วม, การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น, ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

Abstracts

This research was action research with participatory (Participatory Action Research: PAR) aims to develop a model of emergency patient assistance. With the participation of the community And outcomes for emergency patient assistance With the participation of the community Chiang Mai Province Research Methods: Participatory Action Research. (Participatory Action Research: PAR) Purposive sampling with community leaders who lead the community. Village health volunteers Volunteers in the communities in the sub-district area voluntarily participated in the Community Participation Training Program in emergency patient first aid of 308 people.

Results of the Study: Development of an Emergency Assistance Model With the participation of the community Focus on providing knowledge and experience. Reflection and discussion Concept / review And practical experiments in 4 simulated events, including activity 1, basic knowledge of emergency medical systems, activity 2, diagnosis and assessment of situations. And emergency patient assessment. Activity 3: Emergency care consisted of caring for the injured, musculoskeletal, basic resuscitation. Transferring the patient And activity 4 referring patients

[1] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิต และยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

Which results in emergency patient assistance With community participation, it was found that the score of knowledge and skills of emergency patient assistance of the community leaders after participating in the activities was higher than before the activity. In terms of activity participation, it was found that the overall community leaders participated at a high level ($\bar{x}$ = 3.89). Community leaders participated in operations / activities at the highest level ($\bar{x}$ = 4.34), followed by problem analysis and needs ($\bar{x}$ = 4.04), monitoring, evaluation and application. Benefit ($\bar{x}$ = 3.81) is very high. The planning aspect was at a moderate level ($\bar{x}$ = 3.35). The satisfaction of activities was found at the highest level ($\bar{x}$ = 4.27). And experience of speakers in basic knowledge activities on emergency medical systems Assessment of the situation Assessment of the patient's condition Hemostasis and wound dressing The clarity and ease of understanding of the contents of lectures and demonstrations at the highest level, etc.

Keywords: participation, primary care, emergency care, emergency medical system

Keyword: Participation, Emergency patient assistance, Medical emergency system

บทนำ

การเจ็บป่วยฉุกเฉินเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตอันดับ 1 ในเกือบทุกประเทศทั่วโลก เพราะการเจ็บป่วยฉุกเฉินเกิดขึ้นจากโรคภัยไข้เจ็บ และอุบัติเหตุที่คาดการณ์ไม่ถึง อีกทั้งการเจ็บป่วยฉุกเฉินยังส่งผลต่อประชาชนในมิติทางด้านประชากร ได้แก่ โครงสร้างพื้นฐาน อายุ และขนาดประชากร มิติทางด้านเศรษฐกิจและสังคม และมิติทางด้านสุขภาพ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้คุณภาพชีวิตของประชากรลดลง[1] ในประเทศไทย การมีระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่มีประสิทธิภาพจะช่วยให้ลดผลกระทบหรือลดความสูญเสียตามมาได้ซึ่งหมายถึงการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินก่อนโรงพยาบาล (Pre-hospital) ให้มีประสิทธิภาพ มีความครอบคลุม น่าเชื่อถือจนประชาชนสามารถเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินได้อย่างเหมาะสม แต่ปัจจุบันเมื่อเกิดเจ็บป่วยฉุกเฉินหรืออุบัติเหตุประชาชนมีการเรียกใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉินค่อนข้างน้อยมาก จากการรวบรวมสถิติการให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน และสถิติผู้ป่วยที่มารับบริการที่แผนกอุบัติเหตุและฉุกเฉิน (Emergency Room: ER) ในโรงพยาบาลทุกระดับที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ในปี 2559 พบว่า มีผู้ป่วยที่มารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉิน มากกว่า 27 ล้านครั้ง เมื่อนำมาเทียบกับการออกบริการการแพทย์ฉุกเฉินข้อมูล ITEMS (Information Technology for Emergency Medical System) ของสถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.) ที่พบการออกบริการการแพทย์ฉุกเฉินในช่วงปี 2559 มีจำนวนประมาณ 860,000 ครั้ง แต่ละจังหวัดมีสัดส่วนการออกให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินกับการรับบริการที่แผนกฉุกเฉินน้อยมากอยู่ระหว่างร้อยละ 1-13 เท่านั้น[2]

นอกจากนี้ การจัดบริการการแพทย์ฉุกเฉินที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยฉุกเฉินส่วนใหญ่เข้าไม่ถึงหรือไม่ได้ใช้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน มีประชาชนจำนวนมากไม่รู้จักสายด่วน 1669[3,4] แม้ว่าการพัฒนาระบบการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินได้ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง แต่พบว่าการให้บริการแพทย์ฉุกเฉินยังคงมีปัญหาที่ต้องได้รับการพัฒนา เช่น การให้บริการอย่างทันท่วงทีในกลุ่มผู้ป่วยฉุกเฉินวิกฤตภายใน 8 นาที ที่พบว่าปี พ.ศ. 2558 สามารถดำเนินการได้เพียงร้อยละ 47 หรือขณะเดียวกันประชาชนที่พบเหตุการณ์ฉุกเฉินส่วนใหญ่ มีสามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นได้ หรือบางกรณีก็ให้การช่วยเหลือเบื้องต้นผิดพลาดหรือไม่ถูกขั้นตอนการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ซึ่งส่งผลต่อความปลอดภัยของผู้ป่วยโดยตรง เพิ่มความเสี่ยงต่อความพิการและการสูญเสียชีวิต[5]

จังหวัดเชียงใหม่ เป็นเมืองขนาดใหญ่ ที่มีแหล่งอำนวยความสะดวกสาธารณูปโภคต่างๆ จำนวนมาก เป็นเมืองท่องเที่ยวที่สำคัญ และมีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น จึงเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้จังหวัดเชียงใหม่ มีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี ดังข้อมูลรายงานสถิติข้อมูลผู้ป่วยฉุกเฉิน ในจังหวัดเชียงใหม่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 – 2562 พบว่า ด้านจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทุก ดังปี 2558 มีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉิน 32,475 ราย เพิ่มขึ้นในปี 2559 เป็น 35,971 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 10.7 จวบจนถึงปี 2562 จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินยังเพิ่มขึ้นเป็น 47,831 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 9.6 ด้านจำนวนผู้เสียชีวิต มีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ดังปี 2558 มีจำนวน 523 ราย และเพิ่มขึ้นในปี 2559 เป็น 604 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 19.3 จวบจนถึงปี 2562

มีจำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินเสียชีวิตเพิ่มขึ้นเป็น 1,151 ราย หริดคิดเป็นร้อยละ 23.0[6]

จากสถานการณ์ปัญหาดังกล่าว การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนทีมให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินไปถึง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง หากประชาชนผู้ประสบเหตุสามารถประเมินอาการผู้ป่วย และให้การปฐมพยาบาลได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ทันเวลา และหน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินที่มารับช่วงต่อสามารถส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลให้ลดการบาดเจ็บ ภาวะเจ็บป่วยที่รุนแรง ลดภาวะทุพพลภาพ และการเสียชีวิตลงได้ ด้วยความสำคัญนี้ ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญของการวิจัย เรื่อง “การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในจังหวัดเชียงใหม่” เพื่อนำผลการศึกษามาเป็นแนวทางในการพัฒนาการทำงานของเครือข่าย ภาคีที่เกี่ยวข้องด้านการแพทย์ฉุกเฉินในระดับพื้นที่ชุมชน เสริมสร้างความรู้และทักษะในช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นให้แก่ประชาชนได้อย่างถูกต้อง ทันเวลา ผู้ป่วยฉุกเฉินมีภาวะแทรกซ้อน และเสียชีวิตลดลง

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดเชียงใหม่
2. เพื่อศึกษาผลลัพธ์การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดเชียงใหม่

วิธีการศึกษา

พัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR)

กลุ่มประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชาชน ที่อาศัยในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่
2. กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) กับชุมชนที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการในพื้นที่ 6 อำเภอ ในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีบทบาทเป็นผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ได้แก่ 1) ตำบลท่าตอน อำเภอแม่อาย 2) ตำบลเวียง อำเภอพร้าว 3) ตำบลแม่ปูคา อำเภอสังกำแพง 4) ตำบลบ้านแหวน อำเภอหางดง 5) ตำบลอมก๋อย อำเภออมก๋อย และ 6) ตำบลบ่อสลี อำเภอฮอด จำนวนทั้งสิ้น 308 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ กิจกรรมการฝึกอบรมให้ความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรมที่ 1: ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน กิจกรรมที่ 2: การวินิจฉัยประเมินสถานการณ์ และการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน กิจกรรมที่ 3: การช่วยเหลือ ประกอบด้วย การดูแลผู้บาดเจ็บกล้ามเนื้อ และกระดูก การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และกิจกรรมที่ 4: การส่งต่อผู้ป่วย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2 การประเมินความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ส่วนที่ 3 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และส่วนที่ 4 ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ขั้นตอนการวิจัย

1. การทำความเข้าใจกับปัญหา สถานการณ์ปัญหาผู้ป่วยฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่ ทบทวนนโยบาย แผนงาน และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่ ถอดบทเรียนความสำเร็จของชุมชนต้นแบบด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ในจังหวัดเชียงใหม่
2. การกำหนดรูปแบบการแก้ไขปัญหาและแผนปฏิบัติการ ด้วยการจัดทำกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นกระบวนการเสริมสร้างประสบการณ์ การสะท้อนคิดและอภิปราย ความคิดรวบยอด และการทดลองประยุกต์แนวคิด ประกอบด้วย กิจกรรมที่ 1 ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน กิจกรรมที่ 2 การวินิจฉัยประเมินสถานการณ์ และการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน กิจกรรมที่ 3 การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย การดูแลผู้บาดเจ็บ

กล้ามเนื้อ และกระดูก การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย และกิจกรรมที่ 4 การส่งต่อผู้ป่วย

3. การปฏิบัติตามแผน ผู้วิจัยและทีมผู้ช่วยนักวิจัย ได้ลงพื้นที่ดำเนินการจัดการประชุมเชิงปฏิบัติ การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในพื้นที่ 6 อำเภอ ในจังหวัดเชียงใหม่ มุ่งเน้นกระบวนวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research: PAR) ในช่วงเดือนตุลาคม – พฤศจิกายน 2563

4. การประเมินผลลัพธ์โดยรวม ภายหลังการดำเนินกิจกรรมเสร็จสิ้น ผู้วิจัยได้ประเมินผลลัพธ์โดยรวม ในด้านความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และด้านความพึงพอใจต่อกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในเชิงคุณภาพ ด้วยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content analysis) และข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ในการวิเคราะห์ข้อมูล ส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ระดับการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน และความพึงพอใจต่อกิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทำการวิเคราะห์เปรียบเทียบความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่าง ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ด้วยค่าสถิติ Paired Samples t-test

ผลการศึกษา

การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ มีขั้นตอนดังนี้

1. การทำความเข้าใจกับปัญหา พบว่า จังหวัดเชียงใหม่ ประสบปัญหาผู้ป่วยฉุกเฉิน เพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนทีมให้บริการการแพทย์ฉุกเฉินไปถึง จึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง หากประชาชนสามารถวินิจฉัย ประเมินสถานการณ์ ประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน ให้การช่วยเหลือและสามารถส่งต่อผู้ป่วยให้แก่หน่วยปฏิบัติการการแพทย์ฉุกเฉินไปยังสถานพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ ย่อมส่งผลให้ลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิตได้ นอกจากนี้จากการทบทวนนโยบาย แผนงาน และกิจกรรมที่เกี่ยวข้องด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ พบว่าในปี 2563 มีการดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น เพื่อให้แกนนำชุมชนมีความรู้ความสามารถและมีทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม และรวดเร็ว[7] ตลอดจนในจังหวัดเชียงใหม่ มีชุมชนต้นแบบที่ประสบผลสำเร็จด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน คือ ตำบลสันนาเม็ง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ เป็นตำบลที่ได้รับรางวัลตำบลพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับเขตสุขภาพที่ 1 ปี 2562 และเป็นชุมชนต้นแบบด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ที่ประสบผลสำเร็จในการบริหารจัดการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน ผ่านกระบวนการแก้ปัญหาและการพัฒนางานผู้ป่วยฉุกเฉินที่ได้ข้อสรุปที่สามารถนำมาเป็นแนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8]

2. การกำหนดรูปแบบการแก้ไขปัญหาและแผนปฏิบัติการ จากการทบทวนสถานการณ์ด้านผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้วิจัยได้นำมาเป็นแนวทางในการกำหนดรูปแบบการแก้ไขปัญหาและแผนปฏิบัติการ ด้วยการจัดทำกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกิจกรรมที่มุ่งเน้นกระบวนการเสริมสร้างประสบการณ์ การสะท้อนคิดและอภิปราย ความคิดรวบยอด และการทดลองประยุกต์แนวคิด ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ได้แก่

กิจกรรมที่ 1: ความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน

กิจกรรมที่ 2: การวินิจฉัยประเมินสถานการณ์ และการประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน

กิจกรรมที่ 3: การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ประกอบด้วย การดูแลผู้บาดเจ็บกล้ามเนื้อ และกระดูก การช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การยกเคลื่อนย้ายผู้ป่วย

กิจกรรมที่ 4: การส่งต่อผู้ป่วย

3. การนำไปปฏิบัติ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้และมีส่วนร่วมในกิจกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้วิจัย และทีมผู้ช่วยนักวิจัย ได้ลงพื้นที่จัดกิจกรรม โดยการจัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วมในพื้นที่ตำบลเป้าหมาย 6 ตำบล ใน 6 อำเภอ โดยจำแนกออกเป็นสายเหนือ สายกลาง และสายใต้ ดังนี้

- สายเหนือ ได้แก่ ตำบลท่าตอน อำเภอแม่อาย และตำบลเวียง อำเภอพร้าว
- สายกลาง ได้แก่ ตำบลแม่ปูคา อำเภอสันกำแพง และตำบลบ้านแหวน อำเภอหางดง
- สายใต้ ได้แก่ ตำบลอมก๋อย อำเภออมก๋อย และตำบลบ่อสลี อำเภอฮอด

4. การประเมินผลลัพธ์โดยรวม จากการจัดเวทีประชุมเชิงปฏิบัติการ การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในเบื้องต้นกลุ่มตัวอย่างผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่างๆ จะนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้ทำกิจกรรม เป็นแนวทางในการพัฒนากิจกรรมนำร่องการพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน สรุปได้ดังนี้

1. ตำบลท่าตอน อำเภอแม่อาย จะนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ ไปพัฒนาและดำเนินการให้ความรู้ด้านสุขภาพ การดูแลผู้ป่วยในครอบครัว การประชาสัมพันธ์หน่วยให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เป็นต้น

2. ตำบลเวียง อำเภอพร้าว จะนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ ไปพัฒนาและดำเนินกิจกรรมการเพิ่มศักยภาพเจ้าหน้าที่ในหน่วยงานราชการ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น การจัดอบรมผู้นำชุมชน อสม. จิตอาสาเพื่อพัฒนาศักยภาพด้านการดูแลผู้ป่วย เป็นต้น

3. ตำบลแม่ปูคา อำเภอสันกำแพง จะนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ ไปพัฒนาและดำเนินกิจกรรมการประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉินของผู้ป่วยฉุกเฉินในพื้นที่ การให้ความรู้แก่ญาติและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน เป็นต้น

4. ตำบลบ้านแหวน อำเภอหางดง จะนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ ไปขับเคลื่อนนโยบายและการให้ความสำคัญของการพัฒนาศักยภาพด้านฉุกเฉิน สำหรับ อสม. และผู้นำชุมชน

5. ตำบลอมก๋อย อำเภออมก๋อย จะนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ ไปพัฒนาและดำเนินกิจกรรมการพัฒนาผู้ป่วยวิกฤติฉุกเฉินให้เข้าถึงบริการการแพทย์ฉุกเฉิน การสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนในพื้นที่ให้เข้าถึงระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉินมากขึ้น

6. ตำบลบ่อสลี อำเภอฮอด จะนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับ ไปพัฒนาและดำเนินกิจกรรมการจัดหาเครื่อง AED ให้ครบทุกหมู่บ้าน การจัดหาเครื่องมือการสื่อสารที่ทันสมัย

ผลลัพธ์การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

การประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่างๆ ในชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 308 คน ผลการศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีอายุระหว่าง 31 – 40 ปี จบการศึกษาในระดับประถมศึกษา ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป มีรายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,001 – 7,000 บาท ร้อยละ 38.3 มีบทบาทเป็นอาสาสมัครสาธารณสุข เคยอบรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นจากแหล่งการประชุม/อบรมในชุมชนหรือหน่วยงานมากที่สุด ภายในชุมชนมีหน่วยงาน/กลุ่มบุคคล ดำเนินงานช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

ความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า คะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นของกลุ่มตัวอย่างที่เข้าร่วมกิจกรรมก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพิจารณาจากค่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวม พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่าง มีคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 12.78) และหลังจากได้ทำกิจกรรมพบว่า มีคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 17.16) ดังตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม

คะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน	N	Mean	S.D.	t	Sig. (2-tailed)
ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม	308	12.78	3.08	-23.893	0.000
หลังเข้าร่วมกิจกรรม	308	17.16	2.18		

หมายเหตุ: * หมายถึง แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน พบว่า โดยรวมกลุ่มตัวอย่างผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนมีส่วนร่วมมีส่วนร่วมในระดับมาก มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.89 เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน/ทำกิจกรรม อยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.34) นอกจากนี้มีส่วนร่วมในการวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ รองลงมาคือ การมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลและการนำไปใช้ประโยชน์ อยู่ในระดับมาก (ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.04 และ 3.81) ขณะที่การมีส่วนร่วมในการวางแผน อยู่ในระดับปานกลาง (ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 3.35)

ความพึงพอใจต่อกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่างๆ ในชุมชนมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด (ค่าเฉลี่ยรวมเท่ากับ 4.27) โดยมีความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ของวิทยากรในกิจกรรมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การประเมินสถานการณ์ การประเมินสภาพผู้ป่วย การห้ามเลือดและทำแผล ความชัดเจนและเข้าใจง่ายของเนื้อหาการบรรยายและสาธิต การตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นผู้เข้าร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แสดงความคิดเห็น ฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นอยู่ในระดับมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

จากการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ผู้วิจัยได้พัฒนาขึ้นอย่างเป็นระบบ มีการศึกษาทบทวนทั้งจากแนวคิด ทฤษฎีที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วม การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การอบรมหลักสูตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น ในเรื่องความรู้พื้นฐานการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ตามเกณฑ์มาตรฐานของคณะกรรมการแพทย์ฉุกเฉิน รวมถึงการประยุกต์ใช้แนวทางการดำเนินโครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ แนวทางการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ของตำบลสันนาเม็ง อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นตำบลต้นแบบด้านระบบการแพทย์ฉุกเฉิน เพื่อนำมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ครอบคลุมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินตั้งแต่กระบวนการวินิจฉัย การประเมินสถานการณ์ การประเมินผู้ป่วยฉุกเฉิน การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน และการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งนี้กระบวนการทำกิจกรรม มุ่งเน้นการให้ความรู้และประสบการณ์ การสะท้อนคิดและอภิปราย ความคิดรวบยอด/การทบทวน และการทดลองประยุกต์แนวคิด/การปฏิบัติจริงในเหตุการณ์จำลอง ซึ่งเมื่อเสร็จสิ้นการทำกิจกรรมตำบลพื้นที่เป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมได้ให้ข้อคิดเห็นว่า จะนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากกิจกรรมไปต่อยอดขยายผลการดำเนินกิจกรรมด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในชุมชน ทั้งในด้านการทำกิจกรรม ได้แก่ การดูแลรักษา การปฏิบัติต่อผู้เจ็บป่วยฉุกเฉินแก่ประชาชนทั่วไป การปฐมพยาบาลเบื้องต้น ด้านการแพทย์ฉุกเฉิน พัฒนาศักยภาพของ อสม. การประชาสัมพันธ์หน่วยให้บริการการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 ในชุมชน ตลอดจนการจัดหาอุปกรณ์ เครื่องมือในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นในชุมชน ที่ได้มาตรฐานและเพียงพอ เป็นต้น

ด้านผลลัพธ์การพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ในภาพรวมการให้

ความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินแก่ตำบลเป้าหมาย ค้นพบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น แต่ภายหลังจากได้ทำกิจกรรมพบว่า ชุมชนเป้าหมาย มีคะแนนความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเพิ่มขึ้นอยู่ในระดับมาก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับผลการวิจัยของ จารุณี สุธีร์, สุรชา อมรพันธ์ และนิพนธ์ มานะสถิตพงศ์ (2555)[9] ซึ่งได้พัฒนากิจกรรมการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น หลังการพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้นมีความรู้โดยรวมอยู่ในระดับสูงและมากกว่าก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และจากผลการวิจัยของ วิไลภรณ์ ศิริกา, ศศิธร พิมพ์ชายน้อย และทิพานัน นามวิจิตร (2559)[10] ได้ดำเนินการพัฒนาอาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าพระ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น ผลการศึกษาพบว่า อาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือนส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้และทักษะในการช่วยเหลือผู้บาดเจ็บและเจ็บป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุ ก่อนดำเนินการอยู่ในระดับต่ำและหลังดำเนินการอยู่ในระดับสูงที่ขึ้น จึงกล่าวได้ว่า กิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นนั้น ส่งผลให้กลุ่มตัวอย่างชุมชนเป้าหมาย มีความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นที่เพิ่มสูงขึ้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ควรมีการจัดกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินอย่างต่อเนื่องและทั่วถึง อันจะส่งผลให้ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่างๆ ในชุมชน มีความรู้และทักษะที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ด้านการมีส่วนร่วมในกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน พบว่า ในภาพรวมผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ทั้งในด้านการดำเนินงาน/ทำกิจกรรม การวิเคราะห์ปัญหาและความต้องการ การติดตามประเมินผลและการนำไปใช้ประโยชน์ ขณะเดียวกันการมีส่วนร่วมในการวางแผนอยู่ในระดับปานกลางเท่านั้น

สำหรับความพึงพอใจต่อกิจกรรมการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนค้นพบว่า ชุมชนเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด โดยมีความพึงพอใจต่อการถ่ายทอดความรู้ และประสบการณ์ของวิทยากรในกิจกรรมความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับระบบการแพทย์ฉุกเฉิน การประเมินสถานการณ์ การประเมินสภาพผู้ป่วย การห้ามเลือดและทำแผล ความชัดเจนและเข้าใจง่ายของเนื้อหาการบรรยายและสาธิต การตั้งคำถามเพื่อกระตุ้นผู้เข้าร่วมกิจกรรมแสดงความคิดเห็น ตลอดจนเปิดโอกาสให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้แสดงความคิดเห็น ฝึกปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นอยู่ในระดับมากที่สุด ดังนั้นจากการพัฒนารูปแบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ที่มุ่งเน้นกระบวนการพัฒนาโดยการให้ความรู้และประสบการณ์ การสะท้อนคิดและอภิปราย ความคิดรวบยอด/การทบทวน และการทดลองประยุกต์แนวคิด/การปฏิบัติจริงในเหตุการณ์จำลอง ส่งผลให้ชุมชนสามารถนำองค์ความรู้ ทักษะ และประสบการณ์ที่ได้รับจากกิจกรรมไปพัฒนาต่อยอดขยายผลในชุมชนได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนส่งผลให้ชุมชนเป้าหมายมีส่วนร่วมในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน และนำมาสู่ความพึงพอใจที่ได้รับกิจกรรมรูการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ควรส่งเสริมให้ระดับตำบล มีการจัดทำแผนการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น โดยมีการประสานงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในพื้นที่ร่วมกันจัดทำแผน เพื่อให้เกิดแนวทางปฏิบัติ การบริหารจัดการด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในระดับตำบลที่มีประสิทธิภาพ

2. ควรกำหนดให้มีแผนงานด้านการพัฒนาศักยภาพผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพในระดับชุมชน เช่น จัดหลักสูตรอบรมอย่างต่อเนื่อง ปี 1 ครั้ง เพื่อทบทวนความรู้ทักษะในการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

3. ควรพิจารณาปรับปรุงและพัฒนาระบบสวัสดิการให้แก่ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับระบบสุขภาพในระดับชุมชน อย่างเหมาะสม เพื่อเพิ่มแรงจูงใจในการปฏิบัติงาน

รวมถึงสามารถปฏิบัติงานด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4. ควรมีการจัดทำสื่อวีดีทัศน์ เรื่องสั้น หนังสือคู่มือสำหรับชุมชน ในการนำไปศึกษา เรียนรู้เพิ่มเติมได้ด้วยตนเอง

5. ควรกำหนดให้มีทีมวิทยากรระบบการแพทย์ฉุกเฉินในระดับจังหวัด ที่สามารถประสานงานร่วมกับหน่วยงานระดับอำเภอ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระบบการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นได้อย่างต่อเนื่อง

4. ควรจัดสรรอุปกรณ์ เครื่องมือการปฏิบัติการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินในระดับตำบล ให้อย่างทั่วถึง

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติ

1. ในกรณีที่ชุมชนมีความพร้อมและต้องการได้รับการพัฒนาความรู้และทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข หรือกลุ่มเครือข่ายชุมชน ควรร่วมกันจัดทำโครงการเสนอต่อหน่วยงานสาธารณสุขในระดับตำบล อำเภอ ได้แก่ รพ.สต. โรงพยาบาลอำเภอ หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อขอการสนับสนุนงบประมาณ ทีมวิทยากรในการให้ความรู้ ทักษะในเรื่องการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

2. ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน อาสาสมัครกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน ที่ผ่านการฝึกอบรมให้ความรู้ทักษะการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ควรให้ความสำคัญในการถ่ายทอดความรู้ ทักษะให้แก่คนในครอบครัว หรือคนในชุมชน ทั้งในเวทีประชุมหมู่บ้าน ประกาศเสียงตามสาย เป็นต้น เพื่อให้คนในชุมชนเห็นความสำคัญของการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น

3. ในระดับชุมชนควรมีการจัดตั้งทีมช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น ที่สามารถทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษา แนะนำ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้นให้แก่ประชาชนในชุมชนได้ พร้อมกันนี้สามารถประสานความร่วมมือกับองค์กร เครือข่ายภายนอกชุมชนในการดำเนินงานช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉิน ทั้งในเรื่องการส่งต่อผู้ป่วยฉุกเฉินเข้าสู่กระบวนการทางการแพทย์ที่รวดเร็ว เป็นระบบ สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินได้ทันเวลา ลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่กรุณาให้คำแนะนำ ตรวจสอบการนำเสนอผลการวิจัย ขอขอบคุณทีมผู้ช่วยนักวิจัยที่ร่วมดำเนินโครงการฯ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ที่กรุณาให้คำแนะนำตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ รวมถึงแกนนำชุมชนที่ให้ความร่วมมือในการทำกิจกรรมและประเมินผลลัพธ์โดยรวม

เอกสารอ้างอิง

1.สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ. เอกสารโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการวิทยากร (ครู ก) หลักสูตรผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น. นนทบุรี: สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ; 2558.

2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการป่วย พ.ศ. 2560. นนทบุรี: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2560.

3. ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, สัมฤทธิ์ ศรีธารงสวัสดิ์, วิทยา ชาติบัญชาชัย. การประเมินการพัฒนาระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน. นนทบุรี: เครือข่ายสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2556.

4.จารุวรรณ ธาดาเดช. การพัฒนาระบบการแพทย์ฉุกเฉินของไทย. รายงานการวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล; 2557.

5.อุรา สุวรรณรักษ์, สุนิสา สุวรรณรักษ์, นฤมล พาพพิล่า. ช่องว่างการแพทย์ฉุกเฉิน: รายงานสถานการณ์ระบบการแพทย์ฉุกเฉิน ปี 2557. นนทบุรี: บจก.ปัญญมิตรการพิมพ์; 2558.

6.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. สถานการณ์จำนวนผู้ป่วยฉุกเฉินในจังหวัดเชียงใหม่ปี 2562. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2562.

7.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่. โครงการพัฒนาศักยภาพชุมชนด้านการช่วยเหลือผู้ป่วยฉุกเฉินเบื้องต้น จังหวัดเชียงใหม่. เชียงใหม่: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่; 2563.

8.เทศบาลตำบลสันนาเม็ง. แผนพัฒนาท้องถิ่น ปี 2563. เชียงใหม่: เทศบาลตำบลสันนาเม็ง; 2563.

9.จารุณี สุธีร์, สุรชา อมรพันธ์, นิพนธ์ มานะสถิตพงศ์. การพัฒนาคุณภาพระบบการดูแลผู้ป่วยฉุกเฉิน ณ จุดเกิดเหตุของ ผู้ปฏิบัติการฉุกเฉินเบื้องต้น. รายงานการวิจัยงาน มหาวิทยาลัยมหาสารคาม; 2555.

10.วิไลภรณ์ ศิริกา, ศศิธร พิมพ์ชายน้อย, ทิพานัน นามวิจิตร. การพัฒนาอาสาฉุกเฉินชุมชนประจำครัวเรือน โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย ในเขตองค์การบริหารส่วนตำบลท่าพระ อำเภอเมืองขอนแก่น จังหวัดขอนแก่น. รายงานการวิจัย สถาบันการแพทย์ฉุกเฉินแห่งชาติ (สพฉ.); 2559

ความคิดเห็นของประชาชนต่อโรงงานพลาสติกอัดเม็ดตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

Public Opinions toward Factory Plastic Pellet Bangpla Subdistrict, Bang Phli District, Samut Prakan Province

บุญเลิศ วงค์โพธิ์[1], วินัย วีระวัฒนานนท์[2], สิรินดา คลี่สุนทร[3]

Bunlert Wongpho[1], Vinai Veeravatnanond[2], Sirinada Kleesunthorn[3]

(Received: October 12,2020; Accepted: November 24,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความคิดเห็นของประชาชนที่เกี่ยวข้อง กับสถานประกอบกิจการ และรวบรวมข้อคิดเห็น เสนอเป็นมาตรการสำหรับการป้องกันและแก้ไขผลกระทบที่เกิดจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม ต่อการดำรงชีวิตของประชาชนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา เป็นตัวแทนครัวเรือนที่อาศัยอยู่ในบัญชีทะเบียนบ้าน หมู่ที่ 9 ตั้งแต่บ้านเลขที่ 64 – 99/57 ตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ซึ่งอยู่ในรัศมี 500 เมตร รอบโรงงาน โดยวิธีการสมัครใจให้การสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวนทั้งสิ้น 94 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสำรวจ และแบบสอบถามความคิดเห็นต่อต่อโรงงานพลาสติกอัดเม็ด ในประเด็นกฎหมายและมลพิษที่เกี่ยวข้องกับโรงงาน สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ และการวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า ความคิดเห็นของประชาชนต่อโรงงานพลาสติกอัดเม็ด แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ประกอบด้วย กลุ่มที่ 1 (ซอย 75) ประชาชนในกลุ่มนี้ไม่ได้รับผลกระทบทางด้านมลพิษจากการประกอบกิจการของโรงงาน แต่ในส่วนโรงงานควรปฏิบัติตามกฎหมายเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของประชาชนด้วย กลุ่มที่ 2 (ซอย 77) ประชาชนส่วนใหญ่ ได้รับผลกระทบทางมลพิษจากการประกอบกิจการของโรงงานทั้งด้าน ควัน กลิ่น เสียง ฝุ่นละออง และน้ำเสีย เพราะอยู่ในทิศทางเหนือของโรงงาน ซึ่งจะมีลมทะเลพัดผ่านโรงงานไปยังชุมชนประมาณ 8 – 9 เดือน ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สุขภาพและระบบทางเดินหายใจในระดับมาก โดยชุมชนได้เสนอแนะให้ยุติการประกอบกิจการ และให้หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องตรวจสอบค่ามลพิษต่าง ๆ ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด รวมทั้งการได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการจากหน่วยงานเสียก่อน ในขณะที่กลุ่มที่ 3 (ซอย 79) ประชาชนส่วนใหญ่ไม่ได้รับผลกระทบทางมลพิษจากการประกอบกิจการของโรงงาน แต่โรงงานก็ควรคำนึงถึงชุมชนที่อยู่ใกล้เคียงที่อาจได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ส่วนในกลุ่มที่ 4 (ริมถนนเทพารักษ์) ประชาชนบางส่วนได้รับลกระทบทางด้านมลพิษจากการประกอบกิจการของโรงงานบ้างในระดับหนึ่ง โดยช่วงเวลาที่ได้รับกลิ่นเหม็นจากควันมีทั้งช่วงเวลากลางวันและกลางคืน และในฤดูที่ลมพัดจากทิศเหนือสู่ทิศใต้ ส่วนฝุ่นละอองได้รับผลกระทบบ้างเล็กน้อย โดยมลพิษที่ได้รับผลกระทบส่วนใหญ่มาจากการรถยนต์ที่สัญจรบนถนนเทพารักษ์มากกว่า

คำสำคัญ : ความคิดเห็น, มลพิษ, กฎหมายสิ่งแวดล้อม,

Abstract

This research was survey aim to study the opinions of the people related to the establishment and gather opinions and propose as measures for the prevention and mitigation of impacts caused by environmental pollution. For the livelihood of the people. The sample group of the study was a representative of the households living in the house registration account village No. 9, from house number 64 - 99/57, Bang Pla sub-district, Bang Phli district, Samut Prakan province, within a radius of 500 meters around the factory by voluntary means of interviewing and answering. The questionnaire consisted of a total of 94 people. The research instruments were surveys and questionnaires on the plastic pellet plant on legal issues and pollution related to the plant. The statistics used for data analysis were frequency, percentage and descriptive analysis.

The research results were found that people's opinions on plastic pellet factory are divided into 4 groups consists of group 1 (Soi 75)People in this group are not affected by pollution from the operation ofthe factory business, but the factory should follow the law so as not to affect the livelihood of the people as well. Group 2 (Soi 77) Most people are affected by pollution from factory operations, including smoke, odor, noise, dust and wastewater because it is in the northern direction of the factory where the sea breeze blows through the factory to the

[1] 1,2 อาจารย์ประจำสาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา คณะสหเวชศาสตร์ มหาวิทยาลัยปทุมธานี

3 อาจารย์ประจำสาขาวิชาการจัดการธุรกิจการบิน วิทยาลัยนวัตกรรมการจัดการ มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ฯ

community around 8–9 months, it affects the quality of life, health and respiratory system at a large extent. The community has suggested to stop the business and to the relevant government agencies to check the pollution values in accordance with the standards set by the law, including obtaining permission to operate from the organization first while in Group 3 (Soi 79), most people are not affected by pollution from factory operations, but the factory should take into account the neighboring communities that may be directly or indirectly affected. In group 4 (Thepharak Road), some people were affected by pollution from factory operations to some extent, during which the period of smell from smoke was during the day and night. The season when winds from north to south and dust are slightly affected, most of the pollution is affected by cars traveling on Theparak road.

Keywords: Opinion, Pollution, Environmental Law,

บทนำ

ปัจจุบันการกระจายความเจริญได้ขยายตัวเพิ่มมากขึ้นทั้งในด้านการก่อสร้างที่อยู่อาศัยเพื่อรองรับประชากรที่อพยพย้ายถิ่นเข้ามาประกอบอาชีพในเขตเมือง การก่อสร้างสถานประกอบการ ไปจนถึงอาคารพาณิชย์ ห้างสรรพสินค้า โรงงานอุตสาหกรรม และตึกสูง ที่ขยายตัวปะปนอยู่รวมกัน ซึ่งเกิดจากการการขยายตัวทางเศรษฐกิจและอุตสาหกรรม ที่เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากนโยบายภาครัฐในช่วงระยะเวลา 30 ปีที่ผ่านมา ตลอดจนการก่อสร้างเส้นทางคมนาคมเพื่ออำนวยความสะดวกในการขนส่งและการรองรับจำนวนยานพาหนะ ส่งผลทำให้เกิดมลพิษ จำพวก กลิ่นเหม็น เขม่า ควัน ฝุ่นละออง เสียงดัง และน้ำเสีย ฯลฯ ต่อสิ่งแวดล้อม ทั้งทางตรงและทางอ้อม ส่งผลกระทบต่อการดำเนินชีวิตของประชาชนในชุมชน ที่ต้องปรับตัวรับมือกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม

โรงงานประกอบกิจการพลาสติกอัดเม็ด เป็นสถานประกอบกิจการที่ตั้งอยู่ท่ามกลางชุมชน ได้รับใบอนุญาตโรงงานประกอบกิจการสับล้างพลาสติก ตั้งแต่ พ.ศ. 2545 จนกระทั่ง พ.ศ. 2551 ได้รับใบอนุญาตประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ จากองค์การบริหารส่วนตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ โดยโรงงานประกอบกิจการทำพลาสติกอัดเม็ด ซึ่งในขั้นตอนกระบวนการผลิตได้ปล่อยมลพิษสู่สิ่งแวดล้อม ซึ่งได้แก่ ควัน ฝุ่นละออง เสียง และน้ำเสีย เป็นต้น ส่งผลกระทบต่อชุมชนใกล้เคียง และเกิดการร้องเรียนจากชุมชนโดยตลอดจนกระทั่งในปี พ.ศ. 2561 ได้มีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่องกำหนดประเภทหรือขนาดของกิจการและหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่ผู้ขออนุญาตจะต้องดำเนินการก่อนการพิจารณาออกใบอนุญาต พ.ศ. 2561[1] เพื่อประโยชน์ในการป้องกันเหตุรำคาญหรือผลกระทบต่อสภาวะความเป็นอยู่ที่เหมาะสมกับการดำรงชีพของประชาชน ชุมชนหรือสิ่งแวดล้อม นอกจากนี้ยังมีประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง หลักเกณฑ์ในการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนที่เกี่ยวข้อง พ.ศ. 2561 โดยกำหนดหลักเกณฑ์ในการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนที่เกี่ยวข้องก่อนการพิจารณาออกใบอนุญาตประกอบกิจการใดที่อาจก่อให้เกิดเหตุรำคาญหรือผลกระทบต่อสภาวะความเป็นอยู่ที่เหมาะสมกับการดำรงชีพของประชาชน ชุมชนหรือสิ่งแวดล้อม โดยอาศัยอำนาจตามความในมาตรา 54 วรรคสอง แห่งพระราชบัญญัติการสาธารณสุข พ.ศ. 2535 ซึ่งแก้ไขเพิ่มเติมโดยพระราชบัญญัติการสาธารณสุข (ฉบับที่ 3) พ.ศ.2560 [2] ผู้วิจัยจึงได้ดำเนินการจัดทำการรับฟังความคิดเห็นของประชาชนต่อโรงงานประกอบกิจการพลาสติกอัดเม็ด เพื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูล สรุปความคิดเห็น และจัดทำเป็นรายงานเสนอต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาความคิดเห็นของประชาชนที่เกี่ยวข้องกับสถานประกอบกิจการ

2. เพื่อรวบรวมข้อคิดเห็นและมาตรการสำหรับการป้องกันและแก้ไขผลกระทบที่เกิดจากมลพิษทางสิ่งแวดล้อม ต่อการดำรงชีวิตของประชาชน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ ทำการศึกษาสภาพของสถานประกอบกิจการ ของโรงงานประกอบ

กิจการพลาสติกอัดเม็ด และการศึกษาความคิดเห็นของประชาชน ที่ตั้งอยู่ในพื้นที่ หมู่ที่ 9 ตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ประชาชนที่อาศัยอยู่ในบัญชีทะเบียนบ้าน หมู่ที่ 9 บ้านเลขที่ 64 – 99/57 ตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ในรัศมีรอบโรงงานฯ 500 เมตร

กลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษาความคิดเห็น เป็นตัวแทนครัวเรือน ที่อาศัยอยู่ในบัญชีทะเบียนบ้าน หมู่ที่ 9 บ้านเลขที่ 64 – 99/57 ตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการ ที่สมัครใจตอบแบบสอบถาม จำนวน 94 คน

วิธีดำเนินการวิจัย

ผู้ศึกษาได้ลงพื้นที่ที่อยู่โดยรอบบริเวณโรงงานผลิตภัณฑ์พลาสติก ในรัศมี 500 เมตร และศึกษากระบวนการการประกอบกิจการของโรงงานฯ จำนวน 2 ครั้ง รวมทั้งการศึกษากฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการประกอบกิจการของโรงงาน การสัมภาษณ์ประชาชนที่เกี่ยวข้องตามแบบสอบถามความคิดเห็นที่สร้างขึ้น ระหว่างวันที่ 7 – 9 มิถุนายน 2563 และเก็บข้อมูลเพิ่มเติม เพื่อความครบถ้วนสมบูรณ์ แล้วนำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ผลการวิจัย

จากข้อมูลทั่วไปของประชาชน พบว่า ประชาชนที่ให้สัมภาษณ์ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย มีอายุ 41 ปีขึ้นไป มีอาชีพเป็นพนักงานบริษัท ทำธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย และรับจ้างทั่วไป มีความรู้ระดับ ปวช./ปวส. มีรายได้ต่อเดือน ประมาณ 9,000 - 15,000 บาท ในครัวเรือนมีสมาชิกอยู่อาศัยกันประมาณ 3 – 4 คน โดยส่วนมากเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านบางกะสี หมู่ที่ 9 ตำบลบางปลา อำเภอบางพลี จังหวัดสมุทรปราการมามากกว่า 10 ปี

ในส่วนความคิดเห็นของประชาชนต่อการประกอบกิจการของโรงงานประกอบกิจการพลาสติกอัดเม็ด แบ่งออกเป็น 4 กลุ่ม ได้ดังนี้

กลุ่มที่ 1 (ซอย 75) ประชาชนในกลุ่มนี้ส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าโรงงานฯ ประกอบกิจการ ผลิตภัณฑ์พลาสติก ประกอบกิจการประเภทใด มีผลิตภัณฑ์อะไรบ้าง มีระบบควบคุมมลพิษ ในกระบวนการผลิต เป็นอย่างไร มีกฎหมายใดบ้างที่เกี่ยวข้อง กำกับ ควบคุม ดูแล และไม่แน่ใจว่ารายละเอียดของกฎหมายที่เกี่ยวข้องนั้น โรงงานฯ ต้องปฏิบัติเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของประชาชนด้วยวิธีการอย่างไร ในขณะเดียวกันมลพิษ จากโรงงาน ไม่ได้ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของประชาชน ซึ่งโดยภาพรวม อยู่ในระดับน้อยที่สุด (1.00)

กลุ่มที่ 2 (ซอย 77) ประชาชนส่วนใหญ่ รู้ว่าโรงงานประกอบกิจการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์พลาสติก มีระบบควบคุมมลพิษ เช่น ควัน กลิ่น ฝุ่นละออง น้ำเสีย ฯลฯ ที่ระบายออกจากโรงงาน ในกระบวนการผลิต อีกทั้งมีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกำกับ ควบคุม อย่างเคร่งครัด และรู้ว่ารายละเอียดของกฎหมายที่เกี่ยวข้องกำหนดให้โรงงานสถานประกอบกิจการ ต้องปฏิบัติเพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของประชาชน แต่มลพิษที่ประชาชนได้รับอยู่ตลอดปี ก่อให้เกิดความเดือดร้อน และส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิต สุขภาพ และระบบทางเดินหายใจ โดยเสนอแนะให้ยุติกระบวนการผลิตของโรงงานเสียก่อน เพื่อให้หน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องตรวจสอบค่ามลพิษต่าง ๆ ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กฎหมายกำหนด รวมทั้งการได้รับอนุญาตประกอบกิจการจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องด้วย

กลุ่มที่ 3 (ซอย 79) ประชาชนส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าโรงงานฯ ประกอบกิจการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์พลาสติก และไม่ทราบรายละเอียดเกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับโรงงานที่ต้องปฏิบัติ เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของประชาชน ในส่วนของความเป็นอยู่โดยปกติมีความความรู้สึกว่าได้รับกลิ่นเหม็นจากควันอยู่บ้าง แต่ไม่มาก โดยช่วงเวลาที่ได้รับกลิ่นจะเป็นช่วงเวลากลางคืน แต่ไม่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพเท่าใดนัก สำหรับเรื่องฝุ่นละอองมีผลกระทบในระดับน้อยมาก ส่วนใหญ่ลมจะพัดพามาในช่วงเวลากลางวัน และมาจากหลายทิศทาง โดยภาพรวม มีความคิดเห็นว่าผลกระทบของมลพิษจาก

โรงงานผลิตภัณฑ์พลาสติก กับชุมชน ซอย 79 มีอยู่ในระดับน้อย

กลุ่มที่ 4 (ริมถนนเทพารักษ์) ประชาชนบางส่วนไม่รู้ว่าโรงงานฯ ประกอบกิจการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์พลาสติก แต่อีกส่วนหนึ่งที่อยู่ใกล้โรงงานฯ รู้ว่าโรงงานฯ ประกอบกิจการเกี่ยวกับผลิตภัณฑ์พลาสติก และได้รับลกระทบบ้างในระดับหนึ่ง โดยไม่รู้ว่าการประกอบกิจการมีระบบควบคุมมลพิษต่าง ๆ อย่างไร อีกทั้งไม่รู้ว่ารายละเอียดเกี่ยวกับกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับโรงงานฯ ที่ต้องปฏิบัติ เพื่อไม่ให้มลพิษ ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของประชาชน ต้องปฏิบัติ ควบคุม ให้มีมาตรฐานเป็นอย่างไร ในส่วนของความความรู้สึกจากการได้รับกลิ่นเหม็นจากควันที่มาจากสถานประกอบกิจการฯ มีอยู่บ้าง แต่อยู่ในระดับน้อย โดยช่วงเวลาที่ได้รับกลิ่นเหม็นจากควันที่มาจากสถานประกอบกิจการมีทั้งช่วงเวลากลางวันและกลางคืน และตลอดทั้งปี มีผลกระทบต่อสุขภาพอยู่บ้าง เช่นปวดหัว และเวียนศีรษะ ส่วนฝุ่นละอองที่มาจากสถานประกอบกิจการบ้าง โดยเฉพาะช่วงกลางวัน รวมทั้งฝุ่นควันจากถนนเทพารักษ์ด้วย ซึ่งมีผลกระทบต่อสุขภาพอยู่บ้าง เช่น ไอจาม หรือโรคระบบทางเดินหายใจ โดยภาพรวมแล้วการประกอบกิจการของโรงงานผลิตภัณฑ์พลาสติก มีผลกระทบระดับปานกลาง

สรุปและอภิปรายผล

1. บริบทที่ตั้งโรงงานฯ การที่โรงงานฯ ได้ดำเนินกิจการมากว่า 15 ปี ได้ดำเนินการตามระเบียบของกฎหมายตามลำดับทุกขั้นตอน แต่เมื่อชุมชนมีการขยายตัว จึงปรากฏว่ามีโรงงานเกิดขึ้นอีกหลายแห่ง เช่น โรงงานผลิตอุปกรณ์เกี่ยวกับยานยนต์ โรงงานวัสดุก่อสร้าง โรงงานผลิตภัณฑ์พลาสติก โรงงานอุตสาหกรรมอาหารฯลฯ ที่แทรกตัวอยู่ร่วมกับชุมชนบางกะสีดั้งเดิม รวมทั้งบ้านเรือนที่อยู่อาศัยของประชาชน ร้านค้า สถานบริการที่เกิดขึ้นใหม่ โดยมีถนนเทพารักษ์เป็นถนนสายหลัก ที่ใช้ในการสัญจรของชุมชน มีการจราจรค่อนข้างหนาแน่น และชุมชนก็ได้รับผลกระทบจากระดับน้ำทะเลหนุน รวมทั้งผลกระทบจากปริมาณน้ำฝน ที่ทำให้เกิดน้ำท่วมขังรอการระบาย อยู่เป็นประจำ

2. ฝุ่น ควัน เสียง และกลิ่น มีผลกระทบต่อชุมชนกลุ่มที่ 2 ที่อาศัยอยู่บริเวณซอย 77 และชุมชนกลุ่มที่ 4 ที่อาศัยอยู่บริเวณริมถนนเทพารักษ์ ใกล้ ๆ กับโรงงานฯ ก่อให้เกิดเหตุรำคาญในการดำเนินชีวิตประจำวัน แต่ทางโรงงานฯ ก็ได้ทำการตรวจวัดคุณภาพอากาศที่ระบายออกจากปล่องโรงงาน ซึ่งมีค่ามาตรฐานตามประกาศกระทรวงอุตสาหกรรมกำหนด ในขณะเดียวกัน ฝุ่นควันและกลิ่นจากโรงงานฯ กลับไม่มีผลกระทบต่อชุมชน กลุ่มที่ 1 ที่อาศัยอยู่ในซอย 75 และกลุ่มที่ 3 ซอย 79 ที่อยู่ไกลออกไปจากโรงงานฯ ประมาณ 300 เมตร รวมถึงโรงเรียนสุเหร่าบางกะสี ด้วย นอกจากนี้ แหล่งกำเนิดฝุ่น ควัน และกลิ่นยังเกิดจากแหล่งกำเนิดอื่น ๆ ที่อยู่ในบริเวณชุมชน รวมทั้งสภาพการจราจรบนถนนเทพารักษ์ อีกด้วย รวมทั้งปัจจัยทางอุตุนิยมวิทยา เช่นช่วงเวลาของทิศทางลมที่ชาวบ้านเรียกว่าลมทะเล ซึ่งพัดจากใต้ขึ้นเหนือ ประมาณ 7 – 8 เดือน ที่กระแสลมพัดเข้าสู่ชุมชน ประกอบกับภาวะโลกร้อนก็มีผลกระทบต่อการสะสมของฝุ่น ควัน และกลิ่น ไม่สามารถระบายขึ้นสู่ชั้นบรรยากาศได้อย่างรวดเร็ว

3. น้ำเสีย น้ำเสียในชุมชนเกิดขึ้นได้จากแหล่งกำเนิด เช่น บ้านเรือน ที่อยู่อาศัย ร้านค้า และโรงงานที่ตั้งอยู่หลายแห่งในชุมชนบางกะสี ไหลลงสู่คลองสี่ศอก คลองบางกะสี และลำรางสาธารณะที่ไหลผ่านบริเวณรั้วโรงเรียนสุเหร่าบางกะสี แล้วไหลสู่คลองสำโรง ประกอบกับพื้นที่ในบริเวณดังกล่าว เป็นพื้นที่ลุ่มต่ำ ก่อให้เกิดน้ำท่วมขังในเวลาฝนตกและน้ำทะเลหนุน มีการก่อสร้างและปรับถมดินจากการขยายตัวของชุมชน จึงทำให้ยากต่อการระบายน้ำทิ้ง ทั้งจากโรงงาน และแหล่งกำเนิดอื่น ๆ

4. เสียง เสียงดังของเครื่องจักรจากการประกอบกิจการของโรงงานผลิตภัณฑ์พลาสติก มีผลกระทบต่อชุมชนอยู่ในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะในชุมชนซอย 77 และบริเวณใกล้โรงงานฯ แต่อยู่ในวิสัยที่โรงงานฯ จะสามารถปรับปรุงแก้ไขได้

5. ผลกระทบต่อผู้ปฏิบัติงานในโรงงานฯ การประกอบกิจการของโรงงาน พนักงานย่อมได้รับผลกระทบอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ดังนั้น โรงงานฯ ต้องให้ความสำคัญต่อสภาพแวดล้อม ที่อาจมีผลกระทบต่อสุขภาพอนามัย

ของพนักงานเช่นเดียวกับผลกระทบต่อชุมชนควบคู่กันไปด้วย

ข้อเสนอแนะ

1. การส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างโรงงานฯ กับชุมชน ในส่วนของโรงงานฯ ควรเพิ่มการประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร การดำเนินกิจกรรมของโรงงานฯ ให้ชุมชนและหน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่นได้ทราบอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ดีต่อกัน และร่วมมือกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เช่น การเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ ของชุมชน การให้ความช่วยเหลือชุมชนตามสถานการณ์ที่เหมาะสม และความร่วมมือระหว่างชุมชนกับโรงงาน เป็นต้น

2. การเพิ่มความสะอาดเรียบร้อยและพื้นที่สีเขียวโรงงานฯ ควรให้ความสำคัญในเรื่องความสะอาด ความเป็นระเบียบเรียบร้อยภายในโรงงานฯ เช่น การทำความสะอาด การเฝ้าระวังไม่ให้เกิดมลพิษที่อาจส่งผลกระทบต่อชุมชน อย่างต่อเนื่องเป็นประจำ รวมทั้งการสร้างพื้นที่สีเขียวบริเวณรอบโรงงานฯ เช่นการปลูกไม้ที่ให้ร่มเงาและเป็นกำแพงในการป้องฝุ่นละอองและเสียงได้ รวมทั้งการปลูกไม้ดอกไม้ประดับและการตกแต่งสวนหย่อมริมรั้วด้านหน้าโรงงานฯ

ผู้ศึกษาได้ให้ข้อเสนอแนะที่สามารถปฏิบัติร่วมกันได้ ระหว่าง โรงงานฯ ชุมชน และหน่วยงานราชการในระดับท้องถิ่น ทั้งนี้ เพื่อประโยชน์ที่ทุกฝ่ายจะได้รับร่วมกัน และเป็นไปตามพื้นฐานข้อมูลที่ได้ศึกษา ข้อสังเกตที่พบและอยู่บนพื้นฐานทางวิชาการที่ผู้ศึกษาปฏิบัติได้

เอกสารอ้างอิง

1. ราชกิจจานุเบกษา. (2562). **ประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง กิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพ(ฉบับที่3) พ.ศ.2562.** สืบค้นจาก http://laws.anamai.moph.go.th/ เมื่อวันที่10 มีนาคม 2563

2. อำนาจ วงศ์บัณฑิต. (2562). **กฎหมายสิ่งแวดล้อม.** กรุงเทพฯ. สำนักพิมพ์วิญญชน.

ความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติต่อการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหว ของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบ้านบนเขาแก่งเรียง อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

Knowledge, Awareness and Practice in Preparation for the Response to Earthquake Disasters of Junior High School Students, Banbonkaowkangreang School, Si Sawat District, Kanchanaburi Province

นภัสพร ทองพราย[11], ประภาพร ชุลีลัง[2], ปัญญา หมั่นเก็บ[3]

Naphatsaporn Thongprai[1], Prapaporn Chulilung[2], Panya Mankeb[3]

(Received: October 26,2020; Accepted: November 27,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหว ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบ้านบนเขาแก่งเรียง อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี 2) เปรียบเทียบความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม และ 3) เปรียบเทียบความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติ หลังเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหว จำแนกตามเพศ และระดับชั้น โดยผู้วิจัยได้มีการจัดกิจกรรมการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติเพื่อเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหว โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลจากนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบ้านบนเขาแก่งเรียง อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 43 คน และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และทดสอบสมมติฐานโดยใช้ t-test, F-test

ผลการศึกษาพบว่า เมื่อเปรียบเทียบความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติ ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหว พบว่าหลังเข้าร่วมกิจกรรมนักเรียนมีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฯ นักเรียนมีความรู้ในระดับน้อย ($\bar{X}$ = 9.86) มีความตระหนักในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.93) และการปฏิบัติในระดับปานกลาง ($\bar{X}$ = 2.84) ตามลำดับ แต่หลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ พบว่านักเรียนมีความรู้ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 16.02) มีความตระหนักในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$ = 4.51) และการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$ = 3.90) ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติ ของนักเรียนหลังการเข้าร่วมกิจกรรม พบว่าเพศ และระดับชั้นเรียนที่ต่างกัน ความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนความตระหนักและการปฏิบัติ ไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$)

คำสำคัญ : ความรู้, ความตระหนัก, การปฏิบัติ, การเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ, ภัยพิบัติแผ่นดินไหว

Abstract

The objectives of this study were to 1) examine the knowledge, awareness and practice in preparation for the response to earthquake disasters of the junior high school students, Banbonkaowkangreang School, Si Sawat District, Kanchanaburi Province before and after participating in the learning activities so as to be prepared for earthquake disasters, 2) compare the knowledge, awareness and practice before and after their participation in the learning activities and 3) compare the knowledge, awareness and practice after their participation in the learning activities based on their genders and classes. The researchers had arranged the learning activities and training sessions in preparation for the response to earthquake disasters. The study utilized the questionnaires as research tools to collect data from 43 junior high school students, Banbonkaowkangreang School, Si Sawat District, Kanchanaburi Province. The data was analyzed by descriptive statistics which comprised frequency, percentage, mean and standard deviation. The hypotheses were tested by the t-test and F-test.

---

[1] นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์

[2]อาจารย์ประจำหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสิ่งแวดล้อมศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ จังหวัดปทุมธานี

[3]อาจารย์ประจำภาควิชานวัตกรรมการสื่อสารและพัฒนาการเกษตร คณะเทคโนโลยีการเกษตร สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าเจ้าคุณทหารลาดกระบัง

The study found that the students had low-level knowledge ($\bar{X}$ = 9.86), high-level awareness ($\bar{X}$ = 3.93) and moderate-level practice ($\bar{X}$ = 2.84) before their participation in the learning activities. After the participation, they had high-level knowledge ($\bar{X}$ = 16.02), highest-level awareness ($\bar{X}$ = 4.51) and high-level practice ($\bar{X}$ = 3.90), respectively. Comparing the students' knowledge, awareness and practice based on their genders and classes after their participation in learning activities, their knowledge in preparation for the response to earthquake disasters was significantly improved ($p<0.05$), whereas the differences in both their awareness and practice were insignificant ($p>0.05$).

Keywords: knowledge, awareness, practice, disaster preparedness, earthquake disaster

บทนำ

ปัจจุบันภัยพิบัติจากการเกิดแผ่นดินไหว เกิดขึ้นบ่อยครั้งและมีความรุนแรงมากขึ้น และยังไม่มีเทคโนโลยีที่สามารถนำมาใช้ในการทำนายเวลาการเกิดแผ่นดินไหวที่แน่นอนได้ การทำนายแผ่นดินไหวสามารถคาดการณ์ช่วงเวลาการเกิดแผ่นดินไหวได้จากคาบอุบัติซ้ำของแผ่นดินไหวในแต่ละที่โดยการขุดร่องสำรวจรอยเลื่อนและทำการหาอายุของการเลื่อนตัวในแต่ละครั้ง รวมทั้งข้อมูลสถิติการเกิดแผ่นดินไหวในอดีต เพื่อประมาณช่วงเวลาการเกิดในครั้งต่อไป กับพื้นที่เสี่ยงภัย อีกทั้งมนุษย์ยังไม่สามารถควบคุมไม่ให้เกิดแผ่นดินไหวได้ จึงมักมีผู้เสียชีวิตจากเหตุการณ์แผ่นดินไหวอยู่เสมอ การเตรียมความพร้อมก่อนการเกิดแผ่นดินไหว รวมถึงการปฏิบัติตนที่ถูกต้องในขณะเกิดและหลังเกิดแผ่นดินไหวเป็นสิ่งสำคัญที่ควรต้องศึกษาและทำความเข้าใจ เพื่อให้เราสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับธรรมชาติได้อย่างมีความสุข [1,2]

การเกิดภัยพิบัติแต่ละครั้งย่อมส่งผลกระทบต่อมนุษย์ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเด็กและวัยรุ่นซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง (Vulnerable group) ทั้งทางตรงและทางอ้อม เด็กเป็นผู้มีอุบัติการณ์ของการสูญเสียชีวิตในภัยพิบัติมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากเด็กมีร่างกายที่เปราะบางในการตอบสนองต่อภยันตราย ความเจ็บป่วย และความสูญเสีย จากข้อมูลขององค์การ UNICEF พบว่าเหตุการณ์สึนามิในปี พ.ศ. 2547 ร้อยละ 17.22 ของผู้เสียชีวิตเป็นเด็ก จากเหตุการณ์อุทกภัยในปี พ.ศ. 2554 ร้อยละ 16.25 ของผู้เสียชีวิตเป็นเด็ก และเด็กอีก 1.5 ล้านคนได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ การที่เด็กและวัยรุ่นต้องเผชิญภาพเหตุการณ์ที่น่ากลัวเป็นเรื่องที่ยากในการยอมรับ อาจกล่าวได้ว่าความรู้สึกสูญเสียที่เกิดกับเด็กและวัยรุ่นที่เป็นผลกระทบจากภัยพิบัติมีทั้งความสูญเสียที่เป็นรูปธรรมสามารถมองเห็นได้ชัดหรือแสดงออกทางสถิติได้ง่าย เช่น การสูญเสียบุคคลผู้เป็นที่รักหรือบุคคลใกล้ชิด หรือแม้แต่สัตว์เลี้ยง สูญเสียสภาพแวดล้อมที่คุ้นเคย ปลอดภัยและเป็นสุข และความสูญเสียที่เป็นนามธรรม เช่น ความมั่นคง ความอบอุ่นทางจิตใจ ความรักความผูกพัน โอกาสสนุกสนาน เป็นต้น แต่เนื่องจากเด็กและวัยรุ่นจำเป็นต้องพึ่งพาผู้ใหญ่และต้องการสภาพแวดล้อมที่มั่นคงปลอดภัยสำหรับเป็นรากฐานในการเจริญเติบโตและพัฒนาการที่สมบูรณ์ การสูญเสียดังกล่าวจึงเป็นการสูญเสียที่มีอิทธิพลสำคัญต่อการเติบโตและพัฒนาการที่สมบูรณ์ ถ้าต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่ไม่มั่นคงเป็นเวลานานจะยิ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อพัฒนาการของเด็กได้รุนแรงและยาวนานมากขึ้น[3,4]

การเตรียมความพร้อมรับมือจากภัยพิบัติให้กับเด็กจึงเป็นการพัฒนาศักยภาพเด็กให้สามารถเผชิญกับภัยพิบัติได้อย่างปลอดภัย เปลี่ยนสถานะจากผู้ที่ต้องรอรับความช่วยเหลือเป็นผู้ที่ดูแลตนเองและช่วยเหลือผู้อื่นได้ [3] สำหรับประเทศไทย สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐานได้จัดทำแนวการจัดการภัยพิบัติในสถานศึกษาและเขตพื้นที่การศึกษาเพื่อลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติในสถานศึกษา โดยมีจุดมุ่งหมายให้นักเรียนทุกคนมีความรู้ ความเข้าใจ มีทัศนคติและความสามารถในการป้องกันตนเอง รวมทั้งมีการตอบสนองในภาวะฉุกเฉิน [5] นอกจากนั้นแล้ว กรมอนามัย (2543 : 29-30) ยังได้วางเป้าหมายด้านสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนทั้งทางกายภาพ จิตใจ และสังคม ที่เอื้อต่อสุขภาพที่ดี โดยกำหนดวัตถุประสงค์และมีกิจกรรมให้จัด [16]

จังหวัดกาญจนบุรีอยู่ในแนวรอยเลื่อนแผ่นดินไหวถึงสองแนว ได้แก่ รอยเลื่อนศรีสวัสดิ์ และรอยเลื่อนเจดีย์สามองค์ที่เป็นรอยเลื่อนมีพลัง (Active fault) ซึ่งหมายถึงแนวรอยเลื่อนบนเปลือกโลกที่ยังเคลื่อนที่ได้ และถูกล้อมรอบทางด้านทิศตะวันตก ทิศใต้ และทิศเหนือ ด้วยรอยเลื่อนแผ่นดินไหว และ

หากเกิดแผ่นดินไหวที่มีความรุนแรงมากพอ แม้จะอยู่ในพื้นที่ห่างไกลแต่จังหวัดกาญจนบุรีก็อาจได้รับผลกระทบไปด้วย นอกจากนี้การเกิดสึนามิสามารถส่งผลกระทบให้เกิดแผ่นดินไหวได้เช่นเดียวกัน เช่น เมื่อครั้งที่เกิดแผ่นดินไหวในมหาสมุทรอินเดียบริเวณใกล้ประเทศอินโดนีเซีย เมื่อวันที่ 26 ธันวาคม 2547 ซึ่งส่งผลให้เกิดคลื่นสึนามิขนาดความสูงประมาณ 30 เมตร เข้าทำลายบ้านเรือนบริเวณชายฝั่งมหาสมุทรอินเดีย รวมถึงภาคใต้ของประเทศไทย ได้ส่งผลกระทบถึงพื้นที่บางส่วนของจังหวัดกาญจนบุรี เช่น อาคารโรงเรียนบ้านดินโส ตำบลสหกรณ์นิคม อำเภอทองผาภูมิ พังเสียหายทั้งหลัง โรงเรียนบ้านหินดาด คานรับน้ำหนักหลังคาหักชำรุด อาคารเกิดรอยร้าวบางจุด และโรงเรียนวัดหินดาด หมู่ 3 ตำบลหินดาด อำเภอทองผาภูมิ เกิดรอยร้าวหลายจุดทั่วอาคาร รวมถึงมีร่องรอยหินถล่มในถ้ำแห่งหนึ่งที่อยู่ในอุทยานแห่งชาติเขื่อนศรีนครินทร์ [6]

โรงเรียนบ้านบนเขาแก่งเรียง ตั้งอยู่ในหมู่ที่ 3 บ้านแก่งเรียง ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี เป็นโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่รอยเลื่อนศรีสวัสดิ์ และเคยได้รับผลกระทบจากแผ่นดินไหวทำให้เกิดหลุมยุบในพื้นที่บริเวณโรงเรียน เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2560 ดังนั้น การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความรู้ ความตระหนักและการปฏิบัติต่อการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบ้านบนเขาแก่งเรียง อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษารูปแบบการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวของโรงเรียนในพื้นที่รอยเลื่อนศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี เพื่อพัฒนานักเรียนซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบางให้มีความสามารถในการเผชิญเหตุภัยพิบัติแผ่นดินไหวได้อย่างเหมาะสมและรู้ว่าต้องปฏิบัติอย่างไรเพื่อให้ตนเองปลอดภัยเมื่อประสบกับสถานการณ์จริง ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ต่อผู้บริหาร ครู นักเรียนและผู้นำชุมชนในการบูรณาการเพื่อเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติทั้งเนื้อหาสาระ ทักษะ และวิธีการจัดการเรียนรู้ที่เหมาะสมกับบริบทเชิงพื้นที่และเป็นการสร้างการมีส่วนร่วมเพื่อจัดการภัยพิบัติในโรงเรียนของตน ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้แบบองค์รวมทั้งในความรู้ ทักษะและจิตสำนึกต่อส่วนรวม จนเกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัยอย่างยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติก่อนและหลัง เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบ้านบนเขาแก่งเรียง อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี

2. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหว

3. เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติ หลังเข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหว จำแนกตามเพศ และระดับชั้นเรียน

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยปฏิบัติการ (Action Research) โดยผู้วิจัยได้นำรูปแบบการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวของโรงเรียนในพื้นที่รอยเลื่อนศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี ที่พัฒนาแล้วและผ่านการประเมินโดยผู้ทรงคุณวุฒิเรียบร้อยแล้ว จึงนำไปทดสอบรูปแบบโดยไปปฏิบัติการที่โรงเรียนบ้านบนเขาแก่งเรียง ซึ่งตั้งอยู่หมู่ที่ 3 บ้านแก่งเรียง ตำบลท่ากระดาน อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี เนื่องจากเป็นโรงเรียนที่ตั้งอยู่ในพื้นที่รอยเลื่อนศรีสวัสดิ์ และเคยได้รับผลกระทบจากแผ่นดินไหวทำให้เกิดหลุมยุบในพื้นที่บริเวณโรงเรียน เมื่อวันที่ 28 ตุลาคม 2560 โดยดำเนินการในระหว่างเดือน พฤศจิกายน 2562 ถึงเดือน สิงหาคม 2563

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือ นักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบ้านบนเขาแก่งเรียง อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวนทั้งสิ้น 43 คน

เครื่องมือในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย

1. แบบทดสอบความรู้ เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหว จำนวน 20 ข้อ เป็นแบบตัวเลือก จำนวน 4 ตัวเลือก (Multiple choice question: MCQ) มีเกณฑ์การประเมินดังนี้ [7] คะแนน 16 – 20 คะแนน มีความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 80 ขึ้นไป) คะแนน 12 – 15 คะแนน มีความรู้ระดับ

ปานกลาง (ร้อยละ 60 – 79.99) คะแนน 0 – 11 คะแนน มีความรู้ระดับน้อย (ต่ำกว่าร้อยละ 60)

2. แบบสอบถามความตระหนักต่อการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหว ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ เป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้ [8] 1.00 – 1.49 = น้อยที่สุด, 1.50 – 2.49 = น้อย, 2.50 – 3.49 = ปานกลาง, 3.50 – 4.49 มาก และ 4.50 – 5.00 มากที่สุด

3. แบบสอบถามการปฏิบัติต่อการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหว ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 20 ข้อ ตอบเป็นมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) โดยมีเกณฑ์การประเมินดังนี้[8] 1.00 – 1.49 = น้อยที่สุด, 1.50 – 2.49 = น้อย, 2.50 – 3.49 = ปานกลาง, 3.50 – 4.49 มาก และ 4.50 – 5.00 มากที่สุด

การวิจัยนี้ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยราชภัฏวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ เอกสารรับรองเลขที่ 0010/2563 รับรองเมื่อวันที่ 17 มีนาคม 2563 และข้อมูลที่ได้จากการวิจัยในครั้งนี้จะแสดงผลการวิจัยในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากแบบทดสอบความรู้ แบบสอบถามความตระหนักและการปฏิบัติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation) และสถิติอนุมาน (Inferential statistics) ได้แก่ การทดสอบที (t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวน (One-way ANOVA) โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ นักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบ้านบนเขาแก่งเรียง อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี จำนวน 43 คน ที่เข้าร่วมกิจกรรมการเรียนรู้การเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหว เป็นเพศชายจำนวน 24 คน (ร้อยละ 55.80) เพศหญิงจำนวน 19 คน (ร้อยละ 44.20) เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ปีที่ 2 มากที่สุด จำนวน 20 คน (ร้อยละ 46.50) รองลงมานักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 จำนวน 12 คน (ร้อยละ 27.90) และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 จำนวน 11 คน (ร้อยละ 25.60) ตามลำดับ

2. เปรียบเทียบความรู้ ความตระหนัก การปฏิบัติ ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โรงเรียนบ้านบนเขาแก่งเรียง อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี พบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้ก่อนการเข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวในระดับต่ำ รองลงมาระดับปานกลาง และระดับสูง ร้อยละ 69.80, 27.90 และ 2.30 ตามลำดับ และ หลังการเข้าร่วมกิจกรรมฯ พบว่าส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับสูง รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 55.80 และ 44.20 ตามลำดับ ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหว นักเรียนทั้งหมด หรือร้อยละ 100 มีความตระหนักต่อการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวในระดับมาก และหลังเข้าร่วมกิจกรรม ฯ พบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีความตระหนักต่อการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวในระดับมากที่สุด รองลงมาอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 55.80 และ 44.20 ตามลำดับ

การเปรียบเทียบระดับความรู้ ความตระหนักและการปฏิบัติของนักเรียนก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหว พบว่าระดับการปฏิบัติของนักเรียนก่อนเข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง รองลงมาอยู่ในระดับน้อย ระดับมาก และน้อยที่สุด ร้อยละ 67.40, 18.60, 9.30 และ 4.70 ตามลำดับ และหลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ พบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีระดับการ ปฏิบัติต่อการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวอยู่ในระดับมาก รองลงมาระดับปานกลาง ร้อยละ 86.00 และ 14.00 ตามลำดับ

ตาราง 1 เปรียบเทียบระดับความรู้ ความตระหนักและการปฏิบัติของนักเรียนก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหว

รายการ	จำนวน (N)	ค่าเฉลี่ย $\bar{x}$	ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.)	ค่าผลต่างของคะแนน	t	*p-value*
ความรู้						
ก่อน	43	9.86	3.05	6.16	18.71	0.000*
หลัง	43	16.02	1.71			
ความตระหนัก						
ก่อน	43	3.93	0.50	0.58	14.626	0.000*
หลัง	43	4.51	0.47			
การปฏิบัติ						
ก่อน	43	2.84	0.95	1.06	17.789	0.000*
หลัง	43	3.90	0.60			

*p<0.01

จากตาราง 1 เมื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ ความตระหนักและการปฏิบัติของนักเรียนก่อน-หลังร่วมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหว พบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีระดับความรู้ ความตระหนักและการปฏิบัติสูงกว่าเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01)

3. เปรียบเทียบความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติหลังเข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหว จำแนกตามเพศและระดับชั้น

ตาราง 2 ผลเปรียบเทียบความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวจำแนกตามเพศ

รายการ	เพศ	N	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{d}$	t	*p-value*
ความรู้	ชาย	24	15.46	1.64	1.27	2.59	0.013*
	หญิง	19	16.73	1.56			
ความตระหนัก	ชาย	24	4.49	0.22	0.03	0.57	0.571^{ns}
	หญิง	19	4.52	0.19			
การปฏิบัติ	ชาย	24	3.88	0.40	0.03	0.29	0.777^{ns}
	หญิง	19	3.91	0.33			

หมายเหตุ: * มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05), ns ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05)

จากตาราง 2 เมื่อเปรียบเทียบความรู้ ความตระหนักและการปฏิบัติหลังเข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหว จำแนกตามเพศ พบว่า นักเรียนชายและหญิงมีความรู้ในระดับสูง โดยเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเพศชาย ($\bar{x}$ = 16.73 และ 15.46 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ t-test พบว่านักเรียนหญิงมีความรู้สูงกว่านักเรียนชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.05)

ด้านความตระหนัก พบว่า นักเรียนหญิงมีความตระหนักต่อการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.52) ส่วนนักเรียนชายมีความตระหนักอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.49) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ t-test พบว่านักเรียนชายและหญิงมีความตระหนักต่อการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05)

ด้านการปฏิบัติ พบว่า นักเรียนชายและหญิงมีการปฏิบัติต่อการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวในระดับมาก โดยเพศหญิงมีคะแนนเฉลี่ยสูงกว่าเพศชาย ($\bar{X}$ = 3.91 และ 3.88 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ t-test พบว่านักเรียนชายและหญิงมีการปฏิบัติต่อการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05)

ตาราง 3 เปรียบเทียบความรู้ ความตระหนักและการปฏิบัติหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหว จำแนกตามระดับชั้นเรียน

รายการ	ระดับชั้นเรียน	$\bar{X}$	S.D.	แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	*p-value*
ความรู้[1/]	ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 (1)	15.00	1.00	ระหว่างกลุ่ม	33.11	2	16.56	7.37	0.002**
	ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 (2)	15.80	1.91	ภายในกลุ่ม	89.87	40	2.25		
	ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 (3)	17.33	0.98	รวม	122.98	42			
	รวม	16.02	1.71						
ความตระหนัก	ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1	4.50	0.12	ระหว่างกลุ่ม	0.12	2	0.06	1.40	0.258[ns]
	ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2	4.46	0.22	ภายในกลุ่ม	1.64	40	0.04		
	ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	4.58	0.22	รวม	1.76	42			
	รวม	4.50	0.20						
การปฏิบัติ	ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1	3.78	0.46	ระหว่างกลุ่ม	0.24	2	0.12	0.90	0.413[ns]
	ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2	3.96	0.32	ภายในกลุ่ม	5.39	40	0.14		
	ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3	3.90	0.35	รวม	5.64	42			
	รวม	3.90	0.36						

หมายเหตุ: 1/ คู่ที่ต่างคือ (1) กับ (3)** และ (2) กับ (3)* ** มีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01), ns ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (p>0.05)

จากตาราง 3 เมื่อเปรียบเทียบความรู้ ความตระหนักและการปฏิบัติหลังจากเข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหว จำแนกระดับชั้นเรียน พบว่า นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีคะแนนเฉลี่ยสูงที่สุด รองลงมาเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โดยมีคะแนนเฉลี่ย 17.33, 15.80 และ 15.00 ตามลำดับ เมื่อทดสอบด้วยสถิติ F-test (One-way ANOVA) พบว่านักเรียนที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นเรียนแตกต่างกันมีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01) และจากการทดสอบรายคู่โดยใช้สถิติทดสอบ Scheffe พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีความรู้สูงกว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.01, p<0.05 ตามลำดับ)

ด้านความตระหนัก พบว่านักเรียนทุกระดับชั้นเรียน มีความตระหนักต่อการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวอยู่ในระดับมากที่สุด โดยนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 มีความตระหนักต่อการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวมากที่สุด รองลงมาเป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ($\bar{X}$ = 4.58, 4.50 และ 4.46 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ F-test (One-way ANOVA) พบว่านักเรียนที่ศึกษาอยู่ในระดับชั้นเรียนแตกต่างกันมีความตระหนักต่อการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวไม่แตกต่างกัน (p>0.05)

ด้านการปฏิบัติ พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาทุกระดับชั้นเรียน มีการปฏิบัติต่อการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวในระดับมาก โดยนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 มีระดับการปฏิบัติมากที่สุด รองลงมาชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 และ ชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 ($\bar{X}$ = 3.96, 3.90 และ 3.78 ตามลำดับ) เมื่อทดสอบด้วยสถิติ F-

test (One-way ANOVA) พบว่านักเรียนที่มีระดับชั้นเรียนแตกต่างกันมีการปฏิบัติต่อการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษา ความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติก่อนและหลัง เข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ผู้วิจัยได้อภิปรายผลการศึกษา ดังนี้

1. การเปรียบเทียบความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติ ก่อน-หลังเข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมนักเรียนมีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$) โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมฯ นักเรียนมีความรู้ในระดับน้อย ($\bar{x} = 9.86$) มีความตระหนักในระดับมาก ($\bar{x} = 3.93$) และการปฏิบัติในระดับปานกลาง ($\bar{x} = 2.84$) ตามลำดับ แต่หลังเข้าร่วมกิจกรรมฯ พบว่านักเรียนมีความรู้ในระดับมาก ($\bar{x} = 16.02$) มีความตระหนักในระดับมากที่สุด ($\bar{x} = 4.51$) และการปฏิบัติอยู่ในระดับมาก ($\bar{x} = 3.90$) ตามลำดับ ซึ่งจะเห็นว่าการเข้าร่วมกิจกรรมที่ผู้วิจัยจัดขึ้น ทำให้นักเรียนมีความรู้ ความตระหนักและการปฏิบัติต่อการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวเพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน ขณะเดียวกันนักเรียนมีความตระหนักมากที่สุด ทั้งนี้เนื่องมาจากนักเรียนเห็นผลกระทบที่จะเกิดขึ้น เพราะการสร้างความตระหนักรู้เป็นแนวทางสำคัญที่จะช่วยเตรียมความพร้อมบุคคลหรือประชาชนให้สามารถรับมือกับภัยพิบัติทางธรรมชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพเมื่อเกิดภัยพิบัติขึ้น[9] ซึ่งในการสร้างความตระหนักรู้ดังกล่าวอาจประกอบด้วย การให้ความรู้ที่เกี่ยวกับภยันตราย ทัศนคติต่อภยันตราย การฝึกอบรม การฝึกปฏิบัติจริงและซักซ้อมการรับมือภัยพิบัติ การสร้างวัฒนธรรมการเตรียมความพร้อม การสื่อสารประชาสัมพันธ์ การเล่าเรื่อง การใช้เกมเกี่ยวกับภัยพิบัติ การสร้างสถานการณ์เสมือนจริงและประสบการณ์ตรงจากภัยพิบัติที่ผ่านมา[3, 9] สอดคล้องกับกรมอนามัย (2543 : 29-30) [16] ได้กำหนดให้จัดสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัยในโรงเรียนเพื่อเอื้อต่อสุขภาพที่ดีของนักเรียน สอดคล้องกับการศึกษาของจักรกฤษณ์ จันทะคุณ และคณะ[10] ได้ศึกษา การพัฒนาหลักสูตรเสริมสร้างจิตสำนึกในการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติตามแนวคิดจิตตปัญญาศึกษา สำหรับนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ซึ่งผลการทดลองหลักสูตรพบว่า นักเรียนมีความรู้จากการเรียนรู้ตามหลักสูตรหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 มีทักษะในการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ สูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 60 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และนักเรียนมีจิตสำนึกในการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติหลังการทดลองสูงกว่าก่อนทดลองใช้หลักสูตรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนี้มีการเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกิดขึ้นกับนักเรียน ได้แก่ นักเรียนมีความตระหนักรู้ในตนเอง มีมุมมองเกี่ยวกับสาเหตุและการลดภัยพิบัติที่ชัดเจนขึ้น มีจิตสำนึกร่วมต่อการจัดการภัยพิบัติในโรงเรียนและชุมชน เห็นคุณค่าในภูมิปัญญาท้องถิ่น มีสติมีความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหา มีความเชื่อมั่นในตนเอง มีภาวะผู้นำ กล้าเผชิญกับความเสี่ยง รู้จักเห็นใจผู้อื่น มีความรับผิดชอบ และมีกระบวนการทำงานกลุ่มดีขึ้น ดังนั้นโรงเรียนจึงควรให้ความสำคัญกับการจัดการศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมหรือลดความเสี่ยงจากภัยพิบัติ โดยโรงเรียน ครู นักเรียน ผู้ปกครอง และชุมชนมีส่วนร่วมในการจัดการภัยพิบัติทั้งในโรงเรียนและชุมชนของตน ที่เน้นให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้แบบองค์รวมทั้งความรู้ ทักษะและจิตสำนึกต่อส่วนรวมอย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยบูรณาการเนื้อหาสาระ ทักษะ และวิธีการจัดการเรียนรู้ที่เหมาะสม จนเกิดเป็นวัฒนธรรมความปลอดภัย [11] สอดคล้องกับการศึกษาของ สิทธิพันธ์ ดีพลับ [18] ที่ศึกษาระดับประสิทธิผลและปัญหาของการนำนโยบายงานอนามัยโรงเรียน ไปปฏิบัติในโรงเรียนประถมศึกษา อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์ พบว่า ระดับประสิทธิผลในภาพรวมของการนำนโยบายงานอนามัยโรงเรียนไปปฏิบัติในโรงเรียนประถมศึกษาที่เป็นผลลัพธ์โดยตรง พบว่า ความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยของนักเรียน อยู่ในระดับปานกลาง การได้รับบริการสุขภาพอนามัยอยู่ในระดับต้องปรับปรุง ส่วนผลภาวะการเจริญเติบโตสมวัยของนักเรียน อยู่ในระดับต่ำ ด้านความรู้เรื่องสุขภาพอนามัยของนักเรียนด้านการได้รับบริการสุขภาพอนามัยของนักเรียน สำหรับการยอมรับนโยบายงาน

อนามัยโรงเรียน พบว่า โรงเรียนทั้ง 3 ขนาด ยอมรับนโยบายอยู่ในระดับสูง และสูงมาก ทุกรายการ ผลกระทบทางลบอันเกิดจากการนำนโยบายงานอนามัยโรงเรียนไปปฏิบัติ ที่สำคัญ ได้แก่ นโยบายงานอนามัยโรงเรียนทำให้ครูอนามัยโรงเรียนและครูผู้ปฏิบัติงานมีภาระมากเกินไป ไม่มีเวลาเพียงพอสำหรับการปฏิบัติงานสอนปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของ Johnson, et al.[12] ได้ศึกษาการนำแนวทางการศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติในโรงเรียนประถมศึกษาของนิวซีแลนด์ไปปฏิบัติ ผลการศึกษาพบว่าอุปสรรคสำคัญที่สุดในการให้การศึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติคือการขาดความตระหนักเกี่ยวกับทรัพยากร และความตระหนักถึงความจำเป็นในการฝึกครู และมีข้อเสนอแนะให้มีการนำเทคโนโลยีมาใช้ในการฝึกครู รวมทั้งบูรณาการข้อมูลการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติในการเรียนของนักเรียน และสอดคล้องกับการศึกษาของนภัสพร ทองพราย และคณะ[13] ซึ่งพบว่าการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวในพื้นที่รอยเลื่อนศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี จะต้องมีการสร้างความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมให้แก่สถานศึกษาและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่อง สม่ำเสมอ

2. การเปรียบเทียบความรู้ ความตระหนัก และการปฏิบัติ ของนักเรียน หลังการเข้าร่วมกิจกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหว พบว่า เพศ และชั้นปีที่แตกต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนความตระหนักและการปฏิบัติ จำแนกตามเพศและระดับชั้นเรียนไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) โดยเพศหญิงมีความรู้เกี่ยวกับการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวมากกว่าเพศชาย ($p<0.05$) ทั้งนี้อาจเนื่องมากจากเพศหญิงมีความสนใจและใส่ใจมากกว่าเพศชาย ส่วนระดับชั้นเรียนที่แตกต่างกัน พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 3 (ม.3) มีความรู้มากกว่านักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 (ม.1) และ มัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 (ม.2) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.01$, $p<0.05$ ตามลำดับ) ส่วนนักเรียน ม.1 และ ม.2 มีความรู้ไม่แตกต่างกันทั้งนี้อาจเนื่องมาจากนักเรียนชั้น ม.3 มีการเรียนรู้ในเนื้อหาเกี่ยวกับภัยพิบัติมาก่อน จึงทำให้มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับภัยพิบัติแผ่นดินไหวมากว่านักเรียนชั้น ม.1 และ ม.2 ส่วนด้านความตระหนักและด้านการปฏิบัติ เมื่อเปรียบเทียบระหว่างชั้นปี ไม่แตกต่างกัน ($p>0.05$) นั้น อาจเนื่องมาจากนักเรียนทั้งหมดยังไม่มีประสบการณ์ตรงในพื้นที่เหมือนกัน อาจเป็นเพียงการรับรู้จากสื่อต่างๆ เกี่ยวกับการเกิดแผ่นดินไหว เมื่อเข้าร่วมกิจกรรมจึงมีความตระหนักและระดับการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ดังนั้นรูปแบบการจัดกิจกรรมส่งผลให้ผู้เรียนทั้งเพศและระดับชั้นเรียนมีความตระหนักและการปฏิบัติต่อการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวไม่แตกต่างกัน ซึ่งโรงเรียนจำเป็นต้องมีการจัดกิจกรรมดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง เพื่อสร้างความตระหนัก การรับรู้และการปฏิบัติสำหรับนักเรียนทุกระดับชั้นเรียนต่อไป รวมทั้งประสานความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรชุมชนในพื้นที่ เช่น ผู้นำชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล และหน่วยงานป้องกันบรรเทาสาธารณภัย เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Janssen, et. al.[14] ได้ศึกษาความก้าวหน้าในการจัดการภัยพิบัติหลายหน่วย: องค์ประกอบสำคัญในการวิจัยภัยพิบัติ ผลการศึกษาพบว่าการจัดการภัยพิบัติในหลายหน่วยงานจำเป็นต้องมีการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรภาครัฐและเอกชน การจัดการภัยพิบัติมีความจำเป็นที่จะต้องให้ความสำคัญกับการปฏิบัติและทฤษฎีโดยใช้วิธีการที่มนุษย์เป็นศูนย์กลาง เพื่อให้การจัดการภัยพิบัติสามารถรับรู้ถึงศักยภาพอย่างเต็มที่ สอดคล้องกับกรมอนามัย (2543 : 32) [16] ได้วางเป้าหมายการบริการอนามัยโรงเรียนเพื่อให้นักเรียนดูแลสุขภาพตนเองโดยจัดอบรม ครู นักเรียน และบุคลากรของโรงเรียนเรื่องเกี่ยวกับสุขภาพ สอดคล้องกับกรมอนามัย (2546 : 25-27)[17] การบริหารจัดการในโรงเรียนหมายถึง การจัดองค์กรและระบบบริหารในโรงเรียนเพื่อส่งเสริมสุขภาพในโรงเรียน ผู้บริหารและคณะกรรมการร่วมกำหนดนโยบายส่งเสริมสุขภาพในด้านต่างๆ ผลมผสานกิจกรรมต่างๆ เข้าไปในหลักสูตร สอดคล้องกับการศึกษาของระเด่น หัสดี[19] ที่ศึกษาประสิทธิผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของคณะกรรมการหมู่บ้านของคณะกรรมการหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมโดยคณะทำงานสนับสนุนการปฏิบัติการพัฒนาชนบทระดับตำบล พบว่า

คณะกรรมการหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมมีความรู้ด้านสาธารณสุขมูลฐานสูงขึ้น สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย สอดคล้องกับการศึกษาของสุลียพร ศรีประไพ[15] ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติโดยการประยุกต์การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ ความตระหนัก และทักษะในการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาโรงเรียนถลางพระนางสร้าง อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต ผลจากการศึกษาพบว่าหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีความรู้ ความตระหนัก และทักษะในการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติเพิ่มขึ้น ดังนั้นแสดงให้เห็นว่า รูปแบบการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวของโรงเรียนในพื้นที่รอยเลื่อนศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี มีประสิทธิผลสามารถทำให้นักเรียนมีความรู้ ความตระหนัก และทักษะในการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวได้ นำไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันของนักเรียนทั้งปัจจุบันและอนาคตเมื่อต้องเผชิญกับภัยพิบัติแผ่นดินไหว

ข้อเสนอแนะ

1. โรงเรียนควรมีแผนกลยุทธ์และมาตรการรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวระดับโรงเรียน และผลักดันให้มีการซ้อมแผนอย่างต่อเนื่องทุกปี รวมถึงการฝึกปฏิบัติให้เกิดทักษะที่จำเป็นในการเอาตัวรอดเมื่อเกิดภัยพิบัติแผ่นดินไหว เช่น การหมอบ ป้อง เกราะ (Drop, Cover, Hold) การช่วยเหลือผู้ประสบภัยทางน้ำ (ตะโกน โยน ยื่น) และการปฐมพยาบาล เป็นต้น

2. ควรมีการสร้างครูแกนนำที่มีความรู้และทักษะเรื่องภัยพิบัติแผ่นดินไหวที่มีความเชี่ยวชาญในการจัดการในสถานการณ์ฉุกเฉินเมื่อเกิดภัยพิบัติ และสามารถถ่ายทอดความรู้แก่ครู นักเรียนและชุมชนที่โรงเรียนตั้งอยู่ตลอดทั้งสามารถบูรณาการการเรียนการสอนตามหลักสูตรรายวิชาต่าง ๆ เช่น วิทยาศาสตร์ สังคม ลูกเสือ เป็นต้น

3. ส่งเสริมแกนนำนักเรียนที่ผ่านการอบรมและฝึกปฏิบัติในการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวให้มีศักยภาพในการส่งต่อความรู้และฝึกปฏิบัติให้รุ่นน้องในโรงเรียนและเด็กในชุมชน ซึ่งจะเป็นกำลังสำคัญในการช่วยเหลือผู้อื่นในยามเกิดภัยพิบัติ รวมทั้งสามารถสื่อสารระหว่างคนในครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองให้ปลอดภัยเมื่อเกิดภัยพิบัติขึ้น

4. ควรมีการขยายขอบเขตการศึกษา นำผลการศึกษาไปการทดลองฝึกปฏิบัติกับโรงเรียนอื่น ๆ ในพื้นที่ใกล้เคียงที่ตั้งอยู่ในแนวรอยเลื่อนศรีสวัสดิ์ เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และแบ่งปันทรัพยากรในการจัดการภัยพิบัติแผ่นดินไหวและภัยพิบัติอื่น ๆ ระหว่างโรงเรียน รวมทั้งสร้างเครือข่ายความร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรส่วนท้องถิ่น ในการต่อยอดผลการศึกษาในครั้งนี้ ต่อไป

5. ควรมีการศึกษาฝึกปฏิบัติการให้บริการสุขภาพแก่ผู้อยู่ในค่ายอพยพ เมื่อเกิดภัยพิบัติแผ่นดินไหวและภัยพิบัติอื่น ๆ เพื่อให้เกิดการเรียนรู้เมื่อมีเหตุการณ์จะได้รับมือและสร้างสุขภาวะที่ดีแก่ผู้อพยพได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการโรงเรียนบ้านบนเขาแก่งเรียง อำเภอศรีสวัสดิ์ จังหวัดกาญจนบุรี (นายอภินันท์ ลิ้มกุล) คณะครูและนักเรียน รวมทั้งผู้ปกครองนักเรียน ที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดียิ่งในการจัดกิจกรรมการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติแผ่นดินไหวในครั้งนี้ ทำให้การดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้ ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้ทุกประการ

เอกสารอ้างอิง

1. ภูริวัจน์ จิราตันติพัฒน์. “รอบรู้อยู่กับแผ่นดินไหว”. นิตยสาร สสวท. 43(191) : 7 – 9. 2557, พฤศจิกายน – ธันวาคม.
2. ศูนย์วิจัยและพัฒนาการป้องกันและจัดการภัยพิบัติ. แผ่นดินไหวกับประเทศญี่ปุ่น. http://dpm.nida.ac.th/main/index.php/articles/tsunami-and-earthquake/item/33-แผ่นดินไหว-กับ-ประเทศญี่ปุ่น. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 เมษายน 2563.
3. ทับทิม ปัตตะพงศ์. “การเตรียมพร้อมรับภัยพิบัติสำหรับเด็ก: บทบาทพยาบาล”. วารสารสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทยฯ สาขาภาคเหนือ. 25(2) : 77-87, 2562.

4. วินัดดา ปิยะศิลป์, แนวทางช่วยเหลือเด็กในภาวะภัยพิบัติ. file://C:/Users/eev404/Downloads/FILE_90679aa2a8bea659728e6e5ad59b12dd_DOWNLOAD.pdf. สืบค้นเมื่อวันที่ 25 เมษายน 2563.
5. สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. แนวการจัดการภัยพิบัติในสถานศึกษาและเขตพื้นที่การศึกษา. โรงพิมพ์ สกสค. ลาดพร้าว กรุงเทพฯ, 2558.
6. ครรชิต จูประพัทธศรี. คู่มือครูสิ่งแวดล้อม จังหวัดกาญจนบุรี เพื่ออนุรักษ์ความหลากหลายทางชีวภาพและการจัดการสิ่งแวดล้อมอย่างยั่งยืน ฉบับสำหรับครูชั้นมัธยมศึกษา. บริษัท โมเดอร์น ฟิล์ม เซ็นเตอร์ จำกัด กรุงเทพฯ, 2559.
7. กระทรวงศึกษาธิการ. หลักสูตรมัธยมศึกษา พุทธศักราช 2521 (ฉบับปรับปรุง พ.ศ. 2533). พิมพ์ครั้งที่ 2. โรงพิมพ์การศาสนา กรุงเทพฯ, 2535.
8. Best, John W. Research in Education. Englewood Cliffs; Pretice – Hall, New Jersey, 1983.
9. ชัยเสฏฐ์ พรหมศรี. “ความตระหนักต่อการเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติทางธรรมชาติ : การทบทวนวรรณกรรม”. วารสารนักบริหาร. 34(2) : 92-115, 2557.
10. จักรกฤษณ์ จันทะคุณ. “ภัยพิบัติศึกษาแนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อเตรียมความพร้อมรับมือภัยพิบัติ (ตอนที่ 1)”. วารสารศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร. 16(4) : 188-201. 2558.
11. Johnson, V., et. al. "Implementing disaster preparedness education in New Zealand primary schools", Disaster Prevention and Management. An International Journal. 23(4) : 370-380, 2014. Retrieved From http//www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/DPM-09-2013-0151/full/html
12. Victoria, A., et. al. "Implementing disaster preparedness education in New Zealand primary schools". Disaster Prevention and Management. An International Journal. 23(4) : 370-380, 2014. Retrieved From http//www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/DPM-09-2013-0151/full/html
13. Janssen, M., et.al. Advances in multi-agency disaster management: Key elements in disaster research. Information system frontiers. 12(1).
14. สุลียพร ศรีประไพ. ประสิทธิผลของโปรแกรมการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติโดยการประยุกต์การเรียนรู้เชิงประสบการณ์ต่อความรู้ความตระหนัก และทักษะในการเตรียมความพร้อมรับภัยพิบัติของนักเรียนชั้นประถมศึกษาโรงเรียนถลางพระนางสร้าง อำเภอถลาง จังหวัดภูเก็ต. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยยะลา. 2557.
16. กรมอนามัย. แนวทางการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพ : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย. 2543.
17. กรมอนามัย. คู่มือปฏิบัติงานโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ. กรุงเทพ : กระทรวงสาธารณสุข. 2546.
18. สิทธิพันธ์ ดีพลับ. การศึกษาระดับประสิทธิผลและปัญหาของการนำนโยบายงานอนามัยโรงเรียน ไปปฏิบัติในโรงเรียนประถมศึกษา อำเภอทองแสนขัน จังหวัดอุตรดิตถ์. มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์. 2544.
19. ระเด่น หัสดี. ประสิทธิผลการปฏิบัติงานสาธารณสุขมูลฐานของคณะกรรมการหมู่บ้านของคณะกรรมการหมู่บ้านที่ผ่านการอบรมโดยคณะทำงานสนับสนุนการปฏิบัติการพัฒนาชนบทระดับตำบล.วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. 2528.

การสนับสนุนของหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกกับการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ คลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7

THE HEAD OF OUTPATINT NURSING, SUPPORT FOR PROMOTING HEALTH LITERACY MANAGED BY REGISTER NURSE IN DIABETUS AND HYPERTENSION CLINICS, COMMUNITY HOSPITALS, REGION AREA 7.

สุกัญญา ชัยภูมิ[1] [1] พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย[2]

Sukunya Chaiyaphum[1] Peerapong Boonsawatkulchai[2]

(Received: September 7,2020; Accepted: October 30,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนานี้ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนของหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการ กับการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 115 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นชนิดมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การประมาณค่าเฉลี่ยที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่า ระดับการรับรู้การสนับสนุนของหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 3.29, *SD* = .47, 95% CI = 3.20 - 3.38) การปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 3.30, *SD* = .51, 95% CI = 3.20-3.40) และความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนของหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก กับการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการมีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (r = .667, p = .01)

คำสำคัญ: ความรอบรู้ด้านสุขภาพ คลินิกโรคเบาหวานและความดันหิตสูง พยาบาลวิชาชีพ

Abstract

This descriptive research aimed to study the relationship between the head of outpatient nursing supportive for promoting health literacy managed by register nurse. The samples were 115 of the register nurses worked in clinic diabetes and hypertension. The research instruments was five-rating scale questionnaire. Data were analyzed using statistics including , percent, average, standard deviation, the average of validity 95%, and inferential statistics by Pearson' s Moment correlation coefficient correlation

The result found that the head of outpatient nursing supportive for promoting health literacy perspectives was in the middle level ($\bar{X}$= 3.29, *SD* = .47, 95% CI = 3.20 - 3.38), the register nurses support for promoting health literacy was in the middle level ($\bar{X}$= 3.30, *SD* = .51, 95% CI = 3.20-3.40), and the correlation between the head of outpatient nursing supportive for promoting health literacy managed by register nurse was a positive relationship in the middle level in

statistical significance .01 (r = .667, p = .01).

Keyword: Health literacy, The clinic of diabetes and hypertension, professional nurse

---

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาขาบริหารการพยาบาล) คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2]อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ปัจจุบันความก้าวหน้าด้านการแพทย์และสาธารณสุขทำให้มีข้อมูลด้านสุขภาพซึ่งนำมาสู่การตัดสินใจนำมาปฏิบัติตามความสามารถของบุคคล ความสามารถของบุคคลนี้เรียกว่า "ความรอบรู้ด้านสุขภาพ" (Health Literacy) โดยองค์การอนามัยโลกได้นิยามว่า "เป็นทักษะทางปัญญาและสังคมซึ่งแสดงถึงแรงจูงใจ และความสามารถของบุคคลในการเข้าถึง เข้าใจ และใช้ข้อมูลในทางที่ส่งเสริม และธำรงรักษาสุขภาพให้ดี " แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ 1) ระดับพื้นฐาน คือการมีทักษะที่จำเป็นต่อความเข้าใจและนำไปใช้ในชีวิตประจำวัน 2) ระดับการมีปฏิสัมพันธ์ คือการเลือกรับปรับใช้และสื่อสารจนเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และ 3) ระดับวิจารณญาณ คือการวิเคราะห์ข้อมูล และเลือกใช้เหมาะสมจนนำไปปฏิบัติและเผยแพร่สู่สังคมได้[2] สำหรับแนวคิดนี้ได้กล่าวถึงจริงจังในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2560 หลังคณะกรรมาธิการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศเห็นชอบ และกำหนดไว้ในมาตรา 55 ตามร่างรัฐธรรมนูญฉบับลงประชามติ [7] และจากการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพคนไทยกลุ่มอายุ 15 ปีขึ้นไป ปีพ.ศ. 2557 พบว่ามีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพไม่ดีพอ คิดเป็นร้อยละ 59.4 และระดับดีมากเพียงร้อยละ1.6 เมื่อเทียบกับประเทศสิงคโปร์ ที่มีสัดส่วนประชากร ที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับระดับดี ถึงร้อยละ 76[1] ซึ่งหากบุคคลมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับที่เพียงพอจะมีการใช้ยาอย่างต่อเนื่องที่ดีและมีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาน้อย[13] ทั้งนี้ตามรายงานของ Institute of Medicine (2012) ระบุว่า ระบบบริการสุขภาพที่ไม่เหมาะสมจะสร้างอุปสรรคให้ผู้รับบริการที่มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพที่จำกัด ดังนั้นโรงพยาบาลจึงควรมีนโยบายสนับสนุนให้มีการนำข้อมูลสำหรับการปฏิบัติตัวที่จำเป็นของผู้รับบริการผ่านกิจกรรมการให้บริการ[14] โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงซึ่งมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพอยู่ในระดับก้ำกึ่งอีกทั้งมีจำนวนมาก และมีค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาสูง มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาล และความดันโลหิตให้อยู่ระดับปกติ ก่อให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และมีภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น[8] สำหรับการนำแนวคิดนี้มาดำเนินงานด้านการพยาบาลนั้นยังไม่มีรูปแบบชัดเจน และมีพยาบาลถึงร้อยละ 59.0 ที่ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ และร้อยละ 72.0 ไม่ทราบว่าในองค์กรของตนเองมีการจัดฝึกอบรมด้านนี้ [11] ทั้งที่การปฏิบัติการพยาบาลสามารถยกระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพให้ผู้รับบริการ โดยบูรณาการในการทำงานประจำวันได้ [12]

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมชน มีบทบาทหน้าที่หลักในการดูแลรักษาผู้รับบริการส่วนใหญ่ในพื้นที่ ซึ่งทุกแห่งมีผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงเป็นผู้รับบริการกลุ่มสำคัญของโรงพยาบาล มีการจัดระบบการให้บริการผู้รับบริการกลุ่มนี้ตามกรอบการพัฒนา Service plan สาขาการจัดบริการโรคเรื้อรังเหมือนกัน ที่ผ่านมาองค์กรพยาบาลมีการจัดระบบบริการตามมาตรฐานการพยาบาลโดยทั่วไป และนโยบายของผู้บริหารระดับสูงในพื้นที่ที่กำหนดลงมา ไม่มีรูปแบบการพัฒนาด้านนี้ทางการพยาบาลโดยเฉพาะ จึงมีความจำเป็นที่หัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกซึ่งเป็นผู้บังคับบัญชาที่กำกับดูแลระบบบริการคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ต้องศึกษารูปแบบหรือแนวทางในการดำเนินงานเฉพาะด้าน ที่จะสนับสนุนเชิงระบบเพื่ออำนวยความสะดวก กำกับติดตาม การปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการอย่างมีประสิทธิภาพ โดยผู้วิจัยคาดหวังว่าผลการศึกษาครั้งนี้จะนำสู่การพัฒนาสมรรถนะพยาบาลวิชาชีพ และผู้บริหารทางการพยาบาลจะได้ใช้เป็นข้อมูลเพื่อวางแผนพัฒนาระบบบริการต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาการสนับสนุนของหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการ
โดยพยาบาลวิชาชีพ

2. เพื่อศึกษาการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการ

3. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนของหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้าน

สุขภาพผู้รับบริการ กับการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการ โดยพยาบาลวิชาชีพ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาเกี่ยวกับความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนของหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการโดยพยาบาลวิชาชีพ กับการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการโดยพยาบาลวิชาชีพ คลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7 จำนวน 46 แห่ง ในพื้นที่จังหวัดร้อยเอ็ด จังหวัดขอนแก่น จังหวัดมหาสารคาม และจังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรในการวิจัย คือ พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชน ระดับ F1 และ F2 เขตสุขภาพที่ 7 ที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ตั้งแต่ 1 ปี และไม่เป็นหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก จำนวน142 คน กำหนดกลุ่มตัวอย่างจากการใช้ตาราง Power analysis โดยใช้ Power Tables for Effect Size r ร่วมกับการทบทวนวรรณกรรมที่คล้ายคลึงที่ผ่านมาที่ค่า r = .282 ในการวิจัยนี้จึงกำหนดค่า r =.30 และกำหนดนัยสำคัญที่ .05 ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ .80 ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 85 คน ผู้วิจัยเพิ่มกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 30 เพื่อทดแทนแบบสอบถามที่ได้รับกลับคืนไม่สมบูรณ์หรือไม่ได้รับการตอบกลับ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 115 คน ทำการสุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ (Stratified sampling) นำมาจับฉลากแบบไม่ใส่แทนที่ด้วยการหยิบสุ่มหมายเลขกลุ่มตัวอย่างที่คำนวนได้ตามสัดส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่าง และกลุ่มประชากรแต่ละจังหวัด จนครบตามที่กำหนดไว้ และได้รับแบบสอบถามที่มีข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์คืนจำนวน 107 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 93.04 และอัตราการสูญหายของแบบสอบถามคิดเป็นร้อยละ 6.96

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่1 แบบสอบถามคุณลักษณะส่วนบุคคลของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7 ประกอบด้วยข้อคำถามให้เลือกตอบและเติมคำในช่องว่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ขนาดโรงพยาบาล ตำแหน่ง ระยะเวลาปฏิบัติงานหลังจบปริญญาตรี ระยะเวลาปฏิบัติงานในคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง การอบรมหลักสูตรเฉพาะทาง การผ่านการอบรมเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ โดยเป็นแบบเลือกตอบหลายตัวเลือก

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการสนับสนุนของหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพโดยพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 1) ด้านการจัดระบบบริการและสิ่งแวดล้อม 2) ด้านการสนับสนุนงบประมาณและอัตรากำลัง 3) ด้านนโยบาย และโครงการพัฒนา 4) ด้านการฝึกอบรมบุคลากร 5) ด้านการส่งเสริมการตัดสินใจและดูแลตนเองของผู้รับบริการ 6) ด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ 7) ด้านการนิเทศงานและกำกับดูแล มีจำนวน 28 ข้อ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน) เห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) การแปลความหมายของคะแนนจะใช้คะแนนรวม

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการโดยพยาบาลวิชาชีพ ประกอบด้วย 1) การประเมินก่อนการปฏิบัติการพยาบาล 2) การวางแผนการปฏิบัติการพยาบาล 3) การปฏิบัติการพยาบาล (การสื่อสารด้วยวาจา การสื่อสารด้วยการเขียน การใช้สื่อช่วยสอน การเสริมพลัง การจัดสิ่งแวดล้อม) 4) การประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาล มีจำนวน 22 ข้อ โดยเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ เป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ เห็นด้วยมากที่สุด (5 คะแนน)ไปจนเห็นด้วยน้อยที่สุด (1 คะแนน) การแปลความหมายของคะแนนจะใช้คะแนนรวม

ผู้วิจัยทำการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาของแบบสอบถามโดยผู้ทรงคุณวุฒิซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญด้านการบริหารทางการพยาบาลและระบบการให้บริการผู้ป่วยโรคเรื้อรัง จำนวน 5 คน ตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้างและเนื้อหาแบบสอบถาม การสนับสนุนของหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการโดยพยาบาลวิชาชีพ และแบบสอบถามการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการโดยพยาบาลวิชาชีพ ได้ค่า CVI เท่ากับ 0.93 และ 0.90 ตามลำดับ จากนั้นนำแบบสอบถามมาปรับปรุงแก้ไข และนำไปทดลองใช้ (Try out) กับพยาบาลวิชาชีพที่มีคุณลักษณะ

คล้ายกับกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่ใช่กลุ่มเป้าหมายในการวิจัยครั้งนี้ เพื่อหาความเที่ยงโดยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอบบาค ผลพบว่า ได้ค่าความเที่ยง 0.96 , 0.92 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยในครั้งนี้ผ่านการพิจารณารับรอง และได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2562 หมายเลขโครงการ HE622213 ผู้วิจัยให้ความสำคัญต่อการปกป้องคุ้มครองกลุ่มตัวอย่าง ชี้แจงรายละเอียดให้กับผู้ตอบแบบสอบถามทราบอย่างเป็นลายลักษณ์อักษร และผู้วิจัยรับรองว่าข้อมูลที่ได้รับจะเป็นความลับและจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมเท่านั้น และจะทำลายข้อมูลที่ได้รับจากแบบสอบถามทั้งหมดภายในระยะเวลา 2 ปี ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดผลเสียหายต่อผู้ตอบแบบสอบถามแต่ประการใด

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป SPSS for Windows ทำการวิเคราะห์ข้อมูลตามระเบียบวิธีทางสถิติ มีการตรวจสอบคุณสมบัติของข้อมูลที่เพื่อให้เกิดความถูกต้องและให้ได้ผลการศึกษามีความน่าเชื่อถือใกล้เคียงความเป็นจริงมากที่สุด โดยมีการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้น (Assumption) และผลการทดสอบเป็นไปตามข้อตกลงเบื้องต้น โดยมีขั้นตอน ดังนี้ 1) ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล ใช้การการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) การสนับสนุนของหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการ โดยพยาบาลวิชาชีพ และการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการโดยพยาบาลวิชาชีพ ใช้การหาค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน การประมาณค่าเฉลี่ยที่ช่วงความเชื่อมั่น 95% 3) วิเคราะห์หาค่าความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนของหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการโดยพยาบาลวิชาชีพ กับการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการโดยพยาบาลวิชาชีพ คลินิกโรคเบาหวานและความดันหิตสูง วิเคราะห์โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Moment correlation coefficient)

ผลการวิจัย

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 107 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 99.1 มีอายุระหว่าง 40-49 ปี มากที่สุดร้อยละ48.6 อายุเฉลี่ย 44.32 ปี (SD = 7.50) มีสถานภาพสมรสคู่ร้อยละ75.7 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ91.6 ปฏิบัติงานอยู่ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด F2 ร้อยละ 77.6 ดำรงตำแหน่งระดับชำนาญการ ร้อยละ 92.5 ปฏิบัติงานตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ 10 ปีขึ้นไปร้อยละ 92.5 โดยเฉลี่ยเท่ากับ 20.83 ปี (SD = 8.00) ปฏิบัติงานที่คลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 10 ปีขึ้นไปมากที่สุดร้อยละ 34.6 โดยเฉลี่ยเท่ากับ 8.16 ปี (SD= 5.9) ได้รับการอบรมเฉพาะทางหลักสูตร 4 เดือน ร้อยละ 65.4 จบสาขาการจัดการรายกรณีโรคเรื้อรังคิดเป็นร้อยละ 58.5 และไม่เคยรับการอบรมความรอบรู้ด้านสุขภาพร้อยละ 83.2

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 7 มีระดับการรับรู้การสนับสนุนของหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการโดยพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมพบว่ามีคะแนนค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 3.29, SD = 0.47, 95% CI = 3.20 - 3.38) เมื่อพิจารณาอันดับคะแนนค่าเฉลี่ยรายด้านพบว่าด้านการจัดระบบบริการและสิ่งแวดล้อมมีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$= 3.86, SD = 0.76, 95% CI = 3.78 - 3.98) รองลงมาคือด้านการสนับสนุนงบประมาณและ อัตรากำลัง ($\bar{X}$= 3.55, SD = 0.65, 95% CI = 3.42 - 3.67) ส่วนด้านการนิเทศงาน และกำกับดูแล มีคะแนนค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}$= 2.74, SD = 0.67, 95% CI = 2.65 - 2.83)

พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงโรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 7 มีการประเมินระดับการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการ โดยพยาบาลวิชาชีพ โดยรวมมีคะแนนค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 3.30, SD = 0.51, 95% CI = 3.20-3.40) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านการประเมินก่อนการปฏิบัติการพยาบาล มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$= 3.49, SD = 0.88, 95%CI = 3.37-3.61) รองลงมาคือด้านการวางแผนการ

ปฏิบัติการพยาบาล($\bar{X}$= 3.44, *SD* = 0.61, 95%CI = 3.33-3.56) ส่วนด้านการประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลมีคะแนนค่าเฉลี่ยต่ำสุด ($\bar{X}$= 3.24, *SD*= 0.58, 95% CI = 2.90 - 3.10)

ความสัมพันธ์ระหว่างระดับการสนับสนุนของหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการ โดยพยาบาลวิชาชีพ มีความสัมพันธ์ในทิศทางบวกกับระดับการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการ โดยพยาบาลวิชาชีพ มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01(r = .667 , P < .01) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนของหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการโดยพยาบาลวิชาชีพ กับการกับระดับการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ผู้รับบริการโดยพยาบาลวิชาชีพ ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพคลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

ตัวแปร	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
การสนับสนุนของหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกที่ส่งเสริมความรอบรู้ผู้รับบริการโดยพยาบาลวิชาชีพ กับระดับการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการโดยพยาบาลวิชาชีพ	.667**	< .01	ปานกลาง

**. Correlation is significant at the .01 level (2tailed).

สรุปและอภิปรายผล

การสนับสนุนการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของหัวหน้างานที่เพียงพอเหมะสม มีผลต่อกระบวนการปฏิบัติการพยาบาลในหน่วยงาน ทำให้มีการจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมการพัฒนาด้านต่าง ๆที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการที่เหมาะสมตามเกณฑ์ภาวะสุขภาพของบุคคล ส่งผลต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพของผู้รับบริการที่ดีขึ้นตามมาได้ ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่าหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอกมีการดำเนินงานตามแนวทางส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการเนื่องจากเป็นผู้ป่วยกลุ่มโรคสำคัญ (high cost high volume)ที่มีการพัฒนาระบบบริการตามนโยบาย Service plan สาขาการจัดการโรคเรื้อรังไม่ติดต่อ ซึ่งมีการกำหนดกรอบการพัฒนาชัดเจน โดยเฉพาะ ด้านการจัดระบบบริการและสิ่งแวดล้อม ด้านการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอในการทำงาน และด้านการจัดโครงการเพื่อให้เกิดกิจกรรมการพัฒนาต่าง ๆที่ส่งเสริมการดูแลตนเองของผู้รับบริการ ซึ่งในการศึกษานี้พบว่า ทั้ง 3 ด้านนี้มีคะแนนค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ถึงแม้ว่าการดำเนินการพัฒนาเชิงระบบต่าง ๆเหล่านี้จะไม่ได้มุ่งเน้นถึงประเด็นการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการโดยตรงเพียงอย่างเดียว เพราะมีการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าพยาบาลวิชาชีพยังมีความรู้ที่ไม่เพียงพอกว่าร้อยละ 75.0 ไม่เคยได้รับการฝึกอบรมหรือเข้ารับการอบรมเพียงครั้งคราว[9] สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่ามีพยาบาลวิชาชีพถึงร้อยละ 83.2 ที่ไม่เคยรับการอบรมในประเด็นที่เกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพ ส่วนการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพผู้รับบริการ พบว่าพยาบาลวิชาชีพได้มีการดำเนินงานตามแนวทางส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้รับบริการเพราะมีการประเมินผลงานตามตัวชี้วัดที่สำคัญซึ่งพยาบาลผู้ปฏิบัติงานต้องมีความรู้ความเข้าในการทำงานและได้รับการพัฒนาสมรรถนะเฉพาะสำหรับให้บริการ ถึงแม้การดำเนินงานที่เน้นการให้บริการที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพรายบุคคลอาจจะดำเนินการได้ไม่เต็มที่เนื่องจากภาระงานบริการที่เร่งรีบ หรืออาจเพราะสมรรถนะของพยาบาลในการนำมาปฏิบัติ เนื่องจากข้อจำกัดด้านองค์ความรู้ หรือผู้ที่มีความรู้ในการนำใช้หากยังไม่ตระหนักถึงบทบาทหน้าที่ด้านนี้โดยตรง เนื่องจากมีการศึกษาที่พบว่าพยาบาลยังมีความรู้ความเข้าใจที่จำกัดเกี่ยวกับบทบาทของตนเองในการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพให้กับผู้รับบริการ[10] ทั้งที่กระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ให้ผู้รับบริการนั้นการประเมินระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพรายบุคคลเป็นสิ่งสำคัญ เพื่อจะได้นำไปวางแผนพัฒนาได้ตรงตามศักยภาพบุคคล โดยเฉพาะในกลุ่มผู้รับบริการที่มีข้อจำกัด เช่น เด็ก ผู้สูงอายุ ผู้พิการ เป็นต้น [15] และผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงที่ส่วนมากเป็น

ผู้สูงอายุหากมีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพระดับเพียงพอจะมีการใช้ยารักษาอย่างต่อเนื่องดีกว่า และมีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาน้อยกว่า[13] และการดูแลนั้นต้องสอดคล้องกับแผนการรักษาของแพทย์และสหวิชาชีพ สื่อการสอนควรมีเนื้อหาเหมาะสมกับวัฒนธรรม ความเชื่อการดำเนินชีวิตของผู้รับบริการ[3] ภายใต้วิธีการสื่อสารหลากหลายรูปแบบ รวมถึงมีการเสริมพลังโดยตระหนักถึงศักยภาพของปัจเจกบุคคล และการจัดสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมตามบริบทการให้บริการแต่ละพื้นที่[4] ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้พบว่าพยาบาลมีการให้ความสำคัญในด้านการสื่อสารด้วยการพูดมากที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาเกี่ยวกับบุคคลากรด้านสุขภาพที่พบว่าร้อยละ 87 มีการแสดงพฤติกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพขณะให้บริการบ่อยครั้ง[6] และยังพบว่าหากมีการจัดโปรแกรมการพัฒนาการดูแลตนเองแก่ผู้รับบริการ จะสามารถทำให้ผู้รับบริการมั่นใจในการจัดการตนเอง และมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่สูงขึ้น ชี้ให้เห็นว่าการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพเป็นกิจกรรมที่ช่วยให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมดูแลตัวเองที่เหมาะสม ลดความรุนแรง และภาวะแทรกซ้อนของโรคได้ [5]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมส่งเสริมพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงานให้เข้าใจกรอบแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีองค์ความรู้และทักษะในการปฏิบัติการพยาบาลที่ส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง

2. ควรนิเทศงาน และกำกับดูแลการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติทุก 3หรือ 6 เดือน เพื่อติดตามการดำเนินงานในหน่วยงาน และนำข้อมูลการประเมินผลมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาต่อ

3. ควรส่งเสริมการใช้ข้อมูลสารสนเทศ และนวตกรรมการสื่อสารที่สอดคล้องกับสังคมและเทคโนโลยียุคปัจจุบัน

4. ควรพัฒนาสมรรถนะการพยาบาลให้มีวิธีการปฏิบัติการพยาบาลที่สอดคล้องกับวัฒนธรรมของผู้รับบริการ

5. ควรมีการใช้แบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพรายบุคคลกับผู้รับบริการ

6. ควรใช้เทคนิคเฉพาะในการสื่อสารสุขภาพ เช่น การสอนกลับ (Teach back) การทำให้ดู(Show me) การถาม-บอก-ถาม (Ask-tell-ask) เป็นต้น

7. ควรกำหนดนโยบายการพัฒนาที่การดำเนินงานด้านความรอบรู้ด้านรอบรู้ด้านสุขภาพ เพื่อเป้าหมายสู่องค์กรรอบรู้ด้านสุขภาพในอนาคต (Health Literacy Organization)

8. ควรกำหนดนโยบายการพัฒนาบุคลากรทุกคนให้ได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีการ ฝึกอบรม/ ประชุมวิชาการ ใน/นอกโรงพยาบาลอย่างต่อเนื่อง

9. ควรกำหนดนโยบายด้านวิชาการเกี่ยวกับความรอบรู้ด้านสุขภาพในช่องทางการสื่อสารสำหรับบุคลากรเพื่อให้เข้าถึงข้อมูล ความรู้ และตระหนักถึงความสำคัญ

10. ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาเครื่องมือสำหรับนำใช้ในการวิจัยที่ได้มาตรฐาน

11. ควรมีการศึกษาเพื่อพัฒนาสมรรถนะของพยาบาลวิชาชีพผู้ปฏิบัติงาน กับผลลัพธ์การดูแลผู้รับบริการให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณ พยาบาลวิชาชีพ คลินิกโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง โรงพยาบาลชุมชน ระดับ F1 และ F2 ทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทดลองเครื่องมือการวิจัย และเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ กราบขอบพระคุณคณาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือ ให้การสนับสนุน ชี้แนะให้งานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์ และสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กองสุขศึกษา. **ผลการสำรวจ Health Literacy ในกลุ่มเยาวชนอายุ12-15 ปี.** กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.2553.

2.ขวัญเมือง แก้วดำเกิง .บทความวิชาการ เรื่อง "**เจาะลึก Health Literacy**" เอกสารประกอบการประชุมวิชาการสุขศึกษา แห่งชาติ ครั้งที่ 18 เรื่อง "การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ยุค 40" วันที่ 18-20 พฤษภาคม 2560ณ โรงแรมจอมเทียนปาล์มบีช โฮเทล แอนด์รีสอร์ท เมืองพัทยา ชลบุรี. 2560

3.พรวิจิตร ปานนาค. **ประสิทธิผลของโปรแกรมการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ตำบลบางวัว อำเภอบางปะกง จังหวัดฉะเชิงเทรา.**วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.2560.

4.วัชราพร เชยสุวรรณ. ความรอบรู้ด้านสุขภาพ: แนวคิดและการประยุกต์สู่การปฏิบัติการพยาบาล. **Royal Thai Navy Medical Journal**. 2017;44(3):183-97.

5.วรรณรัตน์ รัตนวรางค์, วิทยา จันทร์ทา. ความฉลาดทางสุขภาพด้านพฤติกรรมการดูแลตนเองกับการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยเบาหวาน ชนิด ที่ 2 จังหวัดชัยนาท. **วารสารวิทยาลัยพยาบาล บรมราชชนนี นครราชสีมา**. 2018 Dec 28;24(2):34-51.

6.วิมล โรมา, สายชล คล้อยเอี่ยม. **พฤติกรรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข Health literacy practices among health promoting professionals.** สำนักงานโครงการขับเคลื่อนกรมอนามัย 4.0 เพื่อความรอบรู้ด้านสุขภาพของประชาชน (สขรส.) กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข.2018.

7.สำนักกรรมาธิการ 3 สำนักงานเลขาธิการสภาผู้แทนราษฎร ปฏิบัติหน้าที่สำนักงานเลขาธิการสภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ. **รายงานคณะกรรมาธิการขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศด้านสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม สภาขับเคลื่อนการปฏิรูปประเทศ เรื่อง "การปฏิรูปความรอบรู้และการสื่อสารสุขภาพ".** (2559).

8.อัญชลี จันทรินทรากร, กรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ์. **ความสัมพันธ์ระหว่างความฉลาดทางสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ในเขตเทศบาลตำบลสวนหลวง อำเภอกระทุ่มแบน จังหวัดสมุทราสาคร.** มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์:ม.ป.ท. (2557)

9.Cafiero M. Nurse practitioners' knowledge, experience, and intention to use health literacy strategies in clinical practice. **Journal of health communication**. 2013 Dec 4;18(sup1):70-81.

10.Loan LA, Parnell TA, Stichler JF, Boyle DK, Allen P, VanFosson CA, Barton AJ. Call for action: Nurses must play a critical role to enhance health literacy. **Nursing outlook**. 2018 Jan 1;66(1):97-100.

11.Macabasco -O'Connell A, Fry-Bowers EK. Knowledge and perceptions of health literacy among nursing professionals. **Journal of Health Communication**. 2011 Sep 30;16(sup3):295-307.

12.Napel AT. **Nurses' Perceptions of Importance and Achievability of the Ten Attributes of Health Literate Healthcare Organizations in their Institutions**: A Descriptive.

13. Najjar, S., Nafouri, N., Vanhaecht, K., & Euwema, M. The relationship between patient safety culture and adverse events: a study in Palestinian hospitals. (2015). **Safety in Health**, 1(1), 16.

14.Nutbeam D**. Health literacy as a public health goal**: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. Health promotion international. 2000 Sep 1;15(3):259-67.

15.Parnell TA.**Health literacy in nursing:Providing person-centered care**.Springer Publishing Company; 2014 Aug 18.

การพัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงตำบลท่าแร่ อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร

Development of a Smoking Cessation Aid Model in Hypertensive Patients : Case Study of Tha Rae Subdistrict, Mueang Sakon Nakhon District,Sakon Nakhon Province.

ปนัดดา ทรัพย์แสนยากร[1].

Panadda Subsanyakorn[1]

(Received: December 9,2020; Accepted: December 30,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยประเภท วิจัยและพัฒนาเพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหา การสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิต 2)ศึกษารูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 3) พัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง 4)เปรียบเทียบระดับความรู้ ความเข้าใจ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการช่วยเลิก 5) เปรียบเทียบระดับค่าคาร์บอนมอนนอกไซด์ ในปอดในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ 6) เปรียบเทียบระดับการติดนิโคตินในผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบ การช่วยเลิก 7) ศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วยความดันโลหิตสูงต่อรูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ ขอบเขตด้านเนื้อหาครอบคลุมในประเด็นเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนผลการสูบบุหรี่ต่อร่างกาย สถานการณ์ การเสียชีวิตด้วยโรคที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ แรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงทุกเพศ อายุ 30 ปีขึ้นไปที่สูบบุหรี่ ที่มีระดับการติดนิโคติน 4 คะแนนขึ้นไป และมีค่าระดับCO ระดับ 3 ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริงในตำบลท่าแร่ อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร จำนวน 30 คน เลือกแบบเจาะจง ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน 9 กันยายน- 5 พฤศจิกายน 2563 วิธีการดำเนินการวิจัยมี 4 ขั้นตอน คือ 1) ศึกษาสภาพปัญหาการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 2) พัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 3) การทดลองใช้รูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง 4)ประเมินและปรับปรุงรูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง นำไปเผยแพร่และใช้ประโยชน์

ผลการวิจัยพบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นเกี่ยวกับคู่มือ การช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วย โรคความดันโลหิตสูงอยู่ระดับ เหมาะสมมากที่สุด($\bar{x}$= 4.77) ส่วนบุคลากรที่เกี่ยวข้องมีความเห็น อยู่ระดับความเหมาะสมมากที่สุด ($\bar{x}$= 4.91) การเปรียบเทียบความรู้เรื่องบุหรี่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความรู้เรื่องบุหรี่สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรมอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติ ($\bar{x}$=0.96 ,S.D. 0.05) การเปรียบเทียบระดับ COในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ก่อน และหลัง พบว่า มีระดับค่า CO ลดลงร้อยละ 60 และระดับค่า CO เท่าเดิมร้อยละ 40 การเปรียบเทียบระดับการติดสารนิโคติน มีระดับการติดนิโคตินลดลง ร้อยละ 63.33 ระดับการติดนิโคตินเท่าเดิม ร้อยละ 36.67 ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงระดับความพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{x}$= 4.70) ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พบว่าด้านความพึงพอใจในการถ่ายทอดความรู้ ของวิทยากร กลุ่มผู้ป่วยสนิทสนมคุ้นเคยกันเป็นอย่างดี เนื่องจากรับการรักษาต่อเนื่อง ส่งผลให้เกิดแนวทางปฏิบัติตัวเพื่อช่วยเลิกบุหรี่ที่นำไปปฏิบัติได้จริง

คำสำคัญ : การเลิกบุหรี่ โรคเรื้อรัง

Abstract

This research the Development aim to 1) study the smoking problem of hypertensive patients 2) study the smoking cessation aid model in hypertensive patients 3) develop a smoking cessation model in blood pressure patients high 4) Compare knowledge levels The understanding of hypertensive patients who smoked before and after using the abstinence scheme 5) Comparison of pulmonary carbon monoxide levels in hypertensive patients who smoke. Before and after using the smoking cessation aid model 6) Compare nicotine addiction levels in hypertensive patients who smoke. 7) Study the satisfaction of hypertensive patients on the smoking cessation model. The scope of the text covers hypertension and its complications, the effects of smoking on the body, the situation. Disease deaths are associated with smoking. Motivation for quitting smoking The sample were hypertensive patients of all sexes aged 30 years and over who smoked with a nicotine addiction level 4 or more and a CO level 3 or higher who lived in Tha Rae Sub-district. Mueang Sakon Nakhon District Sakon Nakhon Province, totaling 30 people choose a specific the study period was between September 9 - November 5, 2020. There were 4 steps of the research method: 1) study the problem of quitting smoking among hypertensive patients; 3) A smoking cessation aid model trial in hypertensive patients 4) Evaluation and improvement of smoking cessation model in hypertensive patients.

[1] พย.ม.(การพยาบาลชุมชน)

Result: Publish and utilize, find that experts have opinions about the manual. Helping to quit smoking in hypertensive patients was the most appropriate level ($\bar{x}$ = 4.77) Related personnel The opinion was at the highest level of suitability ($\bar{x}$ = 4.91). Comparison of knowledge about cigarettes. Patients with hypertension had significantly higher scores after participating in this activity. Statistics ($\bar{x}$ = 0.96, SD 0.05) Level comparison CO in hypertensive patients who smoked before and after showed a 60% decrease in CO and 40% of the same CO level. Comparison of nicotine addiction levels. The level of nicotine addiction decreased 63.33%,the same level of nicotine addiction 36.67%, the satisfaction with the activity of the hypertensive patients, the highest satisfaction level ($\bar{x}$ = 4.70). 05) For the analysis of the qualitative data, it was found that the satisfaction of the speakers' knowledge transfer was Intimate group of patients Very familiar Due to ongoing treatment As a result, there are guidelines to help you stop smoking. Practical

Keywords : Smoking cessation chronic disease

บทนำ

สถานการณ์การบริโภคยาสูบในประเทศไทยปี 2560 พบว่า ประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป เป็นผู้สูบบุหรี่ 10.7 ล้านคน ร้อยละ 19.1 อัตราการบริโภคยาสูบ กลุ่มอายุ 15 - 18 ปี ร้อยละ 7.8 โดยภาพรวมอัตราการสูบบุหรี่มีแนวโน้มลดลง ยกเว้นกลุ่มอายุ 19 - 24 ปี จากปี พ.ศ. 2534 ถึง 2560 อัตราการบริโภคยาสูบของประชากรเพศชายมีอัตราการเปลี่ยนแปลงที่ลดลงน้อยกว่าเพศหญิงคือ ร้อยละ 46.4 และร้อยละ 66 และเพศหญิงมีอัตราการบริโภคยาสูบต่ำกว่าทุกปีที่ผ่านมาคือร้อยละ 1.7และยังพบอัตราการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยทำงาน (อายุ 25-59 ปี) มีอัตราการสูบบุหรี่สูงสุด และพบว่าอัตราการสูบบุหรี่ มีแนวโน้มลดลง (ปี 2547 ร้อยละ 43.7 ปี 2557 ร้อยละ 40.5) แต่เมื่อเปรียบเทียบกับปี 2560 พบว่า อัตราการสูบบุหรี่เพิ่มขึ้น เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า จังหวัดสกลนคร มีอัตราการสูบบุหรี่ ร้อยละ 25.97 อยู่ในอันดับ 4 ของประเทศ (รายงานสถิติการบริโภคยาสูบประเทศไทย,2561) จากข้อมูลจำนวนตายรายโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่จำนวน 3 โรค ประกอบด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือด โรคมะเร็งปอด โรคถุงลมโป่งพองต่อประชากรหนึ่งแสนคน ปี 2554 – 2558 ในพื้นที่ สำนักงานป้องกัน ควบคุมโรคที่ 8 จังหวัดอุดรธานี พบว่า อัตราการตายด้วยโรคหัวใจและหลอดเลือดสูงที่สุด รองลงมา คือ โรคมะเร็งปอดและโรคถุงลมโป่งพอง คิดเป็น 66.33,15.86 และ4.25 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ จากข้อมูลข้างต้น พบว่าบุหรี่ยังคงเป็นปัญหาในสังคมไทยตั้งแต่อดีต จนถึงปัจจุบันแม้ว่าจะมีการกำหนด เป็นนโยบายควบคุมการสูบบุหรี่ตลอดระยะเวลาหลายปีที่ผ่านมา แต่ก็ยังคงเป็นปัญหาสำคัญอันดับต้นๆ (มูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่. ออนไลน์, 2559) ปี 2560 พบคนไทยเสียชีวิตจากการสูบบุหรี่ด้วยโรคมะเร็งปอด 13,04 ราย โรคมะเร็งในอวัยวะอื่นๆ 7,815 ราย โรคถุงลมโป่งพอง 11,295 ราย โรคปอดเรื้อรังอื่น 2,669ราย โรคหัวใจ 7,215 ราย โรคหลอดเลือดสมอง 6,796 รายและโรคแทรกซ้อนต่างๆ 5,674 ราย ทั้งนี้การเสียชีวิตของชายไทย 54,511 คน จากการสูบบุหรี่คิดเป็นร้อยละ 17.0 หรือ 1 ใน 5 ของจำนวนชายไทยที่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ (กรมสุขภาพจิต. ออนไลน์ ,2560) ซึ่งสอดคล้อง กับข้อมูลจากมหาวิทยาลัยราชภัฏสกลนคร ในการประเมินผลโครงการสกลนครเมืองธรรมะ สานพลังครอบครัว ลด ละ เลิกเหล้าและบุหรี่ ตามแนวคิดการประเมินแบบเสริมพลังใน ปี 2561 ของจังหวัดสกลนคร โดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชนอายุตั้งแต่15 ปีขึ้นไป จำนวน 890 คน ขึ้นไป พบว่า มีคนที่สูบบุหรี่ ร้อยละ 53.0 โดยเพศชายสูบบุหรี่มากกว่าเพศหญิง ร้อยละ 50.1 และร้อยละ 2.9 ตามลำดับ กลุ่มอายุ 15-24 ปี มีการสูบบุหรี่สูงที่สุด ร้อยละ 36.9 รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 25-44 ปีสูบบุหรี่ ร้อยละ 15.9 จำแนกตามอายุเมื่อเริ่มลองสูบบุหรี่ครั้งแรกมากที่สุด คือ กลุ่มอายุ 15-17ปี รองลงมา คือ กลุ่มอายุ12-14 ปี และ < 12ปี คิดเป็นร้อยละ 44.4 ,40.1 และ 13.9 ตามลำดับ และจากการสำรวจข้อมูลข้อมูลการสูบบุหรี่ ปี 2562 ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังใน 50 พื้นที่ 419 หมู่บ้าน 38 ตำบล ครอบคลุมพื้นที่ทั้ง 18 อำเภอ ในจังหวัดสกลนคร ที่เข้าร่วมโครงการควบคุมยาสูบและสุรา โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน จังหวัดสกลนคร พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคถุงลมโป่งพอง สูงที่สุด รองลงมาคือผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และผู้ป่วยโรคไทรอยด์ คิดเป็นร้อยละ 9.77,7.27,7.24 และ 5.67 ตามลำดับ อำเภอเมืองสกลนคร มีพื้นที่สมัครเข้าร่วมโครงการมากที่สุด จำนวน 12 แห่งผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่มากที่สุด คือ พื้นที่ตำบลท่าแร่ ตำบลห้วยยาง และตำบลขมิ้น อำเภอเมืองสกลนคร คิดเป็น ร้อยละ 15.86 ,15.54 และ15.12 ตามลำดับ

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง พบว่า ผู้ป่วยที่ สูบบุหรี่ มีความต้องการที่จะ

เลิกบุหรี่ และมีผู้ป่วยที่สูบบุหรี่ส่วนหนึ่งพยายามเลิกมาแล้วแต่ไม่สำเร็จ[4] และความพยายามในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังภายหลังจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลสองเดือนซึ่งหยุดสูบได้ แต่ยังคงมีผู้ป่วยร้อยละ 52.70 ที่ยังคงสูบอยู่ [2] นอกจากนี้การเลิกสูบบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบผู้ป่วยเลิกสูบบุหรี่ได้นานมากกว่า 1 ปี ถึงร้อยละ 66 ซึ่งเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถเลิกสูบได้ มาจากการอยากสูบ ติดรสชาติของบุหรี่ [4] คิดว่าการสูบบุหรี่ไม่ก่อให้เกิดโรคร้ายแรงกับตนเอง[10] เป็นต้น ส่วนเหตุผลที่ทำให้ผู้ป่วยที่สูบบุหรี่คิดเลิกหรือเลิกสูบบุหรี่ได้ เป็นเพราะความเจ็บป่วย มีปัญหาด้านสุขภาพ[4],[10] การดำเนินงานที่ผ่านมาส่วนใหญ่ พบว่า ผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแผนกอายุรกรรม และมีคลินิกอดบุหรี่ ซึ่งผู้ป่วยจำเป็นต้องงดตามนโยบายของโรงพยาบาล [2],[4] และโรงพยาบาลทุกแห่งเป็นสถานที่ห้ามสูบบุหรี่ตามกฎหมาย (พระราชบัญญัติควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ,2560 : 17) ซึ่งมีปัจจัยที่มีผลต่อการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้แก่ ปัจจัยด้านการรับรู้ภาวะสุขภาพ [4] การเชื่อว่าตนเองมีความสามารถเลิกสูบบุหรี่เลิกสูบบุหรี่และการมีผู้ให้ความช่วยเหลือในการเลิกสูบบุหรี่ [2],[4] ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ(Health Belief Model)

ในปี 2563 จังหวัดสกลนคร ได้ดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานควบคุมยาสูบ ใน 4 ยุทธศาสตร์ที่สำคัญ ได้แก่ ยุทธศาสตร์ที่ 1 สร้างเสริมความเข้มแข็งและพัฒนาขีดความสามารถในการควบคุมยาสูบ ยุทธศาสตร์ที่ 2 ป้องกันมิให้เกิดผู้เสพยาสูบรายใหม่และเฝ้าระวังธุรกิจยาสูบที่มุ่งเป้าไปยังเด็ก เยาวชนและนักสูบหน้าใหม่ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ช่วยผู้เสพให้เลิกใช้ยาสูบโดยจัดอบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกระดับเพื่อรองรับการบำบัดรักษาอย่างต่อเนื่อง จัดกิจกรรมเรือนจำปลอดบุหรี่ แต่การดำเนินงานยังขาดความต่อเนื่องและยังไม่เป็นรูปธรรมที่ชัดเจน เนื่องจากผู้สูบที่เข้าสู่กระบวนการบำบัด ยังขาดความต่อเนื่อง และขาดแรงจูงใจในการเลิกสูบ และยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้าง สิ่งแวดล้อมให้ปลอดควันบุหรี่ จึงทำการพัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ตำบลท่าแร่ อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ที่รวมแนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองของ Bandura เข้ามา ซึ่งเชื่อว่า บุคคลแต่ละคนมีความสามารถในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งมีปัจจัยต่างๆ ได้แก่ การรับรู้โอกาสเสี่ยง ต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของการเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค จากการสูบบุหรี่ การรับรู้ประโยชน์ของการเลิกบุหรี่ การรับรู้อุปสรรคของการเลิกสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และการได้รับการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่จากคนรอบข้าง (Rosenstock,Strecher, Becker, 1998) เพื่อหนุนเสริมการทำงานอย่างต่อเนื่องเป็นรูปธรรม มีประสิทธิผลและประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ความเข้าใจ และเปรียบเทียบระดับค่าคาร์บอนมอนนอกไซด์ในปอด เปรียบเทียบระดับการติดนิโคติน ในผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ ก่อนและหลังการใช้รูปแบบการช่วยเลิก และศึกษาความพึงพอใจของผู้ป่วย ความดันโลหิตสูงต่อรูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ ตำบลท่าแร่ อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยประเภท การวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรเป็นผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ ในพื้นที่ ตำบลท่าแร่ อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ ทุกเพศ มีอายุมากกว่า 30 ปี ขึ้นไป ที่มีระดับการติดนิโคติน 4 คะแนนขึ้นไป และมีค่าระดับCO ระดับ 3 ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่จริงในตำบลท่าแร่ อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร จำนวน 30 คน ได้มาจากการเลือกพื้นที่ดำเนินการและกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง

เครื่องมือการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยผู้วิจัยดำเนินการสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ซึ่งประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 สร้างรูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาคู่มือ เอกสารเกี่ยวกับการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ศึกษาหลักการ เทคนิควิธีการช่วย

เลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และตรวจสอบรูปแบบกิจกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน เพื่อประเมินความเหมาะสม โดยให้พิจารณาความเหมาะสมของกิจกรรมต่างๆ โดยมีค่าเฉลี่ยของการประเมินตั้งแต่ 3.51 ขึ้นไป

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล แบ่งออกเป็น 5 ชุด ดังนี้

2.1 แบบทดสอบความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเนื้อหาเรื่องโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนผลการสูบบุหรี่ต่อร่างกาย สถานการณ์การเสียชีวิตด้วยโรคที่มีความสัมพันธ์กับการสูบบุหรี่ เพื่อทดสอบความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อนผลการสูบบุหรี่ ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 20 ข้อ

2.2 แบบวัดความพึงพอใจผู้ป่วยความดันโลหิตสูง ที่เข้าร่วมกิจกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง โดยศึกษาเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสร้างแบบสอบถามวัดเจตคติ แบบ Check List 5 ระดับ คือ พึงพอใจมากที่สุด พึงพอใจมาก พึงพอใจปานกลาง พึงพอใจน้อย พึงพอใจน้อยที่สุด ผู้วิจัยได้ดัดแปลงมาจากการวัดเจตคติต่อโปรแกรมรูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ของสมบูรณ์ กุดนอก (2545)

2.3 วัดระดับค่าคาร์บอนมอนนอกไซค์ ในปอดของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ โดยเครื่อง Smokerlyzer ที่ได้รับสนับสนุนและเทียบค่ามาตรฐานจากมหาวิทยาลัยมหิดล โดยทำการวัดก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยกำหนดว่าร้อยละ 60 ขึ้นไป ของผู้เข้าร่วมกิจกรรมจะต้องมีค่าคาร์บอนมอนนอกไซค์ ในปอดลดลง

2.4 แบบประเมินการติดนิโคติน ของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ โดยทำการ ประเมินก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้วิจัยกำหนดว่า ร้อยละ 60 ขึ้นไปของผู้เข้าร่วมกิจกรรม จะต้องมีระดับการติดนิโคตินลดลง ตามแบบทดสอบ Fagerstrom Test for Nicotin Dependence

2.5 แบบประเมินกิจกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงเพื่อประเมิน ความเหมาะสมของกิจกรรม ซึ่งแบบประเมินครั้งนี้จะนำเสนอเป็นลักษณะแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ คือ เหมาะสมมากที่สุด เหมาะสมมาก เหมาะสมปานกลาง เหมาะสมน้อย เหมาะสมน้อยที่สุด ผู้วิจัยกำหนดการประเมินคู่มือการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ว่าต้องมีความเหมาะสมตั้งแต่ระดับมากขึ้นไปตั้งแต่ 3.51 ขึ้นไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยแจกแจงข้อมูลการแปลความหมายข้อมูล (Descriptive Analysis) โดยใช้วิธีการดังนี้ แจกแจงข้อมูล เพื่อหาความถี่ข้อมูล ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูล แปลความหมายหรืออภิปรายจากข้อมูล และรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสัมภาษณ์ การสังเกต แล้วนำมาสรุปผลการจัดกิจกรรมช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง วิเคราะห์ด้วย ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต (Arithmetic Mean) ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน S.D. (Standard Deviation)

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

1)หลังจากโครงร่างวิจัยได้รับการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร (เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2020-023 วันที่ 9 กันยายน 2563) ผู้วิจัยจึงเริ่มจึงเริ่มเก็บรวบรวมข้อมูล และ 2) ชี้แจงวัตถุประสงค์ ประโยชน์ ที่จะได้รับ ขั้นตอนการเก็บข้อมูล และสิทธิในการถอนตัวจากการวิจัย รวมทั้งแจ้งว่าข้อมูลที่จะได้รับการเก็บรักษาเป็นความลับ และนำมาใช้ในงานวิจัยครั้งนี้เท่านั้น โดยจะนำเสนอข้อมูลในภาพรวม

ผลการวิจัย

1.สภาพปัญหาในการเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงพบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ขาดการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่ และยังขาดความเชื่อมั่นในตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และยังขาดการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่จากคนรอบข้าง

2.ความคิดเห็นเกี่ยวกับคู่มือการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลท่าแร่ อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร โดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญมีความเห็นเกี่ยวกับคู่มือ การช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ระดับเหมาะสมมากที่สุด ทุกด้าน ($\bar{x}$ = 4.77) ดังนี้ ด้านการใช้ภาษา, ด้านสื่อที่ใช้ในการเรียนรู้, ด้านเนื้อหา, การประเมินผล,ด้านกิจกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ ($\bar{x}$ = 4.90, 4.90, 4.75, 4.70, 4.64) ตามลำดับ

3.ความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลท่าแร่ อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้อง พบว่า บุคลากรที่เกี่ยวข้อง มีความเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ระดับความเหมาะสมมากที่สุด ทุกด้าน ($\bar{x}$= 4.91) ดังนี้ ด้านการประเมินผล, ด้านจุดประสงค์ของกิจกรรม, ด้านเนื้อหา,ด้านกิจกรรมการช่วยเลิกบุหรี่,สื่อที่ใช้ในการเรียนรู้ ($\bar{x}$= 5.00, 4.90) ตามลำดับ

4.เปรียบเทียบความรู้เรื่องบุหรี่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 0.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.06 ส่วนหลังเข้าร่วมกิจกรรม คะแนนเฉลี่ย 0.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.05 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่า คะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความรู้เรื่องบุหรี่สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

5.การเปรียบเทียบระดับ CO ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ ก่อนและหลัง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบุหรี่มีระดับค่า COลดลง ร้อยละ60 และระดับค่า COเท่าเดิม ร้อยละ 40

6.การเปรียบเทียบระดับการติดสารนิโคติน ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ ก่อนและหลัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการติดสารนิโคตินหลังเข้าร่วม ซึ่งอยู่ในระดับไม่นับว่าติด สารนิโคติน ติดสารนิโคตินในระดับปานกลาง และระดับปานกลางมีแนวโน้มการติดสารนิโคตินระดับสูง คิดเป็นร้อยละ 76.67, 16.67 และ 10.00 ตามลำดับ จำนวนผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ มีระดับการติดนิโคตินลดลง ร้อยละ 63.33 ระดับการติดนิโคตินเท่าเดิม ร้อยละ 36.67

7.ความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลท่าแร่ อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีความพึงพอใจเกี่ยวกับกิจกรรม การช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{x}$= 4.70) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ พบว่า อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุดทั้ง 12 ข้อ สามารถเรียงจากน้อยไปหามาก คือ ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พอใจกับการอบรม ครั้งนี้ การให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรม จำนวนกิจกรรมมีความเหมาะสมภาพรวม สื่อที่ใช้เหมาะสมกับสถานการณ์และพื้นที่ กิจกรรมต่างๆ มีความต่อเนื่อง กลมกลืน แบบทดสอบ กิจกรรมช่วยให้เกิดการเรียนรู้ได้ดี กิจกรรมสามารถทำได้ง่ายกระบวนการสอนน่าสนใจและเป็นประโยชน์ การนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ เนื้อหาเหมาะสมกับเวลา การถ่ายทอดความรู้ของวิทยากร ตามลำดับ

8.การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลและอธิบายความหมายของข้อมูลจากการสังเกตแบบ มีส่วนร่วมโดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นวิทยากร การสัมภาษณ์กลุ่มผู้ป่วยความดันโลหิตสูงและญาติบุคลากร ที่เกี่ยวข้องที่เข้าร่วมกิจกรรมสรุปผลได้ดังนี้

8.1 ด้านความพึงพอใจในการถ่ายทอดความรู้ของวิทยากร จากการสังเกตการณ์ พบว่า กลุ่มผู้ป่วยสนิทสนมคุ้นเคยกันเป็นอย่างดี เนื่องจากอยู่ในตำบลท่าแร่ และมารับยาความดันโลหิตสูง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าแร่อย่างต่อเนื่อง จึงเกิดการพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์กันตามที่วิทยากรชวนคุย ซักถาม และมีเสียงหัวเราะ รอยยิ้ม เมื่อวิทยากรจัดกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ และให้ ความร่วมมือเป็นอย่างดี

8.2. ด้านการนำไปใช้ประโยชน์ต่อตนเอง และครอบครัว จากการสังเกตพบว่า กลุ่มผู้ป่วยให้ความสนใจกับการประเมินการติดบุหรี่ การเป่าปอดเพื่อวัดปริมาณ CO ในปอด และสอบถามเกี่ยวกับความสัมพันธ์ของปริมาณการสูบบุหรี่กับค่า CO ในปอด เนื่องจากมีการเปรียบเทียบปริมาณ CO ในปอด พร้อมทั้งแนะนำการปฏิบัติตัวเพื่อลดระดับ CO ในปอด ที่นำไปปฏิบัติได้จริง

8.3 ด้านการสร้างความเชื่อมั่นและเสริมแรงในการช่วยเลิกบุหรี่ จากการสังเกตพบว่า กลุ่มผู้ป่วยและญาติ มีการพูดคุยและให้กำลังใจกันเป็นอย่างดี เมื่อมีปัญหาในช่วงการจัดกิจกรรม จะปรึกษากับ อสม. และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าแร่ ซึ่งเป็นการวางระบบการดูแลที่เข้าถึงได้ง่ายและมีความต่อเนื่อง

อภิปรายผลการวิจัย

ผลการวิจัยพบว่า การศึกษาสภาพปัญหา ในระยะก่อนการใช้รูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ยังขาดการรับรู้ความเสี่ยงและความรุนแรงต่อภาวะแทรกซ้อนของโรคจากการสูบบุหรี่

และยังขาดความเชื่อมั่นในตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และยังขาดการสนับสนุนเลิกสูบบุหรี่จากคนรอบข้าง ส่งผลให้ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ขาดความมุ่งมั่น ต่อเนื่องในกระบวนการเลิกบุหรี่ ซึ่งสอดคล้องกับสกินเนอร์ [1] เชื่อว่าบุคคลจะมีความพร้อมในการแสดงพฤติกรรมเมื่อมีการรับรู้ถึง ความเสี่ยงและความรุนแรงของโรคและบุคคลจะมีโอกาสแสดงพฤติกรรมได้มากขึ้น หากประเมินแล้วพบว่ามีประโยชน์หรือผลเสียต่อตัวเอง

ผลการวิจัยพบว่า การพัฒนารูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยความดันโลหิตสูง พบว่า การประชุมระดมความคิดเห็น และวิเคราะห์สภาพการดำเนินงานควบคุมโรคความดันโลหิตสูง ตำบลท่าแร่ และความต้องการความจำเป็นในการควบคุมโรค โดยการแบ่งกลุ่มระดมความคิดเห็น ร่วมคณะทำงาน CBTx ควบคุมยาสูบและสุรา โดยใช้ชุมชนเป็นฐาน ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงและสมาชิกครอบครัว โดยใช้ SWOT Analysis เพื่อวิเคราะห์ประเด็นการพัฒนาการดำเนินงานควบคุม โรคความดันโลหิตสูงในตำบลท่าแร่ ตลอดจนการเสนอโครงสร้างรูปแบบการช่วยเลิกบุหรี่ ต่อที่ประชุมเพื่อปรับปรุงและพัฒนากิจกรรม ส่งผลให้เกิดการพัฒนารูปแบบซึ่งตรงกับความต้องการจำเป็นของพื้นที่ตำบลท่าแร่ ซึ่งสอดคล้องกับพวงเพชร วัชรอยู่ ,2549 แรงจูงใจมีความสำคัญต่อการทำงาน หรือไม่ คำตอบก็คือสำคัญมาก เพราะการทำงานโดยอาศัยความสามารถของบุคลากรเพียงอย่างเดียว คงได้ผลงานไม่มากเท่ากับการเพิ่มการเสริมแรงจูงใจของผู้เกี่ยวข้อง

ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับคู่มือการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความ ดันโลหิตสูง ตำบลท่าแร่ อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร โดยผู้เชี่ยวชาญ พบว่า ผู้เชี่ยวชาญ มีความเห็นเกี่ยวกับคู่มือ การช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ระดับ เหมาะสมมากที่สุด ทุกด้าน ($\bar{x}$ = 4.77) ทั้งนี้อธิบายได้ว่า การพัฒนารูปแบบนั้น มีขั้นตอนในการดำเนินงานแตกต่างกันไป คือการสร้างรูปแบบ และการหาความตรงของรูปแบบ ซึ่งสอดคล้องกับรุ่งนภา สังข์แก้ว (2559)[6] ผลการศึกษาความตั้งใจในการเลิกบุหรี่และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย ชี้ให้เห็นว่า ในการพัฒนาโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพเพื่อส่งเสริมความตั้งใจ ในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยเรื้อรังชาย ควรมุ่งเน้นการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตน การปรับเปลี่ยนทัศนคติ และการสนับสนุนของครอบครัวและบุคลากรสาธารณสุข

ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ตำบลท่าแร่ อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร โดยบุคลากรที่เกี่ยวข้อง พบว่า บุคลากร ที่เกี่ยวข้อง มีความเห็นเกี่ยวกับกิจกรรมการช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ระดับความเหมาะสมมากที่สุด ทุกด้าน ($\bar{x}$ = 4.91) โดยกระบวนการช่วยเลิกบุหรี่ในครั้งนี้ เน้นการสร้างแรงจูงใจจากครอบครัวและบุคคลรอบข้างในการให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับอรพินท์ ขันแข็ง (2561)[11] ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย พบว่าบุคลากรทางสุขภาพควรสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคเรื้อรังชาย ที่ยังสูบบุหรี่อยู่และกระตุ้นให้เกิดการสนับสนุนจากครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ

ด้านการเปรียบเทียบความรู้เรื่องบุหรี่ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง จำนวน 30 คน ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนเฉลี่ย 0.76 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.06 ส่วนหลังเข้าร่วมกิจกรรม คะแนนเฉลี่ย 0.96 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.05 เมื่อทดสอบทางสถิติ พบว่าคะแนนเฉลี่ยหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนความรู้เรื่องบุหรี่สูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การจัดกระบวนการเรียนรู้ในครั้งนี้เน้นกระบวน การมีส่วนร่วมของผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การฝึกปฏิบัติจริง และสอดแทรกกิจกรรมที่หลากหลาย ส่งผลให้มีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎีการเรียนรู้ของบลูม (Bloom.1976) พฤติกรรมพุทธิพิสัย (Cognative Domain) คือ การเรียนรู้ทางด้านความคิด ความรู้ การแก้ปัญหา จัดเป็นพฤติกรรมทางด้านสมองและสติปัญญา

ด้านการเปรียบเทียบระดับ CO ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ ก่อนและหลัง พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบุหรี่ มีระดับค่า CO ลดลงร้อยละ 60 และระดับค่า CO เท่าเดิม ร้อยละ 40 และด้านการเปรียบเทียบระดับการติดสารนิโคติน ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ ก่อนและหลัง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับการติดสารนิโคตินหลังเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ป่วยความดันโลหิตสูงที่สูบบุหรี่ มีระดับการติดนิโคตินลดลง ร้อยละ 63.33 ระดับการติดนิโคตินเท่าเดิม ร้อยละ 36.67 ซึ่งสอดคล้องกับวีรศักดิ์ สะอาดเอี่ยม และคณะ(2560)[5]

พบว่า การได้แสดงออก การรับรู้ซึ่งกันและกัน และหาวิธีวิธีการแก้ไขปัญหาร่วมกันผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ชายวัยทำงานได้

ด้านความพึงพอใจต่อการเข้าร่วมกิจกรรม การช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรค ความดันโลหิตสูง ตำบลท่าแร่ อำเภอเมืองสกลนคร จังหวัดสกลนคร โดยผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง ที่เข้าร่วมกิจกรรม พบว่า ผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูงมีความพึงพอใจเกี่ยวกับกิจกรรม การช่วยเลิกบุหรี่ในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง อยู่ในระดับความพึงพอใจมากที่สุด ($\bar{x}$=4.70) เนื่องจากกิจกรรมในครั้งนี้ เน้นรูปแบบกระบวนการเรียนรู้ที่น่าสนใจและเป็นประโยชน์ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์กับบุคคลต้นแบบ ซึ่งสอดคล้องกับเบคเกอร์ [8] การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค บุคคลที่มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจะเห็นความสำคัญของการมีสุขภาพดี โดยให้ความร่วมมือในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพ เป็นปัจจัยสำคัญในการทำนายพฤติกรรมการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคของบุคคลได้ การรับรู้ถึงประโยชน์ อุปสรรคของการปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคจะให้ความร่วมมือยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติ โดยมีความเชื่อว่าสิ่งที่เขาปฏิบัตินั้นเป็นวิธีที่ดีและเหมาะสมที่จะช่วยป้องกันโรคได้จริง

ข้อเสนอแนะ

1. บุคลากรทางสาธารณสุขควรเสริมแรงในกลุ่มผู้ป่วยที่ลดเลิกบุหรี่ได้โดยใช้เป็นตัวแบบในคลินิกโรคเรื้อรังอย่างต่อเนื่อง

2. ควรจัดให้มีระบบการให้คำปรึกษาครอบครัวเพื่อเกิดความเข้าใจและมีการส่วนร่วมในเลิกบุหรี่ได้สำเร็จ

3. ควรมีการศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณนายแพทย์สมิต ประสันนาการ นายแพทย์สาธารณสุข จังหวัดสกลนคร และนายแพทย์มานพ ฉลาดธัญญกิจ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดนครพนม ได้กรุณาให้คำแนะนำด้วยความเอาใจใส่เป็นอย่างดียิ่ง ขอกราบขอบพระคุณผู้เชี่ยวชาญ ที่ให้คำแนะนำและคำปรึกษา ตรวจสอบเครื่องมือการวิจัย และให้คำแนะนำแก้ไขความถูกต้อง ความเที่ยงตรงทั้งสำนวนภาษา ตลอดจนให้ข้อคิดเห็นในขั้นตอนการพัฒนางานวิจัย จนงานวิจัย ครั้งนี้สำเร็จตามมุ่งหมาย ขอขอบคุณคณะวิทยากรทุกท่าน ผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลท่าแร่ ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง และสมาชิกครอบครัว เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเครือข่ายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และให้ความช่วยเหลือในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้จนสำเร็จเรียบร้อย

เอกสารอ้างอิง

1.จักรพันธ์ เพ็ชรภูมิ. 2559. “แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ.” [Online]. เข้าถึงได้จาก : https://www.gotoknow.org/posts/611058. (วันที่ค้นข้อมูล 20 พฤษภาคม 2563).

2.ฉันฑิยา คารมย์, และสุนิดา ปรีชาวงษ์. (2558). ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ในระยะสั้นในผู้ป่วย รคเรื้อรัง.พยาบาลสาร, 42(1), 38.

3.ธนะวัฒน์ รวมสุก (2561) ผลของโปรแกรมเลิกบุหรี่ โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีแรงจูงใจเพื่อป้องกันโรคในผู้ป่วยโรคความดันโลหิตสูง. วารสารพยาบาล ปีที่ 67(1), 1-10, 2561

4.ประภาพร ดองโพธิ์. (2556). ปัจจัยทำนายการเลิกสูบบุหรี่ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดหัวใจ โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ (รายงานผลการวิจัย). ปทุมธานี : โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ

5.วีรศักดิ์ สะอาดเอี่ยม และคณะ. (2560). ผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ในผู้ชายวัยทำงาน อำเภอไชยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารบัณฑิตวิจัย, 7(1), 85-100.

6.รุ่งนภา สังข์แก้ว : ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความตั้งใจในการเลิกสูบบุหรี่ของผู้เป็นโรคเรื้อรังชาย (วิทยานิพนธ์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา)

7.รุ่งลักษมี รอดขำ. 2555. “แนวคิดทฤษฎีของ Abraham H.Maslow.” [online]. เข้าถึงได้จาก :http://rungdba-04.blogspot.com/2012/10/abraham-hmaslow.html. (วันที่ค้น ข้อมูล 21 พฤษภาคม 2563).

8.ศุภกานต์ นุสรณ์รัมย์. 2557. ความสัมพันธ์ระหว่างความเชื่อด้านสุขภาพกับสภาวะสุขภาพของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองพนัสนิคม จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของ การศึกษาตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

9.อาภาพร เผ่าวัฒนา. 2559. “ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อทางสุขภาพ.” [Online]. เข้าถึงได้จาก :http://myblogcomnurse.blogspot.com/2016/02/health-belive-model.html. (วันที่ค้นข้อมูล 20 พฤษภาคม 2563).

10.อังคณา วนาอุปถัมภ์กุล. (2552). ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกบุหรี่ที่ประยุกต์ใช้ทฤษฎี ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในผู้ป่วยวัณโรค (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ:มหาวิทยาลัยมหิดล.

11.อรพินท์ ขันแข็งและคณะ (2561) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเลิกสูบบุหรี่ในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ชายจังหวัดตราด

12.อุกฤษฎ์ อำไพพันธุ์และคณะ (2563)การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ของผู้สูงอายุ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครปฐม.วารสารสังคมศาสตร์และ มานุษยวิทยาเชิงพุทธ ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 (มีนาคม 2563)

13.Lee, S., et al. (2016). Smoking cessation and receipt of cessation advice from health professionals among older smokers in Taiwan. PreventiveMedicine, 91(1), 89-95.

14.Mahmud, A., Wadi, H., Feely, J., & Silke, B. (2015). Cigarette smoking reduces bloodpressure response to antihypertensive treatment in newly diagnosed hypertensive patients. Journal of Hypertension, 33, e94.

15.Jacquelyn Y. Taylor (2016). A Genome-wide study of blood pressure in African Americans accounting for gene-smoking interaction. Scientific Reports volume 6, Article number: 18812 (2016)

บุหรี่ไฟฟ้า : มุมมองจากประสบการณ์การสูบของนักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

E-cigarette: perspective from the smoking experiences of a university students in Khon Kaen Province

รุจี จารุภาชน์[1]

Rujee Charupash

(Received: November 10,2020; Accepted: December 25,2020)

บทคัดย่อ

เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ด้วยวิธีแบบปรากฏการณ์วิทยาแบบตีความ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการให้ความหมายตามมุมมองและวิถีทางนำมาสู่การสูบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรงของนักศึกษา โดยผู้ให้ข้อมูลเป็นนักศึกษาอยู่มหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 8 คน แบ่งเป็นเพศชาย 6 คน และเพศหญิง 2 คน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 21.9 ปี มีประสบการณ์สูบระหว่าง 3 เดือน ถึง 6 ปี คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลโดยคนแรกใช้แบบเฉพาะเจาะจง จากนั้นใช้แบบสโนว์บอล สำหรับผู้ให้ข้อมูลคนต่อมา เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์เชิงลึกจนกระทั่งอิ่มตัว แล้วสรุปวิเคราะห์เชิงเนื้อหาตามแบบวิธีของเลียวนาร์ด (Leonard ‘method) และใช้การตรวจแบบสามเส้าเพื่อความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีมุมมองและให้ความหมายต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในด้านบวกทั้งด้านบวกและด้านลบ การเลิกสูบแต่ยังกลับมาสูบต่อจนติด การสูบบุหรี่ไฟฟ้าแล้วทำให้เลิกสูบบุหรี่ธรรมดาได้ ตลอดจนประเด็นการป้องกันโรค COVID-19 ในกลุ่มผู้สูบ ซึ่งทั้งหมดขึ้นอยู่กับมุมมองและวิถีทางการสูบบุหรี่ไฟฟ้าของแต่ละคน โดยมีข้อสรุปจากวิถีทางการสูบบุหรี่ไฟฟ้าดังนี้ 1) อยากเลียนแบบเพื่อน 2) อยากลอง 3) อยากเลิกสูบบุหรี่ธรรมดา 4) อยากคลายเครียด และ 5) ไม่อยากเป็นที่รังเกียจของคนรอบข้าง ซึ่งจากข้อค้นพบนี้ จะเห็นว่าการที่วัยรุ่นสูบบุหรี่ไฟฟ้าทั้งที่รู้ว่ามีผลเสียต่อสุขภาพ ผิดกฎหมาย แต่ความต้องการที่จะเป็นส่วนหนึ่งและได้รับการยอมรับจากกลุ่ม การเข้าถึงบุหรี่ไฟฟ้าอย่างง่ายจากโลกออนไลน์ รูป รส กลิ่นที่ดึงดูดใจ และสังคมรอบข้างไม่ได้รังเกียจเพราะไม่มีกลิ่นจากควันบุหรี่และกลิ่นตัว จึงเป็นการเสริมให้มีตัวตนในสังคมรอบข้าง ส่งผลให้มีนักศึกษาสูบบุหรี่ไฟฟ้าจำนวนมากขึ้น ดังนั้นควรมีการรณรงค์ให้เห็นผลเสียในทุกด้านของบุหรี่ไฟฟ้า การบังคับใช้กฎหมายอย่างเข้มข้นต่อโลกออนไลน์ซึ่งเป็นแหล่งจัดหา และหาแนวทางกับทุกภาคส่วนเพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นมีปัจจัยภายในตนเองหรือความเชื่อมั่นตนเอง มากขึ้นในการหลีกเลี่ยงการสูบ

คำสำคัญ : บุหรี่ไฟฟ้า, ประสบการณ์ , นักศึกษา

Abstract

It is a qualitative study with Hermeneutic Phenomenology aimed to describe the perspectives and pathways leading to E-cigarette smoking which is a direct experiences of students. The informants were students at a university in Khon Kaen Province, 8 persons, divided into 6 males and 2 females, with an average of 21.9 years and experienced smoking between 3 months and 6 years. The informants were selected by the purpose random sampling then, used the snowball technique for the others until complete. Data were collected by in-depth interviews method until saturation. Content analysis and the Leonard ‘method was for data analysis. Used the Triangulation check for reliability.

The findings revealed that students had both of positive and negative perspectives on E-cigarette smoking. The reasons to continue or quit smoking depended on perception and their background. Ways of behavior’s smoking from the conclusions composed of 5 themes: 1) imitating friends, 2) wanting to try, 3) wanting to quit smoking, 4) wanting to relive stress, reduce their suffering and 5) smoking be not detestable to those around them. Which from these findings; it can be seen that teenagers who need to be part and be recognized by the group and smoked E-cigarettes from the online world and the surrounding society was not disgusted by the smell of cigarette smoke and body odor. Thus enhancing the presence in the surrounding society as a result, these are more students who smoke E-cigarettes. Therefore, there should be a campaign to see the negative effects on all aspects of E-cigarettes. Intensive enforcement of the laws on the online world where the procurement and find guidelines with all sectors to encourage teenagers to have internal factors or self-confidence more to avoid smoking.

Keywords: E- cigarettes, Experience, Student

[1] พย.บ.,ศศ.ม. (สังคมวิทยา)

บทนำ

การสูบบุหรี่ไฟฟ้า (E-cigarettes) กำลังได้รับความนิยมแพร่หลายในหลายประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มนักเรียน นักศึกษา ที่มีประวัติสูบและไม่สูบบุหรี่ เช่น ในประเทศสหรัฐอเมริกา มีผลการสำรวจการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย โดยศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคของสหรัฐอเมริกา (Centers for Disease Control and Prevention LCDC 2014) ที่พบว่า มีการใช้บุหรี่ไฟฟ้าในเพิ่มสูงขึ้นเป็นสองเท่าโดย พ.ศ.2556 คิดเป็นร้อยละ 4.7 ถึงพ.ศ.2557 เพิ่มเป็นร้อยละ 10.0 จนกระทั่ง พ.ศ.2560 คิดเป็นร้อยละ 11.7 และ พ.ศ.2561 เพิ่มเป็นร้อยละ 20.8 [9] และในประเทศอังกฤษ พบข้อมูลผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้าเพิ่มขึ้นจาก 700,00 คน ใน พ.ศ.2555 เพิ่มเป็น 2.8 ล้านคน ใน พ.ศ.2559 และมีกลุ่มวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ประจำบนเกาะไอร์แลนด์ที่ใช้บุหรี่ไฟฟ้าร่วมกับการสูบบุหรี่แบบธรรมดา [1] มีเหตุผลถึงการเพิ่มขึ้นของผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้า จากการศึกษาของ Grana (2013, อ้างใน ชนิกา เจริญจิตต์กุล และ ชฎาภา ประเสริฐทรง,2557) กล่าวถึงปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของนักสูบวัยรุ่นว่า เป็นจากการตลาดที่เข้ายวนให้กลุ่มนักสูบวัยรุ่นสนใจในผลิตภัณฑ์ที่มีการออกแบบสวยงาม ทันสมัย มีสีสันและกลิ่นที่หลากหลาย เช่น กลิ่นมินต์ กลิ่นผลไม้ กลิ่นช็อคโกแลต วานิลลา และโคล่า เป็นต้น นอกจากนี้ยังประมาณการว่าใน พ.ศ.2557 มีบุหรี่ไฟฟ้าถึง 466 ยี่ห้อ ที่วางขายในตลาดสหรัฐอเมริกา

สำหรับในประเทศไทยจากข้อมูลของ สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขและศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) (2560) ในจำนวนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบัน ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไประหว่าง พ.ศ. 2544-2558 โดยใน พ.ศ.2558 พบการสูบบุหรี่ของเยาวชนอายุระหว่าง 15- 18 ปี สูบบุหรี่ผ่านอุปกรณ์อิเลคทรอนิคส์มีจำนวน 1,714 คน นอกจากนี้ยังมีผลการสำรวจติดตามกลุ่มนักเรียนมัธยมปลาย เขตกรุงเทพฯ ต่อพฤติกรรมบริโภคบุหรี่ใน พ.ศ. 2560 ของ ศรีรัช ลอยสมุทร ลาภใหญ่ (2560)[8] พบว่า กลุ่มวัยรุ่นในเขตเมืองมีอัตราสูบเพิ่มสูงขึ้น จำนวน 945 คน โดยร้อยละ 30.5 สูบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งมาจากความเชื่อใน 4 ข้อ คือ 1. มีกลิ่นหอม 2. ปลอดภัย 3. ทันสมัย และ 4. ทำให้ไม่เสพติด สำหรับในกลุ่มนักศึกษามหาวิทยาลัย จำนวน 1,155 คน จะมีร้อยละ 61 ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า และในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา (พ.ศ. 2547 – 2557) พบว่า อัตราการสูบบุหรี่ของเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น จากร้อยละ 6.58 เป็นร้อยละ 8.25

จากข้อมูลข้างต้น จะเห็นได้ว่ามีจำนวนการเพิ่มขึ้นในแต่ละปีของวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มนักเรียน และนักศึกษาที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ถึงแม้ว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าในประเทศไทยถือเป็นสิ่งผิดกฎหมายเนื่องจากมีกฎหมายควบคุมอย่างเด็ดขาด เริ่มตั้งแต่การห้ามนำเข้า ตามประกาศกระทรวงพาณิชย์ เรื่อง กำหนดให้บาราคู่และบาราคู่ไฟฟ้า หรือบุหรี่ไฟฟ้าเป็นสินค้าต้องห้ามในการนำเข้ามาในราชอาณาจักร พ.ศ. 2557 ซึ่งผู้ที่ฝ่าฝืนลักลอบนำเข้าจะต้องรับโทษจำคุกไม่เกิน 10 ปี ปรับเป็นเงิน 5 เท่าของสินค้าหรือทั้งจำทั้งปรับ รวมถึงให้ริบสินค้าและพาหนะที่ใช้ในการบรรทุกสินค้านั้นด้วย นอกจากนี้บุหรี่ไฟฟ้ายังเป็นสินค้าที่ห้ามขาย หรือให้บริการ ตามคำสั่งคณะกรรมการคุ้มครองผู้บริโภค ที่ 9/2558 ซึ่งกำหนดโทษสำหรับผู้ประกอบธุรกิจทั่วไปให้จำคุกไม่เกิน 5 ปี ปรับไม่เกิน 500,000บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ และหากผู้ที่กระทำผิดเป็นผู้ประกอบธุรกิจในฐานะผู้ผลิต ผู้สั่ง หรือผู้ที่นำเข้ามาเพื่อขาย ต้องรับโทษเพิ่มสูงขึ้นเป็นจำคุกไม่เกิน 10 ปี ปรับไม่เกิน 1,000,000บาท หรือทั้งจำทั้งปรับ[2] แต่การเพิ่มขึ้นของนักสูบหน้าใหม่มาจากความสะดวกจากการได้มาจากการจัดหาบุหรี่ไฟฟ้าที่เข้าถึงได้ง่าย ซึ่งศรีรัช ลาภใหญ่ ลอยสมุทร (2562)[8] ได้กล่าวถึงสถานการณ์การแพร่กระจายผลิตภัณฑ์ยาสูบอิเล็กทรอนิกส์ในช่องทางการสื่อสารออนไลน์ ในช่วง ธ.ค. 2561 - พ.ค. 2562 ที่ผู้ค้าบุหรี่ไฟฟ้าใช้สื่อออนไลน์และโซเชียลมีเดียทุกประเภทเพื่อแพร่กระจายผลิตภัณฑ์ พบมากที่สุด คือ เฟซบุ๊ก จำนวน 94 ไอดี (ร้อยละ 26) รองลงมาคือ ไลน์ จำนวน 86 ไอดี (ร้อยละ 24) เว็บไซต์ จำนวน 83 เว็บ (ร้อยละ 23) อินสตาแกรม จำนวน 62 ราย (ร้อยละ17) และทวิตเตอร์ จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 10) ซึ่งรวมสื่อทุกประเภท เป็นจำนวน 357 ไอดี นอกจากในช่องทางการสื่อสารออนไลน์ที่จะขายผลิตภัณฑ์ของบุหรี่ไฟฟ้าแล้ว ยังมีการชวนเชื่อและให้ทัศนคติในด้านบวกมาพร้อมกันด้วย เช่น การอ้างถึงสรรพคุณด้านสุขภาพว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าไม่ทำให้เกิดควัน มีเพียงละอองไอน้ำที่ไม่

เป็นอันตรายต่อสุขภาพต่อผู้สูบและผู้อยู่ใกล้ บุหรี่ไฟฟ้าไม่ทำให้เกิดน้ำมันดินและไม่มีสารก่อมะเร็ง โดยที่ร้อยละ 64.0 ของเวปไซด์ ให้ข้อมูลว่าบุหรี่ไฟฟ้าสามารถช่วยเลิกสูบบุหรี่แบบดั้งเดิมได้ บุหรี่ไฟฟ้าสะอาดและมีราคาถูก ซึ่งเมื่อวัยรุ่นได้รับข้อมูลเหล่านี้จะถูกดึงดูดว่าบุหรี่ไฟฟ้าเป็นภาพลักษณ์ของความทันสมัย เป็นการยกระดับทางสังคม ส่งเสริมกิจกรรมทางสังคม และมีความโรแมนติก[1] ดังนั้นกลุ่มวัยรุ่นจึงมองข้ามถึงผลเสียต่อสุขภาพจากการที่บุหรี่ไฟฟ้าซึ่งเป็นผลิตภัณฑ์เสพยาสูบหรือเสพนิโคตินที่ใช้การทำให้สารน้ำเกิดความร้อน และระเหยเป็นไอน้ำมาให้สูด สูบ โดยที่ไม่เกิดควันจากการเผาไหม้ ผลิตภัณฑ์บุหรี่ไฟฟ้าในตลาดมากกว่าร้อยละ 95 มีสารนิโคตินเป็นส่วนผสมอยู่ในสารน้ำ ดังนั้นการสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้ติดสารนิโคตินได้ โดยสารนิโคตินมีอานุภาพการเสพติดสูงกว่าเฮโรอีน ผู้เสพสามารถเพิ่มสารนิโคตินในการสูบแต่ละครั้งได้สูงกว่าบุหรี่ธรรมดากว่า 3-10 เท่า นอกจากเสพติด บุหรี่ไฟฟ้ายังทำให้อัตราการเต้นของหัวใจสูง ความดันโลหิตสูง มีภาวะหลอดเลือดสมองหดตัวเสี่ยงต่อโรคหลอดเลือดสมอง มีโลหะหนัก เช่น นิเกิล โครเมียมที่มีพิษต่อปอด แคดเมียมที่มีพิษต่อไต สารก่อมะเร็ง เช่น เบนซีน อะเซตตัลดีไฮด์ สารบางชนิดซึ่งเป็นส่วนประกอบหลักของตัวทำละลายของเหลวที่ใช้ในบุหรี่ไฟฟ้า เมื่อโดนความร้อนเป็นไอน้ำเพื่อเสพ จะแปรเปลี่ยนเป็นสารก่อมะเร็งได้คือ ไดเอทธิลีนไกลคอล และสารกลีเซอรอล สารแต่งกลิ่นผลไม้หรือกลิ่นหอมเพื่อเพิ่มจำนวนนักสูบหน้าใหม่มีฤทธิ์ทำลายเยื่อบุหลอดลม มีการปลดปล่อยอนุภาคขนาดเล็กมาก PM 2.5 และอนุภาคนาโนที่แทรกซึมเข้าร่างกายเป็นการสะสมพิษไปก่ออันตรายในอวัยวะต่างๆ ได้ทั่วร่างกาย [3]

ในเขตจังหวัดขอนแก่นยังไม่มีผลการสำรวจอย่างเป็นทางการในกลุ่มวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้ทำการสำรวจเบื้องต้นเท่านั้นจากคำบอกเล่าของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นเพื่อนของนักศึกษาที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าในมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งเขตจังหวัดขอนแก่น ซึ่งพบว่า มีนักศึกษาจำนวนไม่น้อยที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าอย่างเปิดเผยและไม่เปิดเผยตนเอง ผู้ที่ไม่เปิดเผยตนเองเนื่องจากความกลัวต่อการทำผิดกฎหมาย สำหรับนักศึกษาที่เปิดเผยตนเองจะพบว่า เพศชายจะสูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าเพศหญิง เนื่องจากมหาวิทยาลัยแห่งนี้ มีจำนวนนักศึกษาชายเป็นส่วนใหญ่ จึงทำให้มีจำนวนผู้สูบบุหรี่ไฟฟ้ามากกว่าแห่งอื่น โดยที่ผู้วิจัยได้รับคำบอกเล่าอย่างไม่เป็นทางการจากนักศึกษาที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าถึงสาเหตุหลักมาจากกลุ่มเพื่อนที่ชักจูงให้ลองสูบบุหรี่ ชักชวนในกลุ่มเพื่อนชั้นปีเดียวกัน ระหว่างรุ่นพี่กับรุ่นน้อง และมีจำนวนเพิ่มขึ้นเมื่อมีนักศึกษาเข้ามาใหม่ เมื่อสูบบุหรี่ไฟฟ้าแล้วเกิดการติดอยากสูบอีกต่อๆไปเพราะสามารถจัดหามาง่ายจากสื่อออนไลน์หรือการแบ่งปันกับเพื่อนในกลุ่ม รูปลักษณ์ของบุหรี่ไฟฟ้ามีการออกแบบที่น่าซื้อทันสมัยมีกลิ่นให้เลือกหลากหลาย ใครสูบเป็นคนที่ทันสมัยคุยกับเพื่อนได้สนิทใจ อีกทั้งเมื่อสูบแล้วไม่มีใครรู้เพราะไม่มีกลิ่นติดตัวจึงสูบได้แม้ในห้องเรียนและสูบได้ในทุกเพศ จึงทำให้เกิดนักสูบหน้าใหม่มีเพิ่มขึ้นในทุกปี ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงมุมมองและวิถีทางนำมาสู่การสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่มาจากประสบการณ์ตรงของนักศึกษาเอง ซึ่งเป็นความรู้ที่สำคัญยิ่งที่จะช่วยให้มีความเข้าใจถึงมุมมองและการให้ความหมายต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้าทั้งด้านบวกและลบ การเลิกสูบแล้วยังกลับมาสูบอีกจนติด ความเชื่อว่าสูบบุหรี่ไฟฟ้าแล้วสามารถเลิกบุหรี่แบบธรรมดาได้ และความเข้าใจตลอดจนพฤติกรรมการป้องกันโรค COVID-19 ซึ่งความรู้ที่ได้จะเป็นข้อมูลพื้นฐานต่อการหาแนวทางป้องกัน ลด ละ เลิก การสูบบุหรี่ไฟฟ้าในนักสูบหน้าใหม่ต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาการให้ความหมายตามมุมมองและวิถีทางนำมาสู่การสูบบุหรี่ไฟฟ้า ซึ่งเป็นประสบการณ์ตรงของนักศึกษา

ระเบียบวิธีวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพ ตามแนวคิดปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความ(Hermeneutic Phenomenology) [12] ซึ่งเป็นประสบการณ์ของเฉพาะบุคคลในการสูบบุหรี่ไฟฟ้า

ประชากรและผู้ให้ข้อมูลหลัก

ประชากร ได้แก่ นักศึกษามหาวิทยาลัยแห่งหนึ่ง ในจังหวัดขอนแก่น ที่กำลังศึกษาในปีการศึกษา 2562 ซึ่งสูบบุหรี่ไฟฟ้าหรือเคยสูบบุหรี่ไฟฟ้าตั้งแต่ 1 ครั้งขึ้นไป และกำหนดกลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูล (informants) คือนักศึกษาที่กำลังศึกษาในมหาวิทยาลัยแห่งนี้ที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าหรือเคยสูบ 1 ครั้งขึ้นไป

คัดเลือกผู้ให้ข้อมูลแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) จากกลุ่มนักศึกษาที่ยินดีให้สัมภาษณ์อย่างเปิดเผย

การจะได้มาซึ่งผู้ให้ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้จึงค่อนข้างลำบาก เนื่องจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีข้อจำกัดและความละเอียดอ่อนในด้านกฎหมาย ผู้วิจัยจึงใช้วิธีการประสานงานแบบส่วนตัว โดยเริ่มจากนักศึกษาซึ่งผู้วิจัยเป็นอาจารย์ที่ปรึกษาและเป็นเพื่อนกับนักศึกษาคนแรกซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูล จากนั้นใช้วิธีการบอกต่อ (Snowball Sampling) [4] สำหรับผู้ให้ข้อมูลคนต่อไป ซึ่งเป็นนักศึกษาในกลุ่มของผู้ให้ข้อมูลคนแรก รวมทั้งสิ้นจำนวน 8 คน ประกอบด้วยเพศชายจำนวน 6 คน และเพศหญิงจำนวน 2 คน กำลังศึกษาตั้งแต่ชั้นปีที่ 1-3 ในคณะวิศวกรรมศาสตร์สาขาโยธาและสาขาเครื่องยนต์ และคณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม โดยทั้งหมดมีความหลากหลายทั้งอายุ เพศ ชั้นปี และลักษณะส่วนบุคคลอื่นๆ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ผู้วิจัยเป็นเครื่องมือที่สำคัญในการศึกษาครั้งนี้ เนื่องจากมีประสบการณ์การวิจัยเชิงคุณภาพแบบปรากฏการณ์วิทยาเชิงตีความมาอย่างต่อเนื่อง และใช้แนวทางการสัมภาษณ์โดยประยุกต์มาจาก วารีพร ชูศร (2561)[7] รวมทั้ง พวงผกา คงวัฒนนนท์ (2560)[4] ศึกษาเรื่องการเข้าถึงยาสูบ การรับรู้และการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ของนักเรียน นักศึกษา ประชาชน และผู้จำหน่ายบุหรี่รอบเขตมหาวิทยาลัยหาดใหญ่ และเรื่องประสบการณ์การสูบบุหรี่ของหญิงวัยรุ่นตอนปลาย โดยมีเนื้อหาของแบบสัมภาษณ์ 3 ส่วน คือ ส่วนที่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคล ส่วนที่ 2) เนื้อหาด้านมุมมองที่มีต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ด้านบวก ด้านลบ การเลิกบุหรี่ไฟฟ้าแต่กลับมาสูบต่อ การสูบบุหรี่ไฟฟ้าแล้วทำให้เลิกสูบบุหรี่ธรรมดาได้ และส่วนที่ 3) ด้านพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้า ได้แก่ การเริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้า สาเหตุที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าครั้งแรก ระยะเวลาที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามาแล้ว สาเหตุที่ทำให้สูบเป็นประจำ ช่วงเวลาที่สูบบุหรี่ไฟฟ้ามากที่สุด การเข้าถึงและได้มา (ช่องทางในการซื้อ วิธีหาแหล่งที่มา ราคา กลิ่นหรือรสชาติที่สูบประจำ) ค่าใช้จ่ายในการซื้อน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้าต่อเดือน และพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการดูแลป้องกันตนเองในโรคติดต่อ COVID-19

ความน่าเชื่อถือของข้อมูล การหาความน่าเชื่อถือของข้อมูล (trustworthiness) และความเชื่อถือได้ (credibility) ใช้การตรวจสอบแบบสามเส้า (triangulation) [13] ดังนี้ 1) โดยให้ผู้ให้ข้อมูลร่วมตรวจสอบความถูกต้อง (member checking) ของข้อมูล 2) ตรวจสอบข้อมูลที่ได้จากการใช้หลักฐานร่องรอย (audit trail) จากผลการสัมภาษณ์ และ 3) ตรวจสอบคำตอบข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลทุกคนในประเด็นคำถามเดียวกัน เพื่อเป็นการยืนยันคำตอบ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ใช้วิธีสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) เป็นรายบุคคล จำนวน 1-2 ครั้ง แบบไม่เป็นทางการในครั้งแรกและสัมภาษณ์แบบเจาะลึกในครั้งที่ 2 หรือหากมีผู้ให้ข้อมูลบางรายไม่ต้องการให้ข้อมูลเพิ่มจากการสัมภาษณ์แบบต่อหน้า ผู้วิจัยจะนัดหมายพูดคุยทางโทรศัพท์หรือทางไลน์ส่วนตัว จนถึงการอิ่มตัวของข้อมูล ซึ่งเป็นเกณฑ์ยุติ โดยถือว่าผู้ให้ข้อมูลไม่ต้องการให้ข้อมูลอีกต่อไป และจะกระทำได้ตลอดการดำเนินการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

นำข้อมูลที่ผ่านการตรวจสอบความน่าเชื่อถือและความเที่ยงตรง มาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการจัดกลุ่มข้อมูล (categories) ตามวัตถุประสงค์การวิจัย จากนั้นใช้วิธีการวิเคราะห์ข้อมูลตามแนวคิดของ เลียวนาร์ด (Leonard 'method) [12] โดยเริ่มจากการถอดคำสัมภาษณ์แบบคำต่อคำ (verbatim) นำมาตรวจสอบข้อมูลโดยการฟังและอ่านทวนซ้ำ จากนั้นสกัดข้อมูลให้เหลือเฉพาะแก่น (core) แล้วถอดรหัสข้อความ (coding) จากนั้นนำมาพิจารณาในประเด็นย่อย (sub themes) แล้วสรุปรวมให้เข้ากลุ่มกันเป็นเรื่องเดียวกันหรือประเด็นหลัก (themes) กำหนดให้ความหมาย และจำแนกข้อมูลตามความหมายที่สามารถอธิบายการกระทำต่างๆที่เป็นลักษณะเฉพาะได้อย่างสมบูรณ์จนทำให้เกิดความเข้าใจในบริบทนั้นๆ ตรวจสอบความน่าเชื่อถือของข้อมูลและปรับเปลี่ยนข้อมูลจากข้อเสนอของผู้ให้ข้อมูล จากนั้นเขียนรายงานผลการวิจัย

การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ให้ข้อมูล

ผู้วิจัยส่งขอพิทักษ์สิทธิ์ของผู้ดูแลผู้สูงอายุจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัย วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น โดยผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ SCPHKKIRB63128

ผลการวิจัย

1.ลักษณะทั่วไปของผู้ให้ข้อมูล จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด 8 คน แบ่งเป็นเพศชาย 6 คน และเพศหญิง 2 คน อายุเฉลี่ยเท่ากับ 21.9 ปี อายุระหว่าง 21-25 ปี กำลังศึกษาอยู่ชั้นปีที่ 1-3 ในคณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม และคณะวิศวกรรมศาสตร์ ในสาขาโยธาและสาขาเครื่องยนต์ ผู้ปกครองประกอบอาชีพเกษตรกรรม รับราชการและค้าขาย มีรายได้เฉลี่ยเท่ากับ 7,125 บาท แหล่งที่มาของรายได้มาจากผู้ปกครอง ราคาในการซื้อหาของบุหรี่ไฟฟ้าต่อเครื่องเฉลี่ย 2,125 บาท มีประสบการณ์สูบบุหรี่แบบธรรมดาและแบบไฟฟ้าระหว่าง 3 เดือน -6 ปี (บางรายสูบมาตั้งแต่เรียนชั้นมัธยมต้น) และในปัจจุบันมีบางรายที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าและสูบบุหรี่แบบธรรมดาควบคู่กัน

2. ความหมายของการสูบบุหรี่ไฟฟ้าตามมุมมองของผู้ให้ข้อมูล ในมุมมองของผู้ให้ข้อมูลที่มีต่อการสูบบุหรี่ไฟฟ้ามีทั้งด้านบวกและด้านลบ แต่อย่างไรก็ตามจะให้น้ำหนักเอนเอียงไปในด้านบวกมากกว่า เนื่องจากหากไม่สูบจะเข้ากับเพื่อนไม่ได้ เป็นไปตามสมัยนิยม (เทรน) สูบแล้วดูทันสมัยมีราคาแพงเพราะบุหรี่ไฟฟ้ามีรูปลักษณ์ทันสมัยน่าใช้ มีหลากหลายกลิ่นและรสชาติ สูบได้ทุกเพศ สูบแล้วคนรอบข้างไม่รู้จึงไม่เป็นที่รังเกียจเช่นบุหรี่แบบธรรมดา ทำให้คลายเครียด หาซื้อได้ง่าย ทำให้เลิกสูบบุหรี่ธรรมดาได้ และไม่น่าจะติดโรค COVD-19 ส่วนข้อเสียคือเลิกสูบไม่ได้ต้องกลับมาสูบต่อจนติด มีราคาแพง เป็นสิ่งเสพติดที่ผิดกฎหมาย มีผลเสียต่อสุขภาพ โดยการให้ความหมายใน 2 ด้าน ดังนี้

ความหมายด้านบวก : บุหรี่ไฟฟ้าคือ สิ่งที่สร้างมิตรภาพกับเพื่อน เนื่องจากหากไม่สูบจะเข้ากับเพื่อนไม่ได้ เป็นไปตามสมัยนิยม (เทรน) สูบแล้วดูทันสมัยมีราคาแพง เพราะบุหรี่ไฟฟ้ามีรูปลักษณ์ทันสมัยน่าใช้ มีหลากหลายกลิ่นและรสชาติ สูบได้ทุกเพศ สูบแล้วคนรอบข้างไม่รู้จึงไม่เป็นที่รังเกียจเช่นบุหรี่แบบธรรมดา ทำให้คลายเครียด หาซื้อได้ง่าย ทำให้เลิกสูบบุหรี่ธรรมดาได้ และไม่น่าจะติดโรค COVD-19 ดังคำพูดดังนี้

"อยากเที่ยวกับเพื่อน เพราะมีเพื่อนเป็นกลุ่มไปไหนไปกัน สนุกดี เพื่อนมันสูบแล้วยื่นให้ถ้าไม่เอา มันจะว่าเอา แล้วเวลาไปไหนมันไม่ชวน..." (นักศึกษาชาย T อายุ 24 ปี)

"ตอนเรียนช่วง ม.3 เริ่มสูบแบบมวนธรรมดา สูบมาเรื่อยๆ จนมาเรียนที่นี่ มีเพื่อนสนิทไปนอนที่หอเพื่อนบ่อยๆ มันเอาให้สูบ ถ้าไม่ เพื่อนจะไม่ชวนไปค้างอีก..." (นักศึกษาหญิง P อายุ 24 ปี)

"ตอนไปนั่งดริ๊งที่ผับ ต้องสูบกับเพื่อน ไม่งั้นจะคุยไม่สนุก ทำให้มั่นใจครับเวลาอยากแสดงออก อีกอย่างเพื่อนจะไม่เอา ถ้าไปแล้วไม่สูบ" (นักศึกษาชาย L อายุ 21 ปี)

"ไปเที่ยวกับแฟน แล้วกลุ่มเค้าก็สูบกัน ตอนแรกก็ไอ เพราะมันเป็นไอน้ำ พอสูบหลายครั้ง แฟนชมบอกว่าดูเท่ห์ ดูน่ารักยิ้มสวยเวลาสูบ ..." (นักศึกษาหญิง N อายุ 23 ปี)

"เวลาไปนั่งที่ร้านยู....แถวใกล้...ควักมาสูบ ดูแล้วทันสมัย ไม่พ่นควันโขมงเหมือนบุหรี่มวน ..."(นักศึกษาชาย B อายุ 23 ปี)

"ตอนนี้มันเป็นตามเทรนนะ เชยถ้าสูบบุหรี่มวน แถมคนอื่นด่าอีกเพราะควันเหม็นอ่ะ...."..."(นักศึกษาชาย A อายุ 23 ปี)

"ชอบตรงกลิ่นหอมมีเลือกหลายกลิ่น หนูชอบกลิ่นมาโบโลกับอุ่นค่ะ อีกอย่างอุปกรณ์สูบมีมาให้เลือกเยอะ เป็นแบบแท่งลิปสติกก็มี ทันสมัยน่าใช้ เวลาเอามาใช้ไม่มีใครรู้" (นักศึกษาหญิง N อายุ 23 ปี)

"ก็... ในทางบวกก็คือมีรสชาติดีครับ กลิ่นไม่เหม็น กลิ่นหอม น่าสูบควันไม่มี เท่ห์ เป็นแบบเขาเรียกว่าเป็นความชอบอย่างหนึ่ง" (นักศึกษาชาย S อายุ 21 ปี)

"ทางบวกมันไม่ส่งกลิ่นไม่พึ่งประสงค์ต่อคนรอบข้างเวลาไปเรียนไม่มีคนรู้" (นักศึกษาชาย PP อายุ 22 ปี)

"เป็นวิธีการคลายเครียด ช่วงอ่านหนังสือสอบเป็นมื้นๆผ่อนคลายเวลาเครียด" (นักศึกษาชาย A อายุ 23 ปี)

"อยู่คนเดียวเหงา บางทีเถียงกับพ่อมาจะนอนร้องไห้จนสุดๆแล้วมาอัดบุหรี่ไฟฟ้า รู้สึกว่าสูบแล้วจะรู้สึกดีขึ้น" (นักศึกษาหญิง P อายุ 24 ปี)

"คิดว่าไม่น่ามีปัญหาเรื่องโรค COVID-19 นะครับ พวกผมจะใช้อุปกรณ์ของตนเองเวลาสูบไม่มีมั่ว ออกไปไหนก็ใส่หน้ากาก อีกอย่างคิดว่าบุหรี่ไฟฟ้าไม่น่าจะมีผลเสียต่อปอดเท่ากับแบบมวนครับ..." (นักศึกษาชาย PP อายุ 22 ปี)

ความหมายด้านลบ : บุหรี่ไฟฟ้าคือ เลิกสูบไม่ได้ต้องกลับมาสูบต่อจนติด มีราคาแพง เป็นสิ่งเสพติดที่ผิดกฎหมาย มีผลเสียต่อสุขภาพ ดังคำพูดดังนี้

"แพงนะ มันใช้ตังค์เยอะ ค่าใช้จ่ายที่เยอะครับต่อเดือน เคยเลิกสูบไปสักสามสี่วัน แต่พอเข้าเล่นเฟส เพื่อนทักให้ลองกลิ่นใหม่ อดใจไม่ได้กลับมาสูบอีก ก็มันหาง่ายครับเข้าเฟส แป๊ปเดียวก็ได้ของ ....เคยคิดว่าหากสูบไปนาน ๆ ก็อาจจะทำให้ป่วยได้เช่นกันครับ...." (นักศึกษาชาย L อายุ 21 ปี)

"ทีแรกอยากเลิกสูบครับ ใช้ทุนในการสูบเยอะกว่าบุหรี่ธรรมดา เงินไม่พอใช้ ผิดกฎหมายด้วย กลัวถูกจับ เลิกไปสักพักทนไม่ไหวใจมันอยากสูบอีกเรื่อยๆ จนต้องกลับมาสูบ คิดว่ามันหายยากกว่าแบบมวนครับ ใช้วิธีเลิกโดยลดประมาณการสูบลง เช่น แบตจะหมดก็ห้ามใจไม่ให้ชาร์ต" (นักศึกษาชาย S อายุ 21 ปี)

"ข้อเสียนี่ก็ทำลายส่วนต่าง ๆ ในร่างกายนั้นแหละครับ เพราะมันเป็นสิ่งไม่ดีที่เราเอาเข้า
ในร่างกาย ประมาณนี้ครับ อีกอย่างพอดูดไปนาน ๆรู้สึกว่าตัวเองเหนื่อยง่าย เคยเลิกไปช่วงหนึ่งอดใจไม่ไหว ก็หาซื้อง่ายเวลาเราเล่นเฟส...." (นักศึกษาชาย B อายุ 23 ปี)

"เคยอ่านข้อมูลว่าตัวของบุหรี่ไฟฟ้าที่มันมีความอันตรายกว่าบุหรี่ธรรมดา 5 เท่า แล้วก็ทำให้ปอดมันชื้นกว่าบุหรี่มวน เพราะมันเป็นน้ำยาหยดแล้วสูบครับ" (นักศึกษาชาย PP อายุ 22 ปี)

3.วิถีทางการสูบบุหรี่ไฟฟ้า จากข้อมูลจะพบว่าวิถีทางสูบบุหรี่ไฟฟ้าตั้งแต่ อยากเลียนแบบเพื่อน อยากลอง อยากเลิกบุหรี่ธรรมดา อยากคลายเครียด และไม่อยากเป็นที่รังเกียจของคนรอบข้าง ซึ่งมีพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ไฟฟ้าดังนี้

3.1 อยากเลียนแบบเพื่อน : ดูดี ดูแมน ดูมั่นใจ ดูเท่ห์ ผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดทุกคนเข้าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าจากเหตุผลส่วนใหญ่คืออยากเลียนแบบเพื่อน ซึ่งหากสูบจะดูดี ดูเก๋ ดูมั่นใจ ดูเท่ห์ ตัวอย่างคำพูด ดังนี้

"เห็นเพื่อนคนที่เป็นคนเด่นของคณะมันสูบ ดูมันดีมาก เป็นสาวมั่น เพื่อนคนอื่นชอบพูดถึง ก็เลยสูบตามเพื่อน ทั้งอุปกรณ์มาใหม่ๆประจำ กลิ่นและรสชาติด้วย พอสูบแล้วก็รู้สึกโอเคนะ ดีจริงๆ อีกอย่างมันอาจจะเป็นเทรนก็ได้คะ ในช่วงนั้น ก็เลยสูบ..." (นักศึกษาหญิง N อายุ 23 ปี)

"เริ่มสูบก็น่าจะเริ่มจากการที่เห็นเขาสูบจากในอินเตอร์เน็ตครับ ดูเค้าเท่ห์มาก แฟนบอกว่าเป็นผู้ชายที่ดูแมน เลยลองซื้อมาลองดูครับ แล้วยิ่งมาสูบช่วงตอนที่ว่าง ตอนเย็นช่วงกินเหล้าสังสรรค์กับเพื่อนกับแฟนหลังจากเลิกเรียน ยิ่งรู้สึกฟินนะ..." (นักศึกษาชาย B อายุ 23 ปี)

3.2 อยากลอง : ลองเพื่อรู้ แต่เลิกไม่ได้ การสูบบุหรี่ไฟฟ้าจะเริ่มสูบตามคำแนะนำของเพื่อน คนใกล้ตัวที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าอยู่แล้วทำให้อยากลองสูบบุหรี่ไฟฟ้าด้วยตนเอง หรือความอยากลองจากข้อมูลที่มีในกลุ่มสื่อสังคมออนไลน์ และเป็นตามความนิยมหรือตามเทรนในปัจจุบันแต่เมื่ออยากเลิกสูบกลับเลิกไม่ได้ ตัวอย่างคำพูด ดังนี้

"ตั้งแต่เริ่มก็เห็นเพื่อนสูบก็เลยสูบตามเพื่อน แต่ตอนนั้นก็ยังไม่คิดถึงโทษ เห็นว่ามันควันเยอะดีก็เลยอยากลองอะไรประมาณนี้ครับ" (นักศึกษาชาย T อายุ 24 ปี)

"พอดีเห็นเพื่อนเอาสูบบุหรี่ไฟฟ้าแล้วได้กลิ่นก็คิดว่ากลิ่นมันหอมดีครับ เลยขอลองของเพื่อนสูบดูครับ จากนั้นก็เริ่มสูบบุหรี่ไฟฟ้ามาเรื่อย ๆ อยากเลิกและพยายามไปช่วงหนึ่ง เลิกไม่ได้ครับ" (นักศึกษาชาย M อายุ 25 ปี

"ช่วงหนึ่งกลุ่มเพื่อนเริ่มนิยมนำบุหรี่ไฟฟ้ามาใช้ เลยทดลองตามเพื่อนความอยากลองบ้างพอใช้เองรู้สึกว่าคนรอบข้างไม่เหม็นก็เลยดูดมาเรื่อย ทางบ้านรู้บอกให้เลิก เคยเลิกไปสักสักสองสามวัน ทนไม่ได้เห็นในเฟสที่เสนอแบบรสชาติใหม่เข้ามา ก็กลับมาสูบต่อ" (นักศึกษาชาย A อายุ 23 ปี)

3.3 อยากเลิกบุหรี่ธรรมดา : เชื่อว่าเลิกได้ แต่ไม่เป็นผล ผู้ให้ข้อมูลจำนวน 2 ราย เคยมีความเชื่อว่าเมื่อสูบบุหรี่ไฟฟ้าแล้วจะทำให้เลิกสูบบุหรี่แบบธรรมดาได้ ทั้งนี้เนื่องจากการสูบบุหรี่แบบธรรมดาแล้วมีกลิ่นเหม็น ผู้ปกครองจับได้แล้วคาดโทษให้เลิกสูบแต่ไม่สามารถเลิกสูบได้จึงหันมาสูบบุหรี่ไฟฟ้าเพราะเลิกบุหรี่ไม่ได้ ตัวอย่างคำพูด ดังนี้

"แม่จับได้ว่าสูบบุหรี่มวน ถูกคาดโทษให้เลิก แต่หนูพยายามแล้ว มันเลิกไม่ได้ กระวนกระวาย คุยกับเพื่อน มันบอกว่าเคยอ่านจากเนตว่าที่เมืองนอก อเมริกา เด็กวัยรุ่นใช้บุหรี่ไฟฟ้าเพื่อเลิกสูบบุหรี่มวนได้ หนูเลยมาสูบค่ะ" (นักศึกษาหญิง N อายุ 23 ปี)

"ผมสูบบุหรี่มวนมาตั้งแต่ชั้น ม.3 อยากเลิกเพราะสูบแล้วมีกลิ่นติดตัว แฟนบอกว่าฟันเหลือง เลยคิดว่าถ้ามาสูบบุหรี่ไฟฟ้าน่าจะดีกว่า สูบมาตั้งแต่ปี 1 จนถึงตอนนี้ ปี 3 แล้วก็ยังอยากสูบเหมือนเดิมครับ" (นักศึกษาชาย M อายุ 25 ปี)

3.4 อยากคลายเครียด : ผ่อนคลาย ลดทุกข์ เมื่อรู้สึกว่าเหนื่อยล้าในชีวิตประจำวัน หรือเครียดจากปัญหาต่างๆ การสูบ

บุหรี่ไฟฟ้าเป็นสิ่งแรกที่คิดถึงและกระทำ เพื่อลดทุกข์และรู้สึกว่าผ่อนคลาย ตัวอย่างคำพูด ดังนี้

"อยู่คนเดียวเหงา บางทีเถียงกับพ่อมาจะนอนร้องไห้จนสุดๆแล้วมาอัดบุหรี่ไฟฟ้า รู้สึกว่าสูบแล้วจะรู้สึกดีขึ้น" (นักศึกษาหญิง P อายุ 24 ปี)

"เป็นวิธีการคลายเครียด ช่วงอ่านหนังสือสอบเป็นมื้นๆผ่อนคลายเวลาเครียด" (นักศึกษาชาย A อายุ 23 ปี)

"มีปัญหาเครียดมากกับครอบครัวที่พ่อชอบทำร้ายแม่ หนูทนไม่ได้ มันทุกข์ที่เห็นแม่เจ็บ พอเข้าห้องนอนหรือมาเจอเพื่อนก็อัดบุหรี่ไฟฟ้ากลิ่นใหม่ๆ หรือยี่ห้อสโนว์วูฟรู้สึกดีขึ้นนะ..." (นักศึกษาหญิง P อายุ 24 ปี)

3.5 ไม่อยากเป็นที่รังเกียจของคนรอบข้าง : เนื้อตัวสะอาด มีตัวตนในคนรอบข้าง การสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำให้สามารถดำเนินกิจกรรมต่างๆในมหาวิทยาลัย ในคณะที่ศึกษา และในห้องเรียน หรือแม้แต่เมื่อออกมาอยู่ในสังคมภายนอก เพราะเมื่อสูบแล้วไม่มีกลิ่นตัว ไม่เป็นข้อห้ามตามกฎหมายที่ห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะเพราะไม่มีควันเหม็น ทำให้รู้สึกว่าสูบบุหรี่ไฟฟ้าแล้วปากสะอาดมรกลิ่นหอมจากชนิดของกลิ่นบุหรี่ไฟฟ้า เนื้อตัวสะอาด ทำให้กล้าที่อยู่อย่างเปิดเผยกับคนรอบข้าง ตัวอย่างคำพูด ดังนี้

"น่าจะเรื่องกลิ่นค่ะ เพราะคนรอบข้างไม่ได้รังเกียจ กลิ่นมันหอมเลยไม่มีปัญหาไม่เหมือนบุหรี่มวน บางทีสูบในห้องเรียนช่วงคาบว่าง หรือตอนไปนั่งกินกาแฟหรือขนมกับเพื่อนก็ได้" (นักศึกษาหญิงN อายุ 23 ปี)

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า นักศึกษามีมุมมองในการสูบบุหรี่ไฟฟ้าที่เอนเอียงไปด้านบวกมากกว่าด้านลบ โดยเฉาะอย่างยิ่งประเด็นสำคัญคือ**การสูบบุหรี่ไฟฟ้าตอบสนองต่อวิถีชีวิตของคนรุ่นใหม่**ในด้านความคิด ความเชื่อและการกระทำว่าเป็นวิธีการสร้างมิตรภาพ ทำให้มีตัวตนและกลุ่มเพื่อนยอมรับ มีภาพลักษณ์ของการเป็นคนทันสมัย ดูดี เท่ห์ ดูมีราคาแพง เป็นไปตามสมัยนิยม (เทรน) มีภาพของความกล้า ความเชื่อมั่นตนเองได้รับคำยกย่องจากเพื่อน เนื่องจากหากไม่สูบจะเข้ากับเพื่อนไม่ได้ นอกจากนี้แล้ว การที่อุปกรณ์และยี่ห้อบุหรี่ไฟฟ้าที่มีรูปลักษณ์ทันสมัยน่าใช้ มีหลากหลายกลิ่นและรสชาติ สูบได้ทุกเพศ ทำให้คลายเครียด หาซื้อได้ง่าย ทำให้เลิกสูบบุหรี่ธรรมดาได้ ไม่น่าจะติดโรค COVID-19 และสูบแล้วคนรอบข้างไม่รู้จึงไม่เป็นที่รังเกียจเช่นบุหรี่แบบธรรมดา ซึ่งทั้งหมดล้วนเป็นองค์ประกอบที่เสริมให้กลุ่มวัยรุ่นเกิดความต้องการเลียนแบบจนนำไปสู่การอยากลอง อยากรู้เข้ามาสูบแล้วเลิกสูบไม่ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ วรกิจ คาโดซาว่า (2559)[6] ศึกษาเรื่องทัศนคติและการบริโภคเชิงสัญลักษณ์ของผู้บริโภคต่อบุหรี่ไฟฟ้า พบว่า ด้านความรู้สึกเชิงบวกที่รวบรวมจากการอธิบายของผู้ให้สัมภาษณ์เป็นเอกฉันท์ในเรื่องของกลิ่นหอม โดยผู้ให้สัมภาษณ์ที่รู้สึกดีต่อการทดลองสูบครั้งแรกนั้นต่างอธิบายตรงกันทั้งหมด โดยการอ้างถึงเรื่องของกลิ่นที่หอม ไม่มีกลิ่นเหม็นจากการเผาไหม้ และกล่าวถึง ความรู้สึกผ่อนคลายจากกลิ่นหอมของน้ำยาบุหรี่ไฟฟ้า และการศึกษาของเสาวลักษณ์ มะเหศวร และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์ (2561)[11] ซึ่งพบว่ามีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่ในกลุ่มเยาวชน ได้แก่ ปัจจัยภายในบุคคล ในความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยงการสูบบุหรี่และเพื่อนชวนสูบ โดยที่ความมั่นใจตนเองในการหลีกเลี่ยงบุหรี่ คือ การที่บุคคลมีความรู้สึกหรือความคิดที่อยากทำให้บุคคลอื่นๆ เชื่อมั่นว่าตนเองสามารถจะกระทำสิ่งต่างๆได้โดยการแสดงออกทางพฤติกรรมตามที่ตนเองหรือตั้งใจไว้ และมีปัจจัยเพื่อนชวนสูบบุหรี่เนื่องจากวัยรุ่นมีธรรมชาติที่ชอบความเสี่ยง มีความสนใจตนเองสนิทใจกับเพื่อนและมีกิจกรรมที่ทำกับเพื่อนจึงทำให้ถูกชักชวนไปได้ง่าย นอกจากนี้แล้วในประเด็นที่สูบบุหรี่ไฟฟ้าเมื่อสูบแล้วไม่มีกลิ่นตัว ดูสะอาด สูบได้ทุกแห่งที่กลุ่มวัยรุ่นชื่นชอบไปพบปะสังสรรค์กัน เช่น ในร้านกาแฟ ผับ ร้านเหล้า ร้านอาหาร หรือแม้แต่ในสถานศึกษา สูบแล้วคนรอบข้างไม่รู้ จึงทำให้ไม่เป็นที่น่ารังเกียจของสังคมรอบข้างเช่นการสูบบุหรี่แบบธรรมดา นอกจากนี้ความเชื่อว่าการสูบบุหรี่ธรรมดามีผลเสียต่อสุขภาพน้อยกว่าบุหรี่แบบธรรมดา กลุ่มวัยรุ่นยังมองว่าเป็นภาพลักษณ์ของคนที่ล้าสมัยไม่เข้ากับการเปลี่ยนแปลงของสังคมยุคเทคโนโลยี ตั้งแต่การวิธีการได้มาที่ต้องเดินไปซื้อหาตามร้านที่ขาย ไม่ใช่วิธีการหาซื้อทางออนไลน์ การต้องหลีกเลี่ยงหาสถานที่สูบ เพราะมีการบังคับใช้กฎหมายอย่างมีประสิทธิผลในการสูบในที่สาธารณะสิ่งที่สำคัญคือ สูบแล้วมีกลิ่นตัวติด ปากดำและฟันเหลือง ควันเหม็นสร้างความรำคาญ

ให้คนใกล้เคียง แล้วยังมีภาพที่ทำให้มีผลเสียต่อสุขภาพตามข้อมูลที่ปรากฏในสื่อและสถานที่สาธารณะทั่วไป

มีข้อน่าสนใจในการดูแลตนเองต่อโรคติดต่อเช่น COVID-19 ที่นักศึกษามีความเชื่อว่าการปฏิบัติเพียงการไม่ใช้อุปกรณ์ร่วมกับคนอื่นจะเป็นวิธีป้องกันตัวเองได้ และเชื่อว่าการสูบบุหรี่ไฟฟ้าไม่น่าจะทำให้เกิดผลเสียต่อสุขภาพมากกว่าบุหรี่แบบธรรมดา ดังนั้นความร้ายแรงของการทำลายปอดจึงไม่น่าที่มีมากกว่าการสูบบุหรี่ธรรมดา ซึ่งขัดแย้งกับข้อมูลที่เริงฤดี ปธานวนิช (2563)[5] กล่าวว่า ผลของการวิจัยของมหาวิทยาลัยแสตนฟอร์ด สหรัฐอเมริกา ที่ตีพิมพ์ในวารสาร Journal of Adolescent Health พบว่า ผลสำรวจกลุ่มเด็กและวัยรุ่นที่มีอายุ 13-24 ปี จำนวน 4,351 คน และเคยลองสูบบุหรี่ไฟฟ้าจะเสี่ยงต่อติดเชื้อไวรัส COCID -19 เพิ่มขึ้น 5 เท่า และเมื่อติดเชื้อแล้วจะแสดงอาการสูงขึ้นถึง 5 เท่าของวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่ เพราะการสูบบุหรี่ไฟฟ้าทำลายปอด

ข้อเสนอแนะ

1. ส่งเสริมและรณรงค์การป้องกัน ความรู้ในผลเสียที่เกิดจากการสูบบุหรี่ไฟฟ้าจากจริงจังในทุกภาพส่วนทั้งภาครัฐและเอกสาร เน้นในสถานศึกษาและสื่อออนไลน์ทุกชนิด โดยเป็นนโยบายที่รัฐให้ความสำคัญดังเช่นเรื่องการสูบบุหรี่แบบธรรมดาที่ได้ผลอย่างมาก สังคมเกิดการรับรู้และตระหนัก จนทำให้ประเทศไทยมีชื่อเสียงต้นๆของโลกเรื่องการต้านการสูบบุหรี่ในที่สาธารณะ

2.มีการบังคับใช้กฎหมายอย่างจริงจังทั้งด้านผู้ขายและผู้ซื้อ

3. สถานศึกษาทุกระดับควรร่วมกันหาแนวทางการป้องกันการสูบบุหรี่ไฟฟ้า เพื่อป้องกันนักสูบหน้าใหม่

4. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มวัยรุ่นอื่นๆ เช่น ในระดับมัธยมศึกษา เพื่อจะได้ทราบถึงข้อมูลมากขึ้น

5. ควรศึกษาถึงแนวทางการบังคับใช้กฎหมายที่มีประสิทธิผลในกลุ่มผู้ขายผ่านออนไลน์ เพื่อเป็นการลดการซื้อหาบุหรี่ไฟฟ้า

6. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมเชิงลึกในเรื่องของพฤติกรรมการสูบบุหรี่ไฟฟ้าร่วมกัน

เอกสารอ้างอิง

1.กันยพัชร์ เศรษฐ์โชฎึก .(2559).บทความฟื้นวิชา “บุหรี่ไฟฟ้า: ภัยคุกคามสุขภาพของวัยรุ่น”. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 25 (6), หน้า 1075-1083.

2.จิระวัฒน์ อยู่สะบาย.(2562).*บุหรี่ไฟฟ้าถือเป็นสิ่งผิดกฎหมาย.* ค้นจาก www.hfocus.org. เมื่อ 20 กันยายน 2563.

3.นภารัตน์ อมรพุฒิสถาพร.(2562).*สูบบุหรี่ไฟฟ้า เสี่ยงโรคปอดอักเสบรุนแรง.* ค้นจาก https://news.thaipbs.or.th/content/284391?read_meta=%7B%22label%22%3A%22articlepage_number2%22%2C%22group%22%3A%22NA%22%7D. เมื่อ 20 กันยายน 2562.

4.พวงผกา คงวัฒนานนท์ .(2560). ประสบการณ์การสูบบุหรี่ของหญิงวัยรุ่นตอนปลาย: กรณีศึกษานักศึกษาในกลุ่มวิทยาศาสตร์สุขภาพในสถาบันอุดมศึกษา. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 25 (2), เมษายน-มิถุนายน , หน้า 9-16.

5.เริงฤดี ปธานวนิช.(2563). *บุหรี่ไฟฟ้ากับไวรัสโควิด 19.*ค้นจาก www.hfocus.org. เมื่อ 20 สิงหาคม 2563.

6.วรกิจ คาโดซาว่า. (2559). ควันจากน้ำ : *ทัศนคติและการบริโภคเชิงสัญลักษณ์ของผู้บริโภคต่อบุหรี่ไฟฟ้า.* รายงานการค้นคว้าอิสระตามหลักสูตรบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต คณะพาณิชยศาสตร์และการบัญชี มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

7.วารีพร ชูศรี. (2561). การเข้าถึงยาสูบ การรับรู้ และการปฏิบัติตามกฎหมายควบคุมผลิตภัณฑ์ยาสูบ ของนักเรียน นักศึกษา ประชาชน และผู้จำหน่ายบุหรี่ รอบเขตมหาวิทยาลัยหาดใหญ่.*Public Health and Health Laws Journal,* 4(2), p.179–193.

8.ศรีรัช ลอยสมุทร ลาภใหญ่.(2560). *นักวิชาการเตือน หยุดสูบบุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า สร้างภูมิคุ้มกันตนเอง ป้องกันโคโรนาไวรัส* . การประชุมการขับเคลื่อนเชิงนโยบายการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย จัดโดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุม

ยาสูบ (ศจย.) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล (รพ.) รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. http://www.trc.or.th/th/press-release.html?start=18. ค้นเมื่อ 27 มกราคม 2563.

9.สุนิดา ปรีชาวงษ์ .(2562). *นักวิชาการเตือน หยุดสูบบุหรี่ บุหรี่ไฟฟ้า สร้างภูมิคุ้มกันตนเอง ป้องกันโคโรนาไวรัส* . การประชุมการขับเคลื่อนเชิงนโยบายการควบคุมบุหรี่ไฟฟ้าของประเทศไทย จัดโดยศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ (ศจย.) คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาล (รพ.) รามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล. http://www.trc.or.th/th/press-release.html?start=18. ค้นเมื่อ 27 มกราคม 2563.

10.สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ, กรมควบคุมโรค,กระทรวงสาธารณสุข.(2560). *จำนวนสัดส่วนผู้สูบบุหรี่ปัจจุบันที่สูบผ่านอุปกรณ์อิเลคทรอนิคส์*. หนังสือสรุป 25 ปี การควบคุมยาสูบของประเทศไทย พ.ศ. 2535-2560. กรุงเทพมหานคร : เจริญดีมั่นคงการพิมพ์ เขตภาษีเจริญ .หน้า 25.

11.เสาวลักษณ์ มะเหศวร ,พรนภา หอมสินธุ์ และรุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์.(2561). บทวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการทดลองสูบบุหรี่ของนักศึกษาอาชีวหญิง จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารพยาบาลสาธารณสุข*, 32 (1) มกราคม-เมษายน ,หน้า 30-40.

12.อัญญา ปลดเปลื้อง. (2556). การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปรากฏการณ์วิทยา, Data Analysis in Phenomenology Studies. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health*, *23*(2), p.1–10.

13.Crewell,J.W.(2007).*Qualitative inquiry research design (2nd ed.)* California: Sage.Patton,M.Q.(2015). *Qualitative inquiry research & evaluation method (4th ed.)*.Thousand Oaks, CA:Sage.

ผลกระทบต่อสุขภาพและระดับความรุนแรงของการรับสัมผัสกลิ่นจากโรงงานยางพารา ในช่วงระยะทางและเวลาที่ต่างกัน ในพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี.

Health Impacts and Severity Level of Exposure to Para Rubber Industry Odor Relate to Exposure Distance and Times in Mueang District, Udonthani Province.

ไพรัตน์ อุตราช[1], กาญจนา นาถะพินธุ[2]

Phirat Uttarat , Ganjana Nathapindhu

(Received: September 30,2020; Accepted: November 2,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษาเชิงสำรวจ เพื่อศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพและระดับความรุนแรงของการรับสัมผัสกลิ่นที่เกิดจากโรงงานยางพาราในช่วงระยะทางและช่วงระยะเวลาที่ต่างกัน รูปแบบการเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็นสองส่วน คือ ส่วนที่หนึ่ง ใช้แบบสอบถาม จำนวน 240 คน ในพื้นที่ที่ประชาชนอาศัยอยู่รอบโรงงานในรัศมี 5 กิโลเมตร ส่วนที่สอง ทำการตรวจสอบกลิ่นด้วยวิธีการดมกลิ่น (Sensory test) โดยผู้ตรวจสอบกลิ่น จำนวน 5 คน ทำการศึกษาเก็บข้อมูลทั้งสามฤดูกาล ตั้งแต่เดือน ธันวาคม พ.ศ.2562 เดือน สิงหาคม พ.ศ.2563

ผลการศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพเมื่อรับสัมผัสกลิ่นจากโรงงานยางพารา จำนวน 240 คน อาการที่พบมากที่สุดคือ อาการปวดศีรษะ ร้อยละ 44.5 อาการแสบจมูก ร้อยละ 43.7 และอาการเวียนศีรษะ ร้อยละ 43.3 ความถี่ในการรับสัมผัสทั้ง 3 อาการ ในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา คือ 1-4 ครั้งต่อเดือน ช่วงระยะทางที่รับสัมผัสกลิ่นและมีอาการมากที่สุดคือ ช่วงรัศมี 2 กิโลเมตร ระดับความรุนแรงการรับสัมผัสกลิ่นอยู่ที่ระดับ 3 และ4 เนื่องจากมีชุมชนและประชาชนอาศัยหนาแน่น ทำให้พบปัญหาผลกระทบต่อสุขภาพเป็นอย่างมาก จากการจัดลำดับความรุนแรงการรับสัมผัสกลิ่น แบ่งเป็น 5 ระดับ พบว่า ที่ระยะทาง 1 และ 2 กิโลเมตรในฤดูหนาว และ ฤดูฝน ในช่วงเวลาเช้า และ เย็น ระดับความรุนแรงการรับสัมผัสกลิ่น อยู่ที่ระดับ 4 (กลิ่นแรง) ระยะทางที่ 3 กิโลเมตร กลิ่นอยู่ที่ระดับ 3 (ทำให้รู้สึกได้กลิ่นและไม่ชอบ) ที่ระยะ 4 และ 5 กิโลเมตร กลิ่นอยู่ที่ระดับ 2 และ ระดับ 1 (ไม่ก่อให้เกิดปัญหารบกวนในพื้นที่) ในฤดูหนาว และฤดูฝน ช่วงเวลาเช้าและช่วงเวลาเย็น ระดับกลิ่นมีความรุนแรงมากกว่า ฤดูร้อน และ ช่วงเวลากลางวัน ในฤดูร้อนและช่วงเวลากลางวันมีอุณหภูมิสูงและความชื้นสัมพัทธ์ต่ำทำให้อากาศลอยตัวขึ้นสูง ระยะการรับสัมผัสกลิ่นจึงไม่มีผลกระทบในวงกว้าง

คำสำคัญ: ผลกระทบต่อสุขภาพ ,ระดับความรุนแรงกลิ่น ,ระยะทางและช่วงเวลา

ABSTRACT

Survey study to study the effects on health and the severity of odor exposure caused by rubber plants at different distances and periods. The data collection model was divided into two parts: the first part used a questionnaire of 240 people, and the second part was a sensory test by five odor inspectors, collecting data for all three seasons. Conducted a study in the area where people lived around the factory within a radius of 5 kilometers from December 2019 to August 2020.

A study of the effects on health when exposed to the smell from the rubber plant, 240 people. The most common symptoms were 44.5% headache, 43.7% nasal pain, and 43.3% dizziness. The frequency of exposure to all 3 symptoms during the past 1 year was 1-4 times per month. The distance that was exposed to the smell and the most symptoms were the radius of 2 kilometers, the intensity of the smell is at levels 3 and 4 due to the dense community and people living. causing many problems affecting health. The scent exposure intensity was classified into five levels, it was found that at distances of 1 and 2 km in winter and in the rainy season during the morning and evening periods, the exposure intensity was at level 4 (strong smell). causing trouble and nuisance in the smell, causing disturbing problems in the community and daily life. At a distance of 3 kilometers, the smell is at level 3 (causing you to smell and dislike) at a distance of 4 and 5 kilometers, the smell is at level 2 and level 1 (not causing problems in the area) in winter and rainy season. Morning and evening time The scent level is more intense than summer and daytime. In summer and during daytime, high temperatures and low relative humidity cause the air to rise higher. The sense of smell has no broad effect.

Keywords: Health Impacts, Severity Level of Exposure Odor, Relate to Exposure Distance and Times

---

[1] นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรอนามัยสิ่งแวดล้อมมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] รองศาสตราจารย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

ปัญหาเรื่องกลิ่นรบกวนเป็นเหตุรำคาญที่สำคัญที่เกิดขึ้นอย่างมากในหลายพื้นที่ทั่วประเทศไทย โดยเฉพาะในเขตเมือง จากการรวบรวมข้อมูลทางสถิติของ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปี 2549-2560 พบว่ากลิ่นรบกวนที่เกิดขึ้นส่วนมากมาจากสถานประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพเป็นปัญหาหลักที่มีการร้องเรียนมากที่สุด และกลายเป็นปัญหาความเดือดร้อนรำคาญที่ส่งผลกระทบต่อสภาวะความเป็นอยู่ของประชาชน มีผลกระทบต่อสุขภาพทั้งร่างกาย และจิตใจ กลายเป็นประเด็นขัดแย้งในหลายพื้นที่ โรงงานยางพาราอัดแท่ง เป็นอีกหนึ่งสถานประกอบกิจการที่ก่อให้เกิดมลพิษทางอากาศ เกิดปัญหาการร้องเรียนเรื่องกลิ่นจากประชาชนเป็นอย่างมาก ในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี ปี 2562 มีโรงงานผลิตยางพาราอัดแท่ง จำนวน 6 แห่ง [19] ในส่วนนี้มีการร้องเรียนจากประชาชนในพื้นที่ที่ได้รับผลกระทบจากการรับสัมผัสกลิ่นที่เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง กลิ่นรบกวนที่เกิดขึ้น เกิดจากกระบวนการผลิตยางพาราอัดแท่ง การหมักยางจากกองยาง การอบยาง และระบบบำบัดน้ำเสีย ทำให้เกิดมลพิษทางอากาศ ส่งผลให้เกิดกลิ่นเหม็นรบกวนเป็นวงกว้าง เกิดการร้องเรียนจากประชาชนที่ได้รับความเดือนร้อนรำคาญจากการรับสัมผัสกลิ่น ที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพด้านร่างกาย ทางเดินหายใจ และผิวหนัง จากข้อมูลสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานีร่วมกับโรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี ทำการเก็บข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชนและตรวจวัดคุณภาพอากาศ รอบโรงงานยางพาราในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี พบว่ากลิ่นเหม็นจากโรงงานยางพารา มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนที่อาศัยโดยรอบบริเวณที่ตั้งโรงงานยางพารา 2 แห่ง ทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ ตรวจร่างกาย และคัดกรองผู้มีอาการผิดปกติ พบว่า ประชาชนที่อาศัยอยู่รอบๆโรงงานยางพารา มีอาการแสบตา ระคายเคืองตา คัดจมูก น้ำมูกไหล จาม ปากแห้ง คอแห้ง แสบคอ แน่นหน้าอก หายใจลำบาก ผื่นคันบริเวณผิวหนัง และเวียนศีรษะ โดยอาการที่พบส่วนใหญ่ นานๆครั้ง ร้อยละ 0.5-3.6 การตรวจร่างกายประชาชนทั้งหมด 417 คน (ร้อยละ 10.60) ส่วนใหญ่พบความผิดปกติเล็กน้อย โดยอาการผิดปกติที่ตรวจพบมาก ได้แก่ เยื่อจมูกบวมแดง (ร้อยละ 11.1) รองลงมาได้แก่ เยื่อบุคอแดง,ต่อมทอลซิลโต (ร้อยละ10.7) เสียงปอดผิดปกติ (ร้อยละ 10.5) ส่วนอาการผิดปกติทางผิวหนังพบร้อยละ 13.0ผลการตรวจวัดคุณภาพอากาศพบสารอินทรีย์ระเหยง่าย ที่ทำให้เกิดกลิ่นฉุนจากโรงงานผลิตยางพารา ได้แก่ Acrolein หรือ 2-Propenal, 2-Butanone, Methy vinyl ketone, 1-butanol,Methyl isobutyl ketone และพบว่า Acrolein มีค่าความเข้มข้นเกินเกณฑ์ประมาณ 2 เท่า ข้อมูลจากกรมควบคุมมลพิษ ผลการตรวจ ความเข้มกลิ่น และคุณภาพอากาศจากปล่องจากโรงงานยางพารา 2 แห่งในพื้นที่จังหวัดอุดรธานี โดย ตามประกาศคณะกรรมการสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ ฉบับที่ 21 พ.ศ.2544 ออกตามความในพระราชบัญญัติส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อมแห่งชาติ พ.ศ.2535 ในเขตพื้นที่ศึกษามีโรงงานยางพาราตั้งอยู่ในพื้นที่ 1 แห่ง จากกระบวนการผลิตยางพารา ประชาชนที่อาศัยโดยรอบโรงงาน ได้รับผลกระทบต่อสุขภาพ เกิดเหตุรำคาญ ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันเมื่อได้สัมผัสกลิ่นที่เกิดขึ้นจากโรงงานดังกล่าว และมีการร้องเรียนจากประชาชนในพื้นที่เป็นจำนวนมาก โดยประชาชนในพื้นที่ได้ร้องเรียนต่อหน่วยงานราชการที่รับผิดชอบ ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน และระดับความรุนแรงของการรับสัมผัสกลิ่นเหม็นที่จากโรงงานยางพาราในช่วงระยะทางและระยะเวลาที่ต่างกันบริเวณพื้นที่โดยรอบโรงงานยางพารา รัศมี 5 กิโลเมตร วัดจากที่ตั้งโรงงานยางพารา ในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี เพื่อวิเคราะห์ผลกระทบสุขภาพของประชาชนที่เกิดขึ้น โดยใช้วิธีการตรวจสอบกลิ่นที่เกิดขึ้นจากโรงงานยางพารา ด้วยวิธีการดมกลิ่น และการใช้แบบสอบถาม เพื่อวิเคราะห์ระดับความรุนแรงของกลิ่นในช่วงระยะทางและระยะเวลา

ที่ต่างกัน และใช้เป็นข้อมูลในการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสมต่อไป

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนจากการรับสัมผัสกลิ่นจากโรงงานยางพารา

2. เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของการรับสัมผัสกลิ่นเหม็นที่เกิดจากโรงงานยางพารา

3. เพื่อศึกษาระดับความรุนแรงของการรับสัมผัสกลิ่นเหม็นที่เกิดจากโรงงานยางพารา ในช่วงระยะเวลาที่ต่างกัน

วิธีการวิจัย

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) คือ การศึกษาข้อมูลภาคสนาม (Field Study) จากการลงสำรวจพื้นที่จริง ในรัศมี 5 กิโลเมตร รอบโรงงานยางพารา เพื่อรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพของประชาชน โดยใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง และการตรวจวัดระดับความรุนแรงการรับสัมผัสกลิ่นในช่วงระยะทางและเวลาที่ต่างกัน โดยใช้คณะกรรมการดมกลิ่นจำนวน 5 คน เป็นเครื่องมือตรวจวัดระดับความเข้มกลิ่น ระยะเวลาดำเนินการ ระหว่างวันที่ 1 ธันวาคม 2562 ถึงวันที่ 31 สิงหาคม 2563

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ตัวแทนครัวเรือนที่อาศัยอยู่โดยรอบโรงงานยางพารา รัศมี 5 กิโลเมตรในพื้นที่อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน จำนวน 3,797 หลังคาเรือน (อบต, เทศบาล,2561) จำนวน 17 หมู่บ้าน

กลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับงานวิจัยเพื่อประมาณค่าสัดส่วน กรณีทราบขนาดประชากร ซึ่งได้คำนวณ จากสูตรของแดเนียล Damiel (1995) โดยใช้ความเชื่อมั่น ร้อยละ 95 คำนวณ ได้ขนาดตัวอย่าง 240 คน สำหรับเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ และใช้วิธีการดมกลิ่นโดยการแบ่งพื้นที่สำรวจกลิ่นออกเป็น 5 ช่วงระยะทางและระยะทางห่างกัน 1 กิโลเมตร รวม 5 กิโลเมตรโดยวัดเป็นแนวเส้นตรงจากโรงงานยางพารา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1.**แบบสอบถาม**ประกอบด้วย คำถาม 3 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 ข้อมูลผลต่อกระทบสุขภาพจากการรับสัมผัสกลิ่นจากโรงงานยางพารา ส่วนที่ 3 ข้อมูลการประเมินระดับความรุนแรงการรับสัมผัสกลิ่นจากโรงงานยางพารา

2. **การประเมินระดับความรุนแรงการรับสัมผัสกลิ่นโดยวิธีการดมกลิ่น**

2.1 ผู้ตรวจสอบกลิ่น จะต้องผ่านการทดสอบ Oder Sensitivity Test Kit [2] ประกอบด้วย ปากกาให้จำนวน16 ด้าม โดย ด้ามที่ 1 และด้าม 16 จะไม่มีกลิ่น ส่วนด้ามที่ 2 ถึงด้ามที่15 จะมีกลิ่น เริ่มตั้งแต่กลิ่นแรงจนถึงกลิ่นอ่อนมาก การทดสอบ ผู้ตรวจสอบกลิ่นจะต้องดมกลิ่นจากปากให้กลิ่น ซึ่งผู้วิจัยจะเลือกปากกามา 3 ด้าม ประกอบด้วย ด้ามที่ไม่มีกลิ่น 2 ด้าม คือด้ามที่ 1 และ 16 จากนั้นจะเลือกปากกาด้ามที่มีกลิ่น 1 ด้าม ซึ่งจะมีปากกาให้กลิ่นเพียงหนึ่งด้าม จะเริ่มตั้งแต่ด้ามที่ 15 และลดระดับลงเรื่อยๆ ผู้ตรวจสอบกลิ่นจะต้องปิดตาและทำการดมกลิ่น ปากกาทั้ง 3 ด้าม และต้องตอบถูกว่าปากกาด้ามไหนที่มีกลิ่น ตอบถูกติดต่อกันจำนวน 3 ครั้ง จึงจะผ่านการทดสอบ ซึ่งผลจากการทดสอบความไวต่อการรับสัมผัสกลิ่นจะต้องอยู่ในช่วงระหว่างปากกาด้ามที่ 7 ถึงด้ามที่ 10 เพื่อให้ผลการประเมินการรับสัมผัสกลิ่นอยู่ในระดับความไวต่อการรับสัมผัสกลิ่นที่มีความใกล้เคียงกัน

2.2 สเกลการประเมินระดับความเข้มของกลิ่น วิธีตรวจวัดค่าความเข้มกลิ่นใช้การวิเคราะห์กลิ่นด้วยการดม (sensory test) ใช้ผู้ตรวจสอบกลิ่นจำนวน 5 คน ลงความเห็นอย่างน้อย 3 คนถึงจะยอมรับ [11] โดยใช้ ระดับความเข้มกลิ่นด้วยช่วงสเกล 0-5 (กรมควบคุมมลพิษ)

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลผลกระทบต่อสุขภาพประชาชน ที่ได้จากแบบสอบถามโดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเพื่อวิเคราะห์เป็นจำนวน ร้อยละ ประเมินระดับความเข้มกลิ่นด้วยช่วงสเกล 0-5 [1]จาก ผู้ตรวจสอบกลิ่น ด้วยวิธีการดมกลิ่น

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยผ่านการอบรมและยื่นขออนุมัติจริยธรรมต่อคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์เพื่อพิจารณาและได้ให้การรับรองจากคณะกรรมจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 26 พฤษภาคม 2563 เลขที่ HE 632105

ผลการศึกษา

จากผลการศึกษา ผลกระทบต่อสุขภาพและระดับความรุนแรงของการรับสัมผัสกลิ่นจากโรงงานยางพาราในช่วงระยะทางและเวลาที่ต่างกัน ในพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี สรุปได้ดังนี้

1.1 กลิ่นจากโรงงานยางพาราในพื้นที่ มีผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชน เมื่อประชาชนได้รับสัมผัสกลิ่น อาการและอาการแสดงที่พบมากที่สุดคือ ปวดศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 44.5 ต่อมาคือ อาการแสบจมูก ร้อยละ 43.7 และลำดับต่อมาคือ เวียนศีรษะ คิดเป็นร้อยละ 43.3 ระดับความถี่ในการรับสัมผัสทั้ง 3 อาการ คือ บ่อย (จำนวน1-4 ครั้งต่อเดือน) ช่วงระยะทางที่รับสัมผัสมากที่สุดคือ 2 กิโลเมตร

1.2 ระยะทาง ช่วงเวลา และฤดูกาล มีผลต่อระดับความรุนแรงการรับสัมผัสกลิ่นจากโรงงานยางพาราที่ต่างกัน ดังนี้

ระยะทาง 1 กิโลเมตร ผลการตรวจสอบกลิ่นด้วยวิธีการดมกลิ่น ในช่วง ฤดูฝน และ ฤดูหนาว ช่วงเวลา เช้า และ เย็น ระดับกลิ่นอยู่ที่ระดับ 4 ส่งผลให้ความเข้มข้นของกลิ่นที่เกิดขึ้นอยู่ในระดับแรง ทำให้รู้สึกได้และเกิดความเดือนร้อนรำคาญเรื่องกลิ่น สอดคล้องกับผลการศึกษาจากแบบสอบถามจากประชาชนในพื้นที่ ในฤดูร้อน และช่วงเวลากลางวันของทุกฤดู ระดับกลิ่นอยู่ที่ระดับ 3 หน่วยกลิ่น ความเข้มข้นของกลิ่นอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งทำให้รู้สึกว่าได้กลิ่นที่ไม่ชอบ ระดับกลิ่นที่เกิดขึ้นอาจเกิดปัญหารบกวนในชุมชนที่อาศัย

ระยะทาง 2 กิโลเมตร ผลการตรวจสอบกลิ่นด้วยวิธีการดมกลิ่น ในช่วง ฤดูฝน เวลา เช้า เย็น และ ฤดูหนาว ช่วงเวลา เย็น ระดับกลิ่นอยู่ที่ระดับ 4 หน่วยกลิ่น ซึ่งมากว่าผลจากแบบสอบถามซึ่งอยู่ที่ระดับ 3 ใน ฤดูหนาว ฤดูร้อน ช่วงเวลา เช้า กลางวัน เย็น ระดับกลิ่นอยู่ที่ระดับ 3 หน่วยกลิ่น สอดคล้องกับผลจากแบบสอบถามจากประชาชนในพื้นที่

ระยะทาง 3 ผลการตรวจสอบกลิ่นด้วยวิธีการดมกลิ่น ในช่วง ฤดูหนาวและฤดูฝน เวลา เช้า เย็น ระดับกลิ่นอยู่ที่ระดับ 3 หน่วยกลิ่น สอดคล้องกับผลจากแบบสอบถามจากประชาชนในพื้นที่ ส่วนฤดูร้อนและเวลากลางวันระดับกลิ่นอยู่ที่ระดับ 2 หน่วยกลิ่น ซึ่งหากจะรู้สึกได้จะต้องตั้งใจดม ทำให้ไม่เกิดปัญหารบกวน

ลักษณะของกลิ่นที่ได้รับสัมผัสคือ กลิ่นแสบจมูก เกิดจากกระบวนการอบยาง และในวันที่โรงงานไม่มีการกระบวนการผลิต การรับสัมผัสกลิ่นจะได้ไม่มีกลิ่นที่ระดับ 0

อภิปรายผล

การศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพและระดับความรุนแรงการรับสัมผัสกลิ่นจากโรงงานยางพารา ในพื้นที่ อำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี โดยแบ่งพื้นที่ศึกษาออกเป็น 5 ช่วงระยะทาง แต่ละช่วงระยะทางห่างกัน 1 กิโลเมตร โดยวัดจากที่ตั้งโรงงานถึงจุดตรวจวัด จุดตรวจวัดความเข้มกลิ่นเน้นพื้นที่ที่มีประชาชนอาศัยอยู่ แบ่งเวลาออกเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงเช้า ช่วงกลางวัน ช่วงเย็น เก็บข้อมูล 3 ฤดูกาล

การตรวจวัดความรุนแรงการรับสัมผัสกลิ่น โดยคณะผู้ตรวจสอบกลิ่น ได้ทำการตรวจวัดความเข้มกลิ่นในทิศทางใต้ลมทุกครั้ง และตรวจวัดในวันที่มีกลิ่น โดยใช้ธงวัดลมเป็นเครื่องมือในการวัดทิศทางลม จากผลการศึกษาข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามและผู้ตรวจสอบกลิ่นพบว่า มีความสอดคล้องกัน ผลกระทบต่อสุขภาพของประชาชนในพื้นส่วนใหญ่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ด้านร่างกาย ทางเดินหายใจ และผิวหนัง จากการรับสัมผัสกลิ่นจากโรงงานยางพารา ในช่วงระยะเวลา 1 ปีที่ผ่านมา อาการแสดงที่พบมากที่สุดเมื่อรวมทุกระยะทาง ตั้งแต่ 1 กิโลเมตร ถึง 5 กิโลเมตร คือ ปวดศีรษะ ร้อยละ 44.5 ต่อมาคือ แสบจมูก ร้อยละ 43.7 และ เวียนศีรษะ ร้อยละ 43.3 ความถี่ในการรับสัมผัสทั้ง 3 อาการ คือ บ่อยครั้ง อยู่ระหว่าง 1-4 ครั้งต่อเดือนช่วงระยะทางที่มีประชาชนรับสัมผัสและมีอาการมากที่สุดคือ ช่วงระยะทาง 3 และ 4

กิโลเมตร เนื่องจากช่วงระยะทางดังกล่าวมีประชาชนอาศัยอยู่หนาแน่น ที่ระยะทาง 1 และ 2 กิโลเมตร ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ไม่ได้พักอาศัยตลอด 24 ชั่วโมง เพียงแต่ใช้เป็นที่พักอาศัยช่วงเวลากลางวันที่ทำการเกษตรจึงทำให้ระดับกลิ่นไม่รุนแรงและผลกระทบต่อสุขภาพน้อย

ระดับความรุนแรงการรับสัมผัสกลิ่น พบว่า ที่ระยะทาง 1 และ 2 กิโลเมตร ระดับความรุนแรงการรับสัมผัสกลิ่นในฤดูหนาว และ ฤดูฝน ในช่วงเวลา เช้า และ เย็น อยู่ที่ระดับ 4 หน่วยกลิ่น อยู่ในระดับกลิ่นแรง ก่อให้เกิดความเดือนร้อนรำคาญเรื่องกลิ่นเกิดปัญหารบกวนในชุมชนและการดำรงชีวิตประจำวัน ระยะทางที่ 3 กิโลเมตร ระดับกลิ่นอยู่ที่ระดับ 3 หน่วยกลิ่น (กลิ่นที่เกิดขึ้นทำให้รู้สึกได้กลิ่นและไม่ชอบ)ระดับกลิ่นที่เกิดขึ้นอาจเกิดปัญหารบกวนในชุมชนที่อาศัย ความรุนแรงการรับสัมผัสกลิ่นจะลดลงเรื่อยๆเมื่อระยะทางห่างออกไปจากโรงงาน ที่ระยะ 4 และ 5 กิโลเมตร ระดับกลิ่นอยู่ที่ระดับ 2 และ ระดับ 1 จะต้องตั้งใจดมถึงจะได้กลิ่นอาจจะไม่ก่อให้เกิดปัญหารบกวนในพื้นที่ ระดับความรุนแรงการรับสัมผัสกลิ่นในฤดูหนาว และฤดูฝน ช่วงเวลาเช้าและช่วงเวลาเย็น ระดับกลิ่นมีความรุนแรงมากว่า ฤดูร้อน และช่วงเวลากลางวัน เนื่องจาก ฤดูหนาวและฤดูฝน มีอุณหภูมิต่ำและความชื้นสัมพัทธ์ในอากาศสูง ส่งผลให้ระยะทางที่กลิ่นก่อให้เกิดความเดือนร้อนรำคาญและมีผลกระทบต่อสุขภาพไกลออกไปถึง 3 กิโลเมตร ในฤดูร้อนและช่วงเวลากลางวันมีอุณหภูมิสูงและความชื้นสัมพัทธ์ต่ำทำให้อากาศลอยตัวขึ้นสูง ระยะการรับสัมผัสกลิ่นจึงไม่มีผลกระทบในวงกว้าง ลักษณะกลิ่นที่ได้รับสัมผัสเป็นกลิ่น เหม็นแสบจมูก ที่เกิดจากระบวนการอบยาง ทั้งนี้ในวันที่โรงงานยางหยุดกระบวนการผลิตในวันนั้นจะไม่มีกลิ่นรบกวนในพื้นที่

ข้อเสนอแนะ

ระดับกลิ่นในแต่ละช่วงระยะทาง ที่วัดเป็นแนวเส้นตรงจากโรงงาน มีระดับกลิ่นที่ต่างกัน เพื่อการป้องกันผลกระทบต่อสุขภาพประชาชนในพื้นที่ ที่ได้รับสัมผัสกลิ่นจากโรงงานยางพารา จึงมีข้อเสนอแนะดังนี้จากการศึกษาระดับกลิ่นมีความรุนแรงที่ระยะทาง 1 ถึง 3 กิโลเมตร ทิศใต้ลมจะได้รับผลกระทบมากกว่าทิศเหนือลม ดังนั้น การจัดตั้งโรงงานที่เกี่ยวกับกระบวนการผลิตยางพาราจะต้องห่างจากชุมชนอย่างน้อย 3 กิโลเมตร เพื่อลดการสัมผัสกลิ่นที่เกิดขึ้นจากกระบวนการผลิ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ รศ.กาญจนา นาถะพินธุ รองศาสตราจารย์ ดร. ดาริวรรณ เศรษฐีธรรมและ ดร.ศิมาลักษณ์ ดิถีสวัสดิ์เวทย์ที่กรุณาให้คำแนะนำและข้อเสนอแนะเพิ่มเติมที่เป็นประโยชน์แก่ผู้วิจัยในครั้งนี้ ขอขอบพระคุณ นายเสกสรร สองจันทร์ สาธารณสุขอำเภอเพ็ญ นายมารุต นามบุตร หัวหน้ากลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ที่กรุณาเป็นผู้เชี่ยวชาญช่วยตรวจสอบเครื่องมือและให้คำแนะนำที่เป็นประโยชน์ในการทำวิจัย ขอขอบพระคุณ ผู้ใหญ่บ้านทุกๆท่านในตำบลในพื้นที่ที่ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูล ที่กรุณาให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการรวบรวมแบบสอบถาม ขอขอบพระคุณ คณะผู้ตรวจสอบกลิ่นทั้ง 5 ท่านและนักศึกษาสหกิจศึกษาจาก มหาวิทยาเทคโนโลยีสุรนารี 2 ท่าน ที่เสียสละเวลาในการตรวจสอบกลิ่นในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมมลพิษ กระทรวงทรัพยากรธรรมและสิ่งแวดล้อม.วิธีตรวจวัดกลิ่น [ออนไลน์] 2560 [อ้างเมื่อ20 กันยายน 2562] http://www.pcd.go.th/info_serv/Datasmell/P3.htm

2.กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข .การตรวจสอบกลิ่นรบกวน [ออนไลน์] 2561 [อ้างเมื่อ28 กันยายน 2562] http://env.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/env/main.php?filename=smell

3.การยางแห่งประเทศไทย.สถานการณ์การปลูกยาง[ออนไลน์] 2560 [อ้างเมื่อ30 กันยายน 2562] http://www.raot.co.th/main.php?filename=index

4.กานต์ กาญจนพิชญ์ . ศึกษาอาการทางระบบทางเดินหายใจ ผิวหนัง และระบบประสาท จากภาวะมลพิษทางอากาศและกลิ่นในพนักงานโรงงานแปรรูปยางแผ่นรมควันแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี ; 2560.

5.จรัญ บุญกาญจน์ .ศึกษาเรื่องการบำบัดกลิ่นในก๊าซเสียจากปล่องควันของเตาอบยาง ในอุตสาหกรรมยางแท่ง ; 2553.

6.จันทิมา ซั่งสิริพร. ศึกษาการแก้ไขปัญหากลิ่นของโรงงานผลิตยางแท่ง STR 20 โดยใช้สารอินทรีย์ธรรมชาติ ; 2558.

7.วินัย นุตมากุล .ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความเข้มข้นของสารที่มีกลิ่นกับความรุนแรงของกลิ่น โดยระดับความแรงของกลิ่นใช้วิธีการดม (Sensory Test) ; 2550.

8.ทัยธัช หิรัญเรือง .ศึกษาความเข้มข้นกลิ่นที่ก่อให้เกิดเหตุรำคาญ จากการประกอบกิจการที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพตามกฎหมาย ว่าด้วยการสาธารณสุข ; 2559.

9.นฤเทพ บุญเรืองขาว .ศึกษาการติดตามตรวจสอบประเด็นปัญหาสิ่งแวดล้อมจากอุตสาหกรรมยางพาราในภาคใต้ตอนล่าง ; 2549.

10.ประภัสสร อักษรพันธ์.ศึกษาปัจจัยคุกคามสุขภาพจากการ ทำงานและภาวะสุขภาพ ตามความเสี่ยงของคนงานโรงงานยางแผ่นรมควัน. พยาบาลสาร; 2555.

11.สำนักอนามัย กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข .คู่มือวิชาการ แนวทางการตรวจสอบกลิ่นรบกวน สำหรับเจ้าพนักงานว่าด้วยกฎหมายการสาธารณสุข[ออนไลน์] 2561 [อ้างเมื่อ 30 กันยายน 2562] http://env.anamai.moph.go.th/ewtadmin/ewt/env/ewt_dl_link.php?nid=1044&filename=smell

12.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี .ข้อมูลผลกระทบสุขภาพจากโรงงานยางพาราในพื้นที่ พ.ศ.2561

13.ศูนย์บริการทดสอบรับรองภาคใต้ ฝ่ายวิจัยและพัฒนาอุตสาหกรรมยาง . ศึกษาก๊าซที่ทำให้เกิดกลิ่นเหม็นและก่อให้เกิดมลพิษ ณ โรงงานยางแท่งในเขต อ. หาดใหญ่ จ. สงขลา ;2559.

14.ศิรณัฐ ปานสังข์.ศึกษาการกำจัดแอมโมเนียจากน้ำยางและอากาศเสียในโรงงานผลิตน้ำยางข้น ; 2557.

15.สำนักโรงงานอุตสาหกรรมรายสาขา 3. กรมโรงงานอุตสาหกรรม กระทรวงอุตสาหกรรม .ศึกษาแนวทางและวิธีการบำบัดกลิ่นจากการประกอบกิจการยางแทง ; 2558.

16.สมปอง พรหมพลจร, ปิยธิดา คูหิรัญญรัตน์.ศึกษาภาวะสุขภาพผู้กรีดยางพาราพฤติกรรมสุขภาพ รวมถึง สำรวจสภาพแวดล้อมลักษณะในการทำงาน และศึกษาอุบัติเหตุที่เกิดขึ้นจากการทำงานของผู้กรีดยางพารา ในอำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ;2560.

17.สมทิพย์ ด่านธีรวนิชย์ .ศึกษาการจำแนกสารประกอบอินทรีย์ที่เป็นสาเหตุของกลิ่นเหม็นในอุตสาหกรรมยางแท่ง STR20 ; 2550.

18.อุไรวรรณ อินทร์ม่วง .ศึกษาการประเมินผลกระทบต่อสุขภาพจากการประกอบกิจการเกี่ยวกับยางพาราในพื้นที่ อำเภอบ้านผือ จังหวัดอุดรธานี ; 2557.

19.อุตสาหกรรมจังหวัดอุดรธานี.ข้อมูลโรงงานในจังหวัดอุดรธานี พ.ศ.2562.

20.Junior *et al*. ศึกษาเครื่องมือประเมินกลิ่นและการปล่อยกลิ่นในกระบวนการอุตสาหกรรมกลิ่น ไม่พึงประสงค์จากสิ่งแวดล้อม ; 2010.

21.Nor-Hidayaty *et al.* ศึกษากลิ่นที่ไม่พึงประสงค์จากกระบวนการผลิตยางดิบที่ มีผลกระทบต่อชุมชนที่อยู่ อาศัยบริเวณรอบๆ โรงงาน ; 2012.

22.Sakdapipanich *et al.* ศึกษาวิเคราะห์องค์ประกอบของกลิ่นจากยาง โดยการใช้เทคนิค Head Space ; 2006.

ประสิทธิผลของการรักษาอาการปวดหลังเรื้อรังด้วยการแพทย์บูรณาการในคลินิกโรคจากการทำงานโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์

Effectiveness of Chronic Low Back Pain Treatment with Integrative Medicine in Occupational Disease Clinic Sappasitthiprasong Hospital

พงศ์ธีระ ทวีศักดิ์[1]

Pongtheera Thaweesak[1]

(Received: September 30,2020; Accepted: November 4,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการรักษาอาการปวดหลังเรื้อรังด้วยการแพทย์บูรณาการในคลินิกโรคจากการทำงานโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี แบบสองกลุ่มวัดผลซ้ำจำนวน 4 ครั้ง กลุ่มตัวอย่างแบ่งเป็นกลุ่มทดลอง จำนวน 66 คน และกลุ่มควบคุม จำนวน 69 คน ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน มกราคม - มิถุนายน 2562 วัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าโพรงกระดูกสันหลังร่วมกับการให้คำแนะนำความรู้ด้านอาชีวเวชศาสตร์ และการส่งต่อเพื่อทำหัตถการ (การนวดไทย การประคบสมุนไพร และการฝึกกายบริหาร) กับการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าโพรงกระดูกสันหลังและการให้คำแนะนำความรู้ด้านอาชีวเวชศาสตร์ การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ANCOVA และ Generalized Estimating Equation: GEE รายงานผลเป็นความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม (mean difference) ค่า 95% confidence intervals และค่า p-value ที่ระดับนัยสำคัญ .05

ผลการศึกษาพบว่าในภาพรวมเมื่อสิ้นสุดการทดลอง ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับอาการปวด ของกลุ่มทดลองน้อยลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.94 คะแนน (95% CI 0.77 to 1.11, p-value <0.001) และค่าคะแนนเฉลี่ยการทำกิจวัตรประจำวัน ของกลุ่มทดลองน้อยลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3.29 คะแนน (95% CI 2.69 to 3.87, p-value <0.001)

คำสำคัญ ปวดหลังเรื้อรัง นวดไทย ประคบสมุนไพร กายบริหาร

Abstract

This study is Quasi-experimental research with the aimed to study the effectiveness of chronic back pain treatment by using integrative medicine in occupational disease clinic in Sanprasithiprasong Hospital, Ubon Ratchathani Province with two groups of sample and repeat the measurement for 4 times. The sample was divided into the experimental group who received the new program until the end of program 66 individuals and control group who received the primary standard program until the end of program 69 individuals. This study has been conducted during January - June 2019.

This study was aimed to compare the effectiveness between steroid injection into spinal cavity together with giving an advice about occupational medicine knowledge and refer to do a medical procedure (Thai massage, herbal hot compress and exercise training) (experimental group). And steroid injection into spinal cavity together with giving an advice about occupational medicine knowledge (control group). Data analysis was performed by using ANCOVA to compare the average in each time between two programs and explore the overview of average comparison between the program by using Generalized Estimating Equation (GEE). The study result will report with mean difference between group, 95% confidence interval and p-value at the significant level 0.05.

The study result revealed that the overview at the end of the experiment, the average score of pain level of the experimental group is decreased more than control group with statistically significant 0.94 score (95% CI 0.77 to 1.11, p-value <0.001). The average score of doing daily routine of experimental group is decreased more than control group with statistically significant 3.29 score (95% CI 2.69 to 3.87, p-value <0.001).

Keywords: Chronic back pain, Thai massage, Herbal hot compress, Exercise

[1] โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ *Corresponding author; E-mail: pongtheera444@gmail.com

บทนำ

อาการปวดหลังเป็นปัญหาสุขภาพที่พบบ่อยที่สุดของโรคเกี่ยวกับกระดูกและกล้ามเนื้อผู้ใหญ่ ร้อยละ 60-80 จะมีอาการปวดหลังส่วนกลาง[1]และคาดการณ์ว่าร้อยละ 5-10 ของอาการเหล่านี้จะกลายเป็นอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง (chronic low back pain) [2] ในปี 2561 กองโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม รายงานจำนวน ผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อเฉพาะรายที่เกี่ยวข้องกับภาวะการทำงาน จำนวน 114,578 ราย คิดเป็นอัตราป่วยต่อประชากรแสนราย เท่ากับ 189.37 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2560 ที่พบผู้ป่วยโรคกระดูกและกล้ามเนื้อเฉพาะรายที่เกี่ยว ข้องกับภาวะการทำงาน จำนวน 100,743 ราย อัตราป่วย 167.22 ต่อประชากรแสนราย จากข้อมูลดังกล่าว จะเห็นว่าจำนวนของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคกระดูกและกล้ามเนื้อเพิ่มสูงขึ้น ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยโดยตรงต่อการดำเนินชีวิต ความยากลำบากในการดำเนินชีวิตประจำวันต้องลดการเคลื่อนไหวลง ก่อให้เกิดการเสื่อมสภาพทางกาย หากปล่อยทิ้งไว้อาจทำให้เกิดความพิการตามมา และส่งผลกระทบทางอ้อมต่อภาครัฐที่ต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษา

อาการปวดหลังเกิดได้จากหลายสาเหตุ เช่น ท่าทางการทำงานหรือพยาธิสภาพของกระดูกสันหลัง โดยสาเหตุ ส่วนใหญ่มาจากลักษณะการทำงานที่ไม่เหมาะสมและการเคลื่อนไหวแบบซ้ำซาก 4 ท่าทาง อิริยาบถ การเคลื่อนไหว ร่างกายและการใช้งานหลังที่ไม่ถูกต้องเป็นเวลานาน นอกจากนี้ ปัจจัยด้านบุคคลยังมีผลต่อความผิดปกติของระบบ โครงร่างและกล้ามเนื้อ ได้แก่ อายุ เพศ ขนาดของร่างกาย การสูบบุหรี่ และภาวะสุขภาพ เป็นต้น [3] Rodrigo Dalke Meucci และคณะ รายงานว่าอาการปวดหลังเรื้อรังเพิ่มขึ้นโดยเฉพาะเพศหญิงไปจนกระทั้งถึงอายุ 60 ปี [2] ในคนที่ไม่ได้ออกกำลังกายเป็นประจำจะทำให้กล้ามเนื้อรอบกระดูกสันหลังไม่แข็งแรงไม่สามารถรองรับกระดูกสันหลังได้ ภาวะ อ้วนหรือในรายที่มีน้ำหนักตัวที่มากเกินไปส่งผลให้กระดูกสันหลังต้องรับน้ำหนักมากทำให้เกิดความเสื่อมได้มากขึ้น นอกจากนี้ไขมันที่พอกพูนบริเวณหน้าท้องอาจทำให้สมดุลของร่างกายเสียไปและเพิ่มความเสี่ยงต่อการบาดเจ็บหรือเกิดอุบัติเหตุได้

แนวทางในการรักษามีเป้าหมายของการรักษาอาการปวดหลัง คือ เพื่อลดอาการปวด และให้ผู้ป่วยสามารถ ใช้ชีวิตประจำวันได้ตามปกติที่สุดและป้องกันการเสื่อมของโครงสร้างร่างกายที่เกิดขึ้น โดยการรักษาจะขึ้นอยู่กับสาเหตุที่ทำให้เกิดการปวดหลังและระยะเวลา ซึ่งในปัจจุบันแพทย์จะเป็นผู้พิจารณาวิธีการรักษาที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย โดยมุ่งรักษาที่ต้นเหตุที่ทำให้เกิดอาการและพยายามหาวิธีที่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บปวดน้อยที่สุดก่อน โดยทั่วไปการรักษาจะมีอยู่ 2 วิธีหลัก ได้แก่ 1) การรักษาโดยไม่ต้องผ่าตัด คือ การรักษาแบบประคับประคอง ได้แก่ การรับประทานยา การทำกายภาพบำบัดและการนอนพัก มักเป็นวิธีที่ใช้เริ่มต้นในการรักษา ยกเว้นกรณีที่ผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ชัดเจนว่าต้องได้รับการรักษาโดยวิธีอื่น และการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าโพรงกระดูกสันหลังซึ่งจะช่วยลดความปวดจากการอักเสบและ ช่วยในการวินิจฉัยตำแหน่งที่เป็นต้นเหตุของอาการปวดได้ การรักษาวิธีนี้ใช้ในกรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาแบบประคับประคองแล้วแต่อาการไม่ดีขึ้นหรือมีอาการปวดจากการที่เส้นประสาทโดนรบกวน 2) การรักษาโดยการผ่าตัด แพทย์จะใช้วิธีการรักษานี้เมื่อผู้ป่วยมีข้อบ่งชี้ที่ชัดเจน

โดยกลุ่มทดลองจะได้รับวิธีการรักษาแบบบูรณาการระหว่างแพทย์ทางเลือกกับการแพทย์แผนปัจจุบัน [4] ด้วยการทำหัตถการ (นวดไทย การประคบสมุนไพร และท่ากายบริหาร) จะช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อได้ดี มีการเผาผลาญที่ใช้ออกซิเจน และลดการคั่งของของเสียในกล้ามเนื้อ [5]จะทำให้เพิ่มประสิทธิผลจากการรักษาด้วยการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าโพรงกระดูกสันหลังและให้คำแนะนำความรู้ด้านอาชีวเวชศาสตร์ จากความสำคัญที่กล่าวมาข้างต้น ประกอบกับสถิติของคลินิกโรคจากการทำงาน โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี อำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี มีผู้ป่วยอาการปวดหลังเรื้อรังเข้ารับบริการในปี 2562 จำนวน 789 ราย คิดเป็นร้อยละ 35 ของจำนวนผู้ป่วยที่มารับ

การรักษาซึ่งมีเป็นจำนวนมากและมีแนวโน้มสูงขึ้น จึงเป็นความท้าทายในการศึกษาวิธีการรักษาที่มีประสิทธิผลและเป็นประโยชน์สูงสุดกับผู้ป่วยได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบประสิทธิผลระหว่างการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าโพรงกระดูกสันหลัง ร่วมกับการให้คำแนะนำความรู้ด้านอาชีวเวชศาสตร์ และการส่งต่อเพื่อทำหัตถการ (การนวดไทย การประคบสมุนไพร และการฝึกกายบริหาร) (โปรแกรม A) กับการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าโพรงกระดูกสันหลังและการให้คำแนะนำความรู้ด้านอาชีวเวชศาสตร์ (โปรแกรม B) ในผู้ป่วยอาการปวดหลังเรื้อรังในคลินิกโรคจากการทำงานโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ เป็นการศึกษาวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research ในผู้ป่วยอาการปวดหลังเรื้อรัง ในคลินิกโรคจากการทำงานโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี จำนวนกลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรม A จำนวน 75 คน กลุ่มควบคุมที่ได้รับโปรแกรม B จำนวน 75 คน ระยะเวลาในการศึกษาระหว่างเดือน มกราคม - มิถุนายน 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาอาการปวดหลังเรื้อรังในคลินิกโรคจากการทำงานโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในคลินิกโรคจากการทำงานโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี

คำนวณจากสูตร การเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มอิสละต่อกัน อ้างอิงการผลการศึกษาที่ผ่านมา [6]

$$\boldsymbol{n}/gr = \frac{2\left(Z_{\propto} + Z_{\beta} \right)^{2} \sigma^{2}}{(\mu_{1} - \mu_{2})^{2}}$$

จากการคำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม กลุ่มละ 68 คน เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 10 เป็นกลุ่มละ 75 คน

เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) ยินยอมรับการรักษา 2) อายุ 15-59 ปี 3) มีข้อบ่งชี้ในการรักษาด้วยวิธีไม่ผ่าตัด คือ ผู้ป่วยมีอาการปวดแบบ radicular, axial, 4) ผู้ป่วยที่มีอาการปวดเรื้อรังแบบรุนแรงและไม่ตอบสนองต่อการรักษาด้วยวิธีทานยา ซึ่งยังไม่ต้องการหรือไม่พร้อมที่จะผ่าตัด 5) ประเมินอาการปวดหลังเรื้อรังโดยต้องมีคะแนนความปวดตั้งแต่ 5 คะแนนขึ้นไป โดยใช้แบบวัดระดับความเจ็บปวดชนิดเส้นตรง visual rating scales: VRS เกณฑ์การคัดออกก (Exclusion criteria) มีดังนี้ 1) ข้อห้ามในการทำหัตถการฉีดยาสเตียรอยด์ 2) มีความผิดปกติในการแข็งตัวของเลือด หรือประวัติทานยาละลายลิ่มเลือดอยู่ 3) มีการติดเชื้อบริเวณที่จะฉีดยา 4) มีประวัติแพ้ยาชา 5) ผู้ป่วยตั้งครรภ์ 6) ผู้ป่วยที่มีข้อห้ามในการถ่ายภาพรังสีเอ็กซเรย์ 7) ผู้ป่วยที่มีโรคประจำตัวรุนแรงที่ยังควบคุมอาการไม่ได้ 8) มีผลข้างเคียงรุนแรงจากการนวดไทย หรือประคบสมุนไพร 9) ไม่มาตามแผนการรักษา (Protocols) ติดต่อกัน 2 ครั้ง 10) ไปรับการรักษานอกเหนือจากแผนการรักษา (Protocols)

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคลและข้อมูลความเจ็บป่วย ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ลักษณะอาชีพ รายได้ครอบครัว โรคประจำตัว ประวัติการใช้ยา ประสบการณ์การได้รับการผ่าตัด ค่าดัชนีมวลกาย การวินิจฉัยโรค ระยะเวลาของอาการปวดหลัง ประวัติการรักษาอาการปวดหลัง

ส่วนที่ 2 แบบประเมินอาการปวด (numeric rating score) [7]

visual rating scales: VRS คือการวัดโดยใช้เส้นตรงยาว 10 เซนติเมตรแบ่งเป็น 10 ช่องๆ ละ 1 เซนติเมตร ให้ผู้ป่วยทำเครื่องหมายบนเส้นตรงที่มีตัวเลขแทนค่าความรุนแรงของความปวดโดยปลายข้างหนึ่งแทนค่าด้วยเลข 0 หมายถึง ไม่ปวดปลาย

อีกข้างแทนค่าด้วยเลข 10 หมายถึง ปวดรุนแรงมากที่สุด ผู้ป่วยทำเครื่องหมายตรงเลขใดถือเป็นคะแนนความปวด ผู้ป่วยให้คะแนนความปวด (pain score) 0 1 คือ ยอมรับได้ 2 - 3 คือ พอรำคาญ 4 คือ มีอาการปวดเล็กน้อยพอทนได้ 5 คือ ปวดปานกลาง 6 - 7 คือ ปวดมากพอสมควร 8 - 9 คือ ปวดจนไม่อยากทำอะไร 10 คือ ปวดมากที่สุด

มากกว่า 6 ขึ้นไป ถือว่าควรได้รับการบำบัดรักษาอาจใช้ยาแก้ร่วมด้วยซึ่งไม่ควรรอให้ถึง 10 หรือจนผู้ป่วยบอกว่าทนไม่ไหวเพราะการรักษาความปวดแต่เนิ่นๆ เป็นวิธีการที่ถูกต้องและให้ผลดีทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความสามารถการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การปวดหลังของออสเวส ทรี (The Oswest Disability Index, ODI) [8] เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้ความรุนแรงของอาการปวด การดูแลตนเองในชีวิตประจำวัน การยกของ การเดิน การนั่ง การยืน การนอน การเข้าสังคม และการเดินทาง จำนวน 10 ข้อ แบ่งเป็น 6 ระดับ ตั้งแต่ระดับปกติ 0 ถึงความรุนแรงสูงสุด 5 คะแนน รวมคะแนนเต็ม 100 คะแนนแปลผลได้ดังนี้

ความสามารถในการทำกิจกรรมมาก 0 - 20 คะแนน

ความสามารถในการทำกิจกรรมปานกลาง 21 - 40 คะแนน

ความสามารถในการทำกิจกรรมน้อย 41 - 60 คะแนน

ความสามารถในการทำกิจกรรมมีภาวะพึ่งพา 61 - 80 คะแนน

อยู่บนเตียงตลอดเวลา 81 - 100 คะแนน

การหาคุณภาพของเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (content validity) รวมทั้งความเหมาะสมของภาษาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน คำนวณค่าดรรชนีความเที่ยงตรงเชิงเนื้อหาได้ค่าเท่ากับ 0.8 คือ ผ่านเกณฑ์การพิจารณา การตรวจสอบความเชื่อมั่น (reliability) ผู้วิจัยนำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน มาทดลองใช้กับผู้ป่วยที่มีลักษณะคล้ายคลึงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ราย โดยผู้วิจัยเลือกทดลองใช้เครื่องมือในพื้นที่โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของคอนบราค (Cronbach' s alpha coefficient) เท่ากับ 0.8107

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นเตรียมการ

1. คัดเลือกผู้ป่วยจากประชากรที่ศึกษาที่เข้าตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออกตาม สุ่มกลุ่มตัวอย่างเข้ากลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ตามที่กำหนด โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนตามแผนการรักษา (Protocols) ที่จะได้รับ รวมทั้งการพิทักษ์สิทธิ์และใบยินยอมในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

2. เตรียมผู้ป่วยก่อนการรักษา ทำการประเมินและเตรียมผู้ป่วยตั้งแต่การตรวจที่คลินิกโรคจากการทำงานประกอบด้วย การแจ้งการวินิจฉัยโรคเบื้องต้น ชนิดของวิธีการรักษา เหตุผลเบื้องต้นที่พิจารณาในการรักษาด้วย วิธีการแบบนี้ ผลคาดหวังและเป้าหมายของการรักษาด้วยวิธีนี้ อธิบายขั้นตอนการทำหัตถการ และการปฏิบัติตัวก่อน ระหว่างและหลังการรักษา ภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นได้ และวิธีประเมินคะแนนความปวด และประสิทธิผลของการรักษา รวมทั้งการประเมินโรคประจำตัวและยาที่จำเป็นต้องทานต่อเนื่องในวันทำหัตถการ การพิจารณาหยุดยาละลายลิ่มเลือดตามระยะเวลาที่เหมาะสมก่อนการรักษา การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น และการยินยอมในการรับการรักษา

ขั้นดำเนินการทดลอง

1. กลุ่มทดลอง โปรแกรม A โดย การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าโพรงกระดูกสันหลัง ร่วมกับการให้คำแนะนำความรู้ด้านอาชีวเวชศาสตร์ และการส่งต่อเพื่อทำหัตถการ (การนวดไทย การประคบสมุนไพร และการฝึกกายบริหาร) ประเมินอาการก่อนการเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับ อาการปวดหลังเรื้อรัง (numeric rating score) (บุษยวิไลมาศ, n.d.) visual rating scales: VRS และประเมินความสามารถการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การปวดหลังของออสเวสทรี (The Oswest Disability Index, ODI) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังนี้

1.1 ซักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจวัดสัญญาณชีพเพื่อเฝ้าระวังขณะทำหัตถการตามมาตรฐาน มีการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์และยาที่จำเป็นในกรณีฉุกเฉินหรือหาก

เกิดอาการแพ้ยา กรณีจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและการฟื้นคืนชีพ

1.2 ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนคว่ำบนเตียงภายในคลินิกโรคจากการทำงานทำความสะอาด
ผิวหนังผู้ป่วยในบริเวณที่ต้องการทำหัตถการด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อและปูผ้าที่ผ่านการฆ่าเชื้อด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ

1.3 เตรียมยาสเตียรอยด์ และเข็มในเซ็ตที่ผ่านการฆ่าเชื้อและเตรียมยาและอุปกรณ์ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ และใส่ถุงมือแบบปลอดเชื้อ

1.4 ให้คำแนะนำความรู้ด้านอาชีวเวชศาสตร์

1.5 ติดตามเฝ้าระวังและรักษาภาวะแทรกซ้อนหลังจากทำหัตถการในห้องพักฟื้นอย่างน้อย 1 ชั่วโมงก่อนอนุญาตให้กลับบ้าน

นัดหมายเพื่อทำหัตถการ (การนวดไทย การประคบสมุนไพร และการฝึกกายบริหาร) จำนวน 3 ครั้ง ครั้งละ 2 ชั่วโมง ทุก 7 วัน และประเมินผลด้วยด้วยแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับอาการปวดหลังเรื้อรัง (numeric rating score) [7] visual rating scales: VRS และประเมินความสามารถการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การปวดหลังของออสเวสทรี (The Oswest Disability Index, ODI) ทุกครั้งก่อนทำหัตถการ

2. กลุ่มควบคุม โปรแกรม B โดย การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าโพรงกระดูกสันหลัง ร่วมกับการให้คำแนะนำความรู้ด้านอาชีวเวชศาสตร์ ประเมินอาการก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมทุกครั้งด้วยการทำแบบสอบถามเพื่อ ประเมินระดับอาการปวดหลังเรื้อรัง (numeric rating score) [7] visual rating scales: VRS และประเมินความสามารถการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การปวดหลังของออสเวสทรี (The Oswest Disability Index, ODI) ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ดังนี้

2.1 ซักประวัติ ชั่งน้ำหนัก วัดความดันโลหิต ตรวจวัดสัญญาณชีพเพื่อเฝ้าระวังขณะทำหัตถการตามมาตรฐาน มีการเตรียมเครื่องมือ อุปกรณ์และยาที่จำเป็นในกรณีฉุกเฉินหรือหากเกิดอาการแพ้ยา กรณีจำเป็นต้องใส่ท่อช่วยหายใจและการฟื้นคืนชีพ

2.2 ผู้ป่วยอยู่ในท่านอนคว่ำบนเตียงภายในคลินิกโรคจากการทำงานทำความสะอาดผิวหนังผู้ป่วยในบริเวณที่ต้องการทำหัตถการด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อและปูผ้าที่ผ่านการฆ่าเชื้อด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ

2.3 เตรียมยาสเตียรอยด์ และเข็มในเซ็ตที่ผ่านการฆ่าเชื้อและเตรียมยาและอุปกรณ์ด้วยเทคนิคปลอดเชื้อ และใส่ถุงมือแบบปลอดเชื้อ

2.4 ให้คำแนะนำความรู้ด้านอาชีวเวชศาสตร์

2.5 ติดตามเฝ้าระวังและรักษาภาวะแทรกซ้อนในห้องพักฟื้นอย่างน้อย 1 ชั่วโมงก่อนอนุญาตให้กลับบ้าน

นัดหมายเพื่อติดตามอาการ จำนวน 3 ครั้ง ทุก 7 วัน และประเมินผลด้วยด้วยแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับอาการปวดหลังเรื้อรัง (numeric rating score) (บุษยวิไลมาศ, n.d.) visual rating scales: VRS และประเมินความสามารถการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การปวดหลังของออสเวสทรี (The Oswest Disability Index, ODI) ทุกครั้งก่อนทำหัตถการ

หลังสิ้นสุดการทดลองในแต่ละกลุ่ม อีก 7 วัน คือ วันที่ 28 หลังจากเข้าร่วมแต่ละโปรแกรม ผู้วิจัยได้ติดตามและประเมินผลด้วยด้วยแบบสอบถามเพื่อประเมินระดับอาการปวดหลังเรื้อรัง (numeric rating score) [7] visual rating scales: VRS และประเมินความสามารถการดำเนินกิจวัตรประจำวัน การปวดหลังของออสเวสทรี (The Oswest Disability Index, ODI) หลังสิ้นสุดโปรแกรมแล้ว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลทั่วไป ของกลุ่มตัวอย่าง ใช้การวิเคราะห์เชิงพรรณนา รายงานผลเป็นจำนวน ร้อยละและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2.ข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับความปวดและข้อมูลความสามารถการดำเนินกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการวัดซ้ำ จำนวน 4 ครั้ง โดยใช้สถิติ ANCOVA เพื่อเปรียบเทียบรายครั้ง และดูภาพรวมของการเปรียบเทียบระหว่างโปรแกรม ด้วยสถิติ สถิติ Generalized Estimating Equation: GEE รายงานผลเป็น

ค่าเฉลี่ย (mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) ความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระหว่างกลุ่ม (mean difference) ค่า 95% confidence intervals และค่า p-value ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05

ผลการวิจัย

1. แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จากการวิจัยนี้ ได้ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 150 คนแบ่งเป็นกลุ่มทดลองจำนวน 75 คน แต่ไม่เข้าร่วมโปรแกรมในการทดลองได้จนสิ้นสุดการศึกษาจำนวน 9 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่างเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 66 คน ในกลุ่มทดลองจำนวน 75 คน ไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมในการทดลองจนสิ้นสุดการศึกษาจำนวน 6 คน จึงได้กลุ่มตัวอย่างเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูลจำนวน 69 คน โดยกลุ่มตัวอย่างทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผู้วิจัยได้สุ่มอย่างเป็นระบบและจับคู่ลักษณะข้อมูลทั่วไป ซึ่งได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ดัชนีมวลกาย อาชีพ ระยะเวลาของอาการปวดหลัง และระดับอาการปวดหลังเรื้อรังก่อนเข้าร่วมโปรแกรมให้มีความใกล้เคียง

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับอาการปวดหลังเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนระดับอาการปวดหลังเรื้อรังระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ระดับอาการปวด	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Mean diff.*	Mean diff.**	95%CI	p-value***
ก่อนเข้าปรแกรม (ครั้งที่ 1)	6.10 (±1.41)	5.91 (±1.43)	N/A		N/A	N/A
ครั้งที่ 2	4.50 (±1.01)	4.90 (±1.13)	0.40	0.57	0.35 to 0.78	< 0.001
ครั้งที่ 3	2.92 (±0.93)	3.91 (±0.99)	0.99	1.11	0.86 to 1.37	< 0.001
สิ้นสุดโปรแกรม (ครั้งที่ 4)	1.44 (±0.56)	2.49 (±0.79)	1.05	1.10	0.88 to 1.32	< 0.001
ภาพรวม	N/A	N/A	N/A	0.94	0.77 to 1.11	< 0.001

** ใช้สถิติ dependent t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรายครั้งระหว่างกลุ่ม (Crude Mean difference)*

*** ใช้สถิติ ANCOVA เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรายครั้งระหว่างกลุ่ม เพื่อปรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม (Mean difference adjust for baseline) ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก การศึกษา สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังก่อนเข้าร่วมโปรแกรม*

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนระดับอาการปวดของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังรายครั้งระหว่างกลุ่ม โดยการปรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (Mean difference adjust for baseline) ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ ANCOVA พบว่า ในการวัดครั้งที่ 1 ทั้งสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 5-6 มีอาการปวดระดับปานกลางถึงมากใกล้เคียงกัน คือ 6.10 และ 5.91 ตามลำดับ ในการวัดครั้งที่ 2 หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 7 วัน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนลดลงมากกว่าการวัดครั้งที่ 1 คือมีค่าคะแนนเฉลี่ย 4-5 มีอาการปวดพอทนได้ถึงปวดปานกลาง แต่กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับอาการปวด คือ 4.50 น้อยลงมากกว่ากลุ่มควบคุม 4.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.57 คะแนน (95% CI 0.35 to 0.78, p-value <0.001) ในการวัดครั้งที่ 3 หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 14 วัน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนระหว่าง 2-4 มีอาการปวดพอรำคาญถึงปวดพอทนได้ แต่กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับอาการปวดน้อยลงมากกว่าการ วัดครั้งที่ 2 และน้อยลงมากกว่ากลุ่มควบคุม คือ 2.92 และ 3.91 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1.11 คะแนน (95% CI 0.86 to 1.37, p-value <0.001) ในการวัดครั้งที่ 4 หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 7 วัน คือวันที่ 28 หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนระหว่าง 1-3 มีอาการปวดยอมรับได้ถึงพอรำคาญ โดยทั้ง 2 กลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยระดับอาการปวดน้อยลงมากกว่าการวัดครั้งที่ 3 ทั้งสองกลุ่ม แต่กลุ่มทดลองน้อยลงมากกว่ากลุ่มควบคุม คือ 1.44 และ 2.49 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1.10 คะแนน (95% CI 0.88 to 1.32, p-value <0.001)

ในภาพรวมเมื่อสิ้นสุดการทดลอง โดยใช้สถิติ generalized estimating equations (GEE) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับอาการปวด ของกลุ่มทดลองน้อยลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.94 คะแนน (95% CI 0.77 to 1.11, p-value <0.001) (ดังแสดงในตารางที่ 2)

3. เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถการดำเนินกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

ตาราง 2 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถการดำเนินกิจวัตรประจำวันระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

กิจวัตรประจำวัน	กลุ่มทดลอง	กลุ่มควบคุม	Mean diff.*	Mean diff.**	95%CI	p value***
ก่อนเข้าโปรแกรม (ครั้งที่ 1)	34.94(±5.81)	35.13(±5.95)	N/A		N/A	N/A
ครั้งที่ 2	25.29(±2.08)	27.92(±1.13)	2.64	2.60	1.86 to 3.32	< 0.001
ครั้งที่ 3	20.26(±0.93)	23.54(±0.99)	3.28	3.25	2.39 to 4.11	< 0.001
สิ้นสุดโปรแกรม (ครั้งที่ 4)	15.29(±1.95)	19.36(±2.29)	4.07	4.06	3.34 to 4.78	< 0.001
ภาพรวม	N/A	N/A	N/A	3.29	2.69 to 3.87	< 0.001

** ใช้สถิติ dependent t-test เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรายครั้งระหว่างกลุ่ม (Crude Mean difference)*

*** ใช้สถิติ ANCOVA เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนรายครั้งระหว่างกลุ่ม เพื่อปรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่ม (Mean difference adjust for baseline) ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังก่อนเข้าร่วมโปรแกรม*

**** ใช้สถิติ Generalized Estimating Equation: GEE เพื่อดูภาพรวมของการเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนจากการติดตามวัดซ้ำจำนวน 4 ครั้ง ระหว่างกลุ่ม (Mean difference adjust for baseline) ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 (p-value)*

จากผลการศึกษาเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยคะแนนการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง รายครั้งระหว่างกลุ่ม โดยการปรับข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง (Mean difference adjust for baseline) ได้แก่ เพศ อายุ ดัชนีมวลกาย การศึกษา อาชีพ สถานภาพสมรส และระยะเวลาที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ด้วยสถิติ ANCOVA พบว่า ในการวัดครั้งที่ 1 ทั้งสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 21- 40 มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันปานกลางใกล้เคียงกัน คือ 34.94 และ 35.13 ตามลำดับ ในการวัดครั้งที่ 2 หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 7 วัน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนระหว่าง 21-40 มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันปานกลางเช่นเดิม แต่กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการทำกิจวัตรประจำวัน คือ 20.26 น้อยลงมากกว่ากลุ่มควบคุม 27.92 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2.60 คะแนน (95% CI 1.86 to 3.32, p-value <0.001) ในการวัดครั้ง ที่ 3 หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม 14 วัน กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนระหว่าง 21 - 40 มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันปานกลางเช่นเดิม แต่กลุ่มทดลองมีค่าคะแนนเฉลี่ยการทำกิจวัตรประจำวัน น้อยลงมากกว่าการวัดครั้งที่ 2 และน้อยลงมากกว่ากลุ่มควบคุม คือ 20.26 และ 23.54 ตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3.25 คะแนน (95% CI 2.39 to 4.11, p-value <0.001) ในการวัดครั้งที่ 4 หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 7 วัน คือวันที่ 28 หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนระหว่าง 0 - 20 มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมาก โดยทั้ง 2 กลุ่มมีค่าคะแนนเฉลี่ยการทำกิจวัตรประจำวันน้อยลงมากกว่าการวัดครั้งที่ 3 ทั้งสองกลุ่ม แต่กลุ่มทดลองน้อยลงมากกว่ากลุ่มควบคุม คือ 15.29 และ 19.36 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4.06 คะแนน (95% CI 3.34 to 4.78, p-value <0.001)

ในภาพรวมเมื่อสิ้นสุดการทดลอง โดยใช้สถิติ generalized estimating equations (GEE) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยการทำกิจวัตรประจำวัน ของกลุ่มทดลองน้อยลงมากกว่ากลุ่มควบคุม

อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3.29 คะแนน (95% CI 2.69 to 3.87, p-value <0.001)

อภิปรายผลการวิจัย

การฉีดยาสเตียรอยด์เข้าโพรงกระดูกสันหลัง ร่วมกับการให้คำแนะนำความรู้ด้านอาชีวเวชศาสตร์เป็นมาตรฐานการรักษาในปัจจุบันของผู้มีข้อบ่งชี้ ในการรักษาอาการปวดหลังจากจากสาเหตุต่างๆ ได้แก่ โพรงกระดูกสันหลังตีบแคบ หมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อน กระดูกสันหลังเสื่อมและหมอนรองกระดูกสันหลังเสื่อม ซึ่งให้ผลการวิจัยที่ผ่านมาสามารถช่วยลดอาการปวดและเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมแก่ผู้ป่วยหลังการฉีดยาเมื่อติดตามในระยะสั้น ทุก 7 วันจำนวน 4 ครั้ง รวม 28 วัน [9,10] เนื่องจากสเตียรอยด์ที่ฉีดมีผลในการลดการอักเสบของปลายประสาท โดยการยับยั้งการสังเคราะห์และทำงานของสารก่อการอักเสบ ได้แก่ phospholipase A2 (PLA2) prostaglandin E2 และ substance P ที่รั่วออกมาบริเวณที่มีการอักเสบ ซึ่งเป็นตัวทำให้เกิดการระคายเคืองต่อปลายประสาท นอกจากนี้ สเตียรอยด์ยังยับยั้งการทำงานของ lymphocyte และ platelet-activating factor ซึ่งเป็นตัวการของการอักเสบ [11] เมื่ออาการปวดของผู้ป่วยลดลง ย่อมทำให้สามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้ดีขึ้น เช่น การยืน การเดิน การนั่ง การนอน การทำกิจวัตรประจำวันได้เช่นเดียวกับการศึกษาของโมฮาเมด และคณะ [12] ผลของการฉีดยาในผู้ป่วยที่มีหมอนรองกระดูกสันหลังเคลื่อนที่ระดับ L4-5 และ L5 - S1 รวม 96 คน มีอายุ 18 ปีขึ้นไป หลังฉีด 4 - 6 สัปดาห์ พบว่ากลุ่มที่มีอาการปวดระดับ L4 - 5 และกลุ่มที่มีอาการปวดระดับ L5 - S1มีอาการปวดลดลงร้อยละ 57 ของผู้ป่วยทั้งหมด ผู้ป่วยมีความพึงพอใจต่อผลการรักษา นอกจากนี้ ยังมีการศึกษาถึงผลการฉีดยาเข้าไขสันหลังที่มีต่อความสามารถในการทำกิจกรรมโดยเฉพาะ เช่น การศึกษาของบัตเตอร์แมน [13] ในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างจากการเสื่อมของหมอนรองกระดูกสันหลังจำนวน 232 คน พบว่าความสามารถในการทำกิจกรรมมากขึ้นหลังฉีดยาในระยะ 1 - 3 เดือน และการศึกษาในปี 2009 ของเซย่และคณะ [10] ในผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างจากหมอนรองกระดูกเสื่อมจำนวน 183 คน โดยการใช้ สเตียรอยด์จำนวน 93 คน และไม่ใช้สเตียรอยด์ 90 คน ติดตามผล 1 สัปดาห์ และ 1 เดือน พบว่าในกลุ่มที่ใช้สเตียรอยด์ มีความสามารถในการทำกิจกรรมมากขึ้นตามลำดับอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และหลังฉีดยา 1 สัปดาห์คะแนนความปวดลดลงมากกว่ากลุ่มที่ไม่ใช้สเตียรอยด์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และในประเทศไทยก็ได้มีการศึกษาเช่นเดียวกัน ของกานดา กาญจนโพธิ์และคณะ (2557) [14] ความปวด ความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิตของผู้ที่มีอาการปวดหลังส่วนล่างที่รับการรักษาด้วยการฉีดยาเข้าไขสันหลัง ผลการศึกษา พบว่า หลังการฉีดยาเข้าไขสันหลัง (epidural steroid injection: ESI) 1 และ 4 สัปดาห์กลุ่มตัวอย่างมีความปวดลดลง ความสามารถในการทำกิจกรรมสูงขึ้นกว่าก่อนฉีดยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้วิจัยจึงนำการรักษามาตรฐานนี้มาใช้เป็นกลุ่มควบคุมในการทดลอง โดยมีความท้าทายจากการวิจัยว่าโปรแกรมใหม่ คือ การบูรณาการแพทย์ทางเลือก โดยเพิ่มการส่งต่อเพื่อทำหัตถการ (การนวดไทย การประคบสมุนไพร และการฝึกกายบริหาร) จะทำให้การรักษาผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่มีอาการปวดหลังเรื้อรังในคลินิกมีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

จากผลการวิจัย พบว่า ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง จากการประเมินระดับอาการปวดมีอาการมีดีขึ้นทั้งสองโปรแกรม คือ ในการวัดครั้งที่ 1 ทั้งสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 5 - 6 มีมีอาการปวดระดับปานกลางถึงมากใกล้เคียงกัน คือ 6.10 และ 5.91 ตามลำดับ ในการวัดครั้งที่ 4 หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 7 วัน คือวันที่ 28 หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนระหว่าง 1 - 3 มีอาการปวดยอมรับได้ถึงพอรำคาญ แต่กลุ่มทดลองน้อยลงมากกว่ากลุ่มควบคุม คือ 1.44 และ 2.49 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 1.10 คะแนน (95% CI 0.88 to 1.32, p-value <0.001) และในภาพรวมเมื่อสิ้นสุดการทดลอง โดยใช้สถิติ generalized estimating equations (GEE) พบว่า ค่าคะแนนเฉลี่ยระดับอาการปวด ของกลุ่มทดลองน้อยลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 0.94 คะแนน (95% CI 0.77 to 1.11, p-value <0.001) จะเห็นว่าทั้งสองโปรแกรมสามารถทำให้ผู้ป่วยมีระดับอาการปวดดีขึ้น แต่ในกลุ่มทดลองมี

ประสิทธิผลการรักษาดีมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของ อมรรัตน์ แสงใสแก้ว และคณะ (2562) [15] ทำการศึกษาโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายในขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่ออาการปวดและภาวะจำกัดความสามารถในผู้ที่ปวดหลังส่วนล่างไม่ทราบสาเหตุ จำนวน 60 ราย ในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลนครพนม โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายในขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน 5 ครั้ง/สัปดาห์ ครั้งละ 30 นาที เป็นเวลา 6 สัปดาห์ พบว่า กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมส่งเสริมกิจกรรมทางกายในขณะปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน มีอาการปวดหลังส่วนล่างและภาวะจำกัดความสามารถ ลดลงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) ซึ่งสอดคล้องกับมาตรการในการทดลองในเรื่องการฝึกกายบริหาร

จากการประเมินการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยที่มีอาการปวดหลังเรื้อรัง มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันดีขึ้นทั้งสองโปรแกรมเช่นเดียวกันกับการวัดประเมินระดับอาการปวด คือพบว่า ในการวัดครั้งที่ 1 ทั้งสองกลุ่ม คือ กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีค่าคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 21 - 40 มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันปานกลางใกล้เคียงกัน คือ 34.94 และ 35.13 ตามลำดับและในภาพรวมเมื่อสิ้นสุดการทดลอง โดยใช้สถิติ generalized estimating equations (GEE) พบว่าค่าคะแนนเฉลี่ยการทำกิจวัตรประจำวัน ของกลุ่มทดลองน้อยลงมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 3.29 คะแนน (95% CI 2.69 to 3.87, p-value <0.001) และในการวัดครั้งที่ 4 หลังจากสิ้นสุดโปรแกรม 7 วัน คือวันที่ 28 หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม พบว่า กลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีค่าคะแนนระหว่าง 0 - 20 มีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันมาก แต่กลุ่มทดลองน้อยลงมากกว่ากลุ่มควบคุม คือ 15.29 และ 19.36 ตามลำดับ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 4.06 คะแนน (95% CI 3.34 to 4.78, p-value <0.001) จะเห็นว่าทั้งสองโปรแกรมสามารถทำให้ผู้ป่วยมีการทำกิจวัตรประจำวันได้ดีมากขึ้น แต่ในกลุ่มทดลองมีประสิทธิผลการรักษาดีมากกว่า สอดคล้องกับการศึกษาของธันยนันท์ เหล่าฤทธิ์ (2559) [5] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว พบว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมมีความปวดน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เช่นเดียวกันกับการศึกษาของกาญจนา นิมตรง (2555) [6] ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง ของผู้ป่วยจำนวน 26 รายพบว่าผู้ป่วยที่ได้รับโปรแกรมที่ประกอบด้วยการให้ความรู้พฤติกรรมการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการปวดหลังและวิธีการบริหารกล้ามเนื้อ เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ อาการปวดหลังของกลุ่มทดลองมีอาการน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และการศึกษาของพยุงศรี อุทัยรัตน์ (2552) [16] ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยการปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายต่ออาการปวดหลังส่วนร่างของผู้ปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง จำนวน 40 ราย พบว่าอาการปวดหลังส่วนล่างของกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ซึ่งจะเห็นว่าวิธีการนวด การฝึกกายบริหาร เป็นวิธีการที่จะช่วยให้กล้ามเนื้อคลายตัว การไหลเวียนเลือดดีขึ้น ออกซิเจนไปเลี้ยงเนื้อเยื่อได้ดี มีการเผาผลาญที่ใช้ออกซิเจน และลดการคั่งของของเสียในกล้ามเนื้อ [17] ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว) จะทำให้เพิ่มประสิทธิผลจากการรักษาด้วยการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าโพรงกระดูกสันหลังและให้คำแนะนำความรู้ด้านอาชีวเวชศาสตร์ ได้อย่างมีมีประสิทธิผล

ดังนั้นจะเห็นว่าการบูรณาการแพทย์ทางเลือกร่วมกับการรักษามาตรฐาน ได้แก่ การนวดไทย การประคบสมุนไพร และการฝึกกายบริหาร เป็นการเพิ่มประสิทธิผลและเป็นทางเลือกที่จะทำให้ผู้ป่วยที่มารับการรักษาสามารถลดระดับอาการปวดหลังเรื้อรัง สามารถทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้ดีมากยิ่งขึ้น ซึ่งคาดว่าจะทำให้ผู้ป่วยมีความพึงพอใจและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นอีกด้วย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งนี้

1. การนำโปรแกรมการฉีดยาสเตียรอยด์เข้าโพรงกระดูกสันหลัง ร่วมกับการให้คำแนะนำความรู้ด้านอาชีวเวชศาสตร์และการส่งต่อเพื่อทำหัตถการ (การนวดไทย การประคบสมุนไพร

และการฝึกกายบริหาร) ไปใช้นั้นต้องคำนึงถึงมาตรฐานและข้อบ่งชี้ รวมถึงการทำหัตถการของผู้ให้บริการที่ร่วมบูรณาการต้องเป็นไปตามมาตรฐานและสร้างความเข้าใจและมีทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้อง จึงจะเกิดผลและไม่เกิดอันตรายต่อผู้ป่วย

2. ควรมีการอบรมและขยายผลการใช้แพทย์ทางเลือกเพื่อบูรณาการในการรักษาในการส่งเสริมป้องกันอาการปวดหลังเรื้อรังในญาติเพื่อมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเพื่อเป็นประโยชน์ต่อผู้ป่วยเมื่อกลับบ้านและลดภาระงานทางการแพทย์

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาเพิ่มเติมในมุมมองของผู้ป่วยทั้งทางด้านความพึงพอใจต่อการรักษาตามโปรแกรมและคุณภาพชีวิตหลังจากการรักษา

2. ควรมีการติดตามผลการศึกษาในระยะยาวมากกว่า 28 วัน เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นซ้ำ และหาวิธีการป้องกันในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการโรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ อุบลราชธานี ที่ให้การสนับสนุนและให้ความสำคัญกับโครงการนี้เป็นอย่างดี นายแพทย์มนต์ชัย วิวัฒนาสิทธิพงศ์ นายแพทย์มหิธร ทองเสี่ย และเจ้าหน้าที่ที่มีร่วมงานทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและสนับสนุนข้อมูลที่เกี่ยวข้องในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ จนกระทั่งผลการศึกษาครั้งนี้ สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. Alsufiany MB, Lohman EB, Daher NS, Gang GR, Shallan AI, Jaber HM. Non-specific chronic low back pain and physical activity: A comparison of postural control and hip muscle isometric strength: A cross-sectional study. Medicine (Baltimore). 2020;99(5):e18544.
2. Meucci RD, Fassa AG, Xavier Faria NM. Prevalence of chronic low back pain: Systematic review. Rev Saude Publica. 2015;49:1-10.
3. ชุปวา ว, อึ้งอุดรภักดี พ. ความชุกและปัจจัยที่ส่งผลต่อความผิดปกติทางระบบโครงร่างและกล้ามเนื้อในพนักงานทำความสะอาด. Naresuan Univ J Sci Technol. 2560;25(1):23-31. (4)
4. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยให้เป็นศูนย์กลางสุขภาพนานาชาติ (Medical Hub) (พ.ศ.2560 - 2569).; 2559.(5)
5. เหล่าฤทธิ์ ธ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนร่วมกับการนวดกดจุดสะท้อนต่อความปวดของผู้ป่วยผ่าตัดกระดูกสันหลังส่วนเอว. 2559.(6)
6. นิมตรง ก, โอบะ น, เหล่าเรืองธนา อ. ผลของโปรแกรมการให้ความรู้และการสนับสนุนต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและอาการปวดของผู้ป่วยปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง. วารสารการพยาบาลและสุขภาพ. 2555;6(2):99-109.(32)
7. บุษยวิไลมาศ ช. Estimation of Pain Intensity in Emergency Department. http://www.errama.com/system/spaw2/uploads/files/EstimationofpaininED.pdf.(13)
8. Sanjaroensuttikul N. The Oswestry Low Back Pain Disability Questionnaire (Version 1 . 0) Thai Version. J Med Assoc Thai. 2007;90(7):1417-1422.(12)
9. Kenneth Botwin, Lee Ann Brown, Mark Fishman SR. Fluoroscopically guided caudal epidural steroid injections in degenerative lumbar spine stenosis. Pain Physician. 2007;10(4):547-558.(40)

10. Sayegh FE, Kenanidis EI, Papavasiliou KA, Potoupnis ME, Kirkos JM, Kapetanos GA. Efficacy of steroid and nonsteroid caudal epidural injections for low back pain and sciatica: A prospective, randomized, double-blind clinical trial. Spine (Phila Pa 1976). 2009;34(14):1441-1447.(41)
11. Gajraj NM. Selective nerve root blocks for low back pain and radiculopathy. Reg Anesth Pain Med. 2004;29(3):243-256. doi:10.1016/j.rapm.2003.12.025.(42)
12. Maged Mokhemer Mohamed M, Ahmed M, Chaudary M. Caudal epidural injection for L4-5 versus L5-S1 disc prolapse: Is there any difference in the outcome? J Spinal Disord Tech. 2007;20(1):49-52.(43)
13. Buttermann GR. The effect of spinal steroid injections for degenerative disc disease. Spine J. 2004;4(5):495-505.(44)
14. กานดา กาญจนโพธิ์และคณะ (2557)
15. แสงใสแก้ว et al., 2019
16. อุทัยรัตน์ พ. ผลของโปรแกรมการจัดการกับอาการด้วยการปรับสมดุลโครงสร้างร่างกายต่ออาการปวดหลังส่วนร่างของผู้ปวดหลังส่วนล่างเรื้อรัง. 2552.(33)
17. ธันยนันท์ เหล่าฤทธิ์, 2559

การตีตราทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของบุคลากรหลักสูตรทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

The Social Stigma, Perceived Susceptibility to the Coronavirus Disease-2019 (COVID-19) and Preventive Behaviors among the Staff of Dental Public Health Department in Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen

วัชรพล ววรรศน์ เถาว์พันธ์[1], จุฬนาริน วิทยวรรณกุล[2]

Wacharaphol Wiwat Thaopan, Junnarin Wittayawannakul

(Received: October 12,2020; Accepted: November 10,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) เพื่อศึกษาระดับการตีตราทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 (COVID-19) และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง การตีตราทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของบุคลากรหลักสูตรทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น กลุ่มตัวอย่างได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจง (Purposive sampling) ทั้งหมด 38 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Multiple Logistic Regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted odds ratio (OR_{adj}) และช่วงความเชื่อมั่น 95% ผลการศึกษา พบว่าปัจจัยด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการตีตราทางสังคมมีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (P=0.017, OR_{adj}=12.9; 95%CI=1.57-105.9 และ P=0.002, OR_{adj}=0.1; 95%CI=0.01-0.25, ตามลำดับ) ผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า ควรจัดทำสื่อและประชาสัมพันธ์เพื่อลดการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ที่มีอาการใกล้เคียงหรือสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 ผ่านสื่อต่าง ๆ ให้แก่ประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ให้บริการใกล้ชิดกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป

คำสำคัญ: การตีตราทางสังคม, การรับรู้โอกาสเสี่ยง, โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

This descriptive research was aimed to study the level of social stigma, perceived susceptibility, and preventive behaviors and the relationship between age, gender, education level, job position, social stigma, perceived susceptibility and preventive behaviors to the Coronavirus Disease-2019 (COVID-19) among the staff of dental public health department in Sirindhorn College of Public Health Khon Kaen. The samples from purposive sampling was 32 staff. Data were collected by using self-questionnaire. The data were analyzed by using the multiple logistic regression and presented with adjusted odds ratio (OR_{adj}) and 95% confidence interval. The results show that the relationships between perceived susceptibility, social stigma and level of preventive behaviors were statistically significant (P=0.017, OR_{adj}=12.9; 95%CI=1.57-105.9 and

[1] วิทยาจารย์ปฏิบัติการ หลักสูตรทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

[2] ทันตแพทย์ชำนาญการ หลักสูตรทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

P=0.002, OR_{adj}=0.1; 95%CI=0.01-0.25, respectively). As the result, it is clear that media and public relations should be established to reduce social stigma against people who have similar, suspected, symptoms of Coronavirus Disease-2019 (COVID-19) infection through various media to the general public. Especially medical and public health personnel who are close to the general public and high risk to contact them.

Key words: social stigma, perceived susceptibility, coronavirus diesase-2019

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ โควิด-19 (COVID-19) ที่เริ่มแพร่ระบาดหนักในประเทศจีน และอีกหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยในขณะนี้ โดยองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นโรคระบาดใหญ่ทั่วโลก (Pandemic) เมื่อวันที่ 11 มีนาคม 2563 [18] โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสสายพันธุ์ใหม่ที่ยังไม่เคยพบว่าเคยเกิดขึ้นในมนุษย์มาก่อน ทั่วโลกมีผู้ป่วยสะสมจำนวน 6,287,771 รายที่ตรวจพบเชื้อ เสียชีวิต 379,941 ราย เอเชียตะวันออกเฉียงใต้มีผู้ป่วยสะสมจำนวน 296,620 รายที่ตรวจพบเชื้อ เสียชีวิต 12,775 ราย และประเทศไทยมีผู้ป่วยสะสมจำนวน 3,084 รายที่ตรวจพบเชื้อ เสียชีวิต 58 ราย [16] ในช่วงเก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤษภาคมถึงมิถุนายน 2563 จังหวัดขอนแก่นมีผู้ป่วยสะสมจำนวน 6 รายที่ตรวจพบเชื้อ มีผู้สัมผัสใกล้ชิดที่ต้องเฝ้าระวังและรอผลตรวจทางห้องปฏิบัติการหลายราย ปัจจุบันจังหวัดขอนแก่นมียอดผู้ป่วยยืนยัน 6 ราย รักษาหายทั้งหมดและไม่มีผู้เสียชีวิต [11] อย่างไรก็ตามยังคงมีจำนวนผู้ติดเชื้อและเสียชีวิตเพิ่มขึ้นทุกวัน ผู้ป่วยที่เสียชีวิตโดยมากเป็นผู้สูงอายุและมีโรคเรื้อรังหรือโรคประจำตัวร่วมด้วย [15]

การแพร่ระบาดของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ทำให้โลกตกอยู่ในความไม่แน่นอนในหลาย ๆ ด้าน ขณะที่ข่าวสารตามสื่อออนไลน์มากมายเกี่ยวกับโรคระบาดในครั้งนี้ ทำให้หลายคนวิตกกังวลอย่างต่อเนื่อง และกำลังทำลายสุขภาพจิตของผู้คนจำนวนมาก รวมไปถึงการปฏิบัติต่อบุคคลอื่นหรือคนรอบตัวด้วยการเรียกชื่อแบบดูแคลน การเหมารวม การเลือกปฏิบัติ การปฏิบัติแยกจากคนอื่น และ/หรือการสูญเสียสถานะบางอย่างเนื่องจากความเชื่อมโยงกับโรคที่เกิดขึ้นจากการรับรู้ การปฏิบัติดังกล่าวอาจมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและชุมชน คนที่ไม่เป็นโรคแต่มีลักษณะอื่นที่เหมือนหรือคล้ายกับคนกลุ่มที่เป็นโรค อาจพลอยได้รับความทุกข์ร้อนใจจากการตีตราทางสังคมด้วย การระบาดในปัจจุบันเร่งเร้าให้เกิดการตีตราทางสังคมและพฤติกรรมเลือกปฏิบัติที่มีผลต่อชนบางเชื้อชาติและทุกคนที่สังคมเข้าใจว่าสัมผัสกับเชื้อไวรัสนี้ [17] เพราะฉะนั้นการปฏิบัติต่อคนอื่นทั้งทางการแสดงออกทางกาย หรือทางวาจาที่เป็นการตีตราทางสังคมนั้น อาจทำให้บุคคลอื่นเกิดความรู้สึกไม่สบายใจ วิตกกังวล มีความเครียด ซึ่งอาจมีผลต่อสุขภาพทั้งทางร่างกายและจิตใจได้

จากการการระบาดของ COVID-19 เร่งเร้าให้เกิดการตีตราทางสังคม (Social Stigma) รวมทั้งพฤติกรรมเลือกปฏิบัติทั้งคนในเชื้อชาติเดียวกัน และต่างเชื้อชาติที่สังคมเข้าใจว่าสัมผัสกับเชื้อไวรัส ผลเสียที่เกิดขึ้นคือการกลัวที่จะถูกตีตราจากสังคม จึงไม่ยอมมาตรวจ หรือเกิดการแบ่งแยกตัวทางสังคมของกลุ่มคน ทำให้การควบคุมการระบาดยากขึ้น การเข้าใจโรคและ วิธีการสื่อสารเกี่ยวกับ COVID-19 มีความสำคัญอย่างยิ่งในการสนับสนุนให้คนในสังคมปฏิบัติตนอย่างเหมาะสมเพื่อช่วยต่อสู้กับโรคและหลีกเลี่ยงการทำให้ความกลัวและการตีตราทางสังคมแพร่กระจายมากขึ้น [9]

การรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค เป็นองค์ประกอบหนึ่งของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) ซึ่งการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเป็นความเชื่อของบุคคลที่มีผลโดยตรงต่อการปฏิบัติตามคำแนะนำด้านสุขภาพ ทั้งในภาวะปกติและภาวะเจ็บป่วย [5] การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หากบุคคลมีความเชื่อว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงของการ

เป็นโรคดังกล่าว ก็จะทำให้เกิดความสัมพันธ์ในทางบวกกับพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มีความสำคัญและจำเป็นอย่างมากในการป้องกันการแพร่กระจายหรือการระบาดของโรคได้ หากบุคคลมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เป็นการลดความเสี่ยงต่อการสัมผัสและรับเชื้อไวรัสดังกล่าว เช่น การสวมหน้ากากปิดปากและจมูก แบบ Surgical Mask หรือ N95 หรือแบบผ้า หากไม่สามารถหาผ้าปิดปากและจมูกดังกล่าวได้ การล้างมือเป็นประจำด้วยแอลกอฮอล์เจลหรือล้างน้ำและฟอกสบู่หลังจากสัมผัสสิ่งต่าง ๆ ในที่สาธารณะ หลีกเลี่ยงการเอามือสัมผัสเนื้อเยื่อต่าง ๆ ในร่างกาย เช่น ตา จมูก และปาก การหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่แออัด ชุมชน พื้นที่ที่มีระบบการระบายอากาศแบบปิด เป็นต้น

ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการระบาดหรือลดการระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคของแต่ละบุคคล รวมไปถึงพฤติกรรมการปฏิบัติต่อบุคคลอื่นทั้งทางกายและวาจาต่อคนรอบข้าง ผู้มารับบริการ หรือบุคคลอื่น ๆ ที่มีอาการคล้ายหรือผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) การศึกษาในบุคลากรประจำหลักสูตรทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาระดับการตีตราทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 (COVID-19) และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง การตีตราทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ซึ่งบุคลากรดังกล่าวมีโอกาสใกล้ชิดกลุ่มเสี่ยงหรือมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคจากการให้บริการทางทันตกรรมในคลินิกบริการทันตกรรมทั้งในและนอกเวลาราชการ ในอันที่จะนำผลการศึกษาที่ได้ไปปรับปรุงและพัฒนาพฤติกรรมการบริการและพฤติกรรมการปฏิบัติตัวต่อการป้องกันโรคติดเชื้อดังกล่าวต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาระดับการตีตราทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรน่า 2019 (COVID-19)

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง อายุ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง การตีตราทางสังคม การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยมีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ บุคลากรหลักสูตรทันตสาธารณสุข ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำนวนทั้งสิ้น 41 คน [(2)] กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ บุคลากรสายสนับสนุนและสายสอน ที่ปฏิบัติงานในหลักสูตรทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำนวนทั้งสิ้น 41 คน มีเกณฑ์คัดออกคือ ลาศึกษาต่อ 3 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง 38 คน ใช้การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) มาทั้งหมด 38 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถาม ที่ผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากแนวคิดทฤษฎี ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ, เพศ, ระดับการศึกษา และตำแหน่ง จำนวน 4 ข้อ

ส่วนที่ 2 การตีตราทางสังคม จำนวน 20 ข้อ ซึ่งจัดคะแนนเป็นมาตรวัดแบบช่วง (Interval scale) ลักษณะคำถามในส่วนนี้มีทั้งด้านบวกและด้านลบตามแบบวัดเจตคติของลิเคิร์ท (Likert's scale) มี 5 ระดับคือ เป็นประจำ ปฏิบัติบ่อย ๆ บ้างบางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ จากไม่ได้ปฏิบัติให้ 5 คะแนน ถึงเป็นประจำให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 3 การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) จำนวน 11 ข้อ ซึ่งจัดคะแนนเป็นมาตรวัดแบบช่วง (Interval scale) ลักษณะคำถามในส่วนนี้มีทั้งด้านบวกและด้านลบตามแบบวัดเจต

คติของลิเคิร์ท (Likert's scale) มี 5 ระดับคือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง จากเห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 5 คะแนน ถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งให้ 1 คะแนน

ส่วนที่ 4 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) จำนวน 17 ข้อ ซึ่งจัดคะแนนเป็นมาตรวัดแบบช่วง (Interval scale) ลักษณะคำถามในส่วนนี้มีทั้งด้านบวกและด้านลบตามแบบวัดเจตคติของลิเคิร์ท (Likert's scale) มี 5 ระดับคือ เป็นประจำ ปฏิบัติบ่อย ๆ บางบางครั้ง นาน ๆ ครั้ง ไม่ได้ปฏิบัติ จากเป็นประจำให้ 5 คะแนน ถึงไม่ได้ปฏิบัติให้ 1 คะแนน

โดยวัดระดับการตีตราทางสังคม, การรับรู้โอกาสเสี่ยงฯ และพฤติกรรมการป้องกันโรคฯ เป็น 5 ระดับ โดยพิจารณาตามเกณฑ์ของบลูม [13] ในการแบ่งระดับ ดังนี้

ค่าเฉลี่ย 1.00 – 1.49 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีการตีตราทางสังคม/การรับรู้ฯ/พฤติกรรมฯ อยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย 1.50 – 2.49 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีมีการตีตราทางสังคม/การรับรู้ฯ/พฤติกรรมฯ อยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย 2.50 – 3.49 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีมีการตีตราทางสังคม/การรับรู้ฯ/พฤติกรรมฯ อยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย 3.50 – 4.49 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีมีการตีตราทางสังคม/การรับรู้ฯ/พฤติกรรมฯ อยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย 4.50 – 5.00 หมายถึง กลุ่มตัวอย่างมีมีการตีตราทางสังคม/การรับรู้ฯ/พฤติกรรมฯ อยู่ในระดับมากที่สุด

ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) โดยผู้วิจัยได้ศึกษาเนื้อหาเอกสาร วรรณกรรมและผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง นำเนื้อหาและทฤษฎีมาสร้างแบบสอบถาม จากนั้นให้ผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ได้แก่ อาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏเลย อาจารย์พยาบาลจากวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น และอาจารย์สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ จากมหาวิทยาลัยราชภัฏศรีสะเกษ เพื่อพิจารณาตรวจสอบความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 – 1.00 และนำไปทดลองใช้ (Try out) จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาความคงที่ภายใน (Coefficient of Internal Consistency) โดยใช้สูตรค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาซ (Cronbach's alpha)

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้วิจัยเข้าพบและชี้แจงรายละเอียดของวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล และการพิทักษ์สิทธิแก่กลุ่มตัวอย่าง โดยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามด้วยตนเอง หลังจากนั้นเก็บแบบสอบถามคืน จำนวน 38 ชุด และรวบรวมเพื่อนำมาวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป โดยใช้ ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Min) และค่าสูงสุด (Max) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ Univariate analysis และ Multivariate analysis ระหว่างตัวแปรข้อมูลทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการตีตราทางสังคมกับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรค โดยใช้สถิติ Multiple Logistic Regression

โครงร่างการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาและรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น เลขที่ SCPHKKIRB63070

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 43.8 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.3) ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.6 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 31.5 และดำรงตำแหน่งทันตแพทย์ร้อยละ 50

ระดับการตีตราทางสังคมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.63, S.D. = 0.68) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ฉันใช้คำว่า "คนที่ทุเลาจาก COVID-19" ($\bar{x}$ = 3.28, S.D. = 1.48) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ฉันใช้คำว่า "ไวรัสเอเชีย" ($\bar{x}$ = 1.81, S.D. = 1.57)

ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.44, S.D. = 0.31) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากัน 4 ข้อคือ การอยู่ในสถานที่แออัด

มีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ($\bar{x}$ = 4.65, S.D. = 0.48), การล้างมือด้วยสบู่และน้ำอย่างน้อย 20 วินาที หรือแอลกอฮอล์เจล (อย่างน้อย 70 % แอลกอฮอล์) ถูจนกว่าจะแห้ง ก่อนสัมผัสบริเวณใบหน้า ช่วยในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ($\bar{x}$ = 4.65, S.D. = 0.53), การสัมผัสเยื่อบุบริเวณใบหน้า (ตา จมูก ปาก) ด้วยมือที่ไม่ได้ล้างมีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ($\bar{x}$ = 4.65, S.D. = 0.58) และการล้างมือด้วยสบู่และน้ำอย่างน้อย 20 วินาที หรือแอลกอฮอล์เจล (อย่างน้อย 70 % แอลกอฮอล์) ถูจนกว่าจะแห้ง ก่อนรับประทานอาหาร ช่วยในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ($\bar{x}$ = 4.65, S.D. = 0.58) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การอยู่ต้นลมเมื่อเข้าใกล้ผู้ที่อาจติดเชื้อ Covid-19 ไม่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ($\bar{x}$ = 2.86, S.D. = 1.31)

ระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.81, S.D. = 0.45) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ฉันรับประทานอาหารที่ปรุงสุกแล้ว ($\bar{x}$ = 4.65, S.D. = 0.58) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ฉันไปสถานบันเทิงหรือร้านอาหารในพื้นที่ที่มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ($\bar{x}$ = 1.39, S.D. = 0.91)

2. ความสัมพันธ์ Univariate analysis ระหว่างตัวแปรข้อมูลทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ตาราง 1 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ Univariate analysis ระหว่างตัวแปรข้อมูลทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ข้อมูลทั่วไป	พฤติกรรมการป้องกันไม่ดี	พฤติกรรมการป้องกันดี	OR Crude	95%CI	p-value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)			
อายุ					0.703
น้อยกว่า 46 ปี	7 (38.9)	11 (61.1)	1		
46 ปีขึ้นไป	9 (45.0)	11 (55.0)	0.7	0.21-2.84	
เพศ					0.378
หญิง	12 (38.7)	19 (61.3)	1		
ชาย	4 (57.1)	3 (42.9)	0.5	0.08-2.49	
ระดับการศึกษา					0.402
ปริญญาตรีและต่ำกว่า	8 (36.4)	14 (63.6)	1		
สูงกว่าปริญญาตรี	8 (50.0)	8 (50.0)	0.6	0.15-2.11	
ตำแหน่ง					1.000
ทันตแพทย์	8 (42.1)	11 (57.9)	1		
ตำแหน่งอื่น	8 (42.1)	11 (57.9)	1.0	0.27-3.62	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค					0.076
รับรู้ต่ำ	9 (60.0)	6 (40.0)	1		
รับรู้สูง	7 (30.4)	16 (69.6)	3.4	0.87-13.38	
การตีตราทางสังคม					0.002
ตีตราต่ำ	3 (15.8)	16 (84.2)	1		
ตีตราสูง	13 (68.4)	6 (31.6)	0.1	0.01-0.41	

จากตาราง 1 พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตีตราทางสังคม มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.002 โดยคนที่มีระดับการตีตราทางสังคมสูงมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดีเป็น 0.1 เท่า ของคนที่มีระดับการตีตราทางสังคมต่ำ (OR=0.1; 95%CI=0.01-0.41)

ตาราง 2 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ Multivariate analysis ระหว่างตัวแปรข้อมูลทั่วไป การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)

ข้อมูลทั่วไป	พฤติกรรมการป้องกันไม่ดี	พฤติกรรมการป้องกันดี	OR Crude	OR Adj	95%CI	P-Value
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)				
เพศ						0.519
หญิง	12 (38.7)	19 (61.3)	1			
ชาย	4 (57.1)	3 (42.9)	0.5	0.5	0.05-4.48	
ตำแหน่ง						0.054
ทันตแพทย์	8 (42.1)	11 (57.9)	1			
ตำแหน่งอื่น	8 (42.1)	11 (57.9)	1.0	9.5	0.96-94.70	
การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค						0.017
รับรู้ต่ำ	9 (60.0)	6 (40.0)	1			
รับรู้สูง	7 (30.4)	16 (69.6)	3.4	12.9	1.57-105.9	
การตีตราทางสังคม						0.002
ตีตราต่ำ	3 (15.8)	16 (84.2)	1			
ตีตราสูง	13 (68.4)	6 (31.6)	0.1	0.1	0.01-0.25	

จากตาราง 2 พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการตีตราทางสังคม มีความสัมพันธ์กับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.017 และ 0.002 ตามลำดับ โดยคนที่มีระดับคนที่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดีเป็น 12.9 เท่าของคนที่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ (OR_{adj}=12.9; 95%CI=1.57-105.9) และการตีตราทางสังคมสูงมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดีเป็น 0.1 เท่า ของคนที่มีระดับการตีตราทางสังคมต่ำ (OR_{adj}=0.1; 95%CI=0.01-0.25)

สรุปและอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ ได้นำการตีตราทางสังคม (Social Stigma) และประยุกต์ส่วนหนึ่งของทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model) คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค (Perceived Susceptibility) เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 ของบุคลากรหลักสูตรทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง มาเป็นแนวทางในการวิจัย จากผลการศึกษา กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 43.8 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.3) ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 81.6 มีระดับการศึกษาปริญญาตรีร้อยละ 31.5 และเป็นทันตแพทย์ร้อยละ 50 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการตีตราทาง

สังคมภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 2.63, S.D. = 0.68) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ฉันใช้คำว่า “คนที่ทุเลาจาก COVID-19” ($\bar{x}$ = 3.28, S.D. = 1.48) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ฉันใช้คำว่า “ไวรัสเอเชีย” ($\bar{x}$ = 1.81, S.D. = 1.57) ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ฐิรวัฒน์ อัครสุต และจารุรินทร์ ปิตานุพงศ์ (2559)[5] ผลการศึกษาพบว่าผู้ดูแล (บุคลากร) ส่วนใหญ่มีการรับรู้การตีตราอยู่ในระดับต่ำ จากข้อมูลยืนยันได้ว่าบุคลากรหลักสูตรทันตสาธารณสุขมีระดับการตีตราอยู่ในระดับปานกลางและน้อย ซึ่งจะไม่ก่อให้เกิดผลกระทบจากการถูกตีตราจากครอบครัว ชุมชนและสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ จิราภรณ์ ชูวงศ์, เพ็ญจันทร์ มณีโชติ และ ดวงใจ สวัสดี (2562)[3] ผลกระทบจากการถูกตีตราเป็นอุปสรรคสำคัญในการเปิดเผยข้อมูลความเจ็บป่วยของผู้ป่วยหรือสงสัยว่าอาจจะติดเชื้อและการเข้ารับการตรวจรักษา ดังนั้นบุคลากรด้านทันตสุขภาพซึ่งถือเป็นผู้ที่ให้บริการด้านสาธารณสุข รวมถึงมีการตรวจคัดกรองผู้ป่วยต้องมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพและการสื่อสารระหว่างบุคคล อันจะช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยลดการแพร่กระจายเชื้อไปสู่บุคคลอื่นต่อไป สอดคล้องกับการศึกษาของ นิฮาฟีซา หะยีวาเงาะ (2554)[7] การลดการตีตราด้วยการให้ความรู้ที่ถูกต้องจะเป็นแนวทางในเพิ่มศักยภาพโครงข่ายการให้ความช่วยเหลือทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อทั้งในระดับบุคคล สังคม และรัฐ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Emmanuel N Kontomanolis, Spyridon Michalopoulos, Grigorios Gkasdaris, and Zacharias Fasoulakis (2017)[14] พบว่าบทบาทของสังคมส่งผลกระทบร้ายแรงต่อผู้คนทั่วโลกและเช่นเดียวกับการติดเชื้ออื่น ๆ โดยไม่มีการเตือนล่วงหน้า ผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อต้องรับมือกับความไม่แน่นอนและความเครียดที่มักเกิดขึ้น นอกจากนั้นยังต้องจัดการกับการเลือกปฏิบัติและพฤติกรรมการตีตราจากคนรอบข้างอีกด้วย

การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของบุคลากรหลักสูตรทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}$ = 3.44, S.D. = 0.31) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดเท่ากัน 4 ข้อคือ การอยู่ในสถานที่แออัดมีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ($\bar{x}$ = 4.65, S.D. = 0.48), การล้างมือด้วยสบู่และน้ำอย่างน้อย 20 วินาที หรือแอลกอฮอล์เจล (อย่างน้อย 70 % แอลกอฮอล์) ถูจนกว่าจะแห้ง ก่อนสัมผัสบริเวณใบหน้า ช่วยในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ($\bar{x}$ = 4.65, S.D. = 0.53), การสัมผัสเยื่อบุบริเวณใบหน้า (ตา จมูก ปาก) ด้วยมือที่ไม่ได้ล้างมีโอกาสติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ($\bar{x}$ = 4.65, S.D. = 0.58) และการล้างมือด้วยสบู่และน้ำอย่างน้อย 20 วินาที หรือแอลกอฮอล์เจล (อย่างน้อย 70 % แอลกอฮอล์) ถูจนกว่าจะแห้ง ก่อนรับประทานอาหาร ช่วยในการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ($\bar{x}$ = 4.65, S.D. = 0.58) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ การอยู่ต้นลมเมื่อเข้าใกล้ผู้ที่อาจติดเชื้อ Covid-19 ไม่ช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ($\bar{x}$ = 2.86, S.D. = 1.31) และมีระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{x}$ = 4.81, S.D. = 0.45) เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ ฉันรับประทานอาหารที่ปรุงสุกแล้ว ($\bar{x}$ = 4.65, S.D. = 0.58) ข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ ฉันไปสถานบันเทิงหรือร้านอาหารในพื้นที่ที่มีผู้ติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ($\bar{x}$ = 1.39, S.D. = 0.91) เนื่องมาจากการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่เป็นที่ยังไม่เคยพบว่าเคยเกิดขึ้นในมนุษย์มาก่อน จึงทำให้ระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคของบุคลากรหลักสูตรทันตสาธารณสุขอยู่ในระดับปานกลาง สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐชยา แก้วโภคา (2560)[6] ศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค และการศึกษาของอุมาพร ปุญญโสพรรณ, ผจงศิลป์ เพิงมาก และจุฑามาศ ทองตำลึง (2554)[12] ศึกษาการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรค และการศึกษาของ พลากร สืบสำราญ, บัณฑิตา สุขุมาลย์, ลักษณีย์ บุญขาว และปวีณา ลิมปีทีปราการ (2554)[8] ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธ์ใหม่ชนิดเอ เอช1 เอ็น1 ผลการวิจัยพบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นมีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงอยู่ใน

ระดับปานกลางอาจเนื่องมาจากสื่อต่าง ๆ ไม่ได้นำเสนอข่าวและทั่วโลกไม่ได้ตื่นตัวจึงทำให้ประชาชนเกิดความตระหนักรวมถึงการรับรู้ที่ต่างจากการแพร่ระบาดของโรค COVID-19 ที่องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เป็นโรคระบาดทั่วโลก (Pandemic) มีการติดเชื้อที่ง่ายและรวดเร็ว และเกิดอันตรายแก่ร่างกายถึงขั้นเสียชีวิตได้ เลยทำให้ประชาชนตื่นกลัวตระหนักและใส่ใจในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อป้องกันโรคนี้

ความสัมพันธ์ระหว่างอายุ เพศ ระดับการศึกษา ตำแหน่ง การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค และการตีตราทางสังคมกับระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ของบุคลากรหลักสูตรทันตสาธารณสุข วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและการตีตราทางสังคมมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR_{adj}=12.9; 95%CI=1.57-105.9 และ OR_{adj}=0.1; 95%CI=0.01-0.25, ตามลำดับ) อาจเนื่องมาจากบุคลากรกลุ่มที่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูงมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดีกว่าคนที่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ โดยคนที่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง 16 คน จาก 23 คน (ร้อยละ 69.6) มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดีกว่าคนที่มีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่ำ และบุคลากรกลุ่มที่มีระดับการตีตราทางสังคมต่ำมีโอกาสที่จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดีกว่าคนที่มีระดับการตีตราทางสังคมสูง โดยคนที่มีระดับการตีตราทางสังคมต่ำ 16 คน จาก 19 คน (ร้อยละ 84.2) มีพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ดีกว่าคนที่มีระดับการตีตราสูง ส่วนปัจจัยอื่น ๆ มีความสัมพันธ์อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐชยา แก้วโภคา (2560)[6] ศึกษาการรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรค พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ ขวัญใจ มอนไธสง (2559)[1] ศึกษาปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ผลการศึกษาพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันวัณโรค ได้แก่ การรับรู้ โอกาสเสี่ยงของการเป็นวัณโรค (r=.241) และการศึกษาของ ศุภโชค ตรรกนันท์, วัลลภ แดงใหญ่, ภาวฤณ ลีฬหวนิช และศุภขจี แสงเรืองอ่อน (2559)[10] ศึกษาการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษา พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะและการนำไปใช้ประโยชน์ ควรจัดทำสื่อและประชาสัมพันธ์เพื่อลดการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ที่มีอาการใกล้เคียงหรือสงสัยติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 ผ่านสื่อต่าง ๆ ให้แก่ประชาชนทั่วไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขซึ่งเป็นผู้ให้บริการใกล้ชิดกับประชาชนกลุ่มเสี่ยงและประชาชนทั่วไป รวมถึงการประชาสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 หรือ COVID-19 ให้กับประชาชนทั่วไปในทุกอำเภอและจังหวัดผ่านองค์การบริหารส่วนตำบล/จังหวัด เทศบาลตำบล/เมือง/นคร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงพยาบาลชุมชน/โรงพยาบาลจังหวัด/โรงพยาบาลทั่วไป รวมถึงหน่วยงานราชการต่าง ๆ และองค์กรเอกชนทุกภาคส่วนเพื่อกระตุ้นให้ประชาชนทุกคนเกิดความตระหนักและมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคดังกล่าวได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การวิจัยในครั้งนี้มีจำนวนบุคลากรจำกัด ควรทำการศึกษาในประชากรที่มากกว่านี้ ดังนั้นในการศึกษาครั้งถัดไปควรศึกษาประเด็นการตีตราทางสังคมและการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคกับพฤติกรรมการป้องกันโรคดังกล่าวในกลุ่มอื่น ๆ ด้วย เช่น นักเรียน/นักศึกษา ครู/อาจารย์ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เป็นต้น

เอกสารอ้างอิง

1.ขวัญใจ มอนไธสง. **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันวัณโรคของผู้สัมผัสร่วมบ้านกับผู้ป่วยวัณโรคปอดที่พักอาศัยในกรุงเทพมหานครและปริมณฑล** [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน]. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ปทุมธานี, 2559.

2.งานการเจ้าหน้าที่ วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น. **รายชื่อบุคลากร วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น**. คณะสาธารณสุขศาสตร์และสหเวชศาสตร์ สถาบันพระบรมราชชนก, 2563.

3.จิราภรณ์ ชูวงศ์, เพ็ญจันทร์ มณีโชติ และดวงใจ สวัสดี. ผลกระทบจากการตีตราและแนวทางการกำกับการกินยาแบบมีพี่เลี้ยง สำหรับผู้ป่วยวัณโรคในสังคมไทย. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้** 6(1) : 237-245, 2562.

4.จุฬาภรณ์ โสตะ. **แนวคิดทฤษฎีและการประยุกต์ใช้เพื่อการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. มหาวิทยาลัยขอนแก่น โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2557.

5.ฐิรวัฒน์ อัครสุต และจารุรินทร์ ปิตานุพงศ์. การรับรู้ตราบาปของผู้ป่วยโรคจิตเภทและผู้ดูแลในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. **สงขลานครินทร์เวชสาร** 35(1) : 37-45, 2559.

6.ณัฐชยา แก้วโภคา. การรับรู้ด้านสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูง ของประชาชน แขวงยานนาวา เขตสาทร กรุงเทพมหานคร. **วารสารสุขภาพภาคประชาชน** 12(4) : 50-56, 2560.

7.นิฮาฟีซา หะยีวาเงาะ. **ทัศนคติของชาวมุสลิมต่อโรคเอดส์ในชุมชนมุสลิมจังหวัดปัตตานี** [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2554.

8.พลากร สืบสำราญ, บัณฑิตา สุขุมาลย์, ลักษณีย์ บุญขาว และปวีณา ลิมปีทีปราการ. **ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่สายพันธ์ใหม่ชนิดเอ เอช1 เอ็น 1 ในนักศึกษามหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.** วิทยาลัยแพทยศาสตร์และการสาธารณสุข มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี อุบลราชธานี, 2554.

9.โรงพยาบาลธนบุรี บำรุงเมือง. **SOCIAL STIGMA การตีตราในยุคโควิด**. URL https://www.thonburibamrungmuang.com/th/news/detail/94/social-stigma-การตีตราในยุคโควิด/ สืบค้นเมื่อ 26 พฤศจิกายน 2563.

10.ศุภโชค ตรรกนันท์, วัลลภ แดงใหญ่, ภาวฤณ ลีพหวนิช และศุภชจี แสงเรืองอ่อน. การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของพลทหารกองประจำการ ในเขตกรุงเทพมหานคร. **เวชสารแพทย์ทหารบก** 69(2) : 55-63, 2559.

11.ศูนย์ปฏิบัติการภาวะฉุกเฉิน จังหวัดขอนแก่น. **รายงานยืนยันผู้ติดเชื้อ Covid-19 จังหวัดขอนแก่น.** URL https://www.facebook.com/kkpho.go.th/ สืบค้นเมื่อ 4 มิถุนายน 2563.

12.อุมาพร ปุญญโสพรรณ, ผจงศิลป์ เพิงมาก และจุฑามาศ ทองตำลึง. การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงของสตรีวัยทองในตำบลท่าฉาง อำเภอท่าฉาง จังหวัดสุราษฎร์ธานี. **วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชนครินทร์** 3(1) : 47-60, 2554.

13.Bloom, B.S. **Handbook on Formative and Summative Evaluation of Study of Learning**. David Mackay New York, 1975.

14.Emmanuel N Kontomanolis, Spyridon Michalopoulos, Grigorios Gkasdaris, and Zacharias Fasoulakis. The social stigma of HIV–AIDS: society's role. **HIV AIDS (Auckl)** 9 : 111–18, 2017.

15.Julien Riou, Anthony Hauser, Michel J Counotte, and Christian L Althaus. Adjusted age-specific case fatality ratio during the COVID-19 epidemic in Hubei, China, January and February 2020. **medRxiv** URL https://www.medrxiv.org/content/10.1101/2020.03.04.20031104v1.full.pdf 2020 Cited April 10, 2020.

16.World Health Organization. **Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 135**. World Health Organization Geneva, 2020.

17.World Health Organization. **Social Stigma associated with COVID-19.** World Health Organization Geneva, 2020.

18.World Health Organization. **WHO characterizes COVID-19 as a pandemic**. World Health Organization Geneva, 2020.

ผลของรูปแบบการจัดการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

Effects of a Re-Adolescent Amphetamine Prevention Management Model Phon Thong Hospital Roi Et Province

กชพร นะราธร[1] ,เรณุกา ทองคำรอด, กชพงศ์ สารการ

Kochaporn Narathorn, Renuka Thongkamrod, Kochapon gsarn

(Received: October 12,2020; Accepted: November 10,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการจัดการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นในอำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยเปรียบเทียบ 1) อัตราการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ 2) แรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ และ 3) ความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบที่ได้รับบริการตามปกติ กลุ่มตัวอย่างเป็นวัยรุ่นที่ผ่านการบำบัดการเสพติดแอมเฟตามีนครบตามโปรแกรมปกติของโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 20 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 10 คน และกลุ่มเปรียบเทียบ 10 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการจัดการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นโรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นจากแนวคิดการเสริมสร้างแรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยใช้ PDCA เป็นแนวทาง เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลได้แก่ 1) แบบบันทึกผลการตรวจหาสารแอมเฟตามีนในปัสสาวะ 2) แบบสอบถามแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น และ 3) แบบสอบถามความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น แบบสอบถามส่วนที่ 2 และ 3 มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .97 และ .95 และมีค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบราคเท่ากับ .87 และ .88 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนาและสถิติทดสอบที

ผลการวิจัยพบว่า 1) กลุ่มทดลองมีอัตราการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำน้อยกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ 2) กลุ่มทดลองมีแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และ 3) กลุ่มทดลองมีความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

คำสำคัญ วัยรุ่น การป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำ แรงจูงใจ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม

ABSTRACT

This quasi-experimental research aimed to study the effects of a new amphetamine use relapse prevention management model for adolescents in Phothong District, Roi-Et Province, by comparing 1) amphetamine relapse rate, 2) motivation to quit using amphetamines, and 3) cognitive status and behavior involved with quitting amphetamine use after application of the new relapse prevention management model between an experimental group and a comparison group who received the usual care. The samples were 20 adolescents who had completed the treatment for amphetamine addiction in the normal program of Phothong Hospital, Roi Et Province. The sample was divided equally into the experimental group and the comparison group. The intervention instrument was the amphetamine use relapse prevention management model which was developed by the researcher from the concepts of motivation, cognitive and behavioral modification, and family and community involvement by using PDCA as a guideline included 1) urine amphetamine testing results form, 2) motivation to quit using amphetamine questionnaire, and 3) cognitive and behavior questionnaire about quitting amphetamine use. Content validity of the second to the third parts of the questionnaires were

[1] นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต คณะพยาบาล มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช (พ.ว.)

[2]อาจารย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[3]คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

.97 and .95, respectively. The Cronbach's alpha reliability coefficients of the second to the third parts of the questionnaires were .87 and .88, respectively. The research data were analyzed by using descriptive statistics and t-test.

The results showed that: 1) The experimental group had less reoccurrence rate of amphetamine use than the comparison group. 2) The experimental group had motivation to quit amphetamine use more than the comparison group, with statistical significance; and 3) the experimental group had higher cognitive and behavior scores involved with continued abstinence from amphetamines, higher than the comparison group with statistical significance.

Key words: adolescent, relapse prevention for amphetamine use, motivation, cognitive and behavior modification

บทนำ

ในปัจจุบันสารเสพติดถือว่าเป็นปัญหาสำคัญระดับโลก เนื่องจากมีการแพร่ระบาดของสารเสพติดอย่างแพร่หลาย มีความรุนแรงมากขึ้น และนำไปสู่ผลกระทบและปัญหาต่างๆ ของผู้ติดสารเสพติด ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติอย่างมากมาย อาทิ ปัญหาสุขภาพร่างกายและจิตใจของผู้ติดสารเสพติด การเป็นภาระในการดูแลของครอบครัว ปัญหาสัมพันธภาพในครอบครัว การเกิดพฤติกรรมรุนแรงในครอบครัว รวมไปถึงปัญหาสังคม เศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศ เช่น ปัญหาความล้มเหลวในการศึกษา การว่างงาน ความเสียหายทางเศรษฐกิจ ปัญหาอาชญากรรมจากการที่ผู้ติดยาเสพติดต้องพยายามทุกวิถีทางเพื่อให้ได้เงินมาซื้อยาเสพติด เป็นต้น ซึ่งปัญหาเหล่านี้ล้วนเป็นอุปสรรคในการพัฒนาประเทศ (อัจฉรา เกตุรัตนกุล และคณะ,2558)

จากข้อมูลของการใช้สารเสพติดทั่วโลกและของประเทศไทยพบว่ามีการแพร่ระบาดของสารเสพติดกลุ่มสารกระตุ้นระบบประสาทประเภทแอมเฟตามีนเพิ่มมากขึ้น อาทิ รายงานสถาณการณ์สารเสพติดโลกปี 2560 ของสำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (UNODC) พบว่าในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ มีการระบาดของแอมเฟตามีนมากขึ้น [20] จากรายงานประจำปีของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (2560) ปี พ.ศ. 2557 – 2560 มีผู้ป่วยเข้ารับการรักษาด้วยแอมเฟตามีนมากเป็นอันดับ 1 โดยเข้ารับการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอกจำนวน 4,406 3,712 3,019 3,491 และ 3,155 ราย ตามลำดับ

ยาบ้าหรือแอมเฟตามีน (Amphetamne) เป็นสารเสพติดอันตรายที่ก่อให้เกิดผลเสียร้ายแรงต่อตัวผู้เสพ และสังคมส่วนใหญ่เป็นอย่างมาก โดยเฉพาะกับวัยรุ่นโดยพบว่าเป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มการใช้แอมเฟตามีนมากขึ้น ในปี พ.ศ. 2560 พบว่าเป็นเยาวชนอายุระหว่าง 15-24 ปี มากถึงร้อยละ 31.92 (สถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี, 2560) โดยเมื่อเสพยาบ้าเข้าสู่ร่างกาย สารแอมเฟตามีนจะไปกระตุ้นประสาทที่สมองส่วนอยาก ซึ่งประกอบด้วยศูนย์ความพึงพอใจ ศูนย์ควบคุมอารมณ์และพฤติกรรม ศูนย์ความอิ่ม และยังมีการกระตุ้นปลายประสาท ให้หลั่งโดพามีน ซีโรโตนิน และนอร์อิฟีเนฟริน ออกมาจำนวนมากส่งผลต่อระบบความพึงพอใจที่สมอง ทำให้เกิดความพอใจ เคลิบเคลิ้ม มีความสุข พึงพอใจ (นพพร ตันติรังสี, 2559) ผู้ที่เสพแอมเฟตามีนจึงมีความสุขอย่างมาก รู้สึกมีกำลังและสามารถทำงานได้มากขึ้น โดยไม่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย ส่งผลให้เกิดการติดแอมเฟตามีนได้ และยังส่งผลให้นอนไม่หลับ หัวใจเต้นเร็ว แต่เมื่อหมดฤทธิ์ยาจะอ่อนเพลียมากกว่าปกติ รู้สึกเครียด หงุดหงิดง่าย ความสามารถและการเรียนรู้ลดลง บางรายอาจมีอาการซึมเศร้า จนถึงฆ่าตัวตายและหากยังเสพต่อเนื่องจะส่งผลระยะยาวคือ ส่งผลกระทบต่อระบบสมองส่วนกลางและทำลายสมอง อีกทั้งวัยรุ่นที่ติดแอมเฟตามีนจะมีพฤติกรรมและการกระทำที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมเพราะแอมเฟตามีนไปทำลายสมองและเปลี่ยนความคิด พฤติกรรมจะอยู่กับการหาแอมเฟตามีนมาเสพ และทำทุกวิถีทางถึงจะไม่ถูกต้อง เหมาะสม เพื่อต้องการหาเงินมาซื้อแอมเฟตามีน สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดการกระทำผิดกฎหมาย ปัญหาอาชญากรรม ลักขโมย การทำร้ายผู้อื่น (วีรพล ชูสันเทียะ และสมเดช พินิจสุนทร, 2560) รวมทั้งมีโอกาสกลับไปใช้แอมเฟตามีนซ้ำได้สูง จากข้อมูลผู้เข้ารับการบำบัดสารเสพติดแบบผู้ป่วยนอกของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี (2560) พบว่ามีผู้กลับเข้ามารักษาซ้ำสูงถึง ร้อยละ 85.72, 80.85, 79.07, 75.88 และ 76.58 ในปี พ.ศ. 2556 – 2560 ตามลำดับ

จากการศึกษาสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นกลับไปใช้สารเสพติดซ้ำ พบว่าเกี่ยวข้องกับปัจจัยหลายด้าน ได้แก่ 1) ปัจจัยด้านตัววัยรุ่นเอง เช่น เพศ การมีบุคลิกภาพอ่อนไหว อ่อนแอ เก็บตัว บุคลิกภาพชอบท้าทาย ขาดแรงจูงใจ ขาดเป้าหมายในชีวิต การมีเหตุผลเชิงจริยธรรมต่ำ มีความเชื่อที่ผิดๆ เกี่ยวกับการใช้สารเสพติด 2) ปัจจัยด้านสังคม / สิ่งแวดล้อม เช่น อิทธิพลจากกลุ่มเพื่อน เทคโนโลยี และ 3) ปัจจัยด้านครอบครัว เช่น ครอบครัวที่มีความขัดแย้ง ครอบครัวที่ขาดการมีส่วนร่วมระหว่างสมาชิกในครอบครัว ครอบครัวที่ผู้ปกครองคาดหวังต่อสมาชิกในครอบครัวสูงเกินไป มีสมาชิกในครอบครัวใช้สารเสพติด แบบแผนการเลี้ยงดูของครอบครัว ครอบครัวที่ใช้อำนาจ ใช้ความรุนแรงในครอบครัว ครอบครัวแตกแยก ครอบครัวที่สัมพันธภาพห่างเหิน [24]

อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยมีกฎหมายและมาตรการที่เอื้อให้วัยรุ่นที่เสพแอมเฟตามีนเข้าสู่กระบวนการบำบัดมากขึ้น ประกอบด้วย พระราชบัญญัติฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นกฎหมายใช้บังคับผู้ติดสารเสพติดให้เข้ารับการบำบัดรักษาในสถานบำบัดสารเสพติดโดยกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ได้จัดทำแผนปฏิบัติการการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2558 ซึ่งมีจุดมุ่งหมายหลักเพื่อ ลดปริมาณผู้ที่จะเข้าสู่การกระทำผิดเกี่ยวกับยาเสพติด และทั้งนี้มีการพัฒนามาตรฐานการบำบัดรักษายาเสพติดทุกระบบ พัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการ ให้มีความรู้ความเข้าใจในกระบวนการบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ใช้ยาเสพติด โดยมีการเน้นความสำเร็จของการบำบัด คือ เมื่อบำบัดครบโปรแกรมแล้วผู้รับการบำบัดมีทัศนคติที่ดีที่จะไม่กลับไปยุ่งเกี่ยวกับยาเสพติดอีกเมื่อกลับสู่ชุมชน (มูลนิธิสาธารณสุขแห่งชาติ, 2552)

สำหรับจังหวัดร้อยเอ็ดจากผลการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหายาเสพติดของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 พบว่าจังหวัดร้อยเอ็ด เป็นพื้นที่เฝ้าระวังปัญหาสารเสพติด และเป็นจังหวัดหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่มีการแพร่ระบาดของสารเสพติดเนื่องจากมีอำเภอหนองพอก และอำเภอโพนทองที่เป็นทางผ่านของเส้นทางลำเลียงยามาจาก สปป.ลาว โดยได้ดำเนินงานด้านแก้ไขปัญหาผู้เสพ/ผู้ติดยาเสพติดมาอย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด มีผู้ป่วยสารเสพติดมารับบริการในปีงบประมาณ 2560 จำนวน 139 คน ระบบสมัครใจบำบัด จำนวน 32 คน ระบบบังคับบำบัด จำนวน 107 คน (1 ตุลาคม 2559-30 กันยายน 2560) ระบบสมัครใจบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด 18 คน สามารถหยุดเสพได้ 3 เดือน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 77.77 และในปีงบประมาณ 2561 จำนวน 200 คน ระบบสมัครใจบำบัด จำนวน 40 คน ระบบบังคับบำบัด จำนวน 160 คน (1 ตุลาคม 2560-30 กันยายน 2561) ระบบสมัครใจบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนด 38 คน สามารถหยุดเสพได้ 3 เดือน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 68.42 ซึ่งลดลงร้อยละ 9.35 ทั้งนี้ยังพบว่าผู้รับการบำบัดระบบสมัครใจบำบัดครบตามเกณฑ์ที่กำหนดที่กลับไปเสพซ้ำเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 15-19 ปี จำนวน 11 คน คิดเป็นร้อยละ 91.66

โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด ได้มีการดำเนินการบำบัดแอมเฟตามีนโดยใช้รูปแบบการบำบัดรักษา กาย จิต สังคม บำบัดแบบผู้ป่วยนอก Modify Matrix Program 4 เดือน ส่วนค่ายบำบัดให้การบำบัดภายใต้ศูนย์ขวัญแผ่นดินตามมาตรฐานใหม่ โดยมีระบบการติดตามร่วมกันกับผู้นำชุมชน อสม.เชี่ยวชาญด้านสารเสพติด โดยเข้ารับการอบรมแบบบูรณาการ เพื่อคืนคนดีสู่สังคมอย่างปกติสุข หลังการบำบัดรักษาใช้เวลาในการติดตาม 4-7 ครั้งในระยะเวลา 1 ปี โดยการโทรศัพท์ นัดมาพบที่หน่วยงาน หรือผ่านทาง อสม. อย่างไรก็ตาม พบว่าในการดำเนินงานสารเสพติดในด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพหลังการบำบัดรักษาผู้ป่วยสารเสพติดของโรงพยาบาลโพนทองยังมีรูปแบบที่ไม่แน่ชัดโดยเฉพาะในระยะฟื้นฟู เช่น มีการติดตามทาง อสม. มาพบที่โรงพยาบาล แต่ยังไม่มีคู่มือในการติดตามและฟื้นฟูอย่างเป็นระบบ ส่งผลให้การดำเนินงานด้านฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยยังไม่ประสบผลสำเร็จ

ดังนั้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะพัฒนารูปแบบการจัดการการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นที่บำบัดครบโปรแกรมการบำบัดรักษาสารเสพติดในโรงพยาบาล โพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด โดยการนำแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย การเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) การปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยใช้วงจรการบริหารงานคุณภาพ (PDCA) เป็นแนวทางในการพัฒนาเพื่อให้ได้รูปแบบการ

ป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำที่เหมาะสม และเกิดประโยชน์ต่อผู้เสพแอมเฟตามีนและครอบครัวต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบอัตราการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

2. เพื่อเปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและ ความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ของวัยรุ่นก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

3. เพื่อเปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและ ความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ของวัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีรูปแบบการวิจัยเป็นการทดลองแบบกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ศึกษาแบบสองกลุ่มวัดก่อนและหลังการทดลอง (The pretest-posttest control group design) เพื่อเปรียบเทียบอัตราการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ, แรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและ ความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นระหว่างกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและกลุ่มที่ได้รับการดูแลแบบปกติ

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ วัยรุ่นที่เสพยาบ้า อายุ 15-19 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพติดยาบ้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกยาเสพติด โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด

กลุ่มตัวอย่าง คือ วัยรุ่นที่เสพยาบ้า อายุ 15-19 ปี ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้เสพติดยาบ้าตามเกณฑ์การวินิจฉัยขององค์การอนามัยโลก (ICD-10) ที่เข้ารับการรักษาในแผนกยาเสพติด โรงพยาบาลโพนทอง และบำบัดครบแมทริกซ์โปรแกรมครบ 4 เดือน จำนวน 20 คน โดยมีคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่ผู้วิจัยกำหนดไว้

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ได้แก่ รูปแบบการป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำของวัยรุ่นที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้แนวคิด การเสริมสร้างแรงจูงใจ (MI) การปรับความคิดและพฤติกรรม (CBT) การมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน โดยใช้ PDCA เป็นแนวทาง ประกอบด้วย 1) การวางแผน 2) การดำเนินงานโครงการป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำที่ใช้แนวคิดการบำบัดปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม และการสร้างแรงจูงใจ 3) การประเมินผล และ 4) การปรับปรุง ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคลของวัยรุ่นที่เสพแอมเฟตตามีน ผู้วิจัยใช้บันทึกข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ สถานภาพสมรส บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย สถานภาพสมรสบิดา – มารดา อาชีพและรายได้

แบบประเมินความคิดและพฤติกรรมในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 22 ข้อ เกี่ยวกับความคิดและพฤติกรรมในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ โดยใช้แบบลิเคิร์ท (Likert) กำหนดความรู้สึกเป็น 5 ระดับ ตามระดับความคิดและพฤติกรรมในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ

แบบประเมินแรงจูงใจในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นของ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ประกอบด้วยข้อคำถาม 12 ข้อ เกี่ยวกับแรงจูงใจในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น โดยใช้แบบลิเคิร์ท (Likert) กำหนดความรู้สึกเป็น 5 ระดับ ตามระดับแรงจูงใจในการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. ข้อมูลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าคะแนนแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำและ ความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำก่อนเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ (วัดครั้งที่ 1) หลังเสร็จสิ้นการเข้าร่วมโปรแกรมการป้องกัน

การกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำทั้งหมดทันที (วัดครั้งที่ 2) โดยผู้วิจัยนำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยสถิติโคลโมโกรอฟ-สไมนอฟ (Kolmogorov-Smirnov Test) พบว่า มีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติทดสอบค่าที (t-test) และพบว่า มีการแจกแจงไม่เป็นโค้งปกติ จึงใช้สถิติทดสอบนอนพาราเมตริก

3. ผู้วิจัยได้รับการรับรองจริยธรรมจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด หมายเลขใบรับรองที่ COE 0922562 รับรองวันที่ 24 ธันวาคม 2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า วัยรุ่นที่เสพยาบ้าทั้งหมดเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่อายุ 16 ปี ระดับการศึกษาส่วนใหญ่มัธยมศึกษาตอนต้นทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ คิดเป็นร้อยละ 70 และ 80 ตามลำดับ สำหรับสถานภาพสมรสพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบสถานภาพสมรสโสด คิดเป็นร้อยละ 100 สถานภาพสมรสของบิดามารดาพบว่าทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบบิดามารดาอยู่ด้วยกัน คิดเป็นร้อยละ 50 และ 80 ตามลำดับ อาชีพพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นนักเรียนทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบร้อยละ 70 และ 80 ตามลำดับ ผู้ป่วยกลุ่มทดลองมีรายได้เฉลี่ย 2,360 บาท ผู้ป่วยกลุ่มเปรียบเทียบมีรายได้เฉลี่ย 2,880 บาท

2 การเปรียบเทียบอัตราการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 1 เปรียบเทียบอัตราการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการทดลอง

Urine Amphetamine	N	95/CI	Mean dift	z	p-value
กลุ่มทดลอง	10	-1.094	0.1	0.01	0.035
กลุ่มเปรียบเทียบ	10	-0.683	1		

จากตาราง 1 พบว่า หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นใน 2 เดือน พบว่า กลุ่มทดลองไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ร้อยละ 100 ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนร้อยละ 90 หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นใน 2 เดือนพบว่า วัยรุ่นในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการกลับไปใช้สารเสพติดที่แตกต่างกัน P-value 0.035

3. การเปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ และความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ตาราง 2 การเปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ และความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ

ประเด็น	กลุ่มทดลอง		กลุ่มเปรียบเทียบ		Mean dift	95 %CI	p-value
	$\bar{X}$	SD	$\bar{X}$	SD			
แรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพซ้ำ	4.21	0.18	3.50	12.59	0.708	0.39 - 1.02	.001
ความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพ แอมเฟตามีนซ้ำ	4.19	0.175	3.51	0.463	0.67	0.348 - 1.006	.001

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 2 พบว่า หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลอง วัยรุ่นมีแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=มากกว่า0.001) โดยมีคะแนนแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม เท่ากับ 0.708 คะแนน และ พบว่า หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลอง วัยรุ่นมีความคิดและพฤติกรรมต่อการเลิกใช้แอมเฟตามีนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value= มากกว่า0.001) โดยมีคะแนนความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม เท่ากับ 0.67 คะแนน

4. การเปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตาราง 3 เปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

แรงจูงใจ	N	Mean Rank	Sum oF Rank	Z	P-value
Negative Rank	0	0.00	.00	-2.814	0.005
Positive Rank	10	5.50	55.00		

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตารางที่ 3 หลังใช้โปรแกรมพบว่า วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ มีมัธยฐานของแรงจูงใจแตกต่างจากก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P- value = 0.005)

5. การเปรียบเทียบความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ตาราง 4 เปรียบเทียบความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำก่อนและหลังได้รับโปรแกรม

ประเด็น	ก่อนเข้าร่วมโปรแกรม		หลังเข้าร่วมโปรแกรม		Mean dift	95%CI	p-value
	$\overline{X}$	SD	$\overline{X}$	SD			
ความคิดและพฤติกรรม	3.79	0.33	4.19	0.17	0.40	-0.75 - -0.04	0.015

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 4 พบว่าหลังการใช้โปรแกรม วัยรุ่นมีความคิดและพฤติกรรมต่อการเลิกใช้แอมเฟตามีนมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value= 0.015) โดยมีคะแนนความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม เท่ากับ 0.40 คะแนน

สรุปและอภิปรายผล

1. เปรียบเทียบอัตราการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบพบว่า หลังจากที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นใน 2 เดือนพบว่า วัยรุ่นในกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบมีการกลับไปใช้สารเสพติดที่แตกต่างกัน P-value 0.035

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับฉวีวรรณ ปัญจบุศย์และกุสุมา แสงเดือนฉาย (2556)[5] ในการศึกษาครั้งนี้ได้จัดกิจกรรมตามโปรแกรมจัดการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นโดยใช้เวลาในการดำเนินกิจกรรม 2 เดือน ในเดือนแรกคือการจัดกิจกรรมตามโปรแกรมที่กำหนดและเดือนที่ 2 คือการตรวจปัสสาวะหลังจากที่จัดกิจกรรมครบตามโปรแกรมที่กำหนดแล้ว เมื่อบำบัดครบโปรแกรมจะเห็นว่ากลุ่มทดลองไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำส่วนกลุ่มเปรียบเทียบกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ซึ่งกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ

จากการดำเนินโปรแกรมพบว่า วัยรุ่นที่เสพติดยาบ้ามีแนวทางในการปฏิบัติตัวเพื่อจัดการกับอุปสรรคเมื่อเผชิญกับสถานการณ์เสี่ยงอย่างชัดเจน มีความมั่นใจในการดำเนินชีวิตประจำวันมากขึ้น กล้าแสดงความคิดเห็นมากขึ้น โดยแต่ละครั้งของการร่วมกิจกรรมจะมีการนำเสนอและให้แต่ละคนแสดงความคิดเห็น ซึ่งสมาชิกแต่ละคนมีการแสดงออกและแสดงความคิดเห็นที่ถูกต้องเหมาะสมมากขึ้น ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า “ถ้าผมคิดถึงยา ผมจะโทรหาแม่ทันที” (N1) และ “ผมต้องเอาชนะมันให้ได้ เพราะมันมีแต่ผลเสียกับชีวิต” (N5)

2. เปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบ หลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลอง วัยรุ่นมีแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value มากกว่า 0.001) โดยมีคะแนนแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม เท่ากับ 0.708 คะแนน

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ สีอรุณ แหลมภู่ (2554)[23] ผลการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมสร้างแรงจูงใจภายในทำให้ผู้ติดสารเสพติดมีแรงจูงใจภายในและเข้ารับการฟื้นฟูสรรถภาพมากขึ้น ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า “เมื่อผมได้เข้ากลุ่ม ได้พบเพื่อนๆและครู ทำให้ผมอยากจะเลิกใช้ยาบ้าไป

ตลอดชีวิต" (N2) และ "การฟังพี่เขาพูดถึงวิธีเลิกยาบ้า ทำให้ผมรู้ว่ามันเลิกได้ แต่ผมต้องพยายามมากกว่านี้" (N7)

3. เปรียบเทียบความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มเปรียบเทียบหลังการใช้โปรแกรมกลุ่มทดลอง วัยรุ่นมีความคิดและพฤติกรรมต่อการเลิกใช้แอมเฟตามีนมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value มากกว่า 0.001) โดยมีคะแนนความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม เท่ากับ 0.67 คะแนน (95% Ci,-0.348,-1.006)

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ ธนาธิป หอมหวนและคณะ (2557) ศึกษาการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นแอมเฟตามีน ที่มารับบริการในแผนกผู้ป่วยในของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี ประกอบด้วยเพศชายและเพศหญิงอายุตั้งแต่ 13-19 ปี ที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยระยะฟื้นฟูสภาพของสถาบันบำบัดรักษาและฟื้นฟูผู้ติดยาเสพติดแห่งชาติบรมราชชนนี กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มเปรียบเทียบ 30 คน กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง ร่วมกับให้การพยาบาลแบบปกติ เป็นเวลา 7 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 2 ครั้ง ครั้งละประมาณ 60-90 นาที เมื่อสิ้นสุดการทดลอง พบว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นที่เสพแอมเฟตามีนทั้งสองกลุ่มมีคะแนนความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองน้อย เปรียบเทียบความแตกต่างของผลต่างค่าเฉลี่ยระดับ ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมพบว่า การเปลี่ยนแปลงของ ระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001

จากการดำเนินกิจกรรมพบว่า วัยรุ่นที่เสพยาบ้าอาจจะเข้าไปอยู่ในสถานการณ์เสี่ยงโดยไม่ตั้งใจและบางครั้งไม่ได้มีการวางแผนล่วงหน้า ทั้งนี้ผลจากการตัดสินใจในการแก้ปัญหาที่ผิดพลาด จากการไม่ได้ประเมินสถานการณ์อย่างรอบคอบ จึงจำเป็นต้องมีทักษะ เมื่อเข้าร่วมโปรแกรมพบว่าเมื่อวัยรุ่นเสพยาบ้าเจอกับเหตุการณ์สถานการต่างๆ ที่ไม่เหมาะสมจะมีการคิดให้สมเหตุสมผลและคิดในความเป็นจริงมากขึ้น โดยเฉพาะความคิดที่เป็นด้านลบจะมีการจัดการแก้ไขให้ถูกต้องมากขึ้น ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่างที่ว่า "เมื่อก่อนถ้ามีใครมาสั่งสอนหรือแนะนำผม ผมจะโกรธและด่าไปทันที เพราะผมจะคิดว่าเขากลัวว่าผมจะได้ดีกว่าหรือเขามาตำหนิผม แต่ตอนนี้ผมคิดว่าเขาหวังดีและอยากให้ผมเลิกยาได้ ผมจึงไม่โกรธ" (N10)

4.เปรียบเทียบแรงจูงใจในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง หลังใช้โปรแกรมพบว่า วัยรุ่นที่ได้รับโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ มีมัธยฐานของแรงจูงใจแตกต่างจากก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P- value = 0.005)

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับกัณฑิกา สิทธิพงษ์ (2560)[2] ศึกษาแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น ระหว่างเดือนกันยายน - ธันวาคม 2559 จำนวน 134 คน กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย อายุเฉลี่ย 30.28 ปี สถานภาพโสด การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น อาชีพรับจ้าง พบว่าเมื่อได้รับโปรแกรมการสร้างแรงจูงใจในการเลิกยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยในการเลิกยาเสพติดแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P น้อยกว่า0.05)

ซึ่งในการศึกษาในครั้งนี้ก่อนจะมีการเริ่มทุกกิจกรรมผู้วิจัยได้เริ่มต้นด้วยการสร้างสัมพันธภาพ เพราะ การสร้างสัมพันธภาพเป็นพื้นฐานสำคัญของกิจกรรมการพยาบาลระหว่างผู้วิจัยกับวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า โดยเริ่มจากการแนะนำตัว บอกวัตถุประสงค์การวิจัย เป็นการสร้างความคุ้นเคย เกิดความไว้วางใจ วัยรุ่นที่ร่วมกิจกรรมกล้าที่จะเล่าปัญหาที่เกิดขึ้น และเกิดความร่วมมือในการร่วมกิจกรรมมากขึ้น [17]

โปรแกรมแรงจูงใจที่ใช้ในการจัดกิจกรรมคือ สร้างแรงบันดาลใจจากเรื่องเล่าและบุคคลที่ประสบความสำเร็จ ซึ่งแรงจูงใจ คือแรงผลักดันในการเริ่มต้น นำทางและคงไว้ซึ่งพฤติกรรมที่บุคคลมุ่งสู่เป้าหมาย แรงจูงใจเป็นกลไกของมนุษย์ที่พยายามใช้เพื่อหลีกเลี่ยงความเจ็บปวดและเพิ่มความปีติยินดี เป็นตัวแปรสำคัญในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของมนุษย์ แรงจูงใจอาจไม่สมเหตุสมผลเสมอไป จึง เป็นเหตุผลที่อธิบายว่าทำไมผู้คนจึงติดในกับดักของการเสพติด แรงจูงใจที่ผิดทิศทางบังคับให้ต้องใช้ยาเสพติดอย่างต่อเนื่องและทำให้ยิ่งเจ็บปวด เพื่อที่จะสร้างชีวิตที่ดีและห่างไกลจากการเสพติด บุคคลจำเป็นต้องพัฒนาแรงจูงใจขึ้นมาเพื่อทำให้ความปรารถนานี้กลายเป็นความจริง โดยกิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์

คือ1) สมาชิกสามารถบอกแรงบันดาลใจที่ได้รับจากการรับฟังเรื่องเล่าได้ 2) สมาชิกสามารถบอกแรงบันดาลใจของตนเองที่ได้รับจากการรับฟังเรื่องเล่าได้ซึ่งผู้วิจัยได้นำบุคคลต้นแบบมาเล่าประสบการณ์ให้สมาชิกฟังจากนั้นมีการทำใบงานเรื่องแรงจูงใจของฉัน และตัวตนของฉัน ซึ่งพบว่าสมาชิกมีการร่วมกิจกรรมที่ดีและเมื่อเปรียบเทียบกับก่อนเข้ารับโปรแกรมมีมัธยฐานของแรงจูงใจแตกต่างจากก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P- value = 0.005) โดยกลุ่มตัวอย่างมีการแสดงความคิดเห็นที่เหมาะสม ดังนี้ “เมื่อผมกลับไปที่บ้าน ผมจะทำงานบ้านช่วยแม่ จะไม่ทะเลาะกับแม่ และจะเลิกยาบ้าให้ได้ต่อไป” (N4)

5. เปรียบเทียบความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำก่อนและหลังได้รับโปรแกรมในกลุ่มทดลอง หลังการใช้โปรแกรม วัยรุ่นมีความคิดและพฤติกรรมต่อการเลิกใช้แอมเฟตามีนมากกว่าก่อนการใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.015) โดยมีคะแนนความคิดและพฤติกรรมในการไม่กลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำ มากกว่าก่อนการใช้โปรแกรม เท่ากับ 0.40 คะแนน

ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับ น้ำฝน วุฒิสินธุ์ (2554)[10] ศึกษาผลการบำบัดผู้ติดยาบ้าแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบ กาย-จิต-สังคมบำบัดต่อพฤติกรรมและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการไม่เสพยาบ้าและทัศนคติของครอบครัวต่อกระบวนการเลิกยาบ้า เป็นวิจัยเชิงทดลอง 1 องค์ประกอบ แบบวัดซ้ำ กลุ่มตัวอย่างมี 16 คน ได้แก่ ผู้ติดยาบ้าที่เข้าบำบัดรักษาที่โรงพยาบาลบางบ่อ และโรงพยาบาลสมุทรปราการ จำนวน 8 คน ครอบครัวผู้ติดยาบ้าจำนวน 8 คน มีระยะเวลาทดลอง 16 สัปดาห์ ระยะเวลาติดตาม 4 สัปดาห์ เมื่อสิ้นสุดการทดลอง ผู้เสพยาบ้ามีการรับรู้ความสามารถของตนเองที่ไม่เสพยาบ้าสูงขึ้นก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และหาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถตนเองกับพฤติกรรมไม่เสพยาบ้าหลังทดลองสัมพันธ์ทางบวก อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 แต่ระยะติดตามผล มีความสัมพันธ์ทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 กลุ่มครอบครัวของผู้ติดยาบ้ามีทัศนคติต่อกระบวนการเลิกยาบ้าหลังการทดลองดีกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระดับ .05

โปรแกรมความคิดและพฤติกรรมที่ใช้ประกอบด้วยวงจรการใช้สารเสพติด ซึ่งสมาชิกมีความจำเป็นจะต้องทราบถึง ตัวกระตุ้น ซึ่งแบ่งออกเป็น 2 ประเภท คือ 1) ตัวกระตุ้นภายนอก อาทิ สถานการณ์ กิจกรรม บุคคล สถานที่ เวลา เช่น ถ้าทุกวันศุกร์ หลังเลิกงาน สมาชิกได้รับเงินก็อยากไปเสพยาบ้าเป็นต้น และ 2) ตัวกระตุ้นภายใน อาทิ ความกลัว ความโกรธ กระวน กระวายใจ หงุดหงิด กดดัน เบื่อหน่าย เหนื่อยล้า ซึมเศร้า เช่น อยู่บ้านรู้สึกเหงา เบื่อ จึงออกไปหาเพื่อนนอกบ้านเพื่อเสพยาบ้าเป็นต้น

การรู้เท่าทันตัวกระตุ้นทั้งภายนอกและภายในจะช่วยให้บุคคลมีความเข้าใจในตนเองและสามารถใช้วิธีการจัดการกับตัวกระตุ้นภายนอก และภายในนั้นได้อย่างเหมาะสม วิธีการจัดการกับตัวกระตุ้นภายนอก และภายในนั้นมีหลายวิธี

การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ความคิดที่ไม่เหมาะสม หมายถึง ความคิดที่ไม่ถูกต้องต่อการใช้ยาบ้าและความคิดด้านลบต่อตนเอง ซึ่งมีผลกระทบทางลบต่ออารมณ์ สัมพันธภาพกับบุคคลอื่น หรืออาการทางกาย เช่น เมื่อโดนตำหนิก็คิดว่าตนเป็นคนเลว เป็นคนไม่ดี ไม่มีใครรัก เป็นต้น รวมทั้งมีผลต่อการเกิดพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ได้แก่ การกลับไปเสพยาบ้าซ้ำ

การปรับเปลี่ยนความคิดที่ไม่ถูกต้องตามแนวทางการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (CBT) เป็นการเน้นให้ปรับเปลี่ยนที่ความคิดที่ไม่ถูกต้องให้เป็นความคิดที่ถูกต้องเหมาะสม เพื่อให้เกิดอารมณ์และพฤติกรรมที่เหมาะสมตามมา

เมื่อดำเนินกิจกรรมตามกระบวนการโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพยาบ้าซ้ำในหัวข้อนี้ จะมีการให้ข้อมูลย้อนกลับในแต่ละประเด็น เราจะพบว่าวัยรุ่นที่เสพยาบ้าบางรายไม่สามารถมองถึงปัญหาและผลกระทบจากการเสพยาบ้าได้ แต่เมื่อมีการร่วมอภิปรายกันภายในกลุ่มจะส่งผลให้วัยรุ่นสามารถมองเห็นปัญหาและผลกระทบของการเสพยาบ้าได้มากขึ้น นอกจากนี้ยังมีการให้ความรู้เรื่องการรู้เท่าทันตัวกระตุ้น ซึ่งจะส่งผลให้วัยรุ่นมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น นำไปสู่การไม่กลับไปเสพยาบ้าซ้ำ ดังคำกล่าวของกลุ่มตัวอย่าง ดังนี้ “เมื่อผมต้องทำงานหนักทุกครั้งผมจะคิดถึงยาบ้า แต่เมื่อผมเข้ากลุ่มแล้ว ถ้าหากผมต้องทำงานหนักอีก ผมจะนอนให้พอ และจะหาคนไปช่วย ไม่กลับไปใช้ยาบ้าอีก” (N2)

ข้อเสนอแนะทั่วไป

1. พยาบาลที่เป็นผู้นำในการทำกลุ่มควรมีทักษะในการสร้างสัมพันธภาพเป็นอย่างดี เพราะความไว้วางใจเป็นสิ่งที่สำคัญมากในการให้ความร่วมมือในกิจกรรม

2. ผู้ที่นำโปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นไปใช้ มีความเข้าใจในความต้องการของวัยรุ่นที่เสพยาบ้า สามารถปรับเปลี่ยนหรือยืนหยุ่นระยะเวลาในการทำกิจกรรมได้ เพื่อให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงของผู้ติดยาบ้าหรือปัญหาของวัยรุ่น เช่น การฝึกทักษะการปฏิเสธ การปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการทำการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการติดตามประเมินผลการใช้โปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นในระยะ 3 เดือน 6 เดือน 12 เดือน เพื่อเป็นการประเมินวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้าต่อเนื่อง

2. ในการใช้โปรแกรมการป้องกันการกลับไปเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่นมีการจัดกลุ่มจำนวน 10 คน พบว่าในบางครั้งมีผู้ไม่กล้าแสดงความคิดเห็น ควรมีการจัดกลุ่มให้น้อยลงเพื่อจะได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์อย่างทั่วถึงและมีการใกล้ชิดกันมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยเรื่องผลของรูปแบบการจัดการป้องกันการเสพแอมเฟตามีนซ้ำของวัยรุ่น โรงพยาบาลโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด สามารถดำเนินการจนสำเร็จลุล่วงไปด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์จากผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.เรณุการ์ ทองคำรอด อาจารย์ ดร.กชพงศ์ สารการ ที่ได้กรุณาให้ความรู้ ข้อคิด ข้อเสนอแนะ และปรับปรุงแก้ไขข้อบกพร่องต่างๆ

เอกสารอ้างอิง

1.แก้วใจ สิทธิศักดิ์. (2551) ผลโปรแกรมพัฒนาทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมการป้องกันการใช้สารแอมเฟตามีนในนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น. (วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ไม่ได้ตีพิมพ์)จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร

2.กัณฉิกา สิทธิพงษ์. (2560). แรงจูงใจในการเลิกยาเสพติดของผู้ป่วยในโรงพยาบาลธัญญารักษ์ขอนแก่น. โรงพยาบาลธัญญารักษ์จังหวัดขอนแก่น.(วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช ไม่ได้ตีพิมพ์) .มหาวิทยาลัยขอนแก่น, จังหวัดขอนแก่น

3.คณะรักษาความสงบแห่งชาติ. (2557). ประกาศฉบับที่ 108/2557 การปฏิบัติต่อผู้ต้องสงสัยว่ากระทำผิดตามกฎหมายเกี่ยวกับยาเสพติดเพื่อเข้าสู่การบำบัดฟื้นฟูและการดูแลผู้ผ่านการบำบัดฟื้นฟู.

4.จุฬาลักษณ์ บารมี. (2551). สถิติเพื่อการวิจัยทางสุขภาพและการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรม SPSS. ชลบุรี: ศรีศิลปะการพิมพ์.

5.ฉวีวรรณ ปัญจบุศย์และสุกุมา แสงเดือนฉาย. (2556). ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมเพื่อป้องกันการติดซ้ำของผู้ป่วยติดแอมเฟตามีน. วารสารกองการพยาบาล 30,(2): 34-40

6.ชวันรัตน์ เสถียรกิตติ์ธนา. (2556). ผลของโปรแกรมการฝึกทักษะชีวิตแบบบูรณาการโดยครอบครัวมีส่วนร่วมต่อพลังต้านการเสพยาบ้าของผู้เสพยาบ้าที่ได้รับการบำบัดในระยะฟื้นฟูสภาพ. วิทยานิพนธ์ปริญญาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร

7.ดรุณี ภู่ขาวและคณะ. (2555). การบำบัดผู้ติดสุราและสารเสพติดด้วยการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี

8.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. (2556). ภาวะซึมเศร้า: การบำบัดและการให้คำปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม. พิมพ์ครั้งที่ 3. เชียงใหม่: วนิดาการพิมพ์.

9.นวพร หิรัญวิวัฒน์กุล.(2545). สารเสพติดในวัยรุ่น. กรุงเทพมหานคร: บียอนด์ เอ็นเทอร์ไพรซ์.

10.น้ำฝน วุฒิสินธุ์. (2554). ศึกษาผลการบำบัดรักษาผู้ติดยาบ้าแบบผู้ป่วยนอก ตามรูปแบบกาย จิต สังคมบำบัดต่อพฤติกรรมและการรับรู้ความสามารถของตนเองในการไม่เสพยาบ้าและทัศนคติของครอบครัวต่อการเลิกยาบ้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรและจิตวิทยาการให้คำปรึกษา มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

11.บุญใจ ศรีสถิตนรากูร. (2550). ระเบียบวิธีวิจัยทางการพยาบาลศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพมหานคร: มหาวิทยาลัยมหิดล.

12.พรเพ็ญ อารีกิจ และอรพรรณ ลือบุญธวัชชัย. (2555). ผลของโปรแกรมการบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการเจริญสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยโรคซึมเศร้า. วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต. 5,(2): 20-25

13.มนัส สุนทรโชติ และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2554). ปัจจัยคัดสรรคที่สัมพันธ์กับพลังต้านการเสพยาบ้าของวัยรุ่นที่เข้ารับการบำบัดแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลในเขตภาคตะวันออก. วิทยานิพนธ์ปริญาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร

14.ลลิตา เดชาวุธ. (2547). ปัจจัยครอบครัวที่มีอิทธิพลต่อการเสพยาบ้าของวัยรุ่นในเขตภาคตะวันออก. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตร์. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.

15.วราภรณ์ มั่งคั่ง. (2558). อิทธิพลของปัจจัยครอบครัวต่อการใช้สารเสพติดของวัยรุ่นชายในศูนย์ฝึกและอบรมเด็กและเยาวชนบ้านบึง อำเภอบ้านบึง จังหวัดชลบุรี

16.วิโรจน์ วีระชัยและคณะ. (2545). ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. พิมพ์ครั้งที่ 1. ปทุมธานี: โรงพยาบาลธัญญารักษ์ กรมการแพทย์กระทรวงสาธารณสุข.

17.สมบัติ เสียมทอง. (2553). ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาสารเสพติด.

18.ศรีเรือน แก้วกังวาน. (2558). จิตวิทยาพัฒนาการทุกช่วงวัย. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

19.ศิริลักษณ์ แสงส่อง. (2558). ผลของโปรแกรมครอบครัวบำบัดแบบผสมผสานต่อการเสพยาบ้าในวัยรุ่นที่เสพติดยาบ้า. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช .จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร

20.สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปราบยาเสพติด (2559). แผนปฏิบัติการการป้องกันและแก้ไขยาเสพติดปี 2559. กรุงเทพ.. (2559). สถานการณ์ยาเสพติดประกอบการจัดทำแผนปี 2559. กรุงเทพ.

21.สุชา จันทร์เอม. (2541). จิตวิทยาทั่วไป. พิมพ์ครั้งที่ 11. กรุงเทพ. ไทยวัฒนาพานิช

22.สุชาติ เลาหบริพัตร. (2545). แนวทางการพัฒนาระบบบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. ตำราการบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติด. ปทุมธานี: วัชระอินเตอร์ปริ้นติ้ง

23.สีอรุณ แหลมภู่. (2554). ผลของโปรแกรมเสริมสร้างแรงจูงใจภายในต่อแรงจูงใจและการเข้ารับการฟื้นฟูสมรรถภาพของผู้ติดสารเสพติด. ปทุมธานี

24.อุมาพร ตรังคสมบัติ. (2544). จิตบำบัดและการให้คำปรึกษาครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 5 กรุงเทพ. ซันต้าการพิมพ์.

25.Beck, A.T., Wright, F.D., Newman, C. F. , Liese, B.S. (1993). Cognitive therapy of substance abuse. New York: Guilford Press.

26.Beck, J.S. (1995). Cognitive Therapy; Basics and Beyond.New York: The Guilford Press.

27.Melemis, M,S. (2010). How to Overcome Anxiety, Depression and Addiction. United States: Jennifer Stimon Design.

ปัจจัยคัดสรรทำนายประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกทางการพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 8

Selected Factors Influencing Effective Clinical Nursing Supervision in Community Hospital at Heath Regional 8 (Thailand)

อมรรัตน์ สำอางเนตร[1],รัชตวรรณ ศรีตระกูล[12]

Amornrat Sumarngnate[1] ,Ratchatawan Sritragool[2]

(Received: October 20,2020; Accepted: November 19,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงบรรยาย (Descriptive Research) แบบการทำนายเพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยคัดสรรการนิเทศกับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกมีวัตถุประสงค์ 2 ประการคือ 1) เพื่อศึกษาระดับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกทางการพยาบาล และ 2) เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยด้านองค์กรการนิเทศในคลินิก ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้นิเทศในคลินิก กับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่8 กระทรวงสาธารณสุขซึ่งได้แก่ ปัจจัยด้านองค์กร และปัจจัยด้านคุณลักษณะของผู้นิเทศ ประชากรในการวิจัยคือ พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานอย่างน้อย 1 ปี ในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 - 90 เตียง เขตสุขภาพที่ 8 จำนวน 978 คน กลุ่มตัวอย่างจำนวน 168 รายได้มาโดยการสุ่มแบบเป็นระบบ (systematic random sampling) ใช้แบบสอบถามในการเก็บรวบรวมข้อมูล สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ส่วนสถิติวิเคราะห์เพื่อทดสอบสมมติฐาน หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการนิเทศในคลินิก ได้แก่ ปัจจัยด้านองค์กร ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้นิเทศ โดยการหาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์อย่างง่ายของเพียร์สัน (Pearson ' s Moment Correlation Coefficient) และหาปัจจัยทำนายประสิทธิผลการนิเทศในคลินิก โดยการวิเคราะห์การถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ผลการวิจัยพบว่า 1) ระดับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกในโรงพยาบาลชุมชน ในเขตสุขภาพที่ 8 อยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$= 3.79, S.D.= 0.58)2)ปัจจัยคัดสรรที่สามารถทำนายประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกคือปัจจัยด้านองค์กรในข้อนโยบายด้านการนิเทศในคลินิกได้ร้อยละ 16.8(R^2 = 0.168, P < 0.01)

คำสำคัญ ประสิทธิผลการนิเทศ การนิเทศในคลินิกทางการพยาบาล

Abstract

This research is to study the effectiveness in clinical supervision and the factors affecting the clinical supervision depending on the nursing perspective in the community hospitals (30-90 beds) in Health Region 8, ministry of public health, which are the organization factors, the aspects of the supervisor. The samples were 168 professional nurses by systematic random sampling from 978 nurses. The research instrument is the questionnaire. The descriptive statistics used for analyzing are percentage, average, mode. The relationship, which is between the organizational factors, individual factors, and the effectiveness of the clinical supervision, was analyzed by Pearson's Correlation Coefficient. Then paraphrasing of correlation coefficient and Stepwise Multiple Regression analysis by using an individual factor of the supervisors, organizational factors, and the effectiveness in clinical supervision as the paraphrasing factors.

The result found that the relationship of the effectiveness in clinical supervision in the community hospital is in the high-level ($\bar{X}$= 3.79,S.D.=0.58).The organizational factors by determining the policy in clinical supervision can predict Effective Clinical Nursing Supervision show percent as 16.8 (R^2 = 0.168, P < 0.01)

Keywords: Effective Clinical Supervision , Clinical Nursing Supervision

1.นิสิตหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการบริหารทางการพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

2.ผู้ช่วยศาสตราจารย์สาขาการบริหารทางการพยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

กระทรวงสาธารณสุขกำหนดยุทธศาสตร์ในปี 2560-2564 โดยด้านการบริการเป็นเลิศ (Service Excellence) มีจุดเน้นในแผนงานที่ 6 คือการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ ซึ่งกำหนดยุทธศาสตร์ ตัวชี้วัด การจัดระบบบริการในกลุ่มโรคสำคัญรวมถึงแนวปฏิบัติที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน เชื่อมโยงแผนยุทธศาสตร์ สู่เขตบริการสุขภาพและโรงพยาบาลระดับต่างๆ เพื่อให้บริการผู้ป่วยตามแผนพัฒนาระบบบริการ (Service Plan) ให้สอดคล้องกับศักยภาพโรงพยาบาล ภายใต้แผนพัฒนาระบบบริการและตัวชี้วัดเดียวกัน ด้วยเหตุนี้จึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาระบบบริการพยาบาลเพื่อให้เกิดองค์กรคุณภาพ (quality organization) ซึ่งต้องอาศัยกลไกของระบบการประกันคุณภาพเพื่อทำให้กระบวนการจัดการองค์กรเป็นไปตามมาตรฐานและวัดผลลัพธ์คุณภาพของบริการสุขภาพได้อย่างแท้จริง จำเป็นจะต้องมีแนวทางในการกำกับและติดตามคุณภาพการดูแลผู้ป่วย

องค์กรพยาบาลให้ความสำคัญในการกำกับและติดตามมาตรฐานสำคัญ 2 ประการได้แก่ มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพของสถาบันรับรองคุณภาพโรงพยาบาล(สรพ.) Part II-2.1 มีสาระสำคัญคือการกำกับดูแลทางวิชาชีพและมาตรฐานการบริหารจัดการองค์กรพยาบาลของกองการพยาบาล มาตรฐานที่ 2 การบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล พัฒนาระบบกำกับ ติดตาม การบริการพยาบาลให้มีคุณภาพที่ยั่งยืน[1]

การนิเทศในคลินิกทางการพยาบาล (clinical supervision) มีความเชื่อมโยงกับระบบการรับรองคุณภาพบริการทางการพยาบาล เป็นแนวทางที่ทำให้เกิดมาตรฐานคุณภาพบริการพยาบาล การพัฒนาทักษะเชิงวิชาชีพ คงไว้จริยธรรมวิชาชีพทางวิชาชีพการนิเทศในคลินิกทางการพยาบาลจึงถูกนำมาใช้ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้พยาบาลวิชาชีพมีการปฏิบัติตามมาตรฐาน เพิ่มทักษะในการปฏิบัติการพยาบาล มีแนวทางในการตัดสินใจทางคลินิก ลดความเสี่ยง และเกิดคุณภาพการดูแลทางการพยาบาลผลของการนิเทศในคลินิกเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่จะส่งเสริมให้มีการพัฒนาความรู้(knowledge) เพิ่มสมรรถนะ(competence) และมีความรับผิดชอบ (assume responsibility) ในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ผลลัพธ์ทางการพยาบาลดีขึ้น[2]กระบวนการนิเทศในคลินิกทางการพยาบาลขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ด้านผู้นิเทศ ด้านผู้รับการนิเทศ ด้านองค์กร[3]ด้านสภาพแวดล้อม[4] ส่งผลให้พยาบาลวิชาชีพได้เพิ่มพูนทักษะและความรู้มากขึ้น[5] สัมพันธภาพระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศดีขึ้น[6]ระดับความเครียดในการทำงานลดลงมีความพึงพอใจในการทำงาน นำสู่การประเมินผลลัพธ์ในคลินิกและตัวชี้วัดทางการพยาบาล เช่น ความเสี่ยงทางคลินิก ความคลาดเคลื่อนทางยา การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ลดข้อร้องเรียนลดความเบื่อหน่าย ที่สำคัญคือผู้รับบริการได้รับการบริการที่มีคุณภาพ มีความปลอดภัย[7]

การประเมินรับรองคุณภาพสถานพยาบาล(HA) องค์กรพยาบาลนำเสนอผลของการกำกับและติดตามระบบบริการพยาบาลพบว่าการนิเทศในคลินิกมีกระบวนการนิเทศที่หลากหลาย ขึ้นอยู่กับบริบทของหน่วยงาน ทำให้ยังไม่ทราบแน่ชัดว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกที่ชัดเจนเป็นอย่างไร การประเมินคุณภาพของการนิเทศในคลินิก ใช้การวัดประเมินตามตัวชี้วัดเช่น อุบัติการณ์ด้านคลินิกลดลง พยาบาลวิชาชีพไม่เกิดความเครียด มีพึงพอใจในงานของตน ถือว่าเพียงพอแล้วสอดคล้องกับการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพเกี่ยวกับการนิเทศในคลินิกพบว่าวิธีการใดก็ตามที่สามารถทำให้บรรลุวัตถุประสงค์และตัวชี้วัดที่ได้กำหนดไว้เกิดผลลัพธ์ที่ดี ถือว่าการนิเทศในคลินิกนั้นประสบความสำเร็จ (สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ,2562) การประเมินประสิทธิผลจึงเป็นประเด็นที่จำเป็นต้องหาความชัดเจนในเชิงวิชาการสอดคล้องกับข้อเสนอแนะของสถาบันรับรองคุณภาพคือกระบวนการนิเทศที่มีความแตกต่างกันในบริบทของหน่วยงานสามารถวัดผลลัพธ์ทางคลินิกได้อย่างไร เกิดประสิทธิผลอย่างไรกับองค์กรพยาบาล

เมื่อพิจารณากิจกรรมการนิเทศในคลินิกของโรงพยาบาลชุมชนส่วนใหญ่จะมีกระบวนการพัฒนามาอย่างต่อเนื่องมีรูปแบบคล้ายคลึงกันคือหัวหน้างาน หรือพยาบาลวิชาชีพผู้รับผิดชอบงานที่สำคัญในโรงพยาบาล

เช่นงานควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เป็นผู้นิเทศในคลินิก จะทำการนิเทศในคลินิกตามแผนการนิเทศของตนเอง หรือสถานการณ์หน้างานในขณะนั้น การสนับสนุน ให้ความช่วยเหลือ และการให้คำแนะนำปรึกษาตามบริบทของแต่ละหน่วยงาน เพื่อให้บรรลุตัวชี้วัด มุ่งเน้นให้ผ่านการรับรองจากสถาบันรับรองคุณภาพและสภาการพยาบาล

ผู้วิจัยวิเคราะห์บริบทในการนิเทศในคลินิกในโรงพยาบาลชุมชนจากประสบการณ์ตนเองพบว่า กระบวนการและกิจกรรมการนิเทศในคลินิกพยาบาลมีความแตกต่างกันตามประสบการณ์ของผู้นิเทศ เนื่องจากไม่ได้กำหนดรูปแบบที่ชัดเจน ขึ้นอยู่กับลักษณะของผู้นิเทศการนิเทศในคลินิก มุ่งเน้นกิจกรรมการช่วยแก้ไขปัญหาในการปฏิบัติงาน การค้นหาปัญหาและแก้ปัญหาเฉพาะหน้า ผลลัพธ์สุดท้ายคือบรรลุตัวชี้วัด และในทางปฏิบัติการนิเทศในคลินิกยังไม่สามารถบอกได้ว่าปัจจัยด้านใดที่ทำให้บรรลุผลลัพธ์หรือส่งผลต่อประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกที่มากที่สุดทำให้องค์กรพยาบาลสามารถบรรลุตัวชี้วัดคุณภาพ

จากการทบทวนวรรณกรรมในประเด็นการนิเทศในคลินิกส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเชิงกระบวนการนิเทศในคลินิก การพัฒนารูปแบบการนิเทศในคลินิก และการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์ของการนิเทศในคลินิก แม้การศึกษาที่ผ่านช่วยสะท้อนให้เห็นปัจจัยที่ส่งผลต่อกระบวนการนิเทศในคลินิก แต่การศึกษาที่สะท้อนให้ว่าประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกเกิดขึ้นได้จากปัจจัยใดบ้างยังไม่พบ ผู้วิจัยจึงได้ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาเกี่ยวกับการนิเทศในคลินิกกับการเกิดประสิทธิผลทางคุณภาพการให้บริการ พบการศึกษาการนิเทศในคลินิกด้านการพยาบาลกับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกเป็นการศึกษาในบริบทต่างประเทศและยังไม่พบการศึกษาในประเด็นการศึกษาผลลัพธ์หรือระดับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกรวมถึงยังไม่พบการศึกษาในบริบทโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 - 90 เตียง

ผู้วิจัยซึ่งปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน จึงสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรทำนายประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกในโรงพยาบาลชุมชน ตามการรับรู้ในกลุ่มผู้รับการนิเทศคือพยาบาลวิชาชีพ จึงทบทวนวรรณกรรมและคัดสรรปัจจัยการนิเทศในคลินิก นำมาทำการศึกษาดังนี้ 1) ปัจจัยด้านองค์กรประกอบด้วยนโยบายการนิเทศในคลินิก แผนการนิเทศในคลินิกและสิ่งแวดล้อมการนิเทศในคลินิก 2) ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้นิเทศเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการพัฒนารูปแบบการนิเทศในคลินิกต่อไป

วัตถุประสงค์

1.เพื่อศึกษาระดับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข

2.เพื่อศึกษาความสามารถในการทำนายของปัจจัยการนิเทศกับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลชุมชนเขตสุขภาพที่8 กระทรวงสาธารณสุข

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงบรรยาย(Descriptive Research) แบบการทำนาย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพประจำการปฏิบัติงานเต็มเวลา อายุงาน 1 ปี ขึ้นไปในโรงพยาบาลชุมชนโรงพยาบาลชุมชน ขนาด 30 – 90 เตียง ในเขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นพยาบาลวิชาชีพ โรงยาบาลชุมชน ขนาด 30 – 90 เตียง เขตสุขภาพที่ 8 รวม 63 แห่งโดยคำนวณ Sample Size for Multiple Regression[9] ระดับความเชื่อมั่น (α) ที่ 0.05 อำนาจการทดสอบ (Power of test)เท่ากับ 0.8 ขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 0.103[10]เปิดตาราง Power Analysis Table for Multiple Regressionได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 149 คน โดยการศึกษาครั้งนี้ได้ตระหนักถึงการคืนข้อมูลไม่ครบตามกำหนดจึงได้เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีก ร้อยละ20%[11]จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เป็นจำนวน 179 คนได้รับแบบสอบถามที่สมบูรณ์กลับคืนจำนวน 168 ชุด คิดเป็นร้อยละ 93.8 ซึ่งอัตราแบบสอบถามสูญหายในการศึกษา

ครั้งนี้คิดเป็นร้อยละ 6.2 ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างแบบหลายขั้นตอน (Multi-stage sampling)

ขั้นตอนที่ 1 แบ่งกลุ่มประชากรที่ตามขนาดโรงพยาบาล ได้แก่โรงพยาบาลขนาด 30 60 และ 90 เตียง ทำการสุ่มโรงพยาบาลแต่ละกลุ่ม ด้วยการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากแบบไม่แทนที่จากรายชื่อโรงพยาบาลทั้งหมดในแต่ละกลุ่มได้ตัวแทนจำนวนโรงพยาบาลเป็นหน่วยตัวอย่าง 21 แห่งจำนวน 978 คน

ขั้นตอนที่2 สุ่มกลุ่มตัวอย่างโดยนำบัญชีรายชื่อ (SamplingFlame) มาจัดเรียงและทำการสุ่มตัวอย่างแบบเป็นระบบ (Systematic random sampling) เพื่อให้หน่วยตัวอย่างมีการกระจายครอบคลุมในทุกหอผู้ป่วยทุกโรงพยาบาลที่สุ่มได้ โดยคำนวณหาช่วงสุ่มจาก สูตร $k = N/n$[12]และแทนค่าในสูตรได้ดังนี้$k = 978/179 = 5.4$ ปรับเป็นการสุ่มโดยการจับฉลาก ระหว่าง 1 ถึง 5ตามหมายเลขชื่อของพยาบาลในแต่ละโรงพยาบาลจะได้กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ส่วนที่ 1แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคลประกอบด้วย เพศ อายุระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชน ระดับโรงพยาบาลตำแหน่ง และ ระดับการศึกษา

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกใช้แนวคิดของการวัดประสิทธิผลของ Manchester clinical supervision scale ของ Julie Wintanley และ Edward White[8]มาเป็นกรอบแนวคิดในการพัฒนาแบบสอบถาม มีคำถามทั้งหมด 33 ข้อ มาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 1-5 ไม่เคยเกิดขึ้นเกิดขึ้นน้อยเกิดขึ้นปานกลาง เกิดขึ้นมาก เกิดขึ้นมากที่สุด แบบสอบถามได้ผ่านผู้เชี่ยวชาญจำนวน5 ท่าน ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า CVI=0.91 และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.98

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยการนิเทศในคลินิกซึ่งเป็นแบบประเมินที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดย แบ่งเป็น 2 ด้านคือ 1) ปัจจัยด้านองค์กร ประกอบด้วยนโยบายการนิเทศในคลินิกแผนการนิเทศในคลินิกและสิ่งแวดล้อมในการนิเทศในคลินิก2) ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้นิเทศมีคำถามทั้งหมด 31 ข้อมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 1-5 เห็นด้วยมากที่สุด เห็นด้วยมาก เห็นด้วยปานกลาง เห็นด้วยน้อย เห็นด้วยน้อยที่สุด แบบสอบถามได้ผ่านผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาได้ค่า CVI=0.86 และตรวจสอบความเที่ยงของแบบสอบถามได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ 0.80 ผู้วิจัยได้แบ่งค่าคะแนนเฉลี่ยออกเป็น 5 ระดับ โดยใช้เกณฑ์การแปลความหมายค่าเฉลี่ย ซึ่งได้จากการคำนวณการรายงานผลการตอบของกลุ่มตัวอย่างที่ตอบในแต่ละข้อ แล้วมาหาค่าเฉลี่ยของกลุ่ม และแปลความหมายค่าเฉลี่ยเป็นระบบเดียวกันการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ[13]

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนาวิเคราะห์ความสัมพันธ์ โดยใช้สถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน[14] วิเคราะห์แบบถดถอยพหุคูณ(Stepwise Multiple Regression Analysis)

จริยธรรมในการวิจัย

การศึกษาในครั้งนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองและได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 4 มกราคม 2563 ฉบับที่ 1877/2559 ข้อ 2.2 หมายเลขโครงการ HE622276

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เป็นเพศหญิงจำนวน 159 คน คิดเป็นร้อยละ 94.6 เพศชาย 9 คน คิดเป็นร้อยละ 5.4 ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30, 60 และ90เตียง จำนวน 99, 43 และ 26คน คิดเป็นร้อยละ 58.9, 25.6 และ 15.5ตามลำดับช่วงอายุ 24-39 ปี จำนวน 85คน คิดเป็นร้อยละ 51.2 และอายุ 40 – 58 ปี จำนวน 83 คน คิดเป็นร้อยละ 48.8 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานต่ำสุด 1 ปี สูงสุด 35 ปี เฉลี่ย 15.6 ปีตำแหน่งในการปฏิบัติงานคือพยาบาลวิชาชีพชำนาญการ จำนวน 120 คน คิดเป็นร้อยละ 71.4 พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ จำนวน 36 คน คิดเป็นร้อยละ 21.4 พยาบาลวิชาชีพลูกจ้าง จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 7.1 ระดับการศึกษาปริญญาตรี จำนวน 156 คน คิดเป็นร้อยละ 92.9 ปริญญาโท จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 7.1

2. ระดับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิก ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข ผลการศึกษา พบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.79, S.D.=0.58) เมื่อพิจารณารายด้าน

3. ระดับปัจจัยการนิเทศในคลินิก ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลชุมชน เขตสุขภาพที่ 8 กระทรวงสาธารณสุข โดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.84,S.D.=0.71) เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่าด้านปัจจัยคุณลักษณะผู้นิเทศมีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 3.84, S.D.=0.71) ด้านสิ่งแวดล้อมการนิเทศในคลินิกมีค่าเฉลี่ยต่ำสุด($\bar{X}$=3.64,S.D.=0.76)

4. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการนิเทศในคลินิกกับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกพบว่า มีความสัมพันธ์ทางบวกระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(r= 0.385, P <0.01) ซึ่งปัจจัยด้านองค์กรที่มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำมีกับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือนโยบายการนิเทศในคลินิก แผนการนิเทศในคลินิกและสิ่งแวดล้อมการนิเทศในคลินิก (r = 0.410, 0.382 และ 0.246, P <0.01 ตามลำดับ) และปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้นิเทศมีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับต่ำกับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(r=0.317,P<0.01)ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยการนิเทศในคลินิกกับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิก กลุ่มตัวอย่าง (n = 168)

ปัจจัยการนิเทศในคลินิก	ประสิทธิผลการนิเทศในคลินิก
1.ปัจจัยด้านองค์กร	
1.1นโยบายการนิเทศในคลินิก	0.410**
1.2แผนการนิเทศในคลินิก	0.382**
1.3 สิ่งแวดล้อมการนิเทศในคลินิก	0.246**
2.ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้นิเทศ	0.317**
รวม	0.385**

**** P < .01**

5. ปัจจัยการนิเทศในคลินิกทำนายประสิทธิผลการนิเทศในคลินิก พบว่า ปัจจัยด้านองค์กร ในข้อนโยบายด้านการนิเทศในคลินิก สามารถทำนายประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกได้ ร้อยละ16.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2= .168, P <0.01)ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์สถิติสหสัมพันธ์ถดถอยพหุคูณระหว่างปัจจัยการนิเทศในคลินิก กับประสิทธิผลการนิเทศในคลินิก ของกลุ่มตัวอย่าง (n=168) (Stepwise Multiple Regression Analysis)

ตัวแปรทำนาย	R	R^2	$Adj R^2$	R^2 Change	$\bar{X}$	Beta	t	Sig
ปัจจัยด้านองค์กร								
นโยบายการนิเทศในคลินิก(X_1)	.410	.168	.163	.168	2.17	.287	12.345	.000
แผนการนิเทศในคลินิก(X_2)	.382	.146	.141	.146	1.17	.164	1.335	.184
สิ่งแวดล้อมการนิเทศในคลินิก(X_3)	.246	.060	.055	.060	- .045	- .058	- .544	.587
ปัจจัยด้านคุณลักษณะผู้นิเทศ(X_4)	.317	.101	.095	.101	.028	.041	.338	.736
ค่าคงที่(Constant) = 2.606S.E = .388 F =8.901								

พบว่า การทบทวนการปฏิบัติการพยาบาล มีคะแนนค่าเฉลี่ยสูงสุด ($\bar{X}$ = 3.90, S.D.=0.57) ส่วนการจัดเวลาในการรับการนิเทศในคลินิกมีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\bar{X}$=3.5,S.D.=0.65)

5. ปัจจัยการนิเทศในคลินิกทำนายประสิทธิผลการนิเทศในคลินิก พบว่า ปัจจัยด้านองค์กร ในข้อนโยบายด้านการนิเทศในคลินิก สามารถทำนายประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกได้ ร้อยละ16.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2= .168, P <0.01)ดังแสดงในตาราง 2

โดยเขียนสมการการทำนายได้ดังนี้ สมการทำนายในรูปคะแนนดิบ คือ $Y = 2.606 + .217X_1 + .117 X_2 + -.045 X_3 + .028X_4$ และสมการทำนายในรูปคะแนนมาตรฐานคือ $Y = .287X_1 + .164X_2 + -.058X_3 + .041X_4$

สรุปและอภิปรายผล

1.ประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกพบว่าโดยรวมอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.79, S.D=0.71) พิจารณารายด้านดังนี้

1.1 ความสำคัญและการเห็นคุณค่าของการนิเทศทางคลินิก อภิปรายผลได้ว่า การนิเทศในคลินิกช่วยเพิ่มความมั่นใจในการทำงาน สามารถค้นหาปัญหาและสาเหตุรวมถึงการแก้ปัญหาอย่างสร้างสรรค์ส่งเสริมการประกันคุณภาพงาน สิ่งเสริมวัฒนธรรมความปลอดภัยช่วยลดความเสี่ยงในการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของการ

พัฒนาระบบการนิเทศ ทางการพยาบาลศูนย์บริหารยาเคมีบำบัดสถาบันมะเร็ง แห่งชาติ[15]ที่พบว่าผลจากการนิเทศในคลินิกมีผลต่อคุณภาพบริการและสามารถลดอุบัติการณ์ความเสี่ยงของการรั่วไหลของยาเคมีบำบัดได้ และยังสอดคล้องกับการศึกษาของการพัฒนารูปแบบ การนิเทศในคลินิกการพยาบาลในการบริหารยา ความ เสี่ยงสูงโดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้นิเทศทุก ระดับโรงพยาบาลนครปฐมที่พบว่า การนิเทศในคลินิกลดความผิดพลาดในการบริหารยาความเสี่ยงสูง จากปี 2561 จำนวน 21 ครั้ง เหลือ 2 ครั้ง ในปี 2562 [16]

1.2 การจัดเวลาในการรับการนิเทศในคลินิก อภิปรายผลได้ว่า การกำหนดเวลามีการนัดหมาย และจำนวนชั่วโมง ที่ใช้ในการนิเทศในคลินิกชัดเจน จะช่วยให้ได้รับความร่วมมือและช่วยลดความเหนื่อยหน่ายจากการทำงาน สอดคล้องกับการศึกษาของการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการสำหรับผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการโรงพยาบาลสงฆ์ที่พบว่าการจัดเวลาในการนิเทศในคลินิกลดความเครียดในการทำงานไม่ทำให้เสียเวลาในการปฏิบัติงานส่งเสริมความพึงพอใจในการทำงานเยี่ยมตรวจทางคลินิกอยู่ในระดับมาก($\bar{X}$= 3.86, S.D.= 0.94)[17]

1.3 การพัฒนาทักษะในการดูแลผู้ป่วย อภิปรายผลว่า การนิเทศในคลินิกเป็นกลไกการสนับสนุนในการปฏิบัติงาน เพื่อที่จะพัฒนาทักษะความรู้ นำสู่ความตระหนักของความรับผิดชอบและการสะท้อนคิดในการปฏิบัติงาน[18] สอดคล้องกับการศึกษาของสอดคล้องกับโปรแกรมการนิเทศในคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายโรงพยาบาลเสนา[19]ด้านการให้ความรู้และทักษะก่อนและหลังได้รับโปรแกรมพบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับ ปานกลางและระดับมาก($\bar{X}$=2.97, S.D.= 0.71และ$\bar{X}$=4.26, S.D.=0.26 ตามลำดับ)

1.4 การทบทวนการปฏิบัติการพยาบาลอภิปรายผลได้ว่า การปฏิบัติการพยาบาลเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการพยาบาล จึงจำเป็นต้องมีการทบทวนกระบวนการพยาบาลและทบทวนการปฏิบัติการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอการทบทวนการปฏิบัติการพยาบาลร่วมกันในทีมอย่างสม่ำเสมอ ส่งเสริมให้ปฏิบัติงานตามมาตรฐานการพยาบาล ทำให้เกิดผลลัพธ์ทางการพยาบาลที่ดี ผู้ป่วยปลอดภัย[20]สอดคล้องกับโปรแกรมการนิเทศในคลินิกเพื่อป้องกันการเกิดแผลกดทับ ด้านปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐาน ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม พบว่ามีค่าเฉลี่ยระดับ ปานกลาง และระดับมาก($\bar{X}$=3.02, S.D.=0.87 และ$\bar{X}$=4.20, S.D.=0.52ตามลำดับ)[19] และควรมีการทบทวนการปฏิบัติการพยาบาลอย่างสม่ำเสมอ

1.5 สัมพันธภาพระหว่างผู้นิเทศกับผู้รับการนิเทศในคลินิกอภิปรายผลได้ว่า ด้วยบริบทโรงพยาบาลชุมชน พยาบาลมีจำนวนไม่มาก เป็นเรื่องที่ง่ายต่อการสร้างสัมพันธภาพ ส่งผลให้เกิดสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน จึงส่งผลให้การนิเทศทางคลินิกเกิดประสิทธิผลสูงสุดผู้นิเทศทางคลินิกใช้สัมพันธภาพระหว่างบุคคล ช่วยเหลือให้ผู้รับนิเทศมีการพัฒนาความรู้ ความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ทางคลินิกเพื่อนำไปสู่ผลลัพธ์การให้บริการพยาบาลอย่างมีคุณภาพ มีมาตรฐานการปฏิบัติงานสอดคล้องกับ ผลของการนิเทศในคลินิกต่อการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความพึงพอใจของพยาบาล[21] พบว่าการเน้นสร้างสัมพันธภาพแบบเป็นกันเอง พูดคุย เสนอแนะอย่างสร้างสรรค์ เพื่อพัฒนาความรู้หรือทักษะของผู้รับการนิเทศ ไม่เน้นการชี้นำ แต่มุ่งตั้งคำถามให้คิด ส่งผลให้หลังการนิเทศทางคลินิกจากผู้นิเทศและผู้รับนิเทศทางคลินิก มีความรู้สึกชอบและพึงพอใจต่อการนิเทศลักษณะนี้ เป็นการช่วยเติมความรู้ กระตุ้นให้อ่านหนังสือทบทวนความรู้มากขึ้น และช่วยลดความเครียดในการนิเทศลง

1.6 การให้คำแนะนำและการสนับสนุนจากผู้นิเทศในคลินิกอภิปรายผลว่า คำแนะนำจากผู้นิเทศในคลินิกช่วยเพิ่มพูนความรู้และทักษะเชิงวิชาชีพทางการ พัฒนาความสามารถทางการพยาบาลอย่างเป็นมืออาชีพ หรือเป็นวิชาชีพช่วยเหลือ ชี้แนะ สอน สาธิต ให้คำปรึกษา แนะนำการแก้ไขปัญหาในสถานการณ์ที่ยุ่งยาก ซับซ้อน[22] สอดคล้องการพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการสำหรับผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราการโรงพยาบาลสงฆ์[17] พบว่าผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราชการได้ช่วยแนะนำ

ในการแก้ปัญหาและอำนวยความสะดวกในการปฏิบัติงาน ท่านอยู่เสมอมีค่าเฉลี่ยระดับมาก($\bar{X}$=3.80, S.D.= .89)

1.7 ประเด็นส่วนบุคคลที่เกี่ยวข้องกับการนิเทศในคลินิกอภิปรายผลได้ว่า พยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลชุมชนอาจมีประเด็นที่ไม่สามารถที่จะพูดหรือสามารถที่จะบอกกับเพื่อนร่วมทีมได้ เช่น การไม่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติซ้ำเดิมในสมาชิกทีม หรือประเด็นอ่อนไหวเช่นปัญหาในการทำงาน ปัญหาความขัดแย้งในงาน พยาบาลวิชาชีพสามารถที่จะพูดคุยกับผู้นิเทศทางคลินิกได้ แตกต่างกับการศึกษาของโรงพยาบาลจิตเวชชุมชนประเทศอังกฤษและเวลส์ [23]พบว่าพยาบาลจิตเวชชุมชน มีระดับความคิดเห็นในประเด็นส่วนบุคคล อยู่ในระดับต่ำที่สุด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P < 0.001)ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาในบริบทต่างประเทศ ซึ่งมีความแตกต่างทางวัฒนธรรม

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า ปัจจัยด้านการกำหนดนโยบายด้านการนิเทศในคลินิกการนิเทศในคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ ผู้บริหารทางการพยาบาล องค์กรพยาบาลและบุคลากรทางการพยาบาลควรนำมาพิจารณา ควรมีการกำหนดนโยบายการนิเทศในคลินิกพยาบาลเป็นรูปธรรมอย่างชัดเจน การชี้แจงนโยบายการนิเทศในคลินิกกับพยาบาลวิชาชีพทั้งองค์กร 100%การนำนโยบายลงสู่การปฏิบัติและควรมีการติดตามทุกเดือน โดยการติดตามและนิเทศในการประชุมประจำเดือนการลงเยี่ยมหน้างาน ทำ

2. ปัจจัยทำนายประสิทธิผลการนิเทศในคลินิก พบว่านโยบายด้านการนิเทศในคลินิก สามารถทำนายประสิทธิผลการนิเทศในคลินิกได้ร้อยละ 16.8 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (R^2= .168, P <0.01) อภิปรายได้ว่าการประกาศนโยบายที่ชัดเจนมีผลให้การนิเทศในคลินิกสามารถวางแผนการดำเนินงานได้อย่างครบถ้วน กำหนดเป้าหมายการนิเทศได้ถูกต้อง รวดเร็ว และครอบคลุมสอดคล้องกับการศึกษา การพัฒนาระบบการนิเทศเพื่อความเป็นเลิศทางการพยาบาลในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิประสงค์ อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี [24]พบว่าระบบนิเทศทางคลินิกที่เป็นเลิศ คือ การกำหนดนโยบายที่ชัดเจน การมีส่วนร่วมของพยาบาลในองค์กร การติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่อง การสะท้อนกลับข้อมูล มีการพัฒนาอย่างต่อเนื่องทำให้เกิดคุณภาพการพยาบาล
อย่างสม่ำเสมอจะทำให้พยาบาลทุกคนในองค์กรเกิดการเรียนรู้ และจะเป็นวัฒนธรรมองค์กรที่ดีในที่สุด[25]

ผลการวิจัยครั้งนี้มีเพียง ปัจจัยการกำหนดนโยบายที่มีผลต่อการนิเทศในคลินิกทางการพยาบาลและสามารถทำนายได้เพียง ร้อยละ 16.8 อาจยังมีปัจจัยอื่นที่ยังไม่ได้นำมาศึกษา เช่น ภาวะผู้นำ การสื่อสาร กระบวนการนิเทศ เทคนิคการนิเทศ ความเชี่ยวชาญเฉพาะด้าน[26]และ ทัศนคติในการนิเทศในคลินิกทางการพยาบาล รวมถึงการพัฒนาเครื่องมือในการทำการวิจัยให้ครอบคลุมทุกประเด็นที่ทำการศึกษา

เอกสารอ้างอิง

1.กองการพยาบาล.ยุทธศาสตร์การบริการพยาบาล ระดับประเทศ พ.ศ. 2560 - 2564 ตามแผนยุทธศาสตร์ชาติ ระยะ 20 ปี (ด้านสาธารณสุข). สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข,2561

2.Robinson J. Improving practice through a system of clinical supervision**. Nursing times**.101(23) :30-32, 2005

3.เดือนเพ็ญ ทองพูล. ปัจจัยทำนายการนิเทศทางการพยาบาลของหัวหน้าหอผู้ป่วย โรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดชลบุรี.**วารสารโรงพยาบาลชลบุรี** 41(2) :122-128, 2559

4.บุริมรพี ดำรงรัตน์.**ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้ในการนิเทศทางการพยาบาล เจตคติต่อการนิเทศทางการพยาบาลและสภาพแวดล้อมในการทำงาน กับการปฏิบัติบทบาทการนิเทศของหัวหน้าหอผู้ป่วยโรงพยาบาลศูนย์สังกัดกระทรวงสาธารณสุข**. http://cuir.car.chula.ac.th/handle/123456789/4474สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2562

6.จงลักษ์ รสสุขุนิตยา และปริญญา ปริวัฒน์,และคณะ.การพัฒนารูปแบบการนิเทศในคลินิกงานอุบัติเหตุและฉุกเฉิน**.วารสารกองการพยาบาล**.45(1):66-85, 2561

7.บุญหนัก ศรีเกษมและอรชร กันจีนะ.การพัฒนารูปแบบการนิเทศในคลินิกต่อการเกิดแผลกดทับโรงพยาบาลราชวิถี.**วารสารกองการพยาบาล.** 45(1):8-24, 2561

8.White E andWinstanley J. Clinical Supervision for mental health professionals. Social Work and Social Sciences Review. 14(3) :77-94, 2012

9.Beck CT and Polit DF. Nursing research: **Principles and methods**. Lippincott Williams & Wilkins; 2003.

10.ระวิพรรณ สุนทรเวชพงษ์.**ปัจจัยที่สัมพันธ์กบัการปฏิบัติกิจกรรมการนิเทศของผู้นิเทศทางการพยาบาลโรงพยาบาลภาคตะวันออก**.http://digital_collect.lib.buu.ac.th/dcms/files/51924015.pdf สืบค้นเมื่อ 5 กุมภาพันธ์ 2562

11.นิศาชล รัตนมณี และประสพชัย พสุนนท์. อัตราการตอบกลับของแบบสอบถามในงานวิจัยเชิงปริมาณ. **Journal of Humanities and Social Sciences Thonburi University**.1;13(3): 181-8, 2019

12.สำนักนโยบายและวิชาการสถิติ กลุ่มระเบียบวิธีสถิติ.เทคนิคการสุ่มตัวอย่างและการประมาณค่า. http://service.nso.go.th/nso/nsopublish/Toneminute/files/55/A3-16.pdfสืบค้นเมื่อ 6 กุมภาพันธ์2562

13.บุญชม ศรีสะอาด. การแปลผลเมื่อใช้ เครื่องมือรวบรวมข้อมูลแบบ มาตราส่วน ประมาณค่า. **Journal of Educational Measurement Mahasarakham University**. 2(1): 64-70,1999

14. บุญใจ ศรีสถิตนรากูร.การแปลเครื่องมือ วิจัยฉบับภาษาต่างประเทศและการตรวจสอบคุณภาพ. **Journal of Research and Curriculum Development**. 2(2) :49-61,2014

15.วนิดา โชควาณิชย์พงษ์, อลิสา ช่วงอรุณและคณะ. การพัฒนาระบบการนิเทศ ทางการพยาบาลศูนย์บริหารยาเคมีบำบัดสถาบันมะเร็ง แห่งชาติ. **Journal of Nursing Division- วารสารกองการพยาบาล.**41(3) : ,2014

16. รุจิรางค์ วรรณ์ธนาทัศน์, รัชตวรรณศรี ตระกูล, และคณะ.การพัฒนารูปแบบการนิเทศในคลินิกการพยาบาลในการบริหารยา ความ เสี่ยงสูง โดยการมีส่วนร่วมของพยาบาลผู้นิเทศทุก ระดับโรงพยาบาลนครปฐม Development of a Nursing Clinical Supervision Model for High Alert Drugs (HADs) Administration with Nurse Supervisors' Participat.**Journal of Nursing and Health Care**. 1;36(1) : 234-43,2018

17. มธุรส ตันติเวส, อารีรัตน์ ขำอยู่และคณะ. การพัฒนารูปแบบการนิเทศทางการสำหรับผู้ตรวจการพยาบาลนอกเวลาราการ โรงพยาบาลสงฆ์. **The Journal of Faculty of Nursing Burapha University**.25(3):41-51, 2017

18. Lyth GM. Clinical supervision: a concept analysis. **Journal of advanced nursing**. 31(3) :722-9,2000

19. นงลักษณ์ ก่ำภัศสรและสุวิณี วิวัฒน์วานิช. ผลของโปรแกรมการนิเทศในคลินิกต่อการเกิดแผลกด ทับของผู้ป่วยและความพึงพอใจต่อการนิเทศของ พยาบาล วิชาชีพ. **Journal of Nursing Division-วารสารกองการพยาบาล.** 43(3), 2016

20.อรนันท์ หาญยุทธ. กระบวนการพยาบาล และ การนำ ไปใช้ Nursing Process and Implications. Journal of The **Royal Thai Army Nurses**.15(3):137-43,2014

21.Fall M, Sutton Jr JM. Clinical supervision: A handbook for practitioners. **Pearson Education New Zealand**.2004.

22.ผ่องพรรณ ธนา, กนกรัตน์ แสงอำไพ และ สุทธิศรี ตระกูลสิทธิโชค.ผลของการนิเทศในคลินิกต่อการใช้กระบวนการพยาบาล ในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานและความพึงพอใจของพยาบาล.**Journal of Nursing and Health Care**. 35(4) :52-60, 2561

23. Edwards D Cooper L andet al..Factors influencing the effectiveness of clinical supervision.**Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**.12(4) :05-14, 2005

24.ทานตะวัน คำราช, จีระศักดิ์ เจริญพันธ์และสุรพร ลอยหา. การพัฒนาระบบการนิเทศเพื่อความ เป็นเลิศทางการพยาบาลในโรงพยาบาลค่ายสรรพสิทธิ ประสงค์ อำเภอ วารินชำราบ จังหวัด อุบลราชธานี.Journal of The Royal Thai Army Nurses. 13(3):60-71.2012

25.หรรษา เทียนทองและพุทธชาติ สมณา.นิเทศทางการพยาบาลแบบสวนดอก.ถอดบทเรียนการประชุมวิชาการ17th HA National Forum คุณภาพทุกลมหายใจ Enjoy Quality Every Moment.**www.chulalongkornhospital.go.th** สืบค้นเมื่อ 30 พฤษภาคม 2562

26.สุพิศ กิตติรัชดาและวารี วณิชปัญจพล. การบริหารการพยาบาลสู่คุณภาพการนิเทศทางการพยาบาล.**Nursing supervision implementation to quality**.กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์, 2551

กระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

The Process of Solving Problem in Teenager by Participating in The Community at That Thong Subdistrict Sawang Daen Din District Sakon Nakhon Province

สุทธิดา พิมพ์เพ็ง[1] เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์[2]

Suttida Pimpeng[1] Terdsak Promarak[2]

(Received: October 9,2020; Accepted: November 10,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ วัยรุ่นในพื้นที่ตำบลธาตุทอง จำนวน 210 คน โดยการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random Sampling) เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม และ แบบสังเกตกระบวนการ วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา และสถิติพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า กระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย ศึกษาบริบท นำเสนอผลการศึกษา กำหนดแนวทางและกิจกรรม ลงมือปฏิบัติตามแนวทางและกิจกรรม การสังเกตการณ์และการบันทึกพฤติกรรมและจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ เกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ นอกจากนี้ยังพบว่า ระดับความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ การรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ การมีส่วนร่วมในการมีส่วนร่วมกระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และความพึงพอใจในการดำเนินงานกระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เพิ่มขึ้นจากก่อนการจัดกระบวนการ

คำสำคัญ : การเรียนรู้ , พฤติกรรม , การป้องกันการตั้งครรภ์ , วัยรุ่น

Abstract

This research was action research aimed to studied the process of solving problem in teenager by participating in the community at That Thong Subdistrict Sawang Daen Din District Sakon Nakhon Province. Sample size were 210 teenagers in the area of That Thong Sub district by Stratified Random Sampling. Data were collected by questionnaire , focus group interview and process observation. Data were analyzed by content analysis and descriptive statistic.

The study found that process of solving problem in teenager by participating in the community at That Thong Subdistrict Sawang Daen Din District Sakon Nakhon Province include Study the context , Presenting the study results, set guidelines and activities, Take action according to guidelines and activities, Observation and recording of behavior and organize meetings to exchange knowledge and experiences about success factors, problems, obstacles, and recommendations. It was also found that Level of knowledge about the prevention of unwanted pregnancy , Perception about pregnancy prevention Behavior in protecting yourself from pregnancy, Participation in adolescent pregnancy prevention development processes and satisfaction in the implementation of the adolescent pregnancy prevention development process increased from before organizing the process.

Keyword : learning , behavior , pregnancy protection , teenage

[1] สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[2] อาจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทนำ

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นเรื่องที่ทั่วโลกให้ความสำคัญ องค์การสหประชาชาติ ได้กำหนดให้การลดอัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี เป็นหนึ่งในตัวชี้วัดของเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goals, MDGs) และเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDGs) กำหนดให้การลดอัตราคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-14 ปีและอายุ15-19 ปี เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดในการบรรลุเป้าหมายที่ 3 ว่าด้วยการสร้างหลักประกันให้คนมีชีวิตที่มีคุณภาพและส่งเสริมสุขภาวะที่ดีของคนทุกเพศทุกวัยที่นานาชาติต้องการบรรลุให้ได้ภายใน พ.ศ.2573 (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2561)

ประเทศไทย พบว่าการคลอดในวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา จากข้อมูลจากสถิติสาธารณสุขพบว่า วัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี คลอดบุตรเพิ่มขึ้นจากประมาณ 95,000 คน ใน พ.ศ. 2546 เป็นประมาณ 104,300 คน ในปี พ.ศ. 2559 ในจำนวนนี้เป็นการคลอดบุตรโดยวัยรุ่นที่มีอายุน้อย คือ อายุต่ำกว่า 15 ปีประมาณปีละ3,000 คน ใน พ.ศ. 2560 นอกจากนั้น วัยรุ่นอายุ 10-19 ปี ที่คลอดบุตรซ้ำหรือคลอดเป็นครั้งที่สองขึ้นไปมีมากถึง 28,231 คน หรือเท่ากับร้อยละ 20.0 ของการคลอดในวัยรุ่นอายุ 10-19 ปี (สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์, 2561) การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นปัญหาสำคัญและรุนแรงขึ้นประเทศไทย มีข้อบ่งชี้ว่าวัยรุ่นไทยมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้นและมีอายุน้อยลดลงเรื่อยๆทำให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยผลการสำรวจของกระทรวงสาธารณสุข ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเกิดจากหลายสาเหตุ เช่น ขาดความรู้เรื่องเพศศึกษาและชีววิทยาการเจริญพันธุ์ซึ่งไม่รู้ว่าจะตั้งครรภ์เมื่อใด มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการร่วมเพศกับการตั้งครรภ์เชื่อว่าร่วมเพศครั้งเดียวไม่ท้อง และที่สำคัญคือวัยรุ่นชายไม่ใช้ถุงยางอนามัย เพราะเข้าใจว่าเป็นการขัดขวางความรู้สึกทางเพศ กล่าวได้ว่าปัญหาเหล่านี้ทำให้เกิดการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ผลกระทบทางสุขภาพจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เช่น การเสียชีวิตของมารดา การเสียชีวิตของทารก เด็กแรกเกิดน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ มีความเสี่ยงต่อการทำแท้งที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งอาจเป็นอันตรายต่อชีวิต นอกจากนี้ยังทำให้เสียโอกาสทางการศึกษาหน้าที่การงานรวมทั้งรายได้ในอนาคต การขาดความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร ส่งผลให้เด็กจำนวนหนึ่งถูกทอดทิ้งหรือเติบโตมาอย่างไม่มีคุณภาพ

อำเภอสว่างแดนดิน ในปีพ.ศ.2558 มีประชากรทั้งหมด 127,472 คน ชาย 63,668 คน หญิง 63,804 คน มีหญิงตั้งครรภ์ก่อนวัย 136 คน ร้อยละ 25.6 ในปี พ.ศ. 2559 มีประชากรทั้งหมด 127,994 คน ชาย 63,835 คน หญิง 64,159 คน มีหญิงตั้งครรภ์ก่อนวัย 196 คน ร้อยละ 37.3 ในปี พ.ศ. 2560 มีประชากรทั้งหมด 128,309 คน ชาย 64,006 คน หญิง 64,303 คน มีหญิงตั้งครรภ์ก่อนวัย จำนวน 193 ร้อยละ 36.4 (HDC สกลนคร)

ตำบลธาตุทอง ในปี พ.ศ. 2558 มีประชากรทั้งหมด จำนวน 5,261 คน ชาย 2,543 คน หญิง 2,718 คน เยาวชนอายุ 12-15 ปี จำนวน 475 คน ชาย 236 คน หญิง 239 คน มีหญิงตั้งครรภ์ก่อนวัย จำนวน 10 คน ร้อยละ 4.1 ในปี พ.ศ. 2559 มีประชากรทั้งหมด จำนวน 5,188 คน ชาย 2,510 คน หญิง 2,678 คน เยาวชนอายุ 12-15 ปี จำนวน 467 คน ชาย 245 คน หญิง 222 คน มีหญิงตั้งครรภ์ก่อนวัย จำนวน 9 คน ร้อยละ 4.0 ในปี พ.ศ. 2560 มีประชากรทั้งหมด จำนวน 5,515 คน ชาย 2,676 คน หญิง 2,839 คน เยาวชนอายุ 12-15 ปี จำนวน 289 คน มีหญิงตั้งครรภ์ก่อนวัย จำนวน 14 คน ร้อยละ 4.8 จากการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาของวัยรุ่นตำบลธาตุทอง โดยภาคีเครือข่ายและชุมชนเมื่อเดือน กรกฎาคม 2561 พบว่า เยาวชนส่วนใหญ่ไม่เชื่อฟังคำสอนของผู้ปกครอง มีเรื่องทะเลาะวิวาท มั่วสุมยาเสพติด มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม โดยเยาวชนส่วนใหญ่รวมทั้งผู้ปกครอง ไม่มีการสื่อสารทางเพศเชิงบวก ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นยังไม่ได้รับการแก้ไขที่ถูกวิธี

ผู้วิจัยร่วมกับชุมชน ได้ให้ความสำคัญที่จะค้นหากระบวนการที่เหมาะสม ในการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของตำบลธาตุทอง เพื่อให้วัยรุ่นตำบลธาตุทองได้เข้าถึงบริการ ได้รับการแนะนำการคุมกำเนิดที่ถูกวิธีและปลอดภัย มีความรู้ในการดูแลด้านสุขภาพ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีการทำงานเป็นทีม ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลวัยรุ่น มีการเชื่อมโยงการดำเนินงานร่วมกัน ระหว่างเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง และที่สำคัญคือ ได้กระบวนการพัฒนาการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น จึงได้จัดทำ

งานวิจัย โดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ให้ชุมชนและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง มาร่วมประชุมแบบมีส่วนร่วม วิเคราะห์บริบทและสถานการณ์ของปัญหา ดำเนินงานตามกระบวนการแบบการมีส่วนร่วม และการประเมินการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหลังดำเนินการ เพื่อให้ได้แนวทางหรือกระบวนการพัฒนาการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยชุมชนตำบลธาตุทอง เป็นการป้องกันและแก้ไขการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของชุมชนได้อย่างยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของชุมชนในการดูแลป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พื้นที่ตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

2. เพื่อศึกษากระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

3. เพื่อศึกษาผลการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยยึดกระบวนการของ Kemmis and McTaggart (2000) มาใช้เป็นกรอบดำเนินการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย

กลุ่มที่ 1 กลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่ตำบลธาตุทอง ทั้ง 8 หมู่บ้าน ปี 2561 ตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ซึ่งมีประชากรที่ศึกษา จำนวน 466 คน [13]

กลุ่มที่ 2 กลุ่มขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยชุมชน ตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร โดยมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายหลัก โดยมี 4 ภาคส่วน ตามหมวด 2 มาตรา 11 พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ประกอบด้วย 4 ภาคส่วน ได้แก่ ภาคประชาสังคม สถานศึกษา สถานบริการสาธารณสุข ราชการส่วนท้องถิ่น รวมจำนวน 39 คน และ กลุ่มตัวแทนของวัยรุ่นและผู้ปกครอง จำนวน 32 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มที่ 1 การหาขนาดตัวอย่างของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 210 คน ได้มาจากวิธีการคำนวณโดยใช้สูตรการประเมินค่าสัดส่วนในประชากร กรณีที่ทราบจำนวนประชากรและกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนทางสถิติที่ระดับ 0.05 [22],[19]

สูตร $$n = \frac{NZ^2_{\alpha/2}P(1-P)}{e^2(N-1)+Z^2_{\alpha/2}P(1-P)}$$

เมื่อกำหนดให้

n = ขนาดตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร มีค่าเท่ากับ 830

α *= ความผิดพลาดของการสรุปลักษณะประชากรจากค่าสถิติของตัวอย่างมีค่าเท่ากับ 0.05*

Z_{α_2} *= ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน มีค่าเท่ากับ 1.96*

P = สัดส่วนในการประมาณค่ามีค่า = 0.57 (พอเพ็ญ ไกรนรา, เมธินี เกตวาธิมาตร และมัณฑนา มณีโชติ, 2556)

e = ความคลาดเคลื่อนในการประมาณค่า (5%) มีค่าเท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตร

n = 210

ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ต้องการศึกษาครั้งนี้เท่ากับ 210 คน และนำไปทำการสุ่มโดยใช้การสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified Sampling) ของวัยรุ่นแต่ละหมู่บ้าน

กลุ่มที่ 2 กลุ่มขับเคลื่อนการพัฒนา ภาคประชาสังคม ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มสภาเด็กและเยาวชน สถานบริการสาธารณสุข ได้แก่ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลวิชาชีพ สถานศึกษา ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงเรียน/ครูผู้รับผิดชอบงานอนามัยโรงเรียน ครูประจำศูนย์การศึกษาเรียนรู้นอกระบบ ราชการส่วนท้องถิ่น ได้แก่ นายกองค์การบริหารส่วนตำบลธาตุทอง รองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลธาตุทอง ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลธาตุทอง กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน สารวัตรกำนัน กลุ่มตัวแทนของวัยรุ่นชายและหญิง ทั้ง 8 หมู่บ้าน กลุ่มตัวแทนผู้ปกครองทั้ง 8 หมู่บ้าน จำนวน 70 คน **เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria)** 1) เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในตำบลธาตุทอง

อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร 2) สามารถให้ข้อมูลในระหว่างการดำเนินการศึกษา 3) มีความยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา 4) ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ครบทุกครั้ง **เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria)** 1) เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดการทำวิจัย 2) เสียชีวิตด้วยโรคต่าง ๆ ในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย 3) ย้ายถิ่นที่อยู่อาศัยขณะทำการศึกษาวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล

1.1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ

เครื่องมือชุดที่ 1 แบบสอบถามสำหรับ เก็บข้อมูลกลุ่มวัยรุ่นในตำบลธาตุทอง แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 4 ส่วน 1) ลักษณะทางประชากร 2) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 3) การรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 4) พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์

เครื่องมือชุดที่ 2 สำหรับเก็บข้อมูลกลุ่มขับเคลื่อนการพัฒนา แบบสอบถามข้อมูลเชิงปริมาณ ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้นโดยแบ่งออกเป็น 4 ส่วน 1) ลักษณะทางประชากร 2) ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมการดำเนินงานการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจำนวน

1.2 เครื่องในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม 2) แบบสังเกตกระบวนการ

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ หาค่าความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) และหาความสอดคล้องระหว่างจุดประสงค์กับเนื้อหาโดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of item-objective Congruence : IOC) ใช้เกณฑ์พิจารณาค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป ตรวจหาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) โดยข้อคำถามที่ใช้วัดความรู้ทำการวิเคราะห์ด้วยวิธี Kuder Richardson (KR-20) มีค่าความเชื่อมั่น 0.82 และการวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ได้พบว่า 1) ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89 2) ค่าความเชื่อมั่นด้านการรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.84 3) ค่าความเชื่อมั่นด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันการตั้งครรภ์มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.87 4) ค่าความเชื่อมั่นด้านความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมการดำเนินงานการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.94 5) ค่าความเชื่อมั่นด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.89

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 วางแผน Planning

1.1 วิเคราะห์บริบทของพื้นที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับกระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร โดยการประชุมในรูปแบบ Focus Group

1.2 ประชุมค้นหาปัจจัย วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาและอุปสรรค ใช้หลัก (AIC) มีขั้นตอนการดำเนินกระบวนการ

1.3 จัดทำแผนปฏิบัติการกระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยชุมชน ตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Action)

2.1 ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

3.1 นิเทศติดตามการดำเนินงาน

3.2 ประเมินผลการดำเนินงาน 1) ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ 2) การรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ 3) พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันการตั้งครรภ์ 4) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น 5) ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมการดำเนินงานการป้องกันการตั้งครรภ์ของวัยรุ่น

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

4.1. ถอดบทเรียนการดำเนินงาน

4.2 แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ สถิติที่ใช้ คือ สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐาน ความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรม และการมีส่วนร่วมในการ

พัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนจากข้อมูลแบบสอบถามการศึกษากระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร โดยใช้การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าสูงสุดและค่าต่ำสุด

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้เสนอเพื่อพิจารณาและอนุมัติจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้รับการอนุมัติ เลขที่ 045/2562 เมื่อวันที่ 25 เมษายน 2562

ผลการวิจัย

1. บริบทของชุมชน ตามกระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธาตุทอง มีหมู่บ้านรับผิดชอบทั้งหมด 8 หมู่ คือ หมู่ที่ 1 บ้านธาตุ หมู่ที่ 2 บ้านหินโงม หมู่ที่ 3 บ้านโนนสร้างไพ หมู่ที่ 4 บ้านหนองหอย หมู่ที่ 5 บ้านคันชา หมู่ที่ 6 บ้านโคกหลวง หมู่ที่ 7 บ้านเดิด หมู่ที่ 8 บ้านเดื่อ ประกอบอาชีพส่วนใหญ่คือ เกษตรกร โดยมีพื้นที่ร่วมกันทั้งหมด ประมาณ 18,643 ไร่

2. กระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

1. การวางแผน (Planning)

1) ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบททั่วไปของพื้นที่ ลักษณะทางประชากร จำนวน 210 คน ระหว่าง เดือน กรกฎาคม – สิงหาคม 2562 พบว่า วัยรุ่นส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 64.8) รองลงมาคือเพศชาย (ร้อยละ 35.2) กลุ่มวัยรุ่นมีอายุ15 ปี (ร้อยละ 31.0) รองลงมาอายุ 14 ปี (ร้อยละ 21.0)ปัจจุบันพักอาศัยอยู่กับบิดามารดา (ร้อยละ 62.9) รองลงมาพักอาศัยอยู่กับบิดาหรอมารดาคนใดคนหนึ่ง(ร้อยละ 31.9) บิดามารดาอยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 76.2) รองลงมาหม้ายหรือหย่าร้าง (ร้อยละ 21.4)บิดามีระดับการศึกษามัธยมศึกษา (ร้อยละ 53.3) รองลงมาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 25.2)มารดามีระดับการศึกษามัธยมศึกษา (ร้อยละ 48.6) รองลงมาระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 16.7) บิดาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (55.2) รองลงมาประกอบอาชีพ ค้าขาย (ร้อยละ 22.4) มารดาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป (ร้อยละ 45.7) รองลงมาประกอบอาชีพเกษตรกรรม เช่น ทำไร่ ทำนา ทำสวน (ร้อยละ 23.8) ค่าใช้จ่ายของนักเรียนต่อวันพอใช้ไม่เหลือเก็บ(ร้อยละ 50.5) รองลงมาพอใช้และเหลือเก็บ (ร้อยละ 27.6) เมื่อมีเรื่องไม่สบายใจจะปรึกษาผู้ปกครอง (ร้อยละ 28.6) รองลงมาคือปรึกษาเพื่อน (ร้อยละ 27.1) เพื่อนในกลุ่มหรือเพื่อนสนิทมีส่วนช่วยในการตัดสินใจปานกลาง (ร้อยละ 31.9) รองลงมามีส่วนช่วยน้อย (ร้อยละ 25.7) เมื่อมีเวลาว่างจะเล่นเกมส์คอมพิวเตอร์ (ร้อยละ 22.9) รองลงมาออกกำลังกาย (ร้อยละ 17.6)พฤติกรรมในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมามีคู่รัก (ร้อยละ 37.1) รองลงมาดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 20.5) ได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศจากอินเตอร์เน็ต (ร้อยละ 31.0) รองลงมาจากครูที่โรงเรียน (ร้อยละ 18.1)

2) ขั้นตอนที่ 2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ นำเสนอผลการศึกษาเพื่อให้ภาคีเครือข่ายได้ รับทราบและเข้าใจปัญหาโดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น วันที่ 18 กรกฎาคม 2562 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธาตุทอง มีนายกองค์การบริหารส่วนตำบลธาตุทองเป็นประธานในการประชุม ผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น จำนวน 70 คน ซึ่งผู้วิจัยได้นำปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่ได้จากการรวบรวมเอกสาร จากการสำรวจ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ การรับรู้ความรุนแรงของการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันการตั้งครรภ์ นำมาวิเคราะห์ เพื่อเป็นแนวทางในการในการจัดทำแผนงาน ปฏิบัติการ ผลการจัดการประชุม พบว่า ผู้เข้าร่วมการประชุม มีความสนใจกระตือรือร้นในการเข้าร่วม ประชุมและร่วมกิจกรรมต่าง ๆ บรรยากาศในการประชุมเป็นกันเอง ผลที่เกิดขึ้นเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ที่ตั้งไว้ ได้แผนปฏิบัติการหลัก จำนวน 2 โครงการ คือโครงการเฝ้าระวังและติดตามวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยง โครงการรณรงค์สร้างกระแส และสร้างค่านิยมเรื่องเพศสัมพันธ์ที่มีสุขภาวะ

3) ขั้นตอนที่ 3 กำหนดแนวทางและกิจกรรมการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา จำนวน 2 โครงการ คือ โครงการ

เฝ้าระวังและติดตามวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยง โครงการรณรงค์สร้างกระแส และสร้างค่านิยมเรื่องเพศสัมพันธ์ที่มีสุขภาวะ

2. ขั้นปฏิบัติ (Action)

1) ขั้นตอนที่ 4 ลงมือปฏิบัติตามแนวทางและกิจกรรมการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาดังนี้

1.1) โครงการเฝ้าระวังและติดตามวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ดังนี้

- จัดอบรมให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวที่มีวัยรุ่นตอนต้น โดยกลุ่มเป้าหมายคือพ่อ แม่หรือผู้ปกครองและลูกเข้าอบรมร่วมกันโดยให้ได้แสดงบทบาทหน้าที่ที่พึง ประสงค์ในการอบรมเลี้ยงดูลูกให้เป็นคนดี มีคุณธรรม จริยธรรม รู้จักหน้าที่ความรับผิดชอบ และให้ความ รักความอบอุ่นแก่ลูกโดยมีกิจกรรมการกอด เป็นตัวเชื่อมความสัมพันธ์ และกิจกรรมเปิดใจของผู้เข้าร่วม อบรม

- จัดบรรยากาศในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เป็นแบบแบ่งฐานความรู้ เพื่อให้ทุกคนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ในแต่ละฐาน

- ใช้สื่อและวิธีการได้แก่บัตรคำถามเพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้แลกเปลี่ยน ความเห็นว่า ควรปฏิบัติตัวอย่างไรในสถานการณ์นั้นๆ

- ผู้นำสันทนาการเป็นผู้นำทำกิจกรรมละลายพฤติกรรม เพื่อสร้างความคุ้นเคยให้แก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และรู้จักกันมากยิ่งขึ้น เช่น ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแนะนำตัวเองสั้นๆ การปรบมือสร้างความพร้อมเพรียง การเต้นตาม จังหวะเพลง เป็นต้น เพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้ในแต่ละส่วน

1.2) โครงการแก้ไขเกษตรกรปลอดโรคห่างไกล ภัยจากสารพิษกำจัดศัตรูพืช

วิธีการดำเนินงาน รณรงค์สร้างกระแสเพื่อให้วัยรุ่นมีทัศนคติ/ค่านิยม รวมทั้งมีค่านิยมทางเพศที่เหมาะสม โดยบางพื้นที่ องค์การบริหารส่วนตำบลธาตุทอง ได้ให้ความสำคัญโดยการสนับสนุนงบประมาณร่วมรณรงค์การให้ความรู้การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจากเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม โดยการกระจายถุงยางอนามัยรวมทั้งสาธิตวิธีการใช้อย่างถูกวิธีแก่เยาวชนและผู้ที่มาถุงยางอนามัย ซึ่งจะรณรงค์ในเทศกาลที่สำคัญในพื้นที่ เช่นงานบุญบั้งไฟ, งานลอยกระทง, งานวันเอดส์โลก, งานแข่งขันกีฬา เป็นต้น

3. ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation)

ขั้นตอนที่ 5 เป็นกิจกรรมการสังเกตการณ์และการบันทึกพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ โดยใช้ แบบสังเกต และแบบประเมินผล

1) เปรียบเทียบระดับความรู้เกี่ยวกับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ของกลุ่มผู้นำชุมชนในการขับเคลื่อน ก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 55.7 (Mean=11.61, SD=0.71) และหลังการพัฒนาและหลังการพัฒนาของกลุ่มผู้นำชุมชนในการขับเคลื่อนมีระดับความรู้ระดับสูง ร้อยละ 81.4 ระดับปานกลาง ร้อยละ 15.1 (Mean=21.79, SD=0.41)

2) เปรียบเทียบการรับรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ของกลุ่มขับเคลื่อน ก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 71.4 (Mean=2.89, SD=0.91) และหลังการพัฒนาของกลุ่มผู้นำชุมชนในการขับเคลื่อนมีระดับความรู้ระดับสูง ร้อยละ 78.5 ระดับปานกลาง ร้อยละ 12.8 (Mean=2.21, SD=0.43)

3) เปรียบเทียบ พฤติกรรมการปฏิบัติตนในการป้องกันตนเองจากการตั้งครรภ์ ของกลุ่มผู้นำชุมชนในการขับเคลื่อนก่อนการพัฒนา มีการปฏิบัติตนบางครั้ง ร้อยละ 60.0 การปฏิบัติตนประจำ ร้อยละ 22.8 การปฏิบัติตนไม่เคย ร้อยละ 17.14 (Mean = 2.87, SD = 0.76) หลังการพัฒนา มีการปฏิบัติตนประจำ ร้อยละ 80.0 การปฏิบัติตนบางครั้ง ร้อยละ 11.4 และการปฏิบัติตนไม่เคย ร้อยละ 8.5 (Mean=2.37, SD=0.42)

4) เปรียบเทียบการมีส่วนร่วมในการมีส่วนร่วมกระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ของกลุ่มขับเคลื่อนก่อน ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 54.2 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 28.5 (Mean=2.92, SD=0.71) และหลังการพัฒนา ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 74.2 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 14.2 (Mean=2.75, SD=0.55)

5) เปรียบเทียบความพึงพอใจในการดำเนินงานกระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นก่อนการ

พัฒนาส่วนใหญ่มีความพึงใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 48.5 มีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 24.2 และระดับความพึงพอใจน้อย ร้อยละ 9.2 (Mean=2.98,SD=0.46) และหลังการพัฒนา พบว่า ความพึงพอใจในการดำเนินงานการ ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 78.5 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 14.2 (Mean=2.24, SD=0.25

4. ขั้นสะท้อนกลับการปฏิบัติ (Reflection)

ขั้นตอนที่ 6 จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ เกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาในวงรอบต่อไป ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัย ได้เชิญภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน จำนวน 70 คน เข้าร่วมการประชุม เพื่อสรุปปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหาในวงรอบต่อไป

3. ผลของการดำเนินงานตามกระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร

ผลของการวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้กระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร มีขั้นตอนการดำเนินงาน 8 ขั้นตอน ประกอบด้วย การวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของชุมชนตำบลธาตุทอง ขั้นตอนการวางแผนกำหนด Action Plan โดยการมีส่วนร่วม การดำเนินตามแผนประกอบด้วย 2 โครงการ ดังนี้ โครงการที่ 1 ได้แก่ โครงการเฝ้าระวังและติดตามวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยง มี 1 กิจกรรมคือ จัดอบรมให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวที่มีวัยรุ่น โดยกลุ่มเป้าหมายคือพ่อ แม่หรือผู้ปกครองและลูก เข้าอบรมร่วมกันโดยให้ได้แสดงบทบาทหน้าที่ที่พึง ประสงค์ ในการอบรมเลี้ยงดูลูกให้เป็นคนดี มีคุณธรรม จริยธรรม รู้จักหน้าที่ความรับผิดชอบ และให้ความ รักความอบอุ่นแก่ลูกโดยมีกิจกรรมการกอดเป็นตัวเชื่อมความสัมพันธ์ และกิจกรรมเปิดใจของผู้เข้าร่วม อบรม และโครงการที่ 2 ได้แก่ โครงการรณรงค์สร้างกระแส และสร้างค่านิยมเรื่องเพศสัมพันธ์ที่มีสุขภาวะ มี 1 กิจกรรม คือ รณรงค์สร้างกระแสเพื่อให้วัยรุ่นมีทัศนคติ/ค่านิยม รวมทั้งมีค่านิยมทางเพศที่เหมาะสม และขั้นสังเกตการณ์ผู้วิจัยได้ติดตาม นิเทศงาน

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของตามกระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ปัจจัยแห่งความสำเร็จของตามกระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร จากผลการศึกษากาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่า ปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จในตามกระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน คือ L-C-T ประกอบด้วย

L : Leader คือ ผู้นำของทุกภาคส่วนเห็นความสำคัญในการรพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีส่วนร่วม มีการบูรณาการร่วมกัน ทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคประชาชน ทำให้ตระหนักความสำคัญในการแก้ปัญหาเด็กและเยาวชน การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและสนับสนุนการแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนในพื้นที่ของตนเอง

C : Community คือ ชุมชนมีการขับเคลื่อนระดับนโยบาย ด้านการแก้ไขปัญหาด้านเด็กและเยาวชน เพื่อแก้ไขปัญหาการทะเลาะวิวาท ปัญหายาเสพติด (สุราซึ่งเป็นสาเหตุหลักนำไปสู่การทะเลาะวิวาท) และปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

T : Team คือ การทำงานเป็นทีม เพื่อการดำเนินงานจำเป็นจะต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อน จะขับเคลื่อนเพียงคนใดคนหนึ่งมิได้

สรุปและอภิปรายผล

1. บริบทกระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลธาตุทองอำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร จากการศึกษาบริบทกระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลธาตุทองอำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร พบว่า การดำเนินงาน การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นนั้นเกิดจากความร่วมมอของทุกภาคส่วน มีการบูรณาการร่วมกัน ทำให้ตระหนักความสำคัญในการแก้ปัญหาเด็ก

และเยาวชน การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและสนับสนุนการแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนในพื้นที่ของตนเอง วิไล วิชากร (2550)[16] ได้ศึกษารูปแบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในกลุ่มวัยรุ่นในกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามและข้อมูลเชิงคุณภาพ ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย การดูสื่อโป๊จากแหล่งต่างๆรวมทั้งการเที่ยวสถานเริงรมย์และจากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า นักเรียนกลุ่มนี้มีทัศนคติ/ ต่อพฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญเหล่านี้ว่าเป็นเรื่องของการเปลี่ยนแปลงของยุคสมัย เริ่มมีแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงค่านิยม/แนวคิด เช่น การมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนการไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

2. กระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ใช้แนวคิดของ Kemmis and Mc Taggart (1988) มาใช้เป็นกรอบดำเนินการ ซึ่งประกอบด้วย ขั้นวางแผน (Planning) ขั้นลงมือปฏิบัติงาน (Action) ขั้นสังเกตผล (Observation) และขั้นสะท้อนผล (Reflection) พบว่า พบว่าการมีส่วนร่วมในการมีส่วนร่วมกระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ก่อนพัฒนาพบว่า ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 54.28 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 28.57 (Mean=2.92, SD=0.71) และหลังการพัฒนา ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 74.28 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 14.28 (Mean=2.75, SD=0.55) ศศิธร จารย์คุณ และคณะ (2558)[17] ศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและ แก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตำบลคูเมือง อำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ ผ่านกระบวนการวิเคราะห์ สถานการณ์ การวางแผน การทดลองปฏิบัติการประเมินผลและการปรับปรุงแก้ไข ใช้วิธีเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ การศึกษาแบ่งเป็น 3 ระยะ คือ (1) การศึกษาสถานการณ์ปัญหาจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิโดย ใช้แบบสอบถาม การสัมภาษณ์เชิงลึก การสังเกต เพื่อเป็นข้อมูลนำเข้า และ (2) การศึกษากระบวนการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหา โดยใช้การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมทำงานร่วมกับภาคีเครือข่าย ผลการศึกษา พบว่า วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยงยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงเหมือนเดิม แต่ความถี่ของพฤติกรรมการเข้าไปยุ่งเกี่ยวกับกิจกรรมทางเพศก่อนวัยอันควร และการเปลี่ยนคู่ลดลง วัยรุ่นส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันตนเอง และเกิดทักษะในการปฏิเสธ

3. ผลของกระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร กระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร มีขั้นตอนการดำเนินงาน 8 ขั้นตอนประกอบด้วย การวิเคราะห์บริบทและสถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นของชุมชนตำบลธาตุทอง ขั้นตอนการวางแผน กำหนด Action Plan โดยการมีส่วนร่วม การดำเนินตามแผน ประกอบด้วย 2 โครงการ ดังนี้ โครงการที่ 1 ได้แก่ โครงการเฝ้าระวังและติดตามวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมเสี่ยง มี 1 กิจกรรมคือ จัดอบรมให้ความรู้แก่สมาชิกในครอบครัวที่มีวัยรุ่น โดยกลุ่มเป้าหมายคือพ่อ แม่หรือผู้ปกครองและลูก เข้าอบรมร่วมกันโดยให้ได้แสดงบทบาทหน้าที่ที่พึง ประสงค์ ในการอบรมเลี้ยงดูลูกให้เป็นคนดี มีคุณธรรม จริยธรรม รู้จักหน้าที่ความรับผิดชอบ และให้ความรักความอบอุ่นแก่ลูกโดยมีกิจกรรมการกอด เป็นตัวเชื่อมความสัมพันธ์ และกิจกรรมเปิดใจของผู้เข้าร่วม อบรม และโครงการที่ 2 ได้แก่ โครงการรณรงค์สร้างกระแส และสร้างค่านิยมเรื่องเพศสัมพันธ์ที่มีสุขภาวะ มี 1 กิจกรรม คือ รณรงค์สร้างกระแสเพื่อให้วัยรุ่นมีทัศนคติ/ค่านิยม รวมทั้งมีค่านิยมทางเพศที่เหมาะสม และขั้นสังเกตการณ์ผู้วิจัยได้ติดตาม นิเทศงาน พบว่า ผลของการวิจัยครั้งนี้ ทำให้เกิดกระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร คือ THAT Model ที่สอดคล้องกับ วรณัน จัตุระศร (2561)[14] ได้ศึกษารูปแบบการดำเนินงานการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นตอนต้น ในเขตเทศบาลตำบลนามะเฟือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า จากรูปแบบการดำเนินงานการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นตอนต้น 7 ขั้นตอน ได้รูปแบบของการดำเนินงานการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นตอนต้น ในเขตเทศบาลตำบลนามะเฟือง จังหวัดหนองบัวลำภู คือ

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของกระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร พบว่า ปัจจัยที่ทำให้เกิดความสำเร็จใน กระบวนการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร คือ L-C-T ประกอบด้วย L : Leader คือ ผู้นำของทุกภาคส่วนเห็นความสำคัญในการพัฒนาการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนมีส่วนร่วม มีการบูรณาการร่วมกันทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคประชาชน ทำให้ตระหนักความสำคัญในการแก้ปัญหาเด็กและเยาวชน การมีส่วนร่วมในการส่งเสริมและสนับสนุนการแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนในพื้นที่ของตนเอง C : Community คือ ชุมชนมีการขับเคลื่อนระดับนโยบาย ด้านการแก้ไขปัญหาด้านเด็กและเยาวชน เพื่อแก้ไขปัญหาการทะเลาะวิวาท ปัญหายาเสพติด (สุราซึ่งเป็นสาเหตุหลักนำไปสู่การทะเลาะวิวาท) และปัญหาการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร T : Team คือ การทำงานเป็นทีม เพื่อการดำเนินงานจำเป็นจะต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อน จะขับเคลื่อนเพียงคนใดคนหนึ่งมิได้ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุภาวดี ป้องสา และคณะ (2553)[18] การมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและเยาวชนของเทศบาลตำบลวังชัย อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น พบว่า ผู้ปกครองมีการปรับทัศนะเรื่องเพศ คิดเชิงบวก มีการสื่อสาร และเข้าใจวัยรุ่นมากกว่าเดิมก่อนที่ยังไม่มีโครงการ เนื่องจากมีความเข้าใจถึงความสำคัญและจำเป็นต้องได้รับการเรียนรู้ ในเรื่องเพศและไม่คิดว่าเป็นการชี้โพรงให้กระรอกและได้ ขยายผลไปสู่ครอบครัวอื่นด้วย รวมทั้งปรับให้วัยรุ่นมีส่วนร่วมในงานบุญประเพณี มีวัยรุ่นทำหน้าที่จัดรายการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และเสียงเพลงทางเสียงตามสาย มีศูนย์การเรียนรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ ในวัยรุ่น และมีคณะทำงานในชุมชนส่วนในโรงเรียน มีชมรมทำกิจกรรมหลังเลิกเรียน มีการจัดตั้งคณะทำงานแกนนำนักเรียน มีห้องให้คำปรึกษา เพื่อนช่วยเพื่อน โดยมีครูคอยให้การช่วยเหลือ มีการ ประยุกต์และบูรณาการสอนเพศศึกษาร่วมกับวิชาอื่นที่นอกเหนือจากวิชา สุขศึกษา พลานามัย และ เชื่อมโยงการดูแลวัยรุ่นด้วยการให้บริการที่เป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชนของทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธาตุทอง ทั้งเชิงรุกและรับ ภาคีร่วมกันขับเคลื่อนทำงานไปพร้อมๆ กัน ส่งผลกระทบกับ วัยรุ่นในทิศทางบวก มีการติดตามประเมินผล ปรับแผนการทำงานเป็นระยะๆ จากผลการวิเคราะห์ ข้อมูลแบบสอบถาม พบว่า เรื่องความรู้เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยผู้ปกครองมีความรู้ ร้อยละ 67 และแกนนำวัยรุ่นมีความรู้ ร้อยละ 87 จึงเสนอแนะให้มีการดำเนินงาน ติดตาม อย่างต่อเนื่อง โดยมีองค์การบริหารส่วนตำบลให้การสนับสนุนงบประมาณ ผู้ปกครองนักเรียนทำกิจกรรมร่วมกัน วัยรุ่น เข้าถึงบริการอย่างเป็นกันเอง

ข้อเสนอแนะ

1. ในการศึกษาครั้งนี้ควรมีการจัดกิจกรรมที่ต่อเนื่องโดยเน้นการสร้างสัมพันธภาพที่ดีในโดยเฉพาะกิจกรรมกอดและเปิดใจเพื่อทำให้ วัยรุ่นได้มีสัมพันธภาพที่ดีและแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำให้เด็กวัยรุ่นตื่นตัวและมีความไว้วางใจเพื่อน ครู ผู้ปกครอง

2. ควรมีการสอดแทรกความรู้เรื่องเพศศึกษาและการป้องกันตนเองจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในแผนการเรียนการสอน และสื่อประกอบต่าง ๆ

3. ผู้ปกครองและอาจารย์ที่ดูแลวัยรุ่นควรได้รับความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจและมีทัศนคติที่ดีในเรื่องเพศศึกษาเพื่อที่จะเข้าใจ และให้คำปรึกษาอย่างถูกต้องกับนักเรียน

4. สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคอื่น ๆ ที่เกิดจากการมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสมในกลุ่มเด็กและวัยรุ่น

5. ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในเรื่องความยั่งยืนของกระบวนการพัฒนาโดยทำการประเมินผลซ้ำหรือติดตามหลังจากสิ้นสุดการทดลองเป็นระยะ เพื่อเป็นการกระตุ้นเตือนและหาวิธีการส่งเสริมให้วัยรุ่นมีพฤติกรรมการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศต่อไป

6. ศึกษาการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ผู้นำชุมชน ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ปกครอง เพื่อใช้เป็นแรงสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น โดยให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

7. จากผลของงานวิจัยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันตนเองจาการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ ที่ยังเป็นปัญหาที่พบวัยรุ่นยังมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม เช่น การระบายความต้องการทางเพศ การรักษาขนบธรรมเนียมประเพณีไทย การแต่งกายล่อแหลม การเที่ยวกลางคืน ซึ่งอาจมีสาเหตุมาจากการเปลี่ยนแปลงของสังคมไทยในยุคปัจจุบัน และนอกจากนั้นแล้วยังมีการรับรู้บางอย่างที่ยังไม่ถูกต้อง เช่น การวางตัวกับเพศตรงข้าม ทักษะการปฏิเสธ ดังนั้นจึงควรมีการให้ความรู้เพิ่มเติม

เอกสารอ้างอิง

1.เกษม นครเขตต์. (2556). *แนวคิดและทฤษฎีเครือ ข่ายทางสังคม (Social Network Theory)* กรุงเทพฯ: โครงการสร้างพันธมิตรการสร้างสุขภาพ.

2.ฉันท์ทนา ไตรบุญ. (2556). *การป้องกันการตั้งครรภ์ของสตรีอายุต่ำกว่า 20 ปีที่มาฝากครรภ์ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอเมือง จังหวัดพังงา.* วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยวลัยลักษณ์.

3.ธีระวุฒิ เอกะกุล. (2552). *ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์.* พิมพ์ครั้งที่ 5. อุบลราชธานี: วิทยาออฟเซทการพิมพ์.

4.นิตยา สุวรรณศรี. (2556). *รูปแบบการพัฒนาระบบการจัดการเรียนรู้เพศศึกษาบูรณาการแบบมีส่วนร่วม เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กและเยาวชนด้านการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดอุตรดิตถ์.* วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์.

5.ประจิม ศรีสุวรรณ. (2553). *มาตรการป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควรของเยาวชน เทศบาลตำบลทับกฤช อำเภอชุมแสง จังหวัดนครสวรรค์.* รายงานการศึกษาอิสระปริญญา
รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการปกครองท้องถิ่น วิทยาลัยการปกครองท้องถิ่นมหาวิทยาลัยขอนแก่น.

6.ประวิต เอราวรรณ์. (2545). *การวิจัยปฏิบัติการ.* กรุงเทพฯ: บริษัทสำนักพิมพ์ดอกหญ้าวิชาการจำกัด.

7.ประเวศ วะสี. (2557). *การพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน : สุขภาวะชุมชนเป็นรากฐานของสุขภาวะทั้งมวล.* กรุงเทพฯ: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

8.ปัทมา ผ่อง และโสภิต จาปาศักดิ์. (2554). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดพิจิตร. *วารสารสาธารณสุขล้านนา*, 10(3), 260-271.

9.ปาจรีย์ ผลประเสริฐ, วีรวรรณ วงศ์ปิ่นเพ็ชร์, วรางคณา ผลประเสริฐ, ยุภาดี ปณะราช, ณิชากร ดิษฐ์แก้ว และปรียานุช พรหมภาสิต. (2554). *แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการสมรสและการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในจังหวัดกำแพงเพชร.* กรุงเทพฯ:สำนักงานส่งเสริมและสนับสนุนวิชาการ 8 จังหวัดลพบุรี กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์.

10.พอเพ็ญ ไกรนรา, เมธิณี เกตวาธิมาตร และมัณฑนา มณีโชติ . (2556). ผลของโปรแกรมป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมโดยแกนนำนักศึกษาพยาบาลต่อความรู้ ทัศนคติและความตั้งใจในการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นตอนต้น. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา, 19(2), 20-30.

11.ภูดิท เตชาติวัฒน์. (2557). ประสิทธิผลของโปรแกรมการฝึกอบรมอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชนด้วยการจัดการเรียนรู้โดยใช้บริบทเป็นฐาน. *วารสาร การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 32(1), 87-96.

12.มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว. (2559). *พัฒนาการของวัยรุ่น.* กรุงเทพฯ: มูลนิธิเครือข่ายครอบครัว. ร่วมกับการสร้างแรงจูงใจเพื่อสร้างเสริมพฤติกรรมทางเพศที่พึงประสงค์ของนักเรียน.

13. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธาตุทอง. (2561). *รายงานวัยรุ่นในพื้นที่ตำบลธาตุทอง ตำบลธาตุทอง อำเภอสว่างแดนดิน จังหวัดสกลนคร ปี 2561.* สกลนคร: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลธาตุทอง.

14.วรณัน จัตุระศร. (2561). รูปแบบการดำเนินงานการป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ของวัยรุ่นตอนต้นในเขตเทศบาลตำบลนามะเฟือง จังหวัดหนองบัวลำภู. *วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี,* 7(2), 145-150.

15.วินัย รอดไทร. (2551). *สถานการณ์การเรียนการสอนเพศศึกษาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น.* [ออนไลน์]. ได้จาก: [http://hp.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid=171. [สืบค้นเมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2560].

16.วิไล วิชากร. (2551). *ประสิทธิผลของการให้บริการปรึกษารายบุคคล ในการป้องกันกามโรคของหญิงอาชีพพิเศษ ที่มารับการตรวจรักษา ณ ศูนย์กามโรคและโรคเอดส์เขต 2 สระบุรี.* วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

17.ศศิธร จารย์คุณ, วาสนา สวัสดิ์, สมจิตร แผ่นจันทร์ และสุกันยา พรมแดน. (2558). ศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตำบลคูเมืองอำเภอคูเมือง จังหวัดบุรีรัมย์. *วารสารวิชาการสาธารณสุข,* 24(2), 14-23.

17.สุพัตรา พรหมเรนทร์. (2551). *พฤติกรรมเสยงทางเพศของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้นโรงเรียนสาธิตมหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร.* วิทยานิพนธ์ปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาสุขศึกษา มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

18.สุภาวดี ป้องสา. (2554). การมีส่วนร่วมของชุมชนเทศบาลในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและเยาวชนของเทศบาลตำบลวังชัย อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. *วารสารศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น*, 3(2), 51-61.

19.สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). *หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ.* พิมพ์ครั้งที่ 3. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์.

20.สุวิมล ว่องวานิช. (2552). *การวิจัยปฏิบัติการในชั้นเรียน* กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

21.องอาจ นัยพัฒน์. (2548). *วิธีวิทยาการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพทางพฤติกรรมศาสตร์และ สังคมศาสตร์.* กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

22.Best, J. W. (1977). *Research in Education*. Prentice Hall, Inc.

23.Bloom, B. S. (1986). *Taxonomy of Education Objective Hanbook : Domain.* New York: David McKey Company Inc.

24.Boissevain, J. & Mitchell, C, J. (1973). *Network analysis: Studies in human interaction.* Netherlands : Mouton and Company.

25.Kemmis, K. & McTaggart, R. (1998). *The Action Research Planner.* 3rd ed. Geelong: Deakin University Press.

26.Kemmis, S. & McTaggart, R. (2000). Participatory Action Research. In: Denzin, N. and Lincoln, Y. (Eds.), *Handbook of Qualitative Research.* 2 nd ed. pp. 567–605. Thousand Oaks, CA: Sage.

27.Kemmis, S. and McTaggart, R. (1990). *The action research reader*. 3rd ed.. Geelong: Deakin University Press.

การพัฒนาการรับรู้ความสามารถเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาดสมบูรณ์ จังหวัดร้อยเอ็ด

Development of perception on self–efficacy to self-care behaviors in pre-diabetes mellitus type 2 in Sa-At Sombun health promoting hospital, Roi-Et

อารีย์ เพ็ญสุวรรณ[1] นันทิยา ประดิษฐ์
Aree Phensuwan[1], Nuntiya Pradit[2]

(Received: October 1,2020; Accepted: November 10,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยและพัฒนาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาดสมบูรณ์ จังหวัดร้อยเอ็ด การวิจัยระยะแรกเป็นการพัฒนาการพัฒนาการรับรู้ความสามารถเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ใน โดยศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง การสร้างโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน การตรวจสอบคุณภาพและปรับปรุงตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ การวิจัยระยะที่สองเป็นการทดลองใช้และประเมินผลจากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก จำนวน 59 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์ และวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

ผลการวิจัยพบว่า หลังการพัฒนา กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวม มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 2.11 คะแนน (95% CI ; 1.949,2.281) และกลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวม มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา ($p < .001$) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.92 คะแนน (95% CI ; 0.791, 1.066)

คำสำคัญ: การรับรู้ความสามารถ, โรคเบาหวานชนิดที่ 2, การดูแลตนเอง

Abstract

This research and development aimed to develop perception on a self–efficacy to self care behaviors in pre-diabetes mellitus type 2 in Sa-At Sombun health promoting hospital, Roi-Et. The research were divided into 2 phases; The first phase was to develop perception on a self–efficacy to self care behaviors in pre-diabetes mellitus type 2 program by studying concepts, theories and related research work analyses, creating a self–efficacy to self-care behaviors programs, and quality inspection and improvement according to expert a suggestion and phase research two; trial and results were evaluated from 59 participants that were pre-diabetes mellitus type 2 who were eligible for inclusion and exclusion criteria and pre-diabetes mellitus type 2. Data were collected using interviews and data were analyzed by using descriptive statistics and paired t-test at statistical significance level of .05.

The finding revealed that : After the intervention, it was found that pre-diabetes mellitus type 2 had more mean perception on a self–efficacy scores, compared to before intervention ($p < .001$) with an mean score of 2.11 (95% CI; 1.949,2.281) and with a higher mean score of self care behaviors, compared to before intervention ($p < .001$) with a mean score of 0.92 scores (95% CI ; 0.791, 1.066)

Keywords; perception on self–efficacy, pre-diabetes mellitus type , self-care;

[1] นักวิเคราะห์นโยบายและแผนชำนาญการพิเศษ กลุ่มหลักประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานประกันสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

บทนำ

โรคเบาหวานเป็น 1 ใน 4 โรคไม่ติดต่อ ที่องค์การอนามัยโลกให้ความสำคัญและตระหนักว่าเป็นโรคที่ต้องควบคุมอย่างเร่งด่วน มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลกถึง 41 ล้านคนต่อปี คิดเป็นร้อยละ 71.0 ของการเสียชีวิตทั่วโลก ซึ่งผู้เสียชีวิต 15 ล้านคน มีอายุระหว่าง 30 ถึง 69 ปีมากกว่าร้อยละ85.0 ของการเสียชีวิตก่อนวัยอันควร[1,2,3] ในทำนองเดียวกับประเทศไทยอุบัติการณ์ของโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเช่นกันจากการรายงานการสำรวจสภาวะสุขภาพอนามัยของประชาชนไทย โดยการตรวจร่างกายครั้งที่ 4 พ.ศ. 2551-2552[4] ความชุกของโรคเบาหวานในประชากรไทย อายุ 15 ปีขึ้นไป ร้อยละ 6.9 โดยผู้หญิงมีความชุกสูงกว่าผู้ชาย พบร้อยละ 7.7และ 6 ตามลำดับ และความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุจากร้อยละ 0.6 ในกลุ่มอายุ 15-29 ปี ความชุกขึ้นสูงสุดในกลุ่มอายุ 60-69 ปี ร้อยละ 16.7 ซึ่งหากไม่เร่งดำเนินการแก้ไขปัญหานี้อย่างจริงจังจะทำให้มีผู้ป่วยรายใหม่ที่เป็นป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นในอนาคต

เบาหวานเป็นโรคทางเมตะบอลิสม มีลักษณะสำคัญคือ ระดับน้ำตาลในเลือดสูง ซึ่งถ้าปล่อยให้น้ำตาลในเลือดสูงนานๆ จะทำให้เกิดความเสื่อมหรือเสียหน้าที่ของอวัยวะต่างๆ ได้ ทั้ง ตา ไต ปลายประสาทและหลอดเลือดหัวใจ เบาหวานแบ่งออกเป็น 4 ชนิด ได้แก่1) เบาหวานชนิดที่ 1 ซึ่งเกิดจากขาดอินซูลินโดยสิ้นเชิง 2) เบาหวานชนิดที่ 2 เกิดจากขาดอินซูลินบางส่วนหรือดื้อต่ออินซูลินหรือเกิดจากทั้งสองสาเหตุ 3) เบาหวานจากสาเหตุอื่นๆ เช่น เกิดจากตับอ่อนอักเสบ เชื้อไวรัส ยาบางชนิด และ 4) เบาหวานขณะตั้งครรภ์ โรคเบาหวานชนิดที่สามารถป้องกันได้โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง คือ เบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งเป็นเบาหวานที่พบได้มากที่สุดถึงร้อยละ 95.0 ของโรคเบาหวานทั้งหมด ดังสถานการณ์เบาหวานในเขตโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาดสมบูรณ์[5] ในกลุ่มประชากร 35 ปีขึ้นไปที่เป็นเป้าหมายการตรวจคัดกรองปี พ.ศ. 2563 จำนวน 2,227 คน ได้รับการตรวจคัดกรอง จำนวน 2,207 (99.10%) ผลการคัดกรองพบว่า เป็นกลุ่มปกติ จำนวน 1,947 คน (88.22%) กลุ่มเสี่ยง จำนวน 257 คน (11.64%) กลุ่มสงสัยป่วย จำนวน 3 คน(0.14%) ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ จำนวน 53 ราย ประชากรกลุ่มสงสัยป่วยโรคเบาหวานอายุ 35 ปี ขึ้นไปในเขตรับผิดชอบได้รับการตรวจยืนยันโดยการตรวจระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (FPG) ทางห้องปฏิบัติการ ในสถานบริการสาธารณสุขภายในปีงบประมาณ จำนวน 9 ราย และผู้ป่วยโรคเบาหวานที่มีความเสี่ยง CVD ในกลุ่ม score 3,4,5 รอบ 6 เดือนแรก(ต.ค.–มี.ค.) และมี score ลดลงน้อยกว่า score 3 ในรอบ 6 เดือนหลัง (เม.ย.-ก.ย.) จำนวน 3 คน เท่านั้น

จากการศึกษานำร่องและวิเคราะห์สาเหตุของเบาหวานแล้วพบว่า กลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานส่วนใหญ่เป็นเกษตรกรที่ใช้แรงงานในการประกอบอาชีพเกษตรกรรม มีความเชื่อว่าถ้าบริโภคข้าวมากจะทำให้ร่างกายมีกำลังมาก ดังนั้นจึงบริโภคข้าวที่อยู่ในหมวดคาร์โบไฮเดรตเกินสัดส่วน นิยมรับประทานอาหารที่มีรสชาติหวาน และบางส่วนใช้กะทิหรือน้ำมันหมูประกอบอาหารเป็นหลัก ซึ่งเป็นพฤติกรรมการบริโภคอาหารที่ไม่เหมาะสมทั้งชนิดและปริมาณ นอกจากนี้การที่กลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวานไม่รับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการเป็นโรคเบาหวานในอนาคต และยังไม่มีอาการหรือพยาธิสภาพของโรคปรากฏชัดเจน ทำให้ไม่รับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน จึงไม่ตระหนักในการดูแลสุขภาพของตนเอง และไม่เห็นความสำคัญของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และขาดการออกกำลังกายอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับ Williams, Baker, Parker, and Nurss[6] ที่ศึกษาความรอบรู้ด้านสุขภาพเกี่ยวกับเบาหวานของผู้ป่วยในสหรัฐอเมริกา พบว่า ร้อยละ 48.0 ของผู้ป่วยเบาหวานมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเบาหวานอยู่ในระดับที่ต่ำ ซึ่งไม่เพียงพอต่อการดูแลสุขภาพตนเอง จึงส่งผลต่อความสามารถในการจัดการตนเองและดูแลตนเองที่จำเป็น ในทำนองเดียวกันในประเทศไทยมีการสำรวจความรอบรู้ด้านสุขภาพในการปฏิบัติตนตามหลัก 3 อ. 2 ส. ในประชากรที่มีอยู่ 15 ปีขึ้นไป พบว่า ร้อยละ 59.9 มีปัญหาในการสื่อสารกับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ และร้อยละ 22.9 มีระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำ และยังพบว่าสาเหตุเกิดจากการเปลี่ยนแปลงปัจจัยทางสังคม เช่น การขยายตัวของสังคมเมือง กลยุทธ์ทางการตลาด ความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีและการสื่อสารที่ส่งผลต่อวิถีชีวิตและทำให้ป่วยด้วยโรคไม่ติดต่อเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากวิถีชีวิตที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ การรับประทานอาหารที่มีรสชาติหวานมันเค็ม การขาดการ

ออกกำลังกาย การดื่มเหล้า การสูบบุหรี่ และความเครียดที่สั่งสมมาเป็นเวลานานทำให้เกิดโรคและความพิการ[7,8]

ทั้งนี้ความรู้และการปฏิบัติตัวเป็นส่วนหนึ่งของพฤติกรรมและผลลัพธ์สุขภาพที่วัดได้จากภาวะทางสุขภาพตั้งแต่ระดับสุขภาพที่มีความแข็งแรงจนถึงเจ็บป่วย ดังนั้นการแก้ไขปัญหาสุขภาพของแต่ละบุคคล ครอบครัว และชุมชนนั้นจึงต้องพัฒนาควบคู่กันไปในทุกมิติ และการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพทุกองค์ประกอบของประชาชน ทั้งนี้โครงสร้างประชากรประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ สัดส่วนของประชากรวัยแรงงานในประเทศไทยจะลดลงอย่างต่อเนื่องจากร้อยละ 67.57 เหลือร้อยละ 60.85 ในปี พ.ศ.2573[9] ทำให้ประชากรวัยทำงานต้องแบกรับภาระในการเลี้ยงดูผู้สูงอายุมากขึ้น และเมื่อประชากรวัยแรงงานเหล่านี้ มีปัญหาสุขภาพจากโรคไม่ติดต่อที่ป้องกันได้ ก็จะส่งผลกระทบตามมาในด้านบุคคล ประชาชนวัยแรงงานเหล่านี้ เช่นเดียวกับผลจากการสำรวจกลุ่มเสี่ยงสูงต่อโรคเบาหวาน ปัญหาที่พบ คือ มีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานไม่ถูกต้อง ทำให้มีโอกาสสูงที่จะป่วยเป็นโรคเบาหวานซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการป่วย มีจำนวนผู้ป่วยมากขึ้น ส่งผลให้ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของทั้งระดับบุคคล ครอบครัว สังคมและระดับประเทศเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ในด้านคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ถ้าไม่ได้ดูแลตนเองให้ระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ แล้วมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงเป็นระยะเวลานานจะส่งผลให้เกิดภาวะแทรกซ้อนต่อเท้า ไต ตา ระบบประสาทหัวใจ และหลอดเลือดสมอง ทำให้เกิดอาการป่วยและตายก่อนวัยอันสมควร[10]

สำหรับแนวทางในการป้องกันหรือชะลอทำให้เกิดโรคเบาหวานให้ช้าที่สุด คือ ในผู้ที่มีภาวะน้ำตาลในเลือดผิดปกติ เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวาน (Pre-diabetes) คือ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เช่น ลดน้ำหนักลงร้อยละ 5-10 ของน้ำหนักตัว และเพิ่มกิจกรรมการออกกำลังกายระดับปานกลาง เช่น เดินเร็วๆ อย่างน้อย 150 นาทีต่อสัปดาห์ และติดตามประเมินผลระดับกลูโคสในพลาสมาขณะอดอาหาร หรือ ระดับกลูโคสในพลาสมาที่ 2 ชั่วโมงภายหลังการทดสอบความทนกลูโคสทุกๆ ปี เพื่อประเมินความก้าวหน้าของการเกิดโรคเบาหวาน[10] ทั้งนี้การควบคุมอาหารและออกกำลังกายอย่างน้อย 30 นาทีต่อวัน ร่วมกับน้ำหนักลดลงร้อยละ 6 จะช่วยลดอัตราการเกิดโรคเบาหวาน ร้อยละ 40-60 ดังนั้น โปรแกรมการออกกำลังกายควรที่จะกระตุ้นความสนใจให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานเพิ่มพฤติกรรมการออกกำลังกาย จะทำให้เพิ่มอัตราการเผาผลาญพลังงานจากอาหารที่รับประทาน ทำให้เพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของอินซูลิน ส่งผลให้ลดระดับน้ำตาลในเลือด และป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ดังเช่นข้อมูลและงานวิจัยที่ผ่านมาซึ่งพบว่า หลังการเข้าร่วมโปรแกรมประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยความรู้ พฤติกรรมสุขภาพ และแรงสนับสนุนมากกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม ระดับน้ำตาลในเลือด ระดับความดันโลหิตตัวล่าง ระดับไตรกลีเซอไรด์ ดัชนีมวลกาย และรอบเอวน้อยกว่าก่อนทดลอง[11]

จากการทบทวนเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังกล่าวข้างต้นชี้ให้เห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นของการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงได้การพัฒนาการรับรู้ความสามารถเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาดสมบูรณ์ จังหวัดร้อยเอ็ดขึ้น เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานได้เฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพ และการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อพัฒนาการรับรู้ความสามารถเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาดสมบูรณ์ จังหวัดร้อยเอ็ดจังหวัดร้อยเอ็ด

2.เพื่อประเมินผลการรับรู้ความสามารถเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาดสมบูรณ์ จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีการวิจัย

การวิจัยและพัฒนา (Research and development approach) เพื่อพัฒนาและประเมินผลโปรแกรมการรับรู้ความสามารถเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาดสมบูรณ์ จังหวัดร้อยเอ็ด ดำเนินการระหว่างเดือนธันวาคม 2562-มีนาคม 2563 การวิจัยแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

การวิจัยระยะที่ 1 การพัฒนาโปรแกรมการรับรู้ความสามารถเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาดสมบูรณ์ ในขั้นนี้แบ่งการดำเนินงานเป็น 5 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 การศึกษาแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในขั้นนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อสำรวจและรวบรวมข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวาน ได้แก่ ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน การประเมินความเสี่ยง การป้องกัน การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรค ได้แก่ ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถ แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดการจัดการตนเองของลอริกและฮอลแมน รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ขั้นที่ 2 การวิเคราะห์สังเคราะห์ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถ ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดพฤติกรรมการดูแลตนเอง รวมทั้งงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน เพื่อวิเคราะห์ประเด็นสำคัญและสังเคราะห์เป็นในโปรแกรมการรับรู้ความสามารถเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในขั้นที่ 3 ต่อไป ขั้นที่ 3 การสร้างโปรแกรมการรับรู้ความสามารถเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยนำผลการวิเคราะห์สังเคราะห์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดความรอบรู้ด้านสุขภาพและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจากขั้นที่ 2 ร่วมกับข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันเบาหวานมาจัดทำสาระสำคัญองค์ประกอบของแต่ละกิจกรรมในโปรแกรมการรับรู้ความสามารถเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โดยมีองค์ประกอบของแต่ละกิจกรรม ได้แก่ ชื่อกิจกรรม วัตถุประสงค์ แนวความคิด ขั้นตอนดำเนินการ กิจกรรม สื่อที่ใช้ และการประเมินผล

ขั้นที่ 4 การตรวจสอบคุณภาพโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นโดยผู้ทรงคุณวุฒิ ดำเนินการดังนี้ ผู้วิจัยนำโปรแกรมที่พัฒนาขึ้นไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิ พิจารณาความสอดคล้องขององค์ประกอบในกิจกรรมโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้น เพื่อนำผลมาวิเคราะห์ค่าดัชนีความสอดคล้อง โดยกำหนดค่าดัชนีความสอดคล้องที่รับได้ตั้งแต่ 0.50 ขึ้นไป[12] ผลการตรวจสอบความสอดคล้องของโปรแกรมการรับรู้ความสามารถเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน พบว่า มีดัชนีความสอดคล้องตั้งแต่ 0.60-1.00

ขั้นที่ 5 การปรับปรุงคุณภาพของโปรแกรมฯ ที่พัฒนาขึ้นดำเนินการโดยนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิมาปรับปรุงแก้ไขโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานให้มีความสมบูรณ์ยิ่งขึ้น

การวิจัยระยะที่ 2 การประเมินผลโปรแกรมการรับรู้ความสามารถเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาดสมบูรณ์ที่พัฒนาขึ้น แบ่งเป็น 4 ขั้น ดังนี้

ขั้นที่ 1 การเตรียมการทดลอง

1.1 ประชากร และกลุ่มตัวอย่าง

1.1.1 ประชากรศึกษา (Study populations) คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาดสมบูรณ์ จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 260 คน[5] ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ดังนี้

เกณฑ์ในการคัดเลือกเข้าศึกษา (Inclusion Criteria) ได้แก่ 1) เป็นประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาดสมบูรณ์ โดยพิจารณาจากผลการตรวจคัดกรอง ปีงบประมาณ พ.ศ.2563 เทียบกับเกณฑ์การคัดกรองกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานของสำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[13] 2) เป็นผู้ที่มีระดับน้ำตาลในเลือด (Fasting Capillary Blood Glucose: FCG) ด้วยการเจาะปลายนิ้วมีค่าระหว่าง100–125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร 3) เป็นผู้ที่ไม่เคยใช้ยาในการรักษาโรคเบาหวาน 4) เป็นผู้ที่ไม่ได้ป่วยเป็นโรคที่เป็นอุปสรรคต่อการออกกำลังกาย ได้แก่ โรคกล้ามเนื้อ โรคกระดูก และข้อต่อ 5) อายุ 40-59 ปี และ 6)ยินดีและสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยฯ

เกณฑ์คัดออกจากการศึกษา (Exclusion Criteria) ได้แก่ 1) ผู้เข้าร่วมวิจัยเข้าร่วมโปรแกรมฯ ไม่ถึงร้อยละ 80.0 จากระยะเวลาทั้งหมด 2) เข้าร่วมวิจัยเกิดโรคแทรกซ้อนในระหว่างเข้าร่วมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่พัฒนาขึ้น เช่น โรคหัวใจ และหลอดเลือดและ 3) ผู้เข้าร่วมวิจัยเกิดอาการเจ็บป่วยหรือมีปัญหาไม่สามารถเข้าร่วมโปรแกรมฯ ต่อไป

1.1.2 กลุ่มตัวอย่าง (Samples)คือ ประชาชนกลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดเบาหวานในเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาดสมบูรณ์ที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก ผู้วิจัยกำหนดกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้หลักการกำหนดขนาดตัวอย่างเพื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ย 1 กลุ่ม (ทดสอบสมมุติฐาน) ของโคเฮน[14] ค่าแอลฟ่าที่ระดับความมีนัยสำคัญที่ระดับ .05 กำหนดค่าขนาดของผลกระทบ (Effect size) ที่ 0.12 และค่าอำนาจของการทดสอบ (Power of the test) ที่ .90 ได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 59 คน ผู้วิจัยเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยการสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับฉลาก (Simple random sampling) เข้าร่วมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาจากงานวิจัยที่ผ่านมาของอัมพร ไวยโภคา[15]

สูตร $$n = \frac{(Z_{\infty} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_0)^2}$$

$$\delta = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2}{\sigma} = \text{effect size}$$

Z_{∞} สัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่น = 1.96

Z_{β} อำนาจการทดสอบ = 0.90

σ^2 ความแปรปรวน = 2.79

μ_1-μ_2ค่าเฉลี่ยความแตกต่างก่อนและหลัง = 15.97-15.63 = 0.34

n = 41 คน

สูตรคำนวณ Dropout $$n = \frac{n}{1-L}$$

L = อัตราการ Dropout เท่ากับ 30%

n = 59 คน

1.1.3 การเลือกกลุ่มตัวอย่าง (Sampling) การเลือกกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จำนวน 260 คน โดยการสุ่มอย่างง่าย(Simple random sampling) โดยวิธีการจับฉลาก กล่าวคือ ผู้วิจัยจัดทำสลากให้กลุ่มเสี่ยงทุกคน แล้วนำไปใส่ในภาชนะมืด และจับสลากแบบไม่ใส่คืน จนได้กลุ่มตัวอย่างครบจำนวน 59 คน

1.2 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยแบ่งเป็น 2 ประเภท คือ

1.2.1 เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ได้แก่ โปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาดสมบูรณ์ จังหวัดร้อยเอ็ด

1.2.2 เครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ที่พัฒนาจากการศึกษาของนุสรา บุญทศ[16] แบ่งเป็น 3 ตอน ดังนี้ คือ ตอนที่ 1 ลักษณะทางประชากร ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ อาชีพ รายได้ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรส ข้อมูลการตรวจสุขภาพ จำนวน 8 ข้อ ตอนที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ความสามารถของตน ประกอบด้วย ความสำเร็จในการกระทำ การใช้ตัวแบบ การชักจูงด้วยคำพูด การกระตุ้นทางอารมณ์ จำนวน 16 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นมาตรวัดประมาณค่า 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วยไม่แน่ใจไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง และตอนที่ 3 พฤติกรรมการดูแลตนเอง จำนวน 25 ข้อ ให้ผู้ตอบพิจารณาจาก 3 ตัวเลือกคือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่เคยปฏิบัติ

1.2.3 การสร้างเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการ โดย 1) ศึกษาวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง 2) กำหนดจุดมุ่งหมาย ขอบเขตเนื้อหา กิจกรรมและเครื่องมือที่ใช้ 3) กำหนดเนื้อหาเกี่ยวกับความสำเร็จในการกระทำ การใช้ตัวแบบ การชักจูงด้วยคำพูด การกระตุ้นทางอารมณ์ 4) สร้างแผนการให้โปรแกรมโปรแกรมพัฒนาการรับรู้ความสามารถเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน และ 5) นำเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ที่ปรึกษาตรวจสอบความถูกต้องของการใช้ภาษา ความชัดเจนของภาษา และความตรงในเนื้อหา (Content Validity) แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไข ก่อนนำไปทดลองใช้

1.2.4 การหาคุณภาพเครื่องมือวิจัย ขั้นตอนการหาคุณภาพเครื่องมือวิจัยที่ใช้ในการพัฒนา และการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยดำเนินการโดย (1) ความตรงของเนื้อหา (Content validity) นำแบบสัมภาษณ์ และเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบ ปรับปรุงแก้ไข หลังจากผ่านการพิจารณาจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว ผู้วิจัยนำแบบสัมภาษณ์และเครื่องมือที่ใช้จัดกิจกรรมมาปรับปรุงแก้ไขเพิ่มเติม เพื่อความเหมาะสมของภาษาและความชัดเจนของเนื้อหาอีกครั้งหนึ่ง และ (2) หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) นำแบบสัมภาษณ์ที่แก้ไขปรับปรุงแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มเสี่ยงที่มีอายุ 40-59 ปี ที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะศึกษา จำนวน 30 ราย เพื่อตรวจสอบความ

เหมาะสมของภาษาในการสัมภาษณ์ (3) แล้วนำมาวิเคราะห์หาความเชื่อมั่นของเครื่องมือ ก่อนนำไปใช้จริง โดยใช้สูตรของ Cronbach's alpha coefficient ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ภายหลังการทดลองใช้และปรับปรุงแบบสัมภาษณ์แล้ว วิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์ความเชื่อมั่นได้เท่ากับ 0.90

ขั้นที่ 2 การดำเนินการทดลอง และเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1 ระยะเตรียมการ โดย (1) จัดทำบันทึกและการเข้าพบผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาดสมบูรณ์ เพื่อชี้แจงในเรื่อง รายละเอียดและระยะเวลาของการวิจัย และ (2) ติดต่อประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาดสมบูรณ์ที่เกี่ยวข้อง ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อชี้แจงขั้นตอนและกิจกรรมต่างๆ ในการดำเนินงานและเพื่อขอความร่วมมือในการดำเนินการวิจัย

2.2 ระยะดำเนินการวิจัย โดย (1) ติดต่อขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาดสมบูรณ์ จังหวัดร้อยเอ็ดเพื่อขอข้อมูลต่างๆ เช่น อายุ 40-59 ปี เพศ ระดับการศึกษาและอาชีพของกลุ่มเป้าหมาย จากแฟ้มบันทึกสุขภาพประจำครอบครัว คุณสมบัติของบุคคลที่มีน้ำหนักเกินมาตรฐานและญาติพี่น้องเป็นเบาหวานจากอาสาสมัครสาธารณสุข ทั้งนี้เพื่อทราบข้อมูลพอเป็นสังเขปก่อนลงไปคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด (2) สุ่มกลุ่มตัวอย่างจากกลุ่มเสี่ยงที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้าและคัดออก โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายโดยวิธีจับฉลากจนได้กลุ่มตัวอย่างครบ จำนวน 59 คน (3) ติดต่อขอความร่วมมืออาสาสมัครสาธารณสุข ช่วยนัดหมายกลุ่มเป้าหมายพบกันในหมู่บ้าน 1 ครั้ง เพื่อชั่งน้ำหนักและส่วนสูง แล้วคำนวณค่าดัชนีมวลกายเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีค่าดัชนีมวลกายมากกว่า 25.0 กก./ม^2 ขึ้นไป สอบถามความร่วมมือในการวิจัยและให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยลงนามในใบยินยอม (Consent form) สอบถามประวัติการเป็นเบาหวานของญาติ รวมทั้งตรวจหาระดับน้ำตาลในปัสสาวะและคัดเลือกกลุ่มเสี่ยงตามเกณฑ์ที่กำหนดอีกครั้ง และ (4) นัดหมายอาสาสมัครสาธารณสุขแต่ละหมู่บ้าน ผู้ช่วยวิจัยและกลุ่มเป้าหมายเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลและทำการวิจัยต่อไป

2.3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) เก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลอง (Pre-test) โดยใช้แบบสัมภาษณ์ลักษณะทางประชากร การรับรู้ความสามารถของตนเองเกี่ยวกับความสำเร็จในการกระทำ การใช้ตัวแบบ การชักจูงด้วยคำพูด การกระตุ้นทางอารมณ์ และพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนการทดลอง (Pre-test) 1 สัปดาห์ นัดหมายวันและสถานที่เพื่อพบกลุ่มไปตามจุดนัดพบในชุมชน ซึ่งแบ่งกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มละไม่เกิน 6 คน ได้ทั้งหมด 10 กลุ่มย่อย

2) แต่ละกลุ่มหลังจากเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการทดลองแล้ว วิเคราะห์และคืนข้อมูลการรับรู้ความสามารถของตนเองและพฤติกรรมการดูแลตนเองรายบุคคลว่าเป็นอย่างไร หลักจากนั้นจึงจัดกลุ่มให้โปรแกรมสุขศึกษาตามกิจกรรมที่กำหนดตามขั้นตอน คือ สร้างสัมพันธภาพ เล่าประสบการณ์อภิปรายกลุ่มย่อยร่วมกัน นัดหมายครั้งต่อไป และเยี่ยมบ้านเพื่อการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังการทดลอง โดยในระหว่างก่อนที่จะถึงวันนัด ผู้วิจัยจะกระตุ้นเตือนการปฏิบัติ และการบันทึก ทางโทรศัพท์หรือกระตุ้นเตือนที่บ้านในสัปดาห์ที่ 5–10 ของการทดลอง

3) รวบรวมข้อมูลหลังการทดลองในสัปดาห์ที่ 11-12 (Post-test) โดยผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ชุดเดิมเก็บรวบรวมข้อมูลที่บ้านพร้อมทั้งชั่งน้ำหนักตัว และคำนวณค่าดัชนีมวลกาย คืนข้อมูลเป็นรายกลุ่มและรายบุคคล แล้วแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในสัปดาห์ที่ 12

ขั้นที่ 3 การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

1) สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ได้แก่ 1) ใช้ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลทั่วไป ที่เป็นตัวแปรต่อเนื่องของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ รายได้ ค่าดัชนีมวลกาย แล้วนำข้อมูลมาจัดกลุ่มแจกแจงความถี่เป็นจำนวน และร้อยละ 2) แจกแจงความถี่ของข้อมูลเป็นจำนวน และร้อยละ เพื่อบรรยายลักษณะข้อมูลที่เป็นตัวแปรแจงนับของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เพศ อาชีพ และระดับการศึกษา

2) สถิติอนุมาน (References statistics) โดยเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองด้านความสำเร็จในการกระทำ การใช้ตัวแบบ การชักจูงด้วยคำพูดและการกระตุ้นทางอารมณ์โดยรวม และพฤติกรรมการดูแลตนเองโดยรวมระหว่างก่อนกับหลังการทดลอง โดยใช้สถิติ

ทดสอบ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญ .05 ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ตรวจสอบข้อตกลงเบื้องต้นของข้อมูล โดยการตรวจสอบการแจกจงของผลต่าง (Mean differences) โดย Kolmogorov-smirnov Z test พบว่า ตัวแปรการรับรู้ความสามารถของตนเอง p=.409 และพฤติกรรมการดูแลตนเอง p =.745 แสดงว่าข้อมูลทั้งสองตัวแปรมีการแจกแจงเป็นโค้งปกติ (Normal distribution) จึงดำเนินการทดสอบโดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test ต่อไป

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

งานวิจัยฉบับนี้ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดใบรับรองเลขที่ COE_0992562

ผลการวิจัย

1.กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นชาย (55.9%) อายุเฉลี่ย 55 ปี สถานภาพสมรสคู่ (64.4%) จบการศึกษาระดับประถมศึกษา (30.7%) ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (30.9%) รายได้ของครอบครัว 35,064.40 บาทต่อเดือน และชอบอาหารที่มีรสมัน (37.3%)

2. หลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวม มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา (p<.001) โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 2.11 คะแนน (95% CI ; 1.949, 2.281) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยความสำเร็จในการกระทำ, การใช้ตัวแบบ,การชักจูงด้วยคำพูดและการกระตุ้นทางอารมณ์ มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา (p < .001, .001, .001, .001) ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 2.29, 2.16, 1.99, 2.01 คะแนน (95% CI ; 2.070, 2.513 ; 1.959, 2.362 ; 1.774, 2.216 ; 1.776, 2.249) ตามลำดับ ดังปรากฏในตาราง 1

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองก่อนและหลังการทดลอง (n=59)

	n	Mean(SD)	Mean diff. (SE.)	95%CI		p
				Lower	Upper	
ความสำเร็จในการกระทำ						
ก่อนการทดลอง	59	2.06(0.58)	2.29(0.11)	2.070	2.513	<0.001*
หลังการทดลอง	59	4.35(0.53)				
การใช้ตัวแบบ						
ก่อนการทดลอง	59	2.19(0.61)	2.16(0.10)	1.959	2.362	<0.001*
หลังการทดลอง	59	4.35(0.56)				
การชักจูงด้วยคำพูด						
ก่อนการทดลอง	59	2.27(0.49)	1.99(0.11)	1.774	2.216	<0.001
หลังการทดลอง	59	4.20(0.73)				
การกระตุ้นทางอารมณ์						
ก่อนการทดลอง	59	2.19(0.52)	2.01(0.12)	1.776	2.249	<0.001*
หลังการทดลอง	59	4.20(0.73)				
โดยรวม ก่อนการทดลอง	59	2.18(0.39)	2.11(0.08)	1.949	2.281	<0.001*
หลังการทดลอง	59	4.29(0.49)				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

2. การเปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวม หลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเอง โดยรวม มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา (p < .001) โดยมีคะแนนเฉลี่ย

เพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.92 คะแนน (95% CI ; 0.791, 1.066) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน พบว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร, การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์ มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา (p< .001, .001, .001) ตามลำดับ โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.76, 0.89 และ 0.87 คะแนน (95% CI ; 0.646, 0.807 ; 0.688, 1.091 ; 0.683, 1.068) ตามลำดับ ดังปรากฏในตาราง 2

ตาราง 2 การเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังการทดลอง(n=59)

	n	Mean(SD)	Mean diff. (SE.)	95%CI		p
				Lower	Upper	
การควบคุมอาหาร						
ก่อนการทดลอง	59	1.89(0.22)	0.76(0.05)	0.646	0.807	<0.001*
หลังการทดลอง	59	2.65(0.36)				
การออกกำลังกาย						
ก่อนการทดลอง	59	1.82(0.67)	0.89(0.10)	0.688	1.091	<0.001*
หลังการทดลอง	59	2.71(0.33)				
การควบคุมอารมณ์						
ก่อนการทดลอง	59	1.82(0.67)	0.87(0.09)	0.683	1.068	<0.001*
หลังการทดลอง	59	2.70(0.31)				
โดยรวม						
ก่อนการทดลอง	59	1.76(0.44)	0.92(0.06)	0.791	1.066	<0.001*
หลังการทดลอง	59	2.68(0.24)				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05

สรุปและอภิปรายผล

หลังจากการทดลองใช้โปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถกับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน จำนวน 59 คน เป็นระยะเวลา 12 สัปดาห์ แล้วประเมินผลวิจัยพบว่า หลังการพัฒนากลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ย กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวม มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา ดังเช่น การรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาพนม อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่ หลังจากได้รับโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ พบว่า คะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานตามกรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานหลังการใช้โปรแกรมสูงกว่ากลุ่มควบคุม แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเอง ส่งผลดีต่อพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2[17]; กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนการรับรู้ความสามารถตนเอง ความคาดหวังผลดี และพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลสูงกว่าก่อนการทดลอง มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย และเส้นรอบเอวระยะหลังการทดลองและระยะติดตามผลน้อยกว่าก่อนการทดลอง การวิจัยนี้แสดงให้เห็นว่า ควรจัดกิจกรรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง และควรประยุกต์ใช้ในกลุ่มเสี่ยงโรคไม่ติดต่ออื่นๆ[18]

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถเพื่อส่งเสริมพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาดสมบูรณ์ครั้งนี้ผู้วิจัยได้พัฒนามาจากแนวคิดความเชื่อด้านสุขภาพของ Rosenstock[19] ซึ่งเชื่อว่าการที่บุคคลแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อ

หลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคบุคคลนั้นต้องมีความเชื่อว่าเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรค อย่างน้อยที่สุดโรคนั้นต้องมีความรุนแรงต่อชีวิตของเขา การปฏิบัติดังกล่าวเพื่อหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคจะก่อให้เกิดผลดีแก่กลุ่มเสี่ยงเอง โดยช่วยลดโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือช่วยลดความรุนแรงของโรคถ้าเกิดป่วยเป็นโรคนั้นๆ และการปฏิบัติดังกล่าวไม่ควรมีอุปสรรคทางด้านจิตวิทยาที่มีอิทธิพลต่อการปฏิบัติของกลุ่มเสี่ยง ความเชื่อด้านสุขภาพประกอบด้วย 4 องค์ประกอบ คือ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรค การรับรู้ความรุนแรงของโรค การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันโรค และการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันโรค และเพื่อให้บุคคลสามารถแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงจากการเป็นโรคได้ดีบุคคลก็ต้องมีการรับรู้ความสามารถของตนเองว่าตนเองนั้น สามารถที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ได้นั่นก็คือ การรับรู้ความสามารถของตนเอง ทั้งนี้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานเห็นว่าความสามารถของตนเองที่จะจัดการและดำเนินการกระทำพฤติกรรมให้บรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ เช่น การรับรู้ความสามารถตามความยากง่ายของพฤติกรรม ความมั่นใจในความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรม และความสามารถที่จะถ่ายโยงประสบการณ์อื่นๆ มาใช้ในสถานการณ์ใหม่ และเมื่อบุคคลมีความเชื่อด้านสุขภาพ มีการรับรู้ความสามารถของตนเองแล้ว สิ่งที่อาจจะส่งผลต่อพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเอง[20] ประกอบกับการรับรู้ความสามารถของตนเองเป็นการปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเองเพื่อที่จะรักษาไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดี รวมถึงการหลีกเลี่ยงจากโรคร้ายหรือภยันตรายต่าง ๆ ที่คุกคามชีวิต การดูแลตนเองเป็นการกระทำของบุคคลที่จงใจ และมีเป้าหมายซึ่งแต่ละบุคคลจะมีศักยภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองที่แตกต่างกัน กล่าวคือมีการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป การดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการและการดูแลตนเองที่จำเป็นเมื่อมีปัญหาสุขภาพ[21] ดังนั้น จึงส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยหลังการพัฒนาพบว่า กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองโดยรวม มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา

การวิจัยครั้งนี้พบว่า หลังการพัฒนา กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการควบคุมอาหาร, การออกกำลังกาย และการควบคุมอารมณ์มากกว่า โดยรวม มากกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับก่อนการพัฒนา โดยมีคะแนนเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเท่ากับ 0.76, 0.89 และ 0.87 คะแนนตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษากับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่มีความตั้งใจที่จะปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และภาวะอารมณ์ และความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง[22] พบผลเช่นเดียวกับการศึกษากลุ่มเสี่ยงเบาหวานในอำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี โดยกลุ่มเสี่ยงได้รับการอบรมให้ความรู้และเพิ่มการรับรู้แบ่งเป็นฐานความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ฐานการรับรู้เกี่ยวกับโอกาสเสี่ยงและความรุนแรงต่อโรคเบาหวาน ฐานอาหารที่เหมาะสมกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการป้องกันโรค การออกกำลังกาย และการผ่อนคลายความเครียด ในสัปดาห์ที่ 1 การเยี่ยมบ้านสัปดาห์ที่ 2 และ 6 รวมถึงนัดหมายการรวมกลุ่ม สัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 8 พบว่า หลังการทดลองค่าเฉลี่ยคะแนนความเชื่อด้านสุขภาพของกลุ่มทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุม ในทุกด้าน ทั้งการรับรู้โอกาสเสี่ยงการเกิดโรคเบาหวาน การรับรู้ความรุนแรงของโรคเบาหวาน และการรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ในทำนองเดียวกับการศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรค กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวานดีกว่าก่อนทดลอง[23] และหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การรับรู้ที่เกี่ยวกับเบาหวานสูงกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม[24] และภายหลังการทดลอง กลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยของคะแนนการรู้รับโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นเบาหวาน การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันโรคเบาหวาน และมีค่าเฉลี่ยของคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานมากกว่าก่อนการทดลอง[25]

นอกจากนั้นยังพบผลเช่นเดียวกับการศึกษากลุ่มเสี่ยงเบาหวานในตำบลวัดเพลง อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี ซึ่งพบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองและการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองมากกว่ากลุ่มควบคุม[18]; ก่อนทดลองมีค่าเฉลี่ยความรู้เท่ากับ 20.9 คะแนน หลังทดลอง มีความรู้ค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นเป็น

23.9 คะแนน ชี้ให้เห็นว่า กลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีพฤติกรรมการดูแลตนเองหลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลอง[26]; ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเบาหวาน ระยะหลังการทดลอง และระยะติดตามผลเพิ่มขึ้น[6]

การที่ผลการวิจัยปรากฏเช่นนี้ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากโปรแกรมการพัฒนาการรับรู้ความสามารถตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานครั้งนี้ผู้วิจัยได้ประยุกต์ใช้แนวคิดการเรียนรู้ของผู้ใหญ่ (Andragogy) ของมัลคอล์มโนลส์ (Malcolm Knowles) ซึ่งเน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง และเชื่อว่าประสบการณ์ของผู้เรียนเป็นหัวใจสำคัญ จากพื้นฐานแนวคิดดังกล่าวได้ต่อยอดมาเป็นแนวคิดการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเองที่เน้นผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งผู้เรียนสามารถชี้นำตนเองไปสู่การเรียนรู้ที่ต้องการได้โดยมีผู้สอนเป็นผู้คอยสนับสนุนและช่วยเหลือเท่านั้น[6] ในทำนองเดียวกันโนลส์ (Knowles) ได้กล่าวถึงความสำคัญและประโยชน์ของการเรียนรู้ด้วยการชี้นำตนเองไว้ว่า บุคคลที่เรียนรู้ด้วยการริเริ่มของตนเองจะเรียนได้มากกว่าดีกว่า มีความตั้งใจมีจุดมุ่งหมายและมีแรงจูงใจสูงกว่า สามารถนำประโยชน์จากการเรียนรู้ไปใช้ได้ดีกว่าและยาวนานกว่าคนที่เรียนรู้โดยเป็นแต่เพียงผู้รับหรือรอการถ่ายทอดจากผู้สอนเท่านั้น ซึ่งแนวคิดดังกล่าวได้เติบโตอย่างมากในโลกของการฝึกอบรม[27]

นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับการศึกษาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยาหลังการพัฒนา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่าก่อนการทดลอง[28] สอดคล้องกับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชน ซึ่งพบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนพฤติกรรมการจัดการตนเองเพิ่มขึ้น[29] ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก การที่บุคคลจะมีทักษะในการดูแลตนเองที่ดีเพิ่มขึ้นนั้น จำเป็นจะต้องได้รับความรู้หรือข้อมูลที่เป็นประโยชน์ ร่วมกับการฝึกทักษะที่จำเป็น แต่การได้รับความรู้เพียงครั้งเดียวในวันที่ได้รับการวินิจฉัยหรือการมาตรวจตามนัด อาจจะไม่เพียงพอต่อการมีพฤติกรรมการดูแลตนเองที่ถูกต้องได้ ดังนั้น กิจกรรมการให้ความรู้นั้นจะต้องให้อย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจจะใช้กลวิธีที่หลายหลายอย่างไรก็ตาม บุคคลนั้นต้องมีความพร้อมด้านร่างกายและอารมณ์ เพื่อที่จะเรียนรู้สิ่งต่างๆ ได้ดี และถือเป็นประสบการณ์ที่มีความหมายสำหรับบุคคลนั้น ซึ่งการวิจัยครั้งนี้กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเอง

สำหรับผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานที่สร้างขึ้นจากแนวคิดของลอริกและฮอลแมน[20]ที่เชื่อว่าบุคคลสามารถจัดการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากมีความรู้ ทักษะจำเป็น และมีความเชื่อมั่นในสมรรถนะแห่งตนที่จะมีพฤติกรรมการจัดการตนเองที่ประกอบด้วยการให้ความรู้เกี่ยวกับเบาหวานและการจัดการตนเองในระยะก่อนเบาหวาน 3 ด้าน เช่น 1) การจัดการทางการแพทย์ ได้แก่ การควบคุมอาการ การออกกำลังกาย การรับประทานอาหาร 2) การจัดการกับบทบาท เป็นการคงไว้ ปรับเปลี่ยนและการสร้างบทบาทให้เหมาะสมกับภาวะเจ็บป่วย และ 3) การจัดการกับ เป็นการจัดการอารมณ์ที่เป็นผลจากความเจ็บป่วย เช่น อารมณ์กลัวเครียด ซึมเศร้า ซึ่งความรู้จะส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวาน สามารถมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสมได้ และเมื่อมีความรู้ ความมั่นใจในการปฏิบัติ ทำให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานสามารถจัดการกับอารมณ์เครียด หรือวิตกกังวลที่อาจเป็นผลจากความเจ็บป่วยทางด้านร่างกายได้อีกทั้งโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองที่สร้างขึ้นนั้น ได้จัดให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานได้ฝึกทักษะที่สำคัญ เช่น ทักษะการแก้ปัญหา ทักษะการตัดสินใจ การใช้แหล่งประโยชน์ การสร้างสัมพันธภาพกับบุคลากรด้านสุขภาพ การลงมือปฏิบัติ และการปรับกิจกรรมให้เหมาะสมในแต่ละบุคคล และเสริมสร้างการรับรู้สมรรถนะแห่งตน โดยวิธีการให้ประสบการณ์ความสำเร็จด้วยตนเองการได้เห็นตัวอย่างจากวีดีทัศน์ตัวแบบผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานที่ประสบความสำเร็จในการออกกำลังกายด้วยการเดิน การรับประทานอาหารและการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและประสบการณ์ของผู้อื่นที่คล้ายคลึงกับตนเอง ทำให้ผู้ที่ภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานได้เห็นต้นแบบที่ประสบความสำเร็จในการป้องกันการเกิดโรคเบาหวาน ส่งผลให้ผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานมีความกระตือรือร้นที่จะปฏิบัติพฤติกรรมการจัดการตนเอง ทั้งการเลือกรับประทานอาหารการออกกำลังกายและหลังเข้าร่วมโครงการ 12 สัปดาห์กลุ่มเสี่ยงมีค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโครงการ[30]

ข้อจำกัดของการศึกษา การวิจัยนี้ใช้กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มเสี่ยงเบาหวานที่มารับการตรวจติดตามการรักษาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาดสมบูรณ์ จังหวัดร้อยเอ็ดเท่านั้น อาจไม่ครอบคลุมกลุ่มเสี่ยงที่ไปรับการตรวจคัดกรองที่โรงพยาบาลร้อยเอ็ดหรือสถานบริการเอกชน จุดแข็งของการศึกษา งานวิจัยส่วนใหญ่เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างในโรงพยาบาลหรือจัดเป็นห้องเรียน แต่การวิจัยครั้งนี้ใช้บ้านหรือชุมชนเป็นห้องเรียนของกลุ่มเสี่ยง และมีการเยี่ยมบ้านแบบกลุ่ม ซึ่งทำให้สมาชิกในกลุ่มได้นำเสนอและสะท้อนผลงานเพื่อการเรียนรู้ร่วมกัน

ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิจัยครั้งนี้ส่งผลให้ผลการศึกษาครั้งนี้ชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมฯส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีการรับรู้ความสามารถและพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานเพิ่มขึ้น สามารถนำมาใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกลุ่มเสี่ยงเบาหวานได้ และเพื่อประสิทธิผลยิ่งขึ้น ควรมีสมาชิกในครอบครัวของกลุ่มเสี่ยงหรือผู้ที่ไว้ใจ ช่วยกำกับติดตามและแก้ไขอุปสรรคของพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงแบบมีส่วนร่วมและอย่างต่อเนื่อง เพื่อการป้องกันและลดอัตราการป่วยเป็นโรคเบาหวานรายใหม่ต่อไป อย่างไรก็ตามถึงแม้ว่ากลุ่มเสี่ยงเบาหวานมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองเพิ่มขึ้นจากก่อนการพัฒนา แต่ก็เพิ่มคิดเป็นร้อยละ 42.2 และพฤติกรรมการดูแลตนเองเพิ่มขึ้นคิดเป็นร้อยละ 33.0 ซึ่งถือว่าเกิดการเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก ดังนั้น การนำผลการวิจัยครั้งนี้ไปใช้ควรมีการกำกับ ติดตาม และแก้ไขอุปสรรคของพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงภายในครอบครัวอย่างต่อเนื่อง เช่น สามีหรือภรรยา บุตรหรือบุคคลอื่นที่กลุ่มเสี่ยงให้ความไว้วางใจ แบบมีส่วนร่วมและต่อเนื่อง ควรนำโปรแกรมการปรับพฤติกรรมสุขภาพสำหรับกลุ่มเสี่ยงเบาหวานไปปรับใช้กับกลุ่มเสี่ยงในชุมชนที่รับผิดชอบและเครือข่ายอย่างครอบคลุม และพัฒนาปรับปรุงเครื่องมือหรือโปรแกรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเสียงต่อเบาหวาน ให้สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของชุมชน โดยเฉพาะวิถีชีวิตใหม่ (New normal) เพื่อเพิ่มผลลัพธ์ที่ดีขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาดสมบูรณ์ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาดสมบูรณ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.)และกลุ่มเสี่ยงเบาหวานทุกคนที่ให้ความร่วมมือ และให้ข้อมูลจนงานวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. **คู่มืออาสาสมัครประจำครอบครัว (อสค.) กลุ่มดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (NCDs).** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมชนสหกรณ์ การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2560.
2. ขนิษฐา พิศฉลาดและภาวดี วิมลพันธุ์. ผลของโปรแกรมสนับสนุนการจัดการตนเองต่อการจัดการตนเองดัชนีมวลกาย และระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารของผู้ที่มีภาวะเสี่ยงระยะก่อนเบาหวานในชุมชน. **วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข** 2560;27:47-59.
3. ดารณี ทองสัมฤทธิ์, กนกวรรณ บริสุทธิ์ และเยาวลักษณ์ มีบุญมาก. ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ต่อความสามารถในการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานในตำบลวัดเพลง อำเภอวัดเพลง จังหวัดราชบุรี. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้าจันทบุรี** 2560;28:26-37.
4. ณนัต จ่ากลาง. ประสิทธิผลการจัดการสุขภาพประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจังหวัดขอนแก่น. **วารสารสถาบันวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม** 2560;4:151-162.
5. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลสะอาดสมบูรณ์. **รายงานผลการปฏิบัติงานปีงบประมาณ พ.ศ. 2562**. สำนักงานสาธารณสุขอำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด; 2562.

6. Williams, M.V., Baker, D.W., Parker, R.M.,& Nurss, J. R. Relationship of functional Health literacy to patients' knowledge of their chronic disease. A study of patients With hypertension and diabetes. **Arch Inter Med** 1998;158:166-172.

7. พัชราวลัย วงศ์บุญสิน. **การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในยุคสังคมเสี่ยงภัย มุมมองทาง ประชากรศาสตร์.** กรุงเทพมหานคร: สำนักงานนโยบายวิทยาศาสตร์ เทคโนโลยี และนวตกรรมแห่งชาติ; 2554.

8. ยุคลธร เธียรวรรณ, มยุรี นิรัตธราดร และชดช้อย วัฒนะ. ผลของโปรแกรมส่งเสริมการดูแลตนเองต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มเสียงโรคบาหวาน. **พยาบาลสาร** 2555;39:132-143.

9. เอกพล พลากร. **รายงานการตรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 4:2551-2552.** นนทบุรี: โรงพิมพ์บริษัทเดอะกราฟิโกซิสเต็มส์ จำกัด; 2553.

10. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ. **แนวปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในการจัดบริการคัดกรองและเสริมทักษะในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพลดเสี่ยงลดโรคไม่ติดต่อในสถานบริการและในชุมชน.** รุงเทพฯ: (ม.ป.ท.); 2554.

11. สุตาภัทร ประดับแก้ว. การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อป้องกันโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงของบุคลากรกลุ่มเสี่ยงในสถานศึกษา วารสารอิเล็กทรอนิกส์ทางการศึกษา OJED 2558;10: 308-321.

12. สุรากรี หนูแบน, อารยา ปรานประวิตร และสาโรจน์ เพชรมณี. ผลของการใช้กระบวนการกลุ่มและแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน อำเภอวิภาวดี จังหวัดสุราษฎร์ธานี. **วารสารบัณฑิตวิจัย** 2559;7:101-114.

13. สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค. รายงานประจำปี พ.ศ.2558. กรุงเทพฯ:สำนักโรคไม่ติดต่อกรมควบคุมโรค; 2559 (25 กันยายน 2563).Retrieved from http://www.thaincd.com/document/file/ download/ paper-manual/Annual-report- 2015.pdf

14. Cohen, J. **Statistical power analysis for the behavior sciences** (2nd ed). Hillsdale NJ: Lawrence Erlbaum; 1988.

15. อัมพร ไวยโภคา. การพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสียงโรคเบาหวานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล บ้านสันมะนะ ตำบลต้นธง อำเภอเมือง จังหวัดลำพูน. **วารสารวิจัยราชภัฏเชียงใหม่** 2556;14: 82-94.

16. นุสรา บุญทศ และคณะ. การ**เสริมสร้างการรับรู้ความสามารถของตนด้วยกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองของกลุ่มเสี่ยงเบาหวานชนิดที่ 2**. โรงพยาบาลส่งเสริมตำบลกระจาย อำเภอป่าติ้ว จังหวัดยโสธร; 2556.

17. พรพิมล อุลิตผล. การใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและทฤษฎีการรับรู้ความสามารถในตนเองของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 โรงพยาบาลเขาพนม อำเภอเขาพนม จังหวัดกระบี่. **วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น** 2558; 3:441-452.

18.วลัยภรณ์ อารีรักษ์ และประกัญจิตร แย้มบู่. ผลของโปรแกรมการสร้างเสริมการรับรู้ความสามารถตนเองเพื่อป้องกันโรคเบาหวานของสตรีกลุ่มเสี่ยงในอำเภอบ่อทอง จังหวัดชลบุรี. **วารสารมหาวิทยาลัยคริสเตียน** 2562;25: 80-95.

19. Rosenstock, I.M. The health belief model and preventive health behavior. **Health Education Monographs** 1974;12:329-386.

20. Lorig KR, Holman HR. Self-management education: history, definition, outcomes, and mechanisms.**Ann Behav Med** 2003;26:1–7.

21. Orem, D. **Nursing Concept of Practice** (4thed.). St Louis: Mosky Year Book; 1991.

22. Bandara, **A. Social foundations of thought and action**. New Jersey: Prentice-Hall, lnc; 1986.

23. Gould, J. **Learning theory and classroom practice in the lifelong learning sector**. (2nd ed). Exeter: Learning Matters; 2012.

24. International Diabetes Federation. **Diabetes Atlas. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation**. ;2015 (20 June 2020).Retrieved from www.diabetesatlas.ors

25. อรุณีย์ ศรีนวล, การ**ประยุกต์ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมในการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันโรคเบาหวานของประชาชนกลุ่มเสี่ยงในอำเภอเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น. ขอนแก่น:มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.

26. Tongpeth J. Self-management promoting potential program on blood sugar control and Quality of life among diabetes mellitus type 2. Journal of The Royal Thai Army Nurses 2013;14:69-78.

27. World Health Organization. Governance: updating appendix 3 of the WHO Global NCD Action Plan 2013-2020.Brussels, Belgium: World Health Organization; 2018 (20 June 2020). Retrieved from http://www.who. int/ncds/governance/appendix3-update/en/

28. พรรนิภา ตุรงค์เรือง. ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ของบุคลากรโรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2561; 8:192-199.

29. พรพรรณ ลีลาศสง่างาม, จินตนา จุลทรรศน์ และสุภาพร ใจการุณ. รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงจังหวัดอุบลราชธานี. **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยการจัดการและเทคโนโลยีอีสเทิร์น** 2562;16: 274-286.

30. สำรวย กัลยณี และศศิวรรณ ทัศนเอี่ยม. ผลของการประยุกต์ใช้หลัก 3อ. 2ส. ร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม เพื่อลดความเสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงของประชาชนกลุ่มเสี่ยง รายใหม่. **วารสารราชพฤกษ์** 2562; 17:95-104.

การพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

The Development of A Process to Reduce The Use of Pesticides by High Risk Farmers in The area of Nakok Subdistrict District Sriboonruang District Nongbualamphu Province

ฐิติญาภรณ์ บุญแจ้ง[1] เทิดศักดิ์ พรหมอารักษ์[2]

Thitiyaporn Boonjang[1] Terdsak Promarak[2]

(Received: November 2,2020; Accepted: December 4,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ เกษตรกรกลุ่มเสี่ยงสูงในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู จำนวน 93 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบสอบถาม และแบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและสถิติพรรณนา

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ประกอบด้วย ศึกษาบริบท นำเสนอผลการศึกษา กำหนดแนวทางและกิจกรรม ลงมือปฏิบัติตามแนวทางและกิจกรรม การสังเกตการณ์และการบันทึกพฤติกรรมและจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ เกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ นอกจากนี้ยังพบว่า ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ไม่ว่าก่อนการสัมผัส ขณะการทำงานกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และหลังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ : การเรียนรู้ , พฤติกรรม , การใช้สารเคมี , เกษตรกร

Abstract

This research was action research aimed to development of process to reduce the use of pesticides by high risk farmers in the area of Nakok Subdistrict District Sriboonruang District Nongbualamphu Province. Sample size were 93 high risk farmers in the area of Nakok Subdistrict District Sriboonruang District Nongbualamphu Province. Data were collected by questionnaire and focus group interview. Data were analyzed by content analysis and descriptive statistic.

The study found that the development of process to reduce the use of pesticides by high risk farmers in the area of Nakok Subdistrict District Sriboonruang District Nongbualamphu Province include Study the context , Presenting the study results, set guidelines and activities, Take action according to guidelines and activities, Observation and recording of behavior and organize meetings to exchange knowledge and experiences about success factors, problems, obstacles, and recommendations. It was also found that People have knowledge about the dangers posed by pesticides. Correct conduct whether before exposure while working with pesticides and after using pesticides Better than before development.

Keyword : learning, behavior, using pesticides, farmers

[1] สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

[2] อาจารย์ ดร. คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม

บทนำ

ในปัจจุบันมีการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จากข้อมูลการนำเข้าสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ในระหว่างปีพ.ศ. 2556-2560 มีปริมาณการนำเข้าถึง 172,826 ตัน, 147,375 ตัน, 149,546 ตัน, 160,824 ตัน และ 198,317 ตัน [13] ตามลำดับ ข้อมูลที่ผ่านมาแสดงถึงว่าใน 5 ปีที่ผ่านมาการเกษตรมีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากขึ้น ที่ใช้สำหรับทางการเกษตรมีการใช้ทางด้านการกำจัดศัตรูพืชขณะเพาะปลูกและการถนอมเมล็ดพันธุ์พืช สารเคมีบางชนิดยังมีฤทธิ์ในการตกค้างอยู่ในพืชที่มนุษย์นำมาบริโภคและส่งผลต่อสิ่งแวดล้อม ทั้งทางด้านน้ำ ดิน อากาศ และสิ่งมีชีวิตต่างๆ การได้รับสารเคมีที่ส่งผลต่อสุขภาพนั้นจะเข้าสู่ร่างการได้ 3 ทาง คือ ทางผิวหนัง ทางการหายใจ ทางปาก ส่งผลต่อสุขภาพของมนุษย์ด้วยในมนุษย์มีการพบว่ามีอาการทางด้านสุขภาพ 2 ส่วน พิษเฉียบพลัน ผู้ป่วยจะมีอาการแสดงในทันทีหลังจากที่มีการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดหัว ปวดกล้ามเนื้อ กล้ามเนื้อเกร็ง กระตุก ท้องร่วง หายใจ ติดขัด ตาพร่า แสบตา เป็นต้น และพิษเรื้อรัง เกิดจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเป็นเวลานานและเกิดพิษสะสมจนก่อให้เกิดโรค หรือปัญหาต่อสุขภาพ เช่น มะเร็ง เบาหวาน อัมพฤกษ์ อัมพาต โรคผิวหนังต่างๆ การเป็นหมัน การพิการของทารกแรกเกิด การสูญเสียการได้ยิน การเสื่อมสมรรถภาพทางเพศ เป็นต้น [17] ส่งผลให้ประชาชนที่เป็นกลุ่มเกษตรกร และไม่ใช่กลุ่มเกษตรกร ได้รับผลกระทบทางด้านสุขภาพเป็นอย่างมาก จึงนำไปสู่การมีนโยบายมาตรการของกระทรวงสาธารณสุข และโครงการของกรมควบคุมโรคในการดูแลสุขภาพกลุ่มเกษตรกร

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราการทำการเกษตรหลากหลาย ไร่อ้อย มันสำปะหลัง ข้าว พริก ยางพารา ปลูกพืชสวนครัวเพื่อส่งต่อขาย เป็นต้น โดยการเลือกใช้สารเคมีในกลุ่มออร์กาโน-ฟอสเฟตคาร์บาเมต ในกลุ่มนี้จะมีการพบการตกค้างสารเคมีในดิน น้ำ ทำให้มีการจัดการตรวจคัดกรองผู้ที่มีการสัมผัสทางตรงก่อนตรงนโยบาย ใน พ.ศ. 2554 กรมควบคุมโรคได้มีการบรูณาการในการร่วมมือของ 4 กรมของกระทรวงสาธารณสุข มีกรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมพัฒนาการแพทย์แผนไทยฯ และกรมสุขภาพจิตมีหน่วยงานที่สนับสนุนการบริการปฐมภูมิ โดยเฉพาะโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จัดให้มีการดูแลสุขภาพของเกษตรกร ภายใต้โครงการเกษตรปลอดโรค ผู้บริโภคปลอดภัย [17] ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจึงได้จัดการตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข พบว่ามีอัตราที่ พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับการเจ็บป่วยในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตั้งแต่ 2558-2561 มีประมาณผู้ป่วย 4,520 ราย, 3,611 ราย, 3,686 ราย และ2,165 ราย [13] จากข้อมูลผู้ที่ได้รับบริการของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และจากการนโยบาย มาตรการของกระทรวงสาธารณสุข และโครงการของกรมควบคุมโรคในการดูแลในการดูแลสุขภาพกลุ่มเกษตรกร ซึ่งเป็นกลุ่มแรงงานที่เป็นกลุ่มใหญ่ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากการศึกษาผลกระทบต่อสุขภาพพบว่าสารเคมีตกค้างในพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู [9] การปนเปื้อนของสารเคมีปราบศัตรูพืชที่ปนเปื้อนในสิ่งแวดล้อมโดยเฉพาะในแหล่งน้ำ และตกค้างในพืชผัก ผลไม้ จัดเป็นปัญหาสำคัญของประเทศ โดยสารเคมีปราบศัตรูพืชที่มีการใช้งานหลายชนิดในเมืองไทยและนำมาซึ่งอันตรายต่อสุขภาพ ค่าความเข้มข้นดังกล่าวคำนวณจากค่าเฉลี่ยการได้รับสารของผู้ชายไทยที่มีน้ำหนักเฉลี่ย 68 กก. อัตราการตายของผู้ป่วยในประเทศไทยที่ได้รับสารพิษนี้สูงถึง 10.2% ในกรณีที่ผู้ป่วยสัมผัสทางผิวหนัง และ 14.5% จึงทำให้พื้นที่ในเขตจังหวัดหนองบัวลำภูจึงทำให้เกิด “หนองบัวลำภูโมเดล” ซึ่งเป็นมารวมการแก้ปัญหา เป็นเป้าหมายในการขับเคลื่อนภาคประชาชน ในระยะเวลา 3 ปี เพื่อลดการใช้สารเคมีปราบศัตรูพืชลดลงร้อยละ 40 จาก ปริมาณการใช้สารเคมีในปี 2561

พื้นตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง ก็เป็นอีกหนึ่งพื้นที่ ที่มีการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากเป็นมาระดับต้นๆ และมีแหล่งน้ำหลายสายที่ไหลผ่าน มีการพืชเพิ่มขึ้นในระยะเวลา 3 ปีที่ผ่านมา มีผู้ป่วยที่เพิ่มมากขึ้น จากข้อมูลจากการคัดกรองสารเคมีกำจัดศัตรูพืชโดยแบบทดสอบโคลีนเอสเตอเรส ในปี 2561 ในพื้นที่ 4 หมู่บ้าน ร้อยละของผู้มารับการคัดกรองพบเป็นกลุ่มเสี่ยงหมู่ที่ 11 บ้านตาลเดี่ยว 24.38 หมู่ที่ 13 บ้านนาหนองทุ่ม 29.88 หมู่ที่ 15 บ้านห้วยบ่อทอง 19.52 หมู่ที่ 19 บ้านสระแก้ว 26.22 คิดโดยรวมจากการคัดกรอง เป็น

ร้อยละ 75.23 มาการเป็นแผลที่รักษาหายยาก ตุ่มคันที่เกิดจาการแช่น้ำนานๆ มีอาการ ไอ เหนื่อยหอบ หลังจากการสัมผัสจากที่ตนเองเป็นผู้ฉีดพ่นเอง และเป็นผู้ที่สัมผัสจากการเดินผ่านหรือใกล้บริเวณที่ฉีดพ่นสารเคมีเพื่อกำจัดศัตรูพืช ผู้ที่สัมผัสส่วนมากมักจะมีอาการวิงเวียนศีรษะ คลื่นไส้ คันตามผิวหนัง มีผิวหนังหลุดลอก เหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจเหนื่อยหอบ

จากข้อมูลดังกล่าว ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่ศึกษากระบวนการลดใช้สารเคมีในเกษตรกร ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู และมีแนวคิดที่จะนำกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการของ Kemmis & McTaggart (1988)[32] มาใช้โดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน เนื่องจากวิธีดังกล่าวเป็นการเปิดโอกาสให้ชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารสุขและผู้วิจัยได้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาของชุมชนในทุกขั้นตอนตลอดจนหากระบวนการดำเนินงานที่เหมาะสมกับสภาพชุมชน ซึ่งนำไปสู่กระบวนการลดใช้สารเคมีในเกษตรกรต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาบริบทของชุมชน ในการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู
2. เพื่อศึกษากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู
3. เพื่อศึกษาผลของการดำเนินงานตามกระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู
4. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จของการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิธีวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988)[32] ประกอบด้วยกระบวนการ 4 กระบวนการ คือ การวางแผน (Planning) การปฏิบัติการตามแผน (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection) 8 เป็นการกระบวนการวิจัยที่ผู้วิจัยมีส่วนร่วมตลอดการวิจัยเพื่อการพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีในเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

ประชากรและกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

ประชากร แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม ประกอบด้วย ดังนี้

กลุ่มที่ 1 กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ปี 2561 ตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู มีจำนวนประชากร จำนวน 164 คน (โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านนาหนองทุ่ม, 2561)

กลุ่มที่ 2 กลุ่มผู้นำชุมชนในการขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู โดยมีกำหนดกลุ่มเป้าหมายหลักในการขับเคลื่อน ตามแนวทางในการดำเนินงานของทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา[8]ประกอบด้วย ภาคการเมือง จำนวน 22 คน ภาควิชาการ จำนวน 11 คน และภาคประชาสังคม และกลุ่มตัวแทนเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง จำนวน 34 คน รวมจำนวน 67 คน

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

กลุ่มที่ 1 กลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรองพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยใช้กระดาษทดสอบโคลีนเอสเตอเรส (Cholinesterase Reactive Paper) ปี 2561 ตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู มีจำนวนประชากร จำนวน 104 คน ได้มาจากวิธีการคำนวณโดยใช้สูตรการประเมินค่าสัดส่วนในประชากร กรณีที่ทราบจำนวนประชากร และกำหนดค่าความคลาดเคลื่อนทางสถิติที่ระดับ 0.05 [22],[25]

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

เมื่อกำหนดให้

n = ขนาดตัวอย่าง

N = ขนาดประชากร มีค่าเท่ากับ 164

Z_{α_2} = ค่าสถิติของการแจกแจงแบบปกติมาตรฐาน มีค่าเท่ากับ 1.96

P = ค่าสัดส่วนคะแนนเฉลี่ยในการมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยรวมอยู่ในระดับปฏิบัติทุกครั้ง ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.40 ดังนั้น P = 0.24 (สุภาพร นามวงศ์, 2553)

d = ความคลาดเคลื่อนที่ยอมให้เกิดขึ้นในการประมานค่าสัดส่วน มีค่าเท่ากับ 0.05

แทนค่าในสูตร

n = 92.99 หรือเท่ากับ 93 คน

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงที่ได้รับการคัดกรอง ที่ต้องการศึกษาครั้งนี้ เท่ากับ 93 คน (±10% ของการคลาดเคลื่อน) และนำไปทำการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling)

กลุ่มที่ 2 คือ กลุ่มผู้นำชุมชนในการขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู โดยมีกำหนดกลุ่มเป้าหมายหลักในการขับเคลื่อน ตามแนวทางในการดำเนินงานของทฤษฎีสามเหลี่ยมเขยื้อนภูเขา (ประเวศ วะสี, 2546) ประกอบด้วย ภาคการเมือง จำนวน 18 คน ภาควิชาการ จำนวน 8 คน ภาคประชาสังคม และกลุ่มตัวแทนเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง จำนวน 34 คน รวมจำนวน 54 คน ดังแสดงในตาราง 17 โดยคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายตามเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion Criteria) 1) เป็นบุคคลที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ตลอดการทำวิจัย 2) เป็นคณะกรรมการในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาหนองทุ่ม 3) สามารถให้ข้อมูลในระหว่างการดำเนินการศึกษา 4) มีความยินดีเข้าร่วมกิจกรรมตลอดระยะเวลาที่ทำการศึกษา เกณฑ์การคัดออก (Exclusion Criteria) 1) บุคคลที่ไม่สามารถเข้าร่วมกระบวนการวิจัยได้ 2) เสียชีวิตด้วยโรคต่างๆ ในช่วงระยะเวลาดำเนินการวิจัย 3) ขอยกเลิกการเข้าร่วมการวิจัย 4) ย้ายที่ทำงานขณะทำการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้ศึกษาได้ดำเนินการโดยมีการใช้เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1.1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้ในการรวบร่วมข้อมูล เพื่อสะท้อนปัญหา ประเมินผลก่อนการพัฒนาและหลังการพัฒนา โดยมีจำนวน 2 ชุด ดังนี้ ชุดที่ 1 แบบสอบถามใช้สำหรับกลุ่มสี่ยง มีทั้งหมด 3 ส่วน ชุดที่ 2 แบบสอบถามใช้สำหรับเก็บข้อมูลของกลุ่มผู้นำชุมชน ในชุดที่ 2 จะเก็บทั้งหมด 2 เครื่องมือ เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ มีทั้งหมด 6 ส่วน และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ทั้งหมด 2 ส่วน ดังต่อไปนี้

ชุดที่ 1 เป็นแบบสอบถามการพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ดังนี้ 1) ลักษณะทางประชากร มี 2) ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง 3) การปฏิบัติตนในสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง

ชุดที่ 2 เป็นแบบสอบถามการพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ใช้สำหรับเก็บข้อมูลของกลุ่มผู้นำชุมชนในการขับเคลื่อนการพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู แบบสอบถามนี้ประกอบด้วย 6 ส่วน ดังนี้ 1) ลักษณะทางประชากร 2) ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง 3) ปฏิบัติตนในสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง 4) บทบาทในการดำเนินงานกระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง 5) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงานการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง 6) ความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมการดำเนินงานการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง

2. เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม มีลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด (Open Ended Question) เป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในประเด็นที่ผู้วิจัยต้องการความลึก ความสมบูรณ์และความชัดเจนของปัญหา การสนทนากลุ่มของภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน 2) แบบสังเกตกระบวนการ เป็นการบันทึกที่ได้จากการสังเกตของผู้วิจัยต่อผู้ร่วมวิจัยในการมีส่วนร่วมกิจกรรมในระยะวางแผนและระยะสะท้อนผล ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรม การแสดงความเห็นการนำเสนอข้อมูล การวิเคราะห์ปัญหา การเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหา

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ได้แก่ ความเที่ยงตรงตามเนื้อหา (Content Validity) โดยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-objective Congruence : IOC ใช้เกณฑ์พิจารณาค่า IOC ตั้งแต่ 0.5 ขึ้นไป หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ

(Reliability) โดยข้อคำถามที่ใช้วัดความรู้ทำการวิเคราะห์ด้วยวิธี Kuder Richardson (KR-20) มีค่าความเชื่อมั่น 0.83 และ การวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาค (Cronbach's Coefficient Alpha) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคที่ได้พบว่า มาหาความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิอัลฟ่าของครอนบาค ได้ดังนี้ 1) ค่าความเชื่อมั่นด้านความรู้เกี่ยวกับเรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.81

2) ค่าความเชื่อมั่นด้านปฏิบัติตนในสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.83 3) ค่าความเชื่อมั่นด้านบทบาทในการดำเนินงานกระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.85 4) ค่าความเชื่อมั่นด้านการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.78 5) ค่าความเชื่อมั่นด้านความพึงพอใจในการเข้าร่วมกิจกรรมในการดำเนินงานกระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง มีค่าความเชื่อมั่น เท่ากับ 0.82

ขั้นตอนดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 วางแผน Planning

1.1 วิเคราะห์บริบทของพื้นที่และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการพัฒนาการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู โดยการประชุมในรูปแบบ Focus Group

1.2 ประชุมค้นหาปัจจัย วิเคราะห์สถานการณ์สภาพปัญหาและอุปสรรค ใช้หลัก (AIC)

1.3 จัดทำแผนปฏิบัติการพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติการตามแผน (Action)

2.1 ดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการ จากการประชุมว่างแผนที่ผ่านมาจากกระบวนการวางแผน Planning

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกตการณ์ (Observation)

3.1 ประเมินผลการดำเนินงานมีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนเข้าร่วมกระบวนการจากกลุ่มขับเคลื่อนในการจัดเวที ครั้งที่ 1

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผลการปฏิบัติงาน (Reflection)

4.1. ถอดบทเรียนการดำเนินงาน การจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้เพื่อถอดบทเรียนหลังจากมีการสะท้อนผลให้เห็นว่ามีหลังจากการพัฒนากระบวนการ มีทิศทางที่ดีขึ้น

4.2 แลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน โดยการจัดกิจกรรมเล่าเรื่องถึงการดำเนินงานพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง การแสดงความคิดเห็นในหัวข้อการพัฒนากระบวนการ ว่าปัญหาที่พบในกระบวนการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงคุณภาพ นำข้อมูลมาเรียบเรียง และจัดกลุ่มเพื่อสรุปรายละเอียดเนื้อหา ตาม ประเด็นต่างๆ พร้อมทั้งวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) ดังนี้ การสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion) เพื่อประเมินสภาพการณ์ทั่วไป ข้อเท็จจริงและความคิดเห็น และการสังเกต (Observation) ใช้การสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยจะสังเกตผู้เข้าร่วมวิจัยในขณะร่วมทำกิจกรรมต่างๆ ของกระบวนการวิจัยเพื่อเป็นการตรวจสอบยืนยันความถูกต้องกับข้อมูลที่ได้จากวิธีต่างๆ

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) โดยใช้ในการอธิบายลักษณะทางประชากร ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตนในสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู นำเสนอข้อมูลด้วย การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ(Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) สถิติเชิงอนุมาน มีการใช้สถิติในการวิเคราะห์ เพื่อทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย โดยใช้สถิติทดสอบ Paired t-test

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ ได้เสนอเพื่อพิจารณาและอนุมัติจากคณะอนุกรรมการจริยธรรมการวิจัย ในมนุษย์ กองส่งเสริมการวิจัยและบริการวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม และได้รับการอนุมัติ เลขที่ 143/2562 เมื่อวันที่ 18 กรกฎาคม 2562

ผลการวิจัย

1. บริบทของชุมชน ในการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านนาหนองทุ่ม จึงมีหมู่บ้านรับผิดชอบทั้งหมด 4 หมู่ คือ หมู่ที่ 11 บ้านตาลเดี่ยว หมู่ที่ 13 บ้านนาหนองทุ่ม หมู่ที่ 15 บ้านห้วยบ่อทอง และหมู่ที่ 19 บ้านสระแก้ว มีเนื้อทางการเกษตรพื้นที่ทางการเกษตรของพื้นที่ 4 หมู่บ้าน เป็นการเกษตร นาข้าว ไร่อ้อย มันสำปะหลัง และการเกษตรอื่นๆ โดยมีพื้นที่ร่วมกันทั้งหมด 9,840 พบว่าจากการคัดกรองโดยการตรวจหาเอ็นไซม์โคลีนเอสเตอเรส พบเป็นกลุ่มเสี่ยงหมู่ที่ 11 บ้านตาลเดี่ยว 24.4 หมู่ที่ 13 บ้านนาหนองทุ่ม 29.9 หมู่ที่ 15 บ้านห้วยบ่อทอง 19.5 หมู่ที่ 19 บ้านสระแก้ว 26.2 คิดโดยรวมจากการคัดกรอง เป็นร้อยละ 75.2 ซึ่งแสดงให้เห็นว่าที่ความเสี่ยงสูง

1. ด้านความรู้ พบว่ากลุ่มเสี่ยง และกลุ่มขับเคลื่อน มีความรู้การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชไม่ค่อยดี ไม่เข้าใจ

2. ด้านการพฤติกรรมการใช้สารเคมี พบว่า การใช้สารเคมีในปริมาณมาก ไม่ถูกต้อง และใช้ผสมกันเกินที่กำหนดไว้

3. ด้านการบริโภค พบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีการซื้อผักมารับประทานเป็นส่วนใหญ่ และมักจะซื้อกับรถเร่ รถเร่ส่วนใหญ่รับมาจากตลาดในตัวอำเภอ

4. ด้านบริบทและสิ่งแวดล้อม พบว่า มีพื้นที่ทางการเกษตร จำนวน 9,840 ไร่ โดยการทำการเกษตรนาข้าว ทำไร และทำสวน มีการใช้สารเคมีในการป้องกันไม่ให้แมลงศัตรูพืชทำลายพืชที่เพาะปลูก

2. กระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

2.1 การวางแผน (Planning)

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาบริบททั่วไปของพื้นที่ ลักษณะทางประชากร ได้แก่ เพศ อายุ ระดับการศึกษา สถานภาพ อาชีพหลัก รายได้ของครอบครัว การเพาะปลูกทางการเกษตร การสัมผัสสารเคมี ประวัติการตรวจสารเคมีตกค้างในเลือด ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตนในสารเคมีกำจัดศัตรูพืช จำนวน 104 คน ระหว่าง เดือนกรกฎาคม – สิงหาคม 2562 ผู้ตอบแบบสอบถาม จำนวน 104 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศชาย 47 คน คิดเป็นร้อยละ 45.2 อายุ เฉลี่ยอยู่ที่ 47.0 ปี สูงสุด 77 ปี ต่ำสุด 26 ปี และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 9.9 สถานภาพสมรส คิดเป็นร้อยละ 85.6 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 67.3 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 83.7 รายได้เฉลี่ยต่อเดือน เท่ากับ 5,015.48 บาท สูงสุด 41,560 บาท ต่ำสุด 600 บาท และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 4,925.29 บาท ประชาชนรับประทานผักที่ได้มาจากการซื้อ โดยซื้อจากรถเร่ ร้อยละ 65.4 ที่รับมากจากตลาดเช้าในตัวอำเภอศรีบุญเรือง ประชาชนทำการเพาะปลูกทำนาข้าว ร้อยละ 57.4 รองลงมาทำไร่ ร้อยละ 27.8 โดยสารเคมีที่ใช้ในการฉีดพ่นส่วนใหญ่ฟูราดาน, ฟูราดาน 3G ร้อยละ 32.7 ฟูจิวัน ร้อยละ 14.4 ค่าใช้จ่ายต่อการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช เฉลี่ยต่อปี เท่ากับ 1,946.7 บาท สูงสุด 20,000 บาท ต่ำสุด 0 บาท และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 1,500.00 บาท ประชาชนได้สัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยส่วนใหญ่จะเกิดจากการอยู่ในบริเวณที่มีการฉีดพ่น หรือสัมผัสผักผลไม้ที่ฉีดพ่น ร้อยละ 87.5 ในรอบ 1 ปี ประชาชนมีอาการผิดปกติหลังจากการใช้หรือสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ปีละ 1 – 3 ครั้ง ร้อยละ 94.5 จากการวัดความรู้เกี่ยวกับเรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้ปานกลาง ร้อยละ 54.8 ระดับความรู้สูง ร้อยละ 42.3 ระดับความรู้ต่ำ ร้อยละ 2.9 (Mean=2.39, SD=0.54) และมีการปฏิบัติตนในสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงก่อนการพัฒนา มีการปฏิบัติตนบางครั้งของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 46.2 การปฏิบัติตนไม่เคยของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 42.3 การปฏิบัติตนประจำของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 11.5 (Mean = 2.88, SD = 0.24) หลังการพัฒนา มีการปฏิบัติตนประจำของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 65.4 การปฏิบัติตนบางครั้งของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 21.2 และการปฏิบัติตนไม่เคยของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 13.5 (Mean=2.85, SD=0.27)

ขั้นตอนที่ 2 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ นำเสนอผลการศึกษาเพื่อให้ภาคีเครือข่ายได้ รับทราบและเข้าใจปัญหา โดยการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อจัดทำแผนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร วันที่ 21 สิงหาคม 2562 ณ ห้องประชุมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลบ้านนาหนองทุ่ม มีรองนายกองค์การบริหารส่วนตำบลนากอกเป็นประธานในการประชุม ผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้นจำนวน 54 คน ซึ่งผู้วิจัยได้นำปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานที่ได้จากการรวบรวมเอกสาร จากการสำรวจ การเพาะปลูกทางการเกษตร การสัมผัสสารเคมี ประวัติการตรวจสารเคมีตกค้างในเลือด ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และการปฏิบัติตนในสารเคมีกำจัดศัตรูพืช นำมาวิเคราะห์ เพื่อเป็นแนวทางในการในการจัดทำแผนงานปฏิบัติการ ผลการจัดการประชุม พบว่า ผู้เข้าร่วมการประชุม มีความสนใจ กระตือรือร้นในการเข้าร่วม ประชุมและร่วมกิจกรรมต่าง ๆ บรรยากาศในการประชุมเป็นกันเอง ผลที่เกิดขึ้นเป็นไปตามวัตถุประสงค์ ที่ตั้งไว้ ได้แผนปฏิบัติการหลัก จำนวน 2 โครงการ คือ โครงการสร้างสุขภาวะเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทางการเกษตร และโครงการแก้ไขเกษตรกรปลอดโรคห่างไกล ภัยจากสารพิษกำจัดศัตรูพืช

ขั้นตอนที่ 3 กำหนดแนวทางและกิจกรรมการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา จำนวน 2 โครงการ คือ โครงการสร้างสุขภาวะเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทางการเกษตร และ โครงการแก้ไขเกษตรกรปลอดโรคห่างไกล ภัยจากสารพิษกำจัดศัตรูพืช เพื่อให้ประชาชนเข้าใจถึงการลดใช้สารเคมี

2. ขั้นปฏิบัติ (Action)

1) ขั้นตอนที่ 4 ลงมือปฏิบัติตามแนวทางและกิจกรรมการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาดังนี้

1.1) โครงการสร้างสุขภาวะเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชทางการเกษตร ดังนี้

- ผู้นำสันทนาการเป็นผู้นำทำกิจกรรมละลายพฤติกรรม เพื่อสร้างความคุ้นเคยให้แก่ผู้เข้าร่วมกิจกรรม พร้อมทั้งทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และรู้จักกันมากยิ่งขึ้น เช่น ให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมแนะนำตัวเองสั้นๆ การปรบมือสร้างความพร้อมเพรียง การเต้นตาม จังหวะเพลง เป็นต้น เพื่อเตรียมความพร้อมในการเข้าสู่กระบวนการเรียนรู้ในแต่ละส่วนมี

- จัดอบรมความรู้เรื่องการป้องกันตนเองจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยกลุ่มเป้าหมาย คือ ประชาชนและกลุ่มเสี่ยง รับฟังความรู้ที่ถูกต้องในการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

- การใช้สื่อในการ เพื่อในเห็นภาพได้ชัดเจนมากขึ้น

1.2) โครงการแก้ไขเกษตรกรปลอดโรคห่างไกล ภัยจากสารพิษกำจัดศัตรูพืชวิธีการดำเนินงาน

- รณรงค์สร้างกระแสเพื่อให้ประชาชน รวมทั้งมีปรับเปลี่ยนการดูแลสุขภาพให้ปลอดภัยจากหารใช้สารเคมีที่เหมาะสม

- ได้มาตรการในชุมชนออกมาเพื่อเป็นข้อปฏิบัติ ใน 4 หมู่บ้านข้อตกลงการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัยในหมู่บ้าน ตาลเดี่ยว นาหนองทุ่ม ห้วยบ่อทอง และสระแก้ว
เพื่อให้มีการใช้สารเคมีอย่างปลอดภัยในชุมชน

3. ขั้นสังเกตผลการปฏิบัติงาน (Observation)

ขั้นตอนที่ 5 เป็นกิจกรรมการสังเกตการณ์และการบันทึกพฤติกรรมของผู้เข้าร่วมกิจกรรมต่างๆ

1) เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับเรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.2 (Mean=9.61, SD=0.51) และหลังการพัฒนาและหลังการพัฒนามีระดับความรู้ระดับสูง ร้อยละ 88.9 ระดับปานกลาง ร้อยละ 11.1 (Mean=15.79, SD=0.31) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มลดลงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

2) เปรียบเทียบระดับการปฏิบัติตนในสารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนการพัฒนา มีการปฏิบัติตนบางครั้ง ร้อยละ 59.3 การปฏิบัติตนไม่เคยของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 22.2 การปฏิบัติตนประจำของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 18.5 (Mean = 2.21, SD = 0.23) หลังการพัฒนา มีการปฏิบัติตนประจำของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 85.2 การปฏิบัติตนบางครั้งของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 9.3 และการปฏิบัติตนไม่เคยของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ร้อยละ 5.6 (Mean=2.52, SD=0.52) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มลดลงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

3) เปรียบเทียบระดับบทบาทในการดำเนินงานกระบวนการลดใช้สารเคมีในเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง พบว่า ก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่มีบทบาทอยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 64.8 รองลงมา คือ ระดับน้อย ร้อยละ 29.6 (Mean=2.12,

SD=0.31) หลังการพัฒนาส่วนใหญ่มีบทบาทในระดับมาก ร้อยละ 74.1 และรองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 16.7 (Mean=2.23, SD=0.58) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มลดลงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

4) เปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกระบวนการลดใช้สารเคมีในเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 70.4 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 22.2 (Mean=2.79, SD=0.41) และหลังการพัฒนาส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 79.6 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 18.5 (Mean=2.97, SD=0.55) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มลดลงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

5) เปรียบเทียบระดับความพึงพอใจในการดำเนินงานกระบวนการลดใช้สารเคมีในเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ก่อนการพัฒนาส่วนใหญ่มีความพึงใจในระดับปานกลาง ร้อยละ 63.0 มีความพึงพอใจในระดับมาก ร้อยละ 27.8 และระดับความพึงพอใจน้อย ร้อยละ 9.3 (Mean=2.04, SD=0.19) และหลังการพัฒนา พบว่า ความพึงพอใจในการดำเนินงานการลดใช้สารเคมีในเกษตรกร ส่วนใหญ่มีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 83.3 รองลงมาคือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 16.7 (Mean=2.87, SD=0.34) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มลดลงกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ประชาชนมีความรู้เกี่ยวกับอันตรายที่เกิดจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืช การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง ไม่ว่าก่อนการสัมผัส ขณะการทำงานกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช และหลังจากการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพิ่มมากขึ้น

4. ขั้นสะท้อนกลับการปฏิบัติ (Reflection)

ขั้นตอนที่ 6 จัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ เกี่ยวกับปัจจัยความสำเร็จปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาในวงรอบต่อไป ในขั้นตอนนี้ผู้วิจัย ได้เชิญภาคีเครือข่ายในการดำเนินงาน จำนวน 54 คน เข้าร่วมการประชุม เพื่อสรุปปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและวางแผนในการแก้ไขปัญหาในวงรอบต่อไปการขับเคลื่อนให้เกิดเป็นธรรมนูญสุขภาพตำบล เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานต่อไป

5. ผลของการดำเนินงานตามกระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู คือ TUM Model ซึ่งมีรายละเอียด T : Team Work คือ การทำงานเป็นทีม เพื่อการดำเนินงานจำเป็นจะต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคีเครือข่ายในการขับเคลื่อน จะขับเคลื่อนเพียงคนใดคนหนึ่งมิได้U : Unity คือ การร่วมมือ ร่วมใจเป็นหนึ่งเดียวในการดำเนินงานกระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ร่วมคิด ร่วมวางแผน และร่วมขับเคลื่อนการดำเนินงานเพื่อให้เกิดเป็นรูปธรรมอย่างยั่งยืนและสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี การเกิดผลต่อสุขภาพเพื่อให้เกิดความตระหนัก และให้เกิดแนวทางการดำเนินงานที่เกิดจากชุมชนเพื่อลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชเกษตรกร M : Measure คือ มาตราที่เกิดจากการที่ชุมชนเป็นผู้ขับเคลื่อนให้เกิดขึ้นนำไปปฏิบัติเพื่อเป็นมาการป้องกันไม่ให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพของประชาชนในชุมชน

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภูปัจจัยแห่งความสำเร็จของกระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภูจากผลการศึกษากาวิจัยในครั้งนี้ ผู้วิจัยพบว่าปัจจัยที่ทำให้ประสบความสำเร็จในกระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร คือ C-L-S ประกอบด้วย

C : Community คือ ชุมชนมีการขับเคลื่อนระดับนโยบายด้านการแก้ไขปัญหาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การดำเนินงานและการอยู่ร่วมกันจะต้องมีความอดทน มุ่งมั่น และตั้งใจ เพื่อให้การขับเคลื่อนกระบวนการดำเนินไปได้ด้วยดีและประสบผลสำเร็จ

L : Leader คือ ผู้นำของทุกภาคส่วนเห็นความสำคัญในการพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง มีการบูรณาการร่วมกัน ทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคประชาชน ทำให้ตระหนักความสำคัญในการแก้ปัญหาด้านการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และมีส่วนร่วมในการหาข้อตกลงในการปฏิบัติการใช้ในชุมชน

S : System คือ การทำงานเป็นเครือข่ายทำให้การพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง มีการกระจายการทำงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่มั่นคงในหน่วยงานต่างๆ ที่เข้าร่วมการพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช

สรุปและอภิปรายผล

1. บริบทของชุมชนในการพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู จากการศึกษาในการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง พบว่า กลุ่มเสี่ยงโดยส่วนใหญ่เพศชาย เพราะจากการสัมภาษณ์เพศหญิงจะไปทำงานกับคู่ชีวิต ไม่ได้ป้องกันตัวเองจากสารเคมีกำจัดศัตรูพืชมากเท่ากับผู้ฉีดพ่น อายุอยู่ในช่วงวันทำงาน อยู่ในสถานภาพสมรส จบการศึกษาในระดับระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ซึ่งมาอาชีพเกษตรกร ที่มีรายได้ต่ำกว่า 10,000 บาท การรับประทานผักที่ได้จากการซื้อจากรถเร่ที่รับมาจากตลาดเช้าในตัวอำเภอศรีบุญเรือง จากการสัมภาษณ์แม่ค้าขายผักในตลาดส่วนใหญ่จะรับจากผู้ปลูกรายย่อยที่ปลูกในอำเภอศรีบุญเรือง มีบางส่วนที่ได้จากต่างจังหวัด การเพราะปลูกส่วนมาก คือ เพาะปลูกข้าว การใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่เกษตรกรใช้ส่วนใหญ่ฟูราดานและฟูราดาน 3G ค่าใช้จ่ายที่ใช้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืช อยู่ระหว่าง 1,001 – 2,000 บาท โดยส่วนมากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูของประชาชน มักจะเกิดจากการอยู่ในบริเวณที่มีการฉีดพ่น หรือสัมผัสจากการไปทำนาทำไร่ ที่ใช้สารเคมีกำจักศัตรูพืช หลังจากการสัมผัสมักจะมีอาการผิดปกติ ปีละ 1 – 3 ครั้ง

2. กระบวนการการพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ใช้แนวคิดของ Kemmis & McTaggart (1988) มาเป็นกรอบดำเนินการประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การลงมือปฏิบัติการตามแผน (Action) การสังเกตผลการดำเนินงาน (Observation) และการสะท้อนผล (Reflection) พบว่า พบว่า ระดับด้านความรู้เกี่ยวกับเรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง ร้อยละ 72.2 (Mean=9.61, SD=0.51) และและหลังการพัฒนามีระดับความรู้ระดับสูง ร้อยละ 88.9 ระดับปานกลาง ร้อยละ 11.1 (Mean=15.79, SD=0.31) ซึ่งมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการพัฒนา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สอดคล้องกับการศึกษาของ สุดารัตน์ ชูพันธ์ (2555)[19] ศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกมันสำปะหลัง ตำบลบึงอ้อ อำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา พบว่าผลการวิเคราะห์ระดับความรู้หลังการพัฒนามีคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการพัฒนา

3. ผลของการดำเนินงานตามการพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู จากการดำเนินงานวิจัย ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการดำเนินงานตามประเด็น ดังนี้

จากการพัฒนากระบวนกระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู พบว่า ด้านความรู้เกี่ยวกับเรื่องสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ก่อนการพัฒนา ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และหลังการพัฒนาและหลังการพัฒนามีระดับความรู้ระดับสูง สอดคล้องกับงานวิจัยของสุดารัตน์ ชูพันธ์ (2555)[19] การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกมันสำปะหลัง ตำบลบึงอ้อ อำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา ผลการวิจัยพบว่า ความรู้เกี่ยวกับสารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับดี การปฏิบัติตนในสารเคมีกำจัดศัตรูพืชก่อนการพัฒนา มีการปฏิบัติตนเป็นบางครั้ง และหลังการพัฒนา มีการปฏิบัติตนดีขึ้น สอดคล้องกับงานวิจัยของ สนาน ผดุงศิลป์ (2556)[12] การศึกษาเรื่องความรู้และพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรตำบลวังสรรพรส อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี ผลการวิจัยพบว่า เกษตรกรตำบลวังสรรพรส อำเภอขลุง จังหวัดจันทบุรี โดยภาพรวมการปฏิบัติตัวในการฉีดพ่นสารเคมี อยู่ในระดับดีมาก ผลของการวิจัยครั้งนี้ทำให้เกิดการพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู ผลการการคือ TUM Model

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จของการพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู

จากการสังเกตตามที่กลุ่มย่อยได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทุกคนให้ความเป็นกันเองในกลุ่ม เมื่อมีคนพูดทุกคนก็จะหยุดฟังอย่างตั้งใจ และมีผู้ที่จดบันทึกการประชุมปรือสนทนาในแต่ละประเด็นที่คณะกรรมการได้เสนอได้ร่วมกันเสนอและสรุปประเด็นต่างๆ ร่วมกัน และมีการเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างการขับเคลื่อนธรรมนูญสุขภาพที่ยังไม่ได้ขับเคลื่อนคือ กลุ่ม องค์กร ชมรมต่าง ได้ใช้ธรรมนูญสุขภาพเป็นกรอบในการดูแลด้านสุขภาพของประชาชน และบรรจุไว้ในข้อบัญญัติ คณะกรรมการมีความสนใจที่จะเข้าแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ได้แสดงความคิดเห็นเสนอแนะอย่างเต็มที่ในเวทีสนทนามีการทำงานที่ประสานกันร่วมมือกันในทุกกลุ่มองค์กร ในที่ประชุมยังเห็นพ้องต้องกันว่าใช้ธรรมนูญสุขภาพในการจัดการระบบสุขภาพประชาชนตามที่บัญญัติไว้ โดยอาศัยการแสดงความคิดเห็นจากสภาพความเป็นจริง

ผู้วิจัยได้สรุปผลปัจจัยแห่งความสำเร็จการพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภูประกอบด้วย C-L-S ประกอบด้วย

C : Community คือ ชุมชนมีการขับเคลื่อนระดับนโยบายด้านการแก้ไขปัญหาการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช การดำเนินงานและการอยู่ร่วมกันจะต้องมีความอดทน มุ่งมั่น และตั้งใจ เพื่อให้การขับเคลื่อนกระบวนการดำเนินไปได้ด้วยดีและประสบผลสำเร็จ

L : Leader คือ ผู้นำของทุกภาคส่วนเห็นความสำคัญในการพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง มีการบูรณาการร่วมกัน ทั้งภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และองค์กรภาคประชาชน ทำให้ตระหนักความสำคัญในการแก้ปัญหาด้านการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช และมีส่วนร่วมในการหาข้อตกลงในการปฏิบัติการใช้ในชุมชน

S : System คือ การทำงานเป็นเครือข่ายทำให้การพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชในเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง มีการกระจายการทำงานเพื่อให้เกิดการพัฒนาที่มั่นคงในหน่วยงานต่างๆ ที่เข้าร่วมการพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืช5.4 ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะ

1. ประชาชนมีข้อเสนอแนะให้มีการตรวจหาสารเคมีกำจัดศัตรูพืชที่ตกค้างในร่างกายเป็นประจำทุกปี เพื่อเป็นการตระหนักให้รู้ว่าในร่างกายมีการตกค้างของสารเคมีกำจัดศัตรูพืชเพียงใด

2. ประชาชนต้องการให้มีการจัดการหารสารเคมีชนิดอื่นเพิ่มเติม เพื่อจะได้ทราบถึงว่าสารเคมีตัวอื่นมีการตกค้างในร่างกายมากน้อยเพียงใด จะได้ป้องกันร่างกายให้ปลอดภัยต่อใช้สารเคมี หรือต้องลดใช้สารเคมีตัวอื่นๆ ต่อไป

3. จากการจัดกระบวนการมีข้อเสนอในการใช้มาตรการต้องมีการปรับปรุงไม่ให้มาตรการบังคับมากจนเกินไป เพราะอาจทำให้มีปัญหาในชุมชน ส่งผลในมาตรการใช้ในชุมชนต่อไปได้

4. การบูรณาการความร่วมมือของทุกภาคส่วนทำให้การกระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง ในเขตตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภูในชุมชนประสบผลสำเร็จ จึงควรมีหน่วยงานที่สานต่ออย่างต่อเนื่อง

5. กระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนซึ่งเกี่ยวกับคุณภาพชีวิตของประชาชน ควรประชาสัมพันธ์และเผยแพร่ความรู้ถึงพฤติกรรมการปฏิบัติตัวให้ประชาชนได้รับทราบอย่างต่อเนื่อง

6. เนื่องจากการวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยการพัฒนากระบวนการลดใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกรกลุ่มเสี่ยงเพื่อให้เกิดการนำไปใช้และความยั่งยืนต่อเนื่องจึงควรมีการศึกษาต่อและเพิ่มระยะเวลาการประเมินให้นานขึ้นเพื่อประเมินผลที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.กรมวิชาการ, เกษตรและสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. (2561). สถิติการนำเข้าสารเคมีตั้งแต่ พ.ศ. 2555–2560. กรุงเทพฯ: สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์.

2.เครือข่ายเตือนภัยสารเคมีกำจัดศัตรูพืช. (2556). วัตถุอันตรายทางการเกษตรที่ได้ประกาศห้ามใช้แล้ว. [ออนไลน์]. ได้จาก: http://www.thaipan.org/info/stat. [สืบค้นเมื่อวันที่ 28 กรกฎาคม 2561].

3.จิตติพัฒน์ สืบสิมมา และคณะ. (2560). พฤติกรรมการใช้และการป้องกันตนเองจากสารเคมีกำจัด ศัตรูพืช และผลกระทบต่อสุขภาพของ เกษตรกรเพาะปลูกพริกผู้ฉีดพ่นสารเคมีกำจัด ศัตรูพืช: กรณีศึกษา ตำบลสวนกล้วย อำเภอกันทรลักษ์ จังหวัดศรีสะเกษ. วารสารพิษวิทยาไทย, 32(1), 9-22.

4.ชนิกานต์ คุ้มนก และ สุดารัตน์ พิมเสน. (2555). พฤติกรรมการใช้สารกำจัดศัตรูพืชของเกษตรกร ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. ราชภัฏเพชรบูรณ์สาร, 16(1), 59-67.

5.ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. (2561). กระบวนการ A-I-C เพื่อการมีส่วนร่วม. ขอนแก่น: ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.

6.นงพรรณ พิริยานุพงศ์. (2546). คู่มือวิจัยและพัฒนา. กรุงเทพฯ: มายด์พับลิชชิ่ง.

7.ประยูร ศรีประสาธน์. (2542). รายงานการวิจัย เรื่อง ปัจจัยที่ส่งผลต่อการมีส่วนร่วม ในการดำเนินงาน ของคณะกรรมการการศึกษาประจำโรงเรียนประถมศึกษา. นนทบุรี: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช.

8.ประเวศ วะสี. (2546). วิถีมนุษย์ในศตวรรษที่ 21 สู่ภพภูมิใหม่แห่งการพัฒนา. วารสารหมออนามัย, 12(4), 7-21.

9.พวงรัตน์ ขจิตวิชยานุกูล. (2560). แผนงาน การลดการใช้งานและการจัดการสารเคมีปราบศัตรูพืชในพื้นที่จังหวัดหนองบัวลำภู. ขอนแก่น: สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ(วช.).

10.โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพบ้านนาหนองทุ่ม. (2561). รายงานการคัดกรองพบสารเคมีกำจัดศัตรูพืช ปี 2561 ตำบลนากอก อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู. หนองบัวลำภู: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองทุ่ม.

11.วรเชษฐ์ ขอบใจ. (2555). พฤติกรรมการใช้สารเคมีป้องกันกำจัดศัตรูพืชและระดับเอนไซม์โคลีน เอสเตอเรสในเลือดของกลุ่มเกษตรกรต้นน้ำ : กรณีศึกษาชาวเขาเผ่าม้ง จังหวัดพะเยา. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 42(1), 36-46.

12.สนาน ผดุงศิลป์. (2556). พฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส ในเลือดของเกษตรกร: กรณีศึกษาอำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ, 43(3), 270-279.

13.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. (2561). Health Data Center. [ออนไลน์]. ได้จาก: ttps://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report. [สืบค้นเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2561].

14.สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. (2561). สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร ปริมาณและมูลค่าการนำเข้าวัตถุอันตรายทางการเกษตร. กรุงเทพฯ: สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร.

15.สำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร กระทรวงเกษตรและสหกรณ์. (2561). กรมวิชาการ เกษตรและสำนักงานเศรษฐกิจการเกษตร. [ออนไลน์]. ได้จาก: http://oldweb.oae.go.th/economicdata/pesticides.html. [สืบค้นเมื่อ 2 เมษายน 2561].

16.สำนักงานสิ่งแวดล้อมภาคที่ 13. (2560). คู่มือมาตรฐานคุณภาพสิ่งแวดล้อม. ชลบุรี: สำนักงานสิ่งแวดล้อมที่ 13.

17.สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม กรมควบคุมโรค. (2558). องค์ความรู้เกี่ยวกับการ ตรวจคัดกรองความเสี่ยงจากการสัมผัสสารเคมีกำจัดศัตรูพืช โดยกระดาษทดสอบโคลีน เอสเตอเรส (Cholinesterase reactive paper) สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน หน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ. กรุงเทพฯ: สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม.

18.สำนักโรคจากการประกอบอาชีพและสิ่งแวดล้อม และกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2561). สำนักโรคจากการประกอบอาชีพ และสิ่งแวดล้อม. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

19.สุดารัตน์ ชูพันธ์. (2555). พฤติกรรมการใช้สารเคมีกาจัดศัตรูพืชของเกษตรกรผู้ปลูกมันสาปะหลัง ตำบลบึงอ้อ อำเภอขามทะเลสอ จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิทยาลัยนครราชสีมา, 5(1), 45-53.

20.สุนทรี ปลั่งกมล. (2558). การพัฒนาแนวทางการลดใช้สารเคมีป้องกันและกำจัดศัตรูพืชของ เกษตรกร ตำบลหนองยาว อำเภอพนมพฤติกรรมการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชและระดับเอนไซม์โคลีนเอสเตอเรส ในเลือดของเกษตรกร: กรณีศึกษาอำเภอลาดหลุมแก้ว จังหวัดปทุมธานี. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร, 10(2), 134-144.

21.สุภาพร นามวงศ์. (2553). กระบวนการกำหนดนโยบายสาธารณะเพื่อสุขภาพอย่างมีส่วนร่วมในการลดการใช้สารเคมีกำจัดศัตรูพืชของกลุ่มเกษตรกรผู้ปลูกหอมแดง อำเภอยางชุมน้อย จังหวัดศรีสะเกษ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

22.สุมัทนา กลางคาร และวรพจน์ พรหมสัตยพรต. (2553). หลักการวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. พิมพ์ครั้งที่ 3. มหาสารคาม: สารคามการพิมพ์.

23.องอาจ นัยพัฒน์. (2551). การออกแบบการวิจัย : วิธีการเชิงปริมาณ เชิงคุณภาพ และผสมผสานวิธีการ. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

24.อนามัย (ธีรวิโรจน์) เทศกะทึก. (2550). ความเป็นพิษในระบบนิเวศและสุขภาพมนุษย์. กรุงเทพฯ: โอเดียนสโตร์.

25.Best, J. W. (1977). Research in Education. Prentice Hall, Inc.

26.Bloom, B. (1968). Learning for Mastery. Evaluation Comment. Center for the Study of Instruction Program. University of California at Los Angeles.

27.Cohen, J. M. and Uphoff, N. T. (1981). Rural Development Participation : Concept and Measures for Project Design Implementation and Evaluation. Rural Development Committee Center for International Studies, Cornell University.

28.Greenwood, D.J. and Levin, M. (2007). Introduction to Action Research: Social Research for Social Change. Sage Publications: Thousand Oaks.

29.Gunasekara A.S., Rubin A.L., Goh K.S., S. F. C. and T. R. S. (2008). Environmental Fate and Toxicology of Carbaryl. Rev Emviron Contam Toxicol, 196, 95 – 121.

30.Holloway, I. W. (2010). Qualitative Research in Nursing and Health Care. 3 rd ed. India: Laserwords Privates.

31.Kamrin M.A. (2000). Pesticide Profile. New York : CRC Press.

32.Kemmis, S., & Mc Taggart, R. (1988). The Action Research Planner. 3rd ed. Deakin University Press.

33.Koufman, H. F. (1949). Participation Organized Activities in Selected Kentucky Localities. Agricultural Experiment Station Bulletins. March.

34.Oakley, P. and Marsden, D. (1984). Approaches to Participation in Rural Development. Geneva: International Labour Office.

35.Zhou, S. et al. (2011). Mosquito Biolarvicide Production by Sequential Fermentation with dual Strains of Bacillus Thuringiensis Subsp. Israelensis and Bacillus Sphaericus using Sewage Sludge. Biores Tech, 102, 1574–1580.

รูปแบบการบริหารกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติเพื่อสนองตอบพระบรมราโชบาย พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 10

The model of volunteer activity management into action in response to the King Rama 10

ประวิทย์ กาสา[1] บุญจุฑา สิริกุล[1] อดิศักดิ์ มุ่งชู[2]

Prawit Kasa[1] Bunjuta sirikun [1] Adisak Moongchu [2]

(Received: October 7,2020; Accepted: November 23,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สร้างและพัฒนารูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติเพื่อสนองตอบพระบรมราโชบายของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 10 ของโรงเรียนกัลยาณวัตร สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25 2) ทดลองรูปแบบ 3) เพื่อประเมินพฤติกรรมของนักเรียน หลังจากที่ได้ใช้รูปแบบ 4) ประเมินความพึงพอใจของครู นักเรียน ผู้ปกครองนักเรียนที่ และ 5) เพื่อประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามรูปแบบ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหาร ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน ปีการศึกษา 2561 โรงเรียนกัลยาณวัตร จำนวน 1,923 คน และโรงเรียนนครขอนแก่นที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติ จำนวน 42 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง 1,965 คน วิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์ อัลฟา ค่าประสิทธิภาพ ค่าดัชนี ค่าประสิทธิภาพ ค่าดัชนีประสิทธิผล ค่า t - test

ผลการวิจัย: 1) การสร้างและพัฒนาประสิทธิภาพของรูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติ จากผลการทดลองแบบภาคสนาม พบว่า การใช้รูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติ มีประสิทธิภาพ 83.67/85.93 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 80/80 สามารถนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้ และมีดัชนีประสิทธิภาพ มีค่าเท่ากับ 0.6404 หรือคิดเป็นร้อยละ 64.04 สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ .50 2) รูปแบบมีประสิทธิภาพมีค่าเท่ากับ 87.80/88.53 (E1/E2) และมีดัชนีประสิทธิภาพ มีค่าเท่ากับ 0.6948 หรือคิดเป็นร้อยละ 69.48 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ .50 ผลการเปรียบเทียบผลความรู้ความเข้าใจระหว่างก่อนใช้กับหลังใช้พบว่า นักเรียนความรู้ความเข้าใจหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) การสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสาของครูทั้ง 4 กิจกรรม พบว่าครูมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสาอยู่ในระดับมากที่สุด 4) ความพึงพอใจ พบว่า ผู้เรียน ครู นักเรียนและผู้ปกครองนักเรียน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด 5) การสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสา ผ่านไปแล้ว 4 สัปดาห์ พบว่า หลังใช้รูปแบบทันที อยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนการประเมินซ้ำเพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมจิตอาสา หลังจากที่เรียนจบแล้ว 4 สัปดาห์ นักเรียนมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสา อยู่ในระดับมาก

คำสำคัญ : รูปแบบการบริหารกิจกรรมจิตอาสา

Abstract

The purpose of this research was to 1) establish and develop the management model of volunteer activity into action in response to the King Rama 10's plans of Kanlayanawat School. Under the Office of Secondary Education Service Areas 25, 2) Experiment Model 3) to assess student behavior After using the model 4) evaluating the satisfaction of teachers, students, parents, and students 5) to assess behavior according to the model The sample consisted of 1,923 administrators, teachers, students, and parents of students in the academic year 2018 in Kanlayanawat School and Nakorn Khon Kaen

[1] วุฒิการศึกษา หลักสูตร มหาวิทยาลัย

[2] ตำแหน่ง วุฒิการศึกษา มหาวิทยาลัย

School which were used to develop the management model of organizing volunteer activities into action, totaling 1,965 samples. information Which are percentage, mean, standard deviation, alpha coefficient, efficiency value, index of efficiency value The effectiveness index, t – test

Research findings: 1) Establishing and developing the effectiveness of the management model for volunteering activities into action. From the results of the field trial, it was found that the use of management model for organizing volunteer activities into practice The efficiency is 83.67 / 85.93 which is higher than the specified criteria 80/80, can be used in trial with the sample group. And the efficiency index is 0.6404 or 64.04 percent higher than the criteria set at .50 2) The efficiency model is 87.80 / 88.53 (E1 / E2) and the efficiency index is 0.6948 or Is 69.48% which is higher than the criteria set at .50. The comparison of knowledge and understanding between before use and after use found that Cognitive students after using the model was higher than before using the model. 3) In observing the volunteer behavior of the teachers in all 4 activities, it was found that the teachers had the behavior of volunteering in the highest level. 4) The satisfaction was found that Learners, teachers, students and student parents 5) Observing the behavior of volunteer spirit after 4 weeks, found that immediately after using the model Is at the highest level Repeat evaluation scores to compare volunteer behavior levels After graduating for 4 weeks, the students behave in a volunteer manner. At a high level

Keywords: The model of volunteer activity management

บทนำ

โรงเรียนกัลยาณวัตรได้น้อมนำพระบรมราโชบายจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติเพื่อสนองตอบพระบาสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชการที่ 10 มาเป็นกิจกรรมพัฒนาผู้เรียนในด้านจิตอาสา จากการสำรวจปัญหาการจัดกิจกรรมจิตอาสาของโรงเรียนกัลยาณวัตรเมื่อปีพุทธศักราช 2560 พบว่า กิจกรรมที่มีปัญหามากที่สุด ได้แก่ ด้านความเสียสละ รองลงมาได้แก่ ด้านความซื่อสัตย์ ด้านความมีวินัย ด้านความสามัคคี และด้านคุณธรรมจริยธรรม สอดคล้องกับผลการวิจัยวลัยรัตน์ ยิ่งดำนุ่น (2555)[14] ระดับผลสัมฤทธิ์โครงการจิตอาสาของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายโรงเรียนบางมดวิทยา พบว่า โรงเรียนควรมีกิจกรรมจิตอาสาที่หลากหลายเพื่อส่งเสริมความรับผิดชอบและช่วยส่งเสริมจิตอาสาต่อสาธารณะทำให้เกิดความมีน้ำใจ เสียสละแบ่งปัน สามัคคี มีความเมตตาต่อกัน นอกจากนั้น วลัยรักษ์ บุญมา (2553)[14] ยังพบว่า กระบวนการสร้างจิตอาสา จะต้องทำงานเพื่อส่วนรวมให้ตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสังคม บุคคลที่มีจิตอาสาจะต้องสร้างประโยชน์ให้ส่วนรวมและท้องถิ่น ส่วนดวงทิพย์ อันประสิทธิ (2555)[5] พบว่าบุคคลที่มีจิตอาสาจะต้องกระทำด้วยความจริงใจ ช่วยเหลือด้วยความบริสุทธิ์ใจ ทำประโยชน์ให้ผู้อื่นเท่าที่ตนทำได้ ไม่นิ่งเฉยจะต้องเสียสละเพื่อส่วนรวมทั้งแรงกายแรงใจรวมทั้งเวลา เป็นผู้มีความเมตตา มีความซื่อสัตย์ โดยประพฤติตนด้วยการยึดคุณธรรมจริยธรรม พร้อมกับจะต้องเน้นความขยันอดทน มีสภาวะเป็นผู้นำและมีความกระตือรือร้น จากผลสำรวจสภาวการณ์ต้นทุนชีวิตเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 12 - 25 ปี ของสำนักงานเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติปีพุทธศักราช 2557 พบว่า เด็กไทยร้อยละ 34.19 ขาดต้นทุนชีวิตจิตอาสาโดยเฉพาะต้นทุนทางสังคม ทำให้สังคมขาดความเอื้ออาทร ค่านิยมการทำความดีลดลงความเห็นแก่ตัวเพิ่มมากขึ้น เด็กขาดการเห็นคุณค่าทางชุมชนและพื้นที่ในการทำกิจกรรมที่สร้างสรรค์ นอกจากนี้ยังมีปัญหาการค้างชำระกู้เงินกู้ยืมทางเพื่อการศึกษาของผู้สำเร็จการศึกษาที่มีจำนวนมากถึง 1,747,906 ราย [18] สะท้อนถึงความซื่อสัตย์ของเด็กและเยาวชน กองทุนกู้ยืมเพื่อการศึกษาได้เพิ่มเกณฑ์การพิจารณาให้กู้ยืมเพื่อการศึกษาตั้งแต่ปีการศึกษา 2558 เป็นต้นมา ให้นักเรียนที่ต้องการกู้ยืมเงินจะต้องผ่านงานกิจกรรมจิตอาสาภาคเรียนละไม่ต่ำกว่า 18 ชั่วโมง

ผู้วิจัยในฐานะผู้อำนวยการโรงเรียนกัลยาณวัตร

จำเป็นต้องหาทางแก้ไขให้นักเรียนในโรงเรียนกัลยาณวัตร ได้ปฏิบัติ ได้น้อมนำพระบรมราโชบายด้านจิตอาสาพัฒนาเข้าที่ประชุมคณะกรรมการโรงเรียน เพื่อสังเคราะห์วิเคราะห์ปัญหา จากการนำรูปแบบการบริหารเชิงคุณภาพมาบูรณาการเข้ากับกิจกรรมจิตอาสา จึงใช้รูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติในครั้งนี้ รูปแบบนี้มุ่งเน้นในการแก้ไขปัญหาในด้านความเสียสละ ความซื่อสัตย์สุจริต ความมีวินัย ความสามัคคี และด้านคุณธรรมจริยธรรม เพื่อให้นักเรียนมีสำนึกสาธารณะนำไปสู่การมีส่วนร่วมเพื่อสร้างสังคมที่เป็นธรรม [(1)] การเสียสละสิ่งของ เวลา แรงกายและสติปัญญาเพื่อช่วยเหลือผู้อื่นและสังคมโดยไม่หวังผลตอบแทน [(16)] ซึ่งสอดคล้องกับผลการวิจัยของกรวัฒน์ สิริปัญโญ (2561)[(2)] พบว่า ครูผู้สอนควรส่งเสริมให้นักเรียนมีความเอื้ออาทรเอาใจใส่คนรอบข้างอย่างสม่ำเสมอ มีจิตอาสาที่จะทำงานให้ผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทนอย่างเต็มกำลังความสามารถที่ตนเองจะช่วยได้ และช่วยเหลือผู้ที่ได้รับความเดือดร้อนให้ความเคารพปฏิบัติตามกิจกรรมด้วยความสามัคคี ทั้งนี้โรงเรียนกัลยาณวัตรได้คัดเลือกกิจกรรมจิตอาสาจำนวนสี่กิจกรรม ประกอบด้วย กิจกรรม TO BE NUMER ONE กิจกรมครอบครัวพอเพียง กิจกรรมสภานักเรียน และกิจกรม รด.จิตอาสา มาเป็นกระบวนการขับเคลื่อนจิตอาสาในครั้งนี้

จากปัญหาและแนวทางแก้ไขดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงมีความสนใจ ในการทำวิจัยเรื่อง รูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติเพื่อสนองตอบพระบรมราโชบายพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชการที่ 10 ในครั้งนี้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติเพื่อสนองตอบพระบรมราโชบายของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 10 ของโรงเรียนกัลยาณวัตร สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25

2. เพื่อทดลองรูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติเพื่อสนองตอบพระบรมราโชบายของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 10 ของโรงเรียนกัลยาณวัตร สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25

3. เพื่อประเมินพฤติกรรมของนักเรียน หลังจากที่ได้ใช้รูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติเพื่อสนองตอบพระบรมราโชบายพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 10 ของโรงเรียนกัลยาณวัตร สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25

4. เพื่อประเมินความพึงพอใจของครู นักเรียน ผู้ปกครองนักเรียนที่มีต่อรูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติเพื่อสนองตอบพระบรมราโชบายของพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 10 ของโรงเรียนกัลยาณวัตร สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25

5. เพื่อประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามรูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติเพื่อสนองตอบพระบรมราโชบายพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 10 ของโรงเรียนกัลยาณวัตร สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25 ผ่านไป 2 สัปดาห์

วิธีการวิจัย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้บริหาร ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน ปีการศึกษา 2561โรงเรียนกัลยาณวัตร สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25 จำนวน 5,608 คน

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้บริหาร ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน ปีการศึกษา 2561 โรงเรียนกัลยาณวัตร จำนวน 1,923 คน และโรงเรียนนครขอนแก่นที่ใช้ในการพัฒนารูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติ จำนวน 42 คน รวมกลุ่มตัวอย่าง 1,965 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้เทคนิคแบบแบ่งชั้น (Stratified Random Sampling) หลังจากนั้นทำการสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีจับฉลาก

วิธีการดำเนินการวิจัย

1. ก่อนการทดลอง ผู้วิจัยได้ชี้แจงหลักการและเหตุผลเพื่อทำความเข้าใจ เกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินงาน

รูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมการดำเนินงานจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติเพื่อสนองต่อพระบรมราโชบายพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 10 ของโรงเรียนกัลยาณวัตร ให้นักเรียนกลุ่มตัวอย่าง คือ ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1-6 ที่อยู่ในกิจกรรมจิตอาสาทั้ง 4 กิจกรรม รับทราบ

2. ทำการทดสอบก่อนเรียน (Pre - test) กับนักเรียนกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้แบบทดสอบก่อนการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ จำนวน 30 ข้อ เป็นข้อสอบแบบปรนัย 4 ตัวเลือก นำมาตรวจให้คะแนนและบันทึกไว้เป็นคะแนนการสอบก่อนเรียน ในวันที่ 5 พฤศจิกายน 2561 เพื่อนำไปใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

3. ดำเนินการตามกิจกรรมจิตอาสาทั้ง 4 กิจกรรม ปีการศึกษา 2561 นักเรียนกลุ่มตัวอย่างในกิจกรรมจิตอาสาทั้ง 4 กิจกรรม ในเวลาปกติ

4. หลังสิ้นสุดการทดลอง เมื่อดำเนินการครบตามที่กำหนดตามแผนการจัดกิจกรรมแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการทดสอบหลังเรียน (Post - test) กับผู้เรียนกลุ่มตัวอย่าง ในวันที่ 1 มีนาคมพ.ศ. 2562 โดยใช้แบบทดสอบ จำนวน 30 ข้อ เป็นฉบับเดียวกับทดสอบก่อนเรียน นำมาตรวจให้คะแนนบันทึกผลไว้เป็นคะแนนหลังเรียน นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ เพื่อทดสอบสมมุติฐานและสรุปผลการวิจัย

5. สอบถามความพึงพอใจของผู้เรียนกลุ่มตัวอย่าง ในวันที่ 3 มีนาคม พ.ศ. 2562 โดยใช้ประเมินความพึงพอใจ จำนวน 80 ข้อ นำมาตรวจให้คะแนนบันทึกผล นำมาวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

6. หลังจากที่ดำเนินกิจกรรมจบ ผ่านไปแล้ว 2 สัปดาห์ จึงทำการประเมินพฤติกรรมการปฏิบัติตนกิจกรรมจิตอาสา ของกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งด้วยแบบประเมินฉบับเดิมคือแบบประเมินพฤติกรรมเกี่ยวกับจิตอาสา เพื่อวัดพฤติกรรมความคงทนเกี่ยวกับจิตอาสา

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สัมประสิทธิ์ อัลฟา ค่าประสิทธิภาพ ค่าดัชนี ค่าประสิทธิภาพ ค่าดัชนีประสิทธิผล ค่า t - test และ ค่า P - test

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

1. ปัญหาการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติของครู นักเรียน ผู้ปกครองนักเรียน โดยรวมรายด้าน พบว่ามีปัญหาอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.35 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.53 เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีปัญหาการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติมากที่สุด คือ ด้านความเสียสละ ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.55 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.51 รองลงมา คือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.53 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.52 และด้านความสามัคคี ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.54

2. การสร้างและพัฒนาประสิทธิภาพของรูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติ ครั้งที่ 1 ทดลองแบบ 1 : 1 กับกลุ่มตัวอย่าง 3 คน รูปแบบมีประสิทธิภาพ มีค่าเท่ากับ 73.33/75.56 (E_1 / E_2) ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์กำหนดไว้ 80/80 พบข้อบกพร่อง ได้แก่ รูปแบบการบริหารยังไม่ชัดเจน นำไปปรับปรุงและนำไปทดลอง ครั้งที่ 2 กับกลุ่มตัวอย่าง 9 คน แบบ 1 : 10 รูปแบบมีประสิทธิภาพ มีค่าเท่ากับ 78.89/81.85 ซึ่งยังต่ำกว่าเกณฑ์ 80/80 พบข้อบกพร่องได้แก่ ขั้นตอนการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสายังไม่ชัดเจน นำไปปรับปรุงแล้วนำไปทดลอง ครั้งที่ 3 แบบ 1 : 100 กับตัวอย่าง 30 คน รูปแบบมีประสิทธิภาพ มีค่าเท่ากับ 83.67/85.93 สามารถนำไปใช้ได้

3. ค่าประสิทธิภาพและดัชนีประสิทธิผล การทดลองรูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิต อาสาลงสู่การปฏิบัติ (การใช้จริง)

ตาราง 1 ค่าประสิทธิภาพและดัชนีประสิทธิผล การทดลองรูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติ

N	ค่าเฉลี่ยร้อยละจากการทำแบบทดสอบ			ค่าเฉลี่ยร้อยละจากการทำคะแนนทดสอบ วัดความรู้ความจำ หลังเรียน			E_1 / E_2	EI
	คะแนนเต็ม	$\overline{X}$	E_1	คะแนนเต็ม	$\overline{X}$	E_1		
915	40	35.12	87.80	30	26.56	88.53	87.80/88.53	0.6948

จากตาราง 1 คะแนนเฉลี่ยการทำกิจกรรม/แบบทดสอบ ของนักเรียนจากกลุ่มตัวอย่าง 915 คน จากการใช้รูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 35.12 มีค่าประสิทธิภาพของรูปแบบที่อยู่ในระหว่างการใช้ มีค่าเท่ากับ 87.80 (E_1) ส่วนคะแนนการทำแบบทดสอบความรู้ความจำหลังการใช้รูปแบบ มีค่าเฉลี่ยเท้ากับ 26.56 ค่าประสิทธิภาพหลังใช้รูปแบบมีค่าเท่ากับ 88.53 (E_2) จากผลการใช้รูปแบบ พบว่า รูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติ มีค่าประสิทธิภาพ เท่ากับ 87.80/88.53 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ 80/80 และมีค่าดัชนีประสิทธิผล มีค่าเท่ากับ 0.6948 หรือคิดเป็นร้อยละ 69.48 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 0.50 หรือคิดเป็นร้อยละ 50.

ตาราง 2 การเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจ ก่อนใช้กับหลังใช้รูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติโรงเรียนกัลยาณวัตร ทั้ง 4 กิจกรรม

ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน	N	$\overline{X}$	S.D.	t	p-value
ก่อนเรียน	915	18.72	2.295	246.809	0.00*
หลังเรียน	915	26.56	1.360	590.521	0.00*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (N = 915 , df = 914)

จากตาราง 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า นักเรียนที่เรียนผ่านใช้รูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติ โรงเรียนกัลยาณวัตร สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25 มีความรู้ความเข้าใจก่อนใช้รูปแบบ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 18.72 คะแนน และหลังใช้รูปแบบ คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 26.56 คะแนน และเมื่อเปรียบเทียบความรู้ความเข้าใจระหว่างก่อนใช้รูปแบบกับหลังใช้รูปแบบ พบว่า นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

4 . การสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสาของครูทั้ง 4 กิจกรรม หลังใช้รูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติทันที โดยรวมรายด้าน ครูมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสาอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่ครูมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสามากที่สุด คือ ด้านความเสียสละ และด้านความมีวินัย รองลงมา คือ และด้านคุณธรรม จริยธรรม

5. ความพึงพอใจของผู้บริหาร ครู นักเรียนและผู้ปกครองนักเรียน ที่มีต่อรูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติ โดยรวม พบว่า ผู้เรียน ครู นักเรียนและผู้ปกครองนักเรียน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการบริหารโดยรวมผู้บริหาร ครู นักเรียนและผู้ปกครองนักเรียน มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด เมื่อจำแนกตามขั้นตอนการบริหารของเดมิ่ง พบว่า ขั้นตอนการปฏิบัติ (D) ครู นักเรียน ผู้ปกครอง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด นอกนั้นทุกขั้นตอน ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ส่วนด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามจิตอาสาของโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยรวม ครู นักเรียนและผู้ปกครองนักเรียนโดยรวม มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ด้านที่ ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน มีความพึงพอใจมากที่สุด มี 3 ด้าน เรียงลำดับดังนี้ เฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านความเสียสละ ด้านความซื่อสัตย์สุจริต และด้านความมีวินัย นอกนั้น ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน มีความพึงพอใจระดับมาก ได้แก่ ด้านคุณธรรม จริยธรรม และด้านความสามัคคี

6. การสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสาหลังจากที่ใช้รูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสา

หลังใช้รูปแบบทันที อยู่ในระดับมากที่สุด คะแนนการประเมินซ้ำเพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมจิตอาสาหลังจากที่เรียนจบแล้ว 4 สัปดาห์ นักเรียนมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสา อยู่ในระดับมากเช่นกัน นั่นแสดงว่านักเรียนยังมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสา ไม่แตกต่างจากการประเมินหลังการใช้รูปแบบทันที ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ นั่นแสดงให้เห็นว่านักเรียนยังคงมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสา ไม่เปลี่ยนแปลง

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการวิจัยรูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติเพื่อสนองตอบพระบรมราโชบายพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวรัชกาลที่ 10 ของโรงเรียนกัลยาณวัตร สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 25 สามารถนำมาอภิปรายผลได้ดังนี้

1. การศึกษาปัญหาการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติ โดยรวมพบว่า มีปัญหาอยู่ในระดับมาก เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่มีปัญหาการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติมากที่สุด คือ ด้านความเสียสละ รองลงมาคือ ด้านคุณธรรม จริยธรรม และด้านความสามัคคี จากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 1,923 คน เหตุที่ผลการวิจัย เหตุที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้เนื่องจาก สภาพปัญหาการจัดกิจกรรมการดำเนินงานจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติ เกิดจากแรงจูงใจของผู้นำเยาวชนที่มีจิตอาสาในการทำกิจกรรมเพื่อสังคม พบปัญหาในการดำเนินงานจิตอาสา คือ ผู้นำเยาวชนที่มีจิตอาสา เนื่องจากยังอยู่ในวัยเรียนจึงมีภาระทางการศึกษา ทำให้การทำกิจกรรมเพื่อสังคมในบางครั้งไปซ้อนทับกับเวลาเรียน ส่งผลให้ไม่สามารถมาเข้าร่วมทำกิจกรรมเพื่อสังคมได้ ระยะเวลาในการดำรงตำแหน่งที่จำกัด ขาดแรงจูงใจในการดำเนินกิจกรรมเพื่อสังคม ให้ความสำคัญกับศีลธรรมและวัฒนธรรมที่ดีงามลดลง ทั้งการดำรงชีวิตประจำวัน การใช้ชีวิตและความสัมพันธ์กับผู้อื่น การช่วยเหลือเกื้อกูลลดลง ความมีน้ำใจน้อยลง ไม่เคารพสิทธิ์ผู้อื่น สอดคล้องกับแนวคิดและหลักการของ วลัยรักษ์ บุญมา (2553)[14] ยังพบว่า กระบวนการสร้างจิตอาสา จะต้องทำงานเพื่อส่วนรวมให้ตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสังคม บุคคลที่มีจิตอาสาจะต้องสร้างประโยชน์ให้ส่วนรวมและท้องถิ่น และสอดคล้องกับงานวิจัยของ อุทัย สุภาพัฒน์ (2556)[20] พบว่า สภาพและปัญหาการบริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็ก สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 28 มีปัญหาด้านบริหาร ได้แก่ ประสบการณ์ในการทำงาน บุคลากรน้อย มีภาระงานมาก งบประมาณที่จำกัด ขาดการตรวจสอบ ติดตามประเมินผล สื่อเทคโนโลยีไม่ทันสมัย

2. การสร้างและพัฒนาประสิทธิภาพของรูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติ จากผลการทดลองแบบ 1 : 1 พบว่า การใช้รูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรม จิตอาสาลงสู่การปฏิบัติ มีประสิทธิภาพ มีประสิทธิภาพ 73.33/75.56 ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 80/80 มีข้อบกพร่องได้แก่ รูปแบบการบริหารยังไม่ชัดเจน จากนั้นจึงนำผลมาวิเคราะห์ จากผลการทดลองแบบ 1 : 10 พบว่า การใช้รูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติ มีประสิทธิภาพ 78.89/81.85 ซึ่งไม่เป็นไปตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 80/80 เนื่องจากพบข้อบกพร่องได้แก่ ขั้นตอนของรูปแบบยังไม่ชัดเจน จากนั้นจึงนำผลมาวิเคราะห์ข้อบกพร่องของรูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติแล้วนำไปปรับปรุงแก้ไขให้สมบูรณ์ยิ่งขึ้น แล้วนำไปทดลองแบบภาคสนามต่อไป จากผลการทดลองแบบภาคสนาม พบว่า การใช้รูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติ มีประสิทธิภาพ 83.67/85.93 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ 80/80 สามารถนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่างได้ และมีดัชนีประสิทธิภาพ มีค่าเท่ากับ 0.6404 หรือคิดเป็นร้อยละ 64.04 สูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ .50 เหตุที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้เนื่องจาก การใช้กระบวนการจัดกิจกรรมจิตอาสาและการใช้รูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสา ทำให้ผู้เรียนเกิดการเรียนรู้ ซึ่งประสิทธิภาพจะมาจากผลลัพธ์ของการคำนวณ E_1 เป็นตัวเลขแรก และ E_2 เป็นตัวเลขหลัง โดยโรงเรียนกัลยาณวัตรได้มีการศึกษาข้อมูล เอกสาร สภาพปัญหา สร้างรูปแบบตรวจสอบความถูกต้อง ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและนำมาปรับปรุง รวมทั้งวางแผนขั้นตอนในการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบตามขั้นตอน ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ วิสุทธิ์ เวียงสมุทร (2553)[15] ที่กล่าวถึง

ขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการพัฒนาประกอบด้วย ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาข้อมูลข้างต้น ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง หลักการแนวคิด ทฤษฎี ศึกษาสภาพปัจจุบันปัญหา ขั้นตอนที่ 2 สร้างต้นร่างรูปแบบ ขั้นตอนที่ 3 ตรวจสอบความเหมาะสม ขั้นตอนที่ 4 ศึกษาความเหมาะสมของรูปแบบ ดำเนินการโดยนำต้นร่างรูปแบบที่ผ่านการตรวจสอบจากผู้เชี่ยวชาญและปรับปรุงตามที่ผู้เชี่ยวชาญเสนอแนะ แล้วไปทดลองใช้พัฒนา และสอดคล้องกับ อาจินต์ จรูญผล (2556)[19] ได้กล่าวว่า การพัฒนารูปแบบแบ่งออกเป็น 2 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างหรือพัฒนารูปแบบ โดยศึกษาแนวคิด ทฤษฎีและผลการวิจัยที่เกี่ยวข้อง การศึกษาบริบทจริง ศึกษาสภาพและปัญหาการดำเนินการในปัจจุบันของหน่วยงาน ศึกษาข้อมูลจากผู้เชี่ยวชาญหรือผู้ทรงคุณวุฒิ จัดรูปแบบวิเคราะห์และสังเคราะห์เพื่อกำหนดเป็นกรอบความคิดการวิจัย เพื่อนำมาจัดทำรูปแบบ ขั้นตอนที่ 2 การทดสอบความเที่ยงตรงของดัชนีประสิทธิผลของรูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติ โรงเรียนกัลยาณวัตรสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25 เมื่อนำไปสร้างและพัฒนารูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติ พบว่าค่าดัชนีประสิทธิผลของรูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติมีค่าเท่ากับ 0.6404 หรือคิดเป็นร้อยละ 64.04 แสดงว่านักเรียนมีความรู้ความเข้าใจเพิ่มขึ้น ร้อยละ 64. 04 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ .50 เหตุที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้เนื่องมาจาก การมีส่วนร่วมการวางแผนการจัดกิจกรรมจิตอาสาจากบุคลากรทุกฝ่าย มีการประชุมเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์กิจกรรมจิตอาสา มีการประชุมครู ผู้ปกครองนักเรียน ในการเข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสา ส่งผลให้เกิดความก้าวหน้าในการเรียนรู้ของนักเรียน ซึ่งสอดคล้องกับ เจษฎายุทธ ไกรกลาง (2560)[4] พบว่า 1) ค่าประสิทธิภาพของแผนการจัดการเรียนรู้โดยใช้รูปแบบปัญหาเป็นฐานมีประสิทธิภาพเท่ากับ 85.48/84.44 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ 80/80 2) คะแนนเฉลี่ยของผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้รูปแบบปัญหาเป็นฐานสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80 และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 3) คะแนนเฉลี่ยของความสามารถในการคิดแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์หลังได้รับการจัดการเรียนรู้โดยใช้รูปแบบปัญหาเป็นฐานสูงกว่าเกณฑ์ร้อยละ 80 และมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 4) ความสัมพันธ์ระหว่างผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกับความสามารถในการคิดแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์คิดเป็นร้อยละเท่ากับ 67.22 ของกลุ่มเป้าหมาย และวิเคราะห์ด้วยสถิติขั้นสูงพบว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนกับความสามารถในการคิดแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์หลังเรียนมีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และยังสอดคล้องกับ ภาณุพงศ์ โคนชัยภูมิ (2560)[10] พบว่า 1) การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวคิดสะเต็มศึกษา มีประสิทธิภาพเท่ากับ 75.84/75.24 2) นักเรียนที่ได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวคิดสะเต็มศึกษา มีคะแนนเฉลี่ยหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 3) นักเรียนที่ได้รับการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวคิดสะเต็มศึกษา มีความสามารถด้านการคิดเชิงระบบหลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 4) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และความสามารถด้านการคิดเชิงระบบหลังการจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวคิดสะเต็มศึกษามีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 นอกจากนั้นยังสอดคล้องกับผลการวิจัยของ รุ่งนภา สโมสร (2554)[12] ได้ศึกษา การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้วิธีการกลุ่มเพื่อนเช่วยเหลือเพื่อนเป็นรายบุคคล (Team Assisted Individualization : TAI) เพื่อส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 กลุ่มตัวอย่างได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 โรงเรียนพระแสงวิทยา จังหวัดสุราษฎร์ธานี ภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2554 จำนวน 2 ห้องเรียน ได้มาจากการสุ่มแบบสุ่ม จำนวนห้องเรียนละ 32 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วย 1) แผนการจัดการเรียนรู้ด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้วิธีการกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือเพื่อนเป็นรายบุคคล (TAI) 2) แบบทุดสอบวัดผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนเรื่องสมการเชิงเส้นตัวแปรเดียว วิชาคณิตศาสตร์ 3) แบบสอบถามการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล เรื่องสมการเชิงเส้นตัวแปรเดียว วิชาคณิตศาสตร์ สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการทดสอบที (t - test) พบว่า 1) รูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้วิธีการกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือเพื่อนเป็นรายบุคคล (TAI) วิชาคณิตศาสตร์ สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่พัฒนาขึ้นมีประสิทธิภาพ 87.06/85.16 ตามเกณฑ์ประสิทธิภาพ 80/80 2) ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนวิชาคณิตศาสตร์ เรื่องสมการเชิงเส้นตัวแปรเดียวของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 ที่เรียนด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้วิธีการกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือเพื่อนเป็นรายบุคคล (TAI) หลังเรียนสูงกว่าก่อนเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 3) นักเรียนที่เรียนด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้วิธีการกลุ่มเพื่อนช่วยเหลือเพื่อนเป็นรายบุคคล (TAI) มีคะแนนผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนหลังเรียนสูงกว่านักเรียนที่เรียนด้วยรูปแบบการจัดการเรียนรู้ของสถาบันการสอนวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี

3. การทดลองรูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติ

3.1 ผลของประสิทธิภาพของรูปแบบการบริหารกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติ ของโรงเรียนกัลยาณวัตร สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25 นักเรียนและผู้ปกครองนักเรียน ปีการศึกษา 2561 จำนวน 915 คน โดยใช้แบบสอบถามปัญหากิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติ โดยรวม พบว่า รูปแบบมีประสิทธิภาพ มีค่าเท่ากับ 87.80/88.53 (E_1/E_2) และมีดัชนีประสิทธิภาพ มีค่าเท่ากับ 0.6948 หรือคิดเป็นร้อยละ 69.48 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้ที่ .50 ที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจาก การมีส่วนร่วมการวางแผนการจัดกิจกรรมจิตอาสาจากบุคลากรทุกฝ่าย .มีการประชุมเชิงปฏิบัติการวิเคราะห์กิจกรรมจิตอาสา มีการประชุมครู ผู้ปกครอง นักเรียน ในการเข้าร่วมกิจกรรมจิตอาสา ส่งผลให้เกิดความก้าวหน้าในการเรียนรู้ของนักเรียน ซึ่งสอดคล้องกับเจษฎา ยุทธ ไกรกลาง (2560)[4] พบว่า 1) ค่าประสิทธิภาพของแผนการจัดการเรียนรู้โดยใช้รูปแบบปัญหาเป็นฐานมีประสิทธิภาพเท่ากับ 85.48/84.44 ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์ที่กำหนดไว้คือ 80/80 และยังสอดคล้องกับ ภาณุพงศ์ โคนชัยภูมิ (2560)[10] พบว่า การจัดกิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวคิดสะเต็มศึกษา มีประสิทธิภาพเท่ากับ 75.84/75.24

3.2 เปรียบเทียบผลความรู้ความเข้าใจระหว่างก่อนใช้กับหลังใช้ ในการทดลองใช้รูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติ โรงเรียนกัลยาณวัตร สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25 พบว่า นักเรียนที่เข้าร่วมกิจกรรมผ่านใช้รูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติ โรงเรียนกัลยาณวัตร สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25 เปรียบเทียบผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนระหว่างก่อนใช้รูปแบบกับหลังใช้รูปแบบ พบว่า นักเรียนความรู้ความเข้าใจหลังใช้รูปแบบสูงกว่าก่อนใช้รูปแบบ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 ที่เป็นเช่นนี้เนื่องมาจาก การจัดกิจกรรมในแต่กิจกรรมตามโครงการจิตอาสา ดำเนินการอย่างมีกระบวนการ เป็นขั้นเป็นตอน ซึ่งเน้นให้นักเรียนมีส่วนร่วม ได้ฝึกปฏิบัติและได้รับจากประสบการณ์ตรง เป็นกิจรรมที่ส่งเสริม ปลูกฝังให้นักเรียนมีจิตอาสาหรือมีจิตสำนึกเพื่อส่วนรวมต้องเกิดจากการรับรู้ถึงคุณค่าในตัวเอง และเล็งเห็นว่าตนเองสามารถทำคุณประโยชน์ให้แก่สังคมได้ ไม่ว่าจะเป็นการช่วยเหลือด้านสังคม ไม่เห็นแก่ตัว ไม่นิ่งดูดาย เป็นผู้ที่มีความคิดเชิงบวกหรือสร้างสรรค์ (Positive thinking) ซึ่งเป็นไปแนวทางของ นฤดล ดาวดวง (2554)[6] ที่สรุปว่า ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน คือ ความสามารถของบุคคลที่มีความแตกต่างกันหลังจากได้เรียนรู้หรือได้รับการอบรมสั่งสอน ตลอดจนความพยายามที่จะฝึกฝนจนเกิดทักษะที่ต้องการ ความสนใจและความถนัดของแต่ละบุคคลหลังจากได้รับจากการเรียนรู้ และสอดคล้องกับการวิจัยของ วนิดา หล้าอ่อน (2553)[13] พบว่า นักเรียนที่เรียนรู้จากการพัฒนาชุดกิจกรรมมีผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนสูงกว่าก่อนเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

4. การสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสาของครูทั้ง 4 กิจกรรม หลังใช้รูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติทันที โดยรวมรายด้าน ครูมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสาอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่ครูมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสามากที่สุด คือ ด้านความเสียสละ และด้านความมีวินัย รองลงมา คือ และด้านคุณธรรม จริยธรรม พฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสาของครูและนักเรียนทั้ง 4

กิจกรรม หลังใช้รูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติ ผู้บริหารเห็นว่า โดยรวมรายด้าน ครูมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสาอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านที่ครูมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสามากที่สุด คือ ด้านความเสียสละ และด้านความมีวินัย รองลงมา คือ และด้านคุณธรรม จริยธรรม เหตุที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้เนื่องจาก รูปแบบการบริหารจัดกิจกรรมจิตอาสา ได้สร้างความตระหนักถึงปัญหาและผลที่เกิดขึ้นในสังคมปัจจุบัน สร้างแนวทางและปลูกจิตสำนึกให้ครูและนักเรียนอย่างยั่งยืน ได้นำมาประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวัน อีกทั้งรูปแบบการบริหารจัดกิจกรรมจิตอาสา ได้สร้างองค์ประกอบของจิตสาธารณะที่ครอบคลุม 3 ด้าน คือ ความคิด ความรู้สึก และการปฏิบัติ และจิตสำนึกในบุคคล 3 ด้าน คือ จิตสำนึกเกี่ยวกับตนเอง จิตสำนึกเกี่ยวกับผู้อื่น และจิตสำนึกเกี่ยวกับสังคม หรือจิตสาธารณะ ซึ่งจิตสำนึกที่คนไทยขาดมากคือ จิตสำนึกสาธารณะ ที่ควรปลูกฝังให้มีมากเพิ่มขึ้นและควรปลูกฝังให้ครบ 3 องค์ประกอบ คือ ด้านความคิด ด้านความรู้สึก และด้านการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ พวงทอง อินใจ และคณะ (2557)[8] ได้กล่าวถึงลักษณะของผู้ที่มีจิตอาสา พบว่า 1. การมีทัศนคติที่รับรู้ว่าตนเองมีคุณค่าเพียงพอและรู้สึกว่าเป็นหน้าที่ของตนที่จะต้องกระทำหรือไม่กระทำ 2. การมีความยินดีที่ได้ทำในสิ่งที่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวม เชื่อมั่นว่าตนทำได้ 3. เป็นผู้เห็นคุณค่าในสิ่งที่ตนทำ ทำอย่างมีความสุขไม่รู้สึกเหน็ดเหนื่อย 4. รู้สึกทนไม่ได้ที่ตนเองมองข้ามผ่านไปโดยไม่ให้ความร่วมมือ5. เป็นคนมองประโยชน์ส่วนรวมเป็นที่ตั้ง และสอดคล้องกับแนวคิดของ กรวัฒน์ สิริปัญโญ (2561)[2] ที่กล่าวว่า ผู้มีจิตอาสาต้องประกอบด้วย 1) สร้างวินัยในตนเอง 2) ให้ความสำคัญต่อสิ่งแวดล้อม 3) ตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับสังคม 4) ยึดหลักธรรมในการดำเนินชีวิต อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ ดวงทิพย์ อันประสิทธิ์ (2555)[6] ผลการวิจัย พบว่า 1. ชาวชุมชนได้ให้ความหมายจิตอาสา คือ การกระทำด้วยใจจริง ช่วยเหลือด้วยความ บริสุทธิ์ใจ ทำประโยชน์ให้ผู้อื่นได้เท่าที่ตนทำได้ อย่างไม่อยู่นิ่งเฉย เพื่อที่จะนำชุมชนไปสู่ความ เข้มแข็งด้วยการที่เป็นผู้ให้มากกว่าผู้รับ และในด้านองค์ประกอบ/คุณลักษณะของผู้มีจิตอาสา คือ เป็นผู้ที่พร้อมจะเสียสละเพื่อส่วนรวมทั้งแรงกาย แรงใจ รวมทั้งด้านเวลา และเป็นผู้ที่มีความเมตตา มีความซื่อสัตย์โดยประพฤติตนเป็นบุคคลตัวอย่างให้กับผู้อื่นด้วยการยึดคุณธรรม จริยธรรม พร้อมกับมีความความขยันอดทน และเป็นผู้ที่มีอัธยาศัยดี เข้ากับผู้อื่นได้ง่าย เป็นที่ปรึกษาให้ผู้อื่นได้ ถ่ายทอดความความรู้ความสามารถของตนให้กับผู้อื่น มีภาวะความเป็นผู้นำและมีความกระตือรือร้น 2. การขัดเกลาทางสังคมผ่านสถาบันต่าง ๆ คือ 1) ครอบครัว ได้แก่ การอบรม/สั่งสอน ด้วยวาจา การทำตนให้เห็นเป็นแบบอย่าง การลงโทษ การสร้างแรงจูงใจด้วยการให้รางวัล สร้างกฎเกณฑ์/ข้อตกลงร่วมกัน การให้เรียนรู้ด้วยตนเอง 2) ศาสนา ได้แก่ การอบรม/สั่งสอนด้วยวาจา สร้างกฎเกณฑ์/ข้อตกลงร่วมกัน การให้เรียนรู้ด้วยตนเอง และ 3) โรงเรียน ได้แก่ การอบรม/สั่งสอน ด้วยวาจา การลงโทษ การให้รางวัล การทำให้เห็นเป็นแบบอย่าง 3. การเปรียบเทียบการขัดเกลาทางสังคมแต่ละสถาบัน วิธีการที่ทุกสถาบันใช้คือการขัด เกลาทางสังคมทั้งครอบครัว ศาสนาและโรงเรียน ได้ใช้มากที่สุดคือ การอบรม/สั่งสอนด้วยวาจา และวิธีการทำให้เห็นเป็นแบบอย่าง รวมถึงวิธีการลงโทษ ทั้งวาจา และตีด้วยไม้เรียว ในการเปรียบเทียบรูปแบบการเลี้ยงดูหลัก ๆ ที่ทุกสถาบันให้ความสำคัญในการอบรมเลี้ยง ดู ได้แก่ วิธีการอบรมที่เหมือนกันทั้งสามสถาบัน คือ การอบรม/สั่งสอนด้วยวาจา และวิธีการทำให้ เห็นเป็นแบบอย่าง เมื่อพิจารณาเฉพาะในวิธีการลงโทษและวิธีการจูงใจให้รางวัล พบว่า สถาบันที่นำ มาใช้คือ ครอบครัวและโรงเรียน ในขณะที่สถาบันทางศาสนาไม่เน้นใช้วิธีการนี้ ส่วนวิธีการให้ เรียนรู้ด้วยตนเอง สถาบันที่ใช้วิธีนี้มากที่สุดคือ ครอบครัวและศาสนา สำหรับวิธีการสร้างกฎเกณฑ์ ร่วมกันนั้น สถาบันครอบครัวได้นำมาใช้ ข้อเสนอแนะสำคัญคือสถาบันในการขัดเกลาทางสังคมเกี่ยวกับการเลี้ยงดู/กล่อมเกลา และหน่วยงานการพัฒนาต่าง ๆ ของภาครัฐและเอกชน ซึ่งจะต้องพึ่งพากันโดยวิธีการในการขัดเกลาใน ระดับบุคคลเริ่มจากการเลี้ยงดูภายในครอบครัว และในระดับของการรวมกลุ่มซึ่งอยู่ในรูปแบบของการได้เข้ารวมกลุ่มในชุมชน ศาสนาและโรงเรียน

5. ความพึงพอใจของผู้บริหาร ครู นักเรียนและผู้ปกครองนักเรียน ที่มีต่อรูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสาลงสู่การปฏิบัติ โดยรวม พบว่า ผู้เรียน ครู นักเรียนและผู้ปกครองนักเรียน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด เมื่อจำแนกเป็นรายด้าน พบว่า ด้านการบริหาร โดยรวมผู้บริหาร ครู นักเรียนและผู้ปกครองนักเรียน มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด เมื่อจำแนกตามขั้นตอนการบริหารของเดมิ่ง พบว่า ขั้นตอนการปฏิบัติ (D) ครู นักเรียน ผู้ปกครอง มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด นอกนั้นทุกขั้นตอน ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน มีความพึงพอใจอยู่ในระดับมาก เรียงค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ขั้นตอนการปรับปรุง (A) ขั้นตอนการตรวจสอบ และด้านการวางแผน ส่วนด้านพฤติกรรมการปฏิบัติตนตามจิตอาสาของโรงเรียนกัลยาณวัตร โดยรวม ครู นักเรียนและผู้ปกครองนักเรียนโดยรวม มีความพึงพอใจระดับมากที่สุด เมื่อพิจารณาเป็นรายด้าน ด้านที่ ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน มีความพึงพอใจมากที่สุด มี 3 ด้าน เรียงลำดับดังนี้ เฉลี่ยจากมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านความเสียสละ ด้านความซื่อสัตย์สุจริต และด้านความมีวินัย นอกนั้น ครู นักเรียน และผู้ปกครองนักเรียน มีความพึงพอใจระดับมาก ได้แก่ ด้านคุณธรรม จริยธรรม และด้านความสามัคคี เป็นเช่นนี้เนื่องจากมีการบริหารงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพตามรูปแบบการบริหารแบบ PDCA คือ Plan (วางแผน) Do (ปฏิบัติตามแผน) Check (ตรวจสอบการปฏิบัติตามแผน) Act (ปรับปรุงแก้ไข) เหตุที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้เนื่องจาก รูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสามีขั้นตอนการดำเนินงานที่ชัดเจน ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการวางแผนการจัดกิจกรรมจิตอาสา ในทุกขั้นตอน เช่น การประเมินกิจกรรม การติดตาม นิเทศการทำกิจกรรม การประชุมกำหนดนโยบาย การวิเคราะห์แผนพัฒนา การกำหนดงบประมาณ กำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จ นอกจากนั้นยังมีเครื่องมือวัดที่ชัดเจน ครอบคลุมทุกประเด็นและเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ โกสุม สวัสดิ์พูน (2555)[3] ที่สรุปไว้ว่า การวัดความพึงพอใจเป็นการตรวจสอบทัศนคติของบุคคลที่มี ต่อสิ่งใดสิ่งหนึ่ง การตรวจสอบต้องเป็นระบบมีแบบแผนที่จัดเตรียมไว้ล่วงหน้า ซึ่งสามารถใช้เครื่องมือวัดได้หลายแบบและเลือกใช้ตามความเหมาะสมกับกลุ่มตัวอย่าง อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ สุนทร เพ็ชร์พราว (2551)[17] พบว่า ความพึงพอใจของครูต่อการบริหารงานของโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาจันทบุรี เขต 1 โดยรวมและรายด้าน พบว่าอยู่ในระดับมาก ซึ่งเรียงลำดับจากค่าเฉลี่ยมากไปหาน้อย ได้แก่ ด้านบริหารงานบุคคล ด้านการบริหารงานวิชาการ ด้านการบริหารงานทั่วไป และด้านการบริหารงบประมาณ ตามลำดับ อีกทั้งยังสอดคล้องกับงานวิจัยของ มนตรี ดวงสิน (2553)[11] พบว่า ระดับความพึงพอใจของครูที่มีต่อการบริหารของโรงเรียนเทศบาล 1 ตลาดเก่า สังกัดเทศบาลเมืองกระบี่ ตามขอบข่ายการบริหารงาน โดยรวมอยู่ในระดับมาก โดยเรียงลำดับค่าเฉลี่ย ดังนี้ ด้านบริหารงานบุคคล ด้านบริหารทั่วไป ด้านบริหารงบประมาณ และด้านบริหารวิชาการ

6. เปรียบเทียบการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสาของนักเรียนทั้ง 4 กิจกรรม หลังจากที่ใช้รูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสา ผ่านไป 4 สัปดาห์กับคะแนนการสังเกตพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสา หลังจากที่ใช้รูปแบบการบริหารการจัดกิจกรรมจิตอาสา หลังใช้รูปแบบทันที อยู่ในระดับมากที่สุด มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.51 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.14 คะแนนการประเมินซ้ำเพื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมจิตอาสาหลังจากที่เรียนจบแล้ว 4 สัปดาห์ นักเรียนมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสา อยู่ในระดับมากเช่นกัน ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 4.52 และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.15 นั่นแสดงว่านักเรียนยังมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสา ไม่แตกต่างจากการประเมินหลังการใช้รูปแบบทันที ซึ่งไม่เป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ นั่นแสดงให้เห็นว่านักเรียนยังคงมีพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสา ไม่เปลี่ยนแปลง เหตุที่ผลการวิจัยเป็นเช่นนี้เนื่องจาก โรงเรียนกัลยาณวัตรได้น้อมนำพระบรมราโชบายพระบาทสมเด็จพระปรมินทรามาธิบดีศรีสินทรมหาวชิราลงกรณพระวชิรเกล้าเจ้าอยู่หัว มาสู่การปฏิบัติ ประกอบกับนโยบายของกระทรวงศึกษาธิการ และสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน แล้วทำการคัดเลือกกิจกรรมจิตอาสาให้เป็นกิจกรรมหลักในการพัฒนานักเรียน บุคลากร และ

ชุมชนในท้องถิ่น ให้มีความเสียสละ ความซื่อสัตย์สุจริต ความมีวินัยในตนเอง ความสามัคคี และความมีคุณธรรม จริยธรรม ประกอบด้วยกิจกรรม 4 กิจกรรม ดังนี้ กิจกรรมทูบีนัมเบอร์วัน กิจกรรมครอบครัวพอเพียง กิจกรรมสภานักเรียน และกิจกรรม ร.ด. จิตอาสา โดยนอกจากคณะครูในโรงเรียนกัลยาณวัตรแล้วยังประกอบด้วยเครือข่ายร่วมพัฒนา ดังนี้ 1. ผู้ปกครองนักเรียน 2. ชุมชนเขตพื้นที่บริการ 3. โรงเรียนเครือข่าย 4. หน่วยงานทางราชการอื่น อีกทั้งผู้วิจัยใช้กระบวนการวิจัยและพัฒนา การบริหารกิจกรรมจิตอาสา โรงเรียนกัลยาณวัตร ได้ใช้วงจรเดมิง (Deming Cycle) หรือ วงจรการบริหารงานคุณภาพ สอดคล้องกับผลการวิจัยของ พีรณันต์ สุขสมบูรณ์ (2553)[9] ได้ทำการวิจัยเรื่อง ความพึงพอใจของครู ที่มีต่อการบริหารโรงเรียนวัดราษฎร์รังสรรค์ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสมุทรสาคร พบว่า ความพึงพอใจของครู ที่มีต่อการบริหารงานของผู้บริหารโรงเรียนวัดราษฎร์รังสรรค์ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสมุทรสาคร โดยรวมอยู่ในระดับมากทุกด้าน และยังสอดคล้องกับประจงศักดิ์ สถิตน้อย (2553)[7] ได้ทำวิจัยเรื่อง ความพึงพอใจของครู และผู้ปกครองที่มีต่อการบริหารงานของผู้บริหารโรงเรียนบ้านศรีทอง สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครสวรรค์ เขต 2 พบว่า ความพึงพอใจของครูและผู้ปกครองที่มีต่อการบริหารงานของผู้บริหารโรงเรียนบ้านศรีทอง สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครสวรรค์เขต 2 ทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การบริหารงานวิชาการ การบริหารงบประมาณ การบริหารงานบุคคล และการบริหารงานทั่วไป โดยภาพรวมอยู่ในระดับมาก

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. ควรนำผลการวิจัยด้านการบริหาร ขั้นตอนการปฏิบัติไปใช้กับโรงเรียน

2. ควรนำผลการวิจัยพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสา ด้านความเสียสละ ไปใช้กับโรงเรียน

3. ควรนำผลการวิจัยพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสา ด้านความซื่อสัตย์ ไปใช้กับโรงเรียน

4. ควรนำผลการวิจัยพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสา ด้านความมีวินัย ไปใช้กับโรงเรียน

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษากระบวนการบริหารในด้านการวางแผนในสถานศึกษา

2. ควรมีการศึกษากระบวนการในด้านการตรวจสอบ ในสถานศึกษา

3. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนในด้านความมีวินัยของนักเรียน

4. ควรมีการศึกษาพฤติกรรมการปฏิบัติตนจิตอาสาด้นความสามัคคีของนักเรียน

เอกสารอ้างอิง

1.กรรณิกา มาโน. ความหมายของชีวิตจิตอาสา. วิทยานิพนธ์ ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิตสาขาจิตวิทยาการปรึกษา เชียงใหม่ : มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2553

2.กรวัฒน์ สิริปัญโญ. การจัดการเรียนรู้เพื่อพัฒนาผู้เรียนด้านจิตอาสา กลุ่มสาระการเรียนรู้สังคมศึกษา ศาสนา และวัฒนธรรม ระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษา เขต 25. วิทยานิพนธ์ ปริญญาพุทธศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการสอนสังคมศึกษา ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย, 2561.

3.โกสุม สวัสดิ์พูน. ผลการใช้เอกสารประกอบการเรียนรู้นาฏศิลป์พื้นเมืองสร้างสรรค์ ระบำนางรองรำลึก สำหรับนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 6. วิทยานิพนธ์ บุรีรัมย์ : มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์, 2555.

4.เจษฎายุทธ ไกรกลาง. การจัดการเรียนรู้โดยใช้รูปแบบปัญหาเป็นฐานต่อการส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ ทางการเรียนและความสามารถในการคิดแก้ปัญหาทางวิทยาศาสตร์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3. วิทยานิพนธ์ ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ ศึกษา มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 2560.

5.ดวงทิพย์ อันประสิทธิ์. รูปแบบการขัดเกลาทางสังคมเพื่อเสริมสร้างจิตอาสาในชุมชน : กรณีศึกษาชุมชนบางน้ำหวาน เภอพระประแดง จังหวัดสมุทรปราการ. วิทยานิพนธ์ กรุงเทพฯ : สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, 2555.

6.นฤดล ดาวดวง. เอกสารประกอบการเรียน เรื่ององค์ประกอบดนตรีสำหรับนักเรียนโครงการจัดการศึกษานอกระบบโรงเรียนป่าพะยอม จังหวัดพัทลุง. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา, 2554.

บุญชม ศรีสะอาด. วิธีการทางสถิติสำหรับการวิจัย. พิมพ์ครั้งที่ 4. กาฬสินธุ์ : ประสานการพิมพ์, 2551.

_____. การวิจัยเบื้องต้น. พิมพ์ครั้งที่ 9. กรุงเทพฯ : สุวีริยาสาส์น , 2554.

7.ประจงศักดิ์ สถิตน้อย. ความพึงพอใจของครู และผู้ปกครองที่มีต่อการบริหารงานของผู้บริหารโรงเรียนบ้านศรีทอง สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษานครสวรรค์ เขต 2. วิทยานิพนธ์ กำแพงเพชร : มหาวิทยาลัยราชภัฏกำแพงเพชร, 2553.

8.พวงทอง อินใจ และคณะ. รายงานการวิจัย พัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่นแสนสุขและจิตอาสา ผู้สูงอายุ. กรุงเทพฯ : สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ, 2557.

9.พีรณันต์ สุขสมบูรณ์. ความพึงพอใจของครูที่มีต่อการบริหารงานของผู้บริหารโรงเรียนวัดราษฎร์รังสรรค์ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาประถมศึกษาสมุทรสาคร. วิทยานิพนธ์ กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา, 2553.

10.ภาณุพงศ์ โคนชัยภูมิ. การพัฒนากิจกรรมการเรียนรู้ตามแนวคิดสะเต็มศึกษา เรื่อง การสังเคราะห์ด้วยแสง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 เพื่อส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน และความสามารถด้านการคิดเชิงระบบ. วิทยานิพนธ์ ปริญญาครุศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาวิทยาศาสตร์ศึกษา มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยราชภัฏมหาสารคาม, 2560.

11.มนตรี ดวงสิน. ความพึงพอใจของครูที่มีต่อการบริหารของโรงเรียนเทศบาล 1 ตลาดเก่า สังกัดเทศบาลเมืองกระบี่. วิทยานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยราชภัฏบ้านสมเด็จเจ้าพระยา, 2553.

12.รุ่งนภา สโมสร. การพัฒนารูปแบบการจัดการเรียนรู้โดยใช้วิธีการกลุ่มเพื่อนเช่วยเหลือเพื่อนเป็นรายบุคคล (Team Assisted Individualization : TAI) เพื่อส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียนและสัมพันธภาพระหว่างบุคคล สำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1. วิทยานิพนธ์ ปริญญาศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการวิจัยและประเมิน สงขลา : มหาวิทยาลัยทักษิณ, 2555.

13.วนิดา หล้าอ่อน. การพัฒนาชุดกิจกรรมการเรียนรู้แบบสืบเสาะหาความรู้ที่ส่งเสริมผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน เรื่อง บรรยากาศสำหรับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่1. การศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง การศึกษามหาบัณฑิต (หลักสูตรและการสอน). พิษณุโลก : บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยนเรศวร, 2553

14.วลัยรักษ์ บุญมา. กระบวนการสร้างจิตอาสาของคณะกรรมการชุมชนในเขตเทศบาล ตำบลโพธิ์ไทร อำเภอโพธิ์ไทร จังหวัดอุบลราชธานี. ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2553.

15.วิสุทธิ์ เวียงสมุทร. การพัฒนารูปแบบการพัฒนาครูในการจัดการเรียนรู้ กลุ่มสาระการเรียนรู้คณิตศาสตร์ ช่วงชั้นที่ 1 – 2. วิทยานิพนธ์ ปริญญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารและการพัฒนาการศึกษา มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2553.

16.สุดาพรรณ บินนอก. โมเดลเชิงสาเหตุของจิตอาสาของนิสิตระดับปริญญาบัณฑิตจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. วิทยานิพนธ์ ปริญญาครุศาสตรบัณฑิต สาขาวิจัยการศึกษา กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2551.

17.สุนทร เพ็ชร์พราว. ความพึงพอใจของครุต่อการบริหารงานของผู้บริหารโรงเรียน สังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษานทบุรี เขต 1. ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา, 2551.

18.สำนักข่าวธิศรา. สำนักข่าวอิศรา ISRANEWS AGENCR (ออนไลน์). เข้าถึงได้จาก : https://www.isranews.org/article/. (2561 มกราคม 2561), 2561

19.อาจินต์ จรูญผล. การพัฒนารูปแบบการบริหารวิชาการที่มีประสิทธิผลของโรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน. ดุษฎีนิพนธ์ ชลบุรี : มหาวิทยาลัยบูรพา, 2556

20.อุทัย สุภาพัฒน์. สภาพและปัญหาการบริหารโรงเรียนมัธยมศึกษาขนาดเล็กสังกัดสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษามัธยมศึกษาเขต 28. วิทยานิพนธ์ อุบลราชธานีมหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี : อุบลราชธานี, 2556

การศึกษาความคิดอัตโนมัติด้านลบและภาวะซึมเศร้าผู้ป่วยยาเสพติด

AUTOMATIC NEGATIVE THOUGHT AND DEPRESSION DISORDER IN DRUG ADDICTS

ธิดารัตน์ ห้วยทราย[1] และวิจิตร แผ่นทอง[2]

Thidarat Huaisai[1] and Wichitr Phantong[2]

(Received: October 5,2020; Accepted: November 26,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงพรรณนา เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าและความคิดอัตโนมัติด้านลบที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยยาเสพติด เข้ารับการรักษาที่หอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ จำนวน 65 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล 2) แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถามฉบับภาษาไทย (Patient Health Questionnaire-9 : PHQ-9) และ 3)แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ (Automatic Thought Questionnaire Revised : ATQ-RP) วิเคราะห์ข้อมูลด้วย ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติดเท่ากับร้อยละ 26.2 โดยมีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mild Depression) และลักษณะความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ “ฉันรู้สึกอ่อนแอ” “ฉันไม่พอใจในตัวของฉันเลย” “ฉันไม่สามารถทำให้ทุกอย่างประสานกันไปได้” “ฉันไม่สามารถจะทำสิ่งใดได้” “ต้องมีบางอย่างผิดพลาดเกิดขึ้นกับฉันแน่” และ “อนาคตของฉันเป็นอนาคตที่อ้างว้างและเยือกเย็น” จากข้อมูลดังกล่าวผู้ป่วยยาเสพติดมีเนื้อหาความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเองแบบความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ (Low self-esteem) ความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อสิ่งแวดล้อมที่สะท้อนมุมมองในการเผชิญปัญหาของตนเอง และความคิดอัตโนมัติด้านลบต่ออนาคตที่อ้างว้าง สิ้นหวังในการดำเนินชีวิต

คำสำคัญ: ความคิดอัตโนมัติด้านลบ, ภาวะซึมเศร้า และผู้ป่วยยาเสพติด

Abstract

This research is a descriptive research to study the depression and the automatic negative thought associated with depression in drug addicts The samples were drug patients. The subjects were admitted at the rehabilitation ward, consisting of 65 people. The tools used for data collection were 1) personal data questionnaire 2) Depression Assessment Question 9 Thai version (Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9) And 3) Automatic Thought Questionnaire Revised (ATQ-RP). Analyze the data with percentage, mean, standard deviation. And analyze the correlation coefficient

The research found that prevalence of depression in drug addicts was 26.2 percent, with the mild depression (Mild Depression) and the negative autonomic characteristics associated with depression in drug patients. Addictive Statistical significance at the level of 0.01 is "I feel weak" "I am not satisfied with me at all" "I can not make everything harmonious" "I can not do anything" "must have Something went wrong for me. "And" My future is a lonely and bleak future. "According to the data, drug addicts have negative self-perceptions of self-worth. Low self (Low self-esteem), automatic negative thoughts environmental perspective in facing their own problems. And negative automatic thoughts on the lonely future hopeless in life

Keywords: Automatic Negative Thought**,** Depression Disorder, and Drug Addicts.

บทนำ

ภาวะซึมเศร้า (Depression) เป็นปัญหาหลักทางด้านสาธารณสุข องค์การอนามัยโลกทำนายว่าในปี ค.ศ. 2020 (พ.ศ. 2563) ภาวะซึมเศร้าจะเป็นสาเหตุอันดับ 2 ที่นำไปสู่สาเหตุการเสียชีวิตของประชากรโลก[11] สำหรับประเทศไทย โรคซึมเศร้าเป็นปัญหาสาธารณสุขอันดับ 4

[1]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

[2]พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ ผู้ปฏิบัติการพยาบาลขั้นสูงสาขาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช อาจารย์วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

เป็นสาเหตุสำคัญของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Years: DALYs) เมื่อวัดจากจำนวนปีที่สูญเสียไปเนื่องจากความพิการและความเจ็บป่วยพบว่าโรคซึมเศร้าก่อให้เกิดความสูญเสียเป็นอันดับ 1 ของหญิงไทยและอันดับ 3 ของชายไทย[1] ลักษณะของความเจ็บป่วยนำไปสู่ความทุกข์ ความสูญเสียดุลยภาพ และความไม่ปลอดภัยในชีวิตของบุคคล ครอบครัว สังคม และประเทศชาติ ซึ่งไม่สามารถประเมินค่าได้ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดภาวะซึมเศร้า ได้แก่ พันธุกรรม เพศ อายุและช่วงวัย ความผิดปกติของสมดุลชีวเคมีในสมอง รูปแบบการเลี้ยงดูจากครอบครัว ความคิด บุคลิกภาพ กลไกการป้องกันทางจิต การมีโรคทางกาย ภาวะวิกฤตของชีวิต และการใช้สารเสพติด[11] ในปี ค.ศ. 1988 อารอน เบค (Aron Beck) ทำการศึกษารูปแบบและกระบวนการคิดของผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าพบว่า มีการมองตนเอง สิ่งแวดล้อมและอนาคตในด้านลบ จึงส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ความพึงพอใจในตนเองลดลง รู้สึกไร้คุณค่า สิ้นหวัง หมดพลัง และเกิดภาวะซึมเศร้าในที่สุด[11] ซึ่งความคิดในที่นี้หมายถึงความคิดอัตโนมัติ

ความคิดอัตโนมัติเกิดขึ้นจากการถูกกระตุ้นโดยความเชื่อพื้นฐานที่อยู่ในระดับลึก (Core beliefs) ซึ่งเป็นความคิดพื้นฐานส่วนบุคคลที่พัฒนามาตั้งแต่เด็กๆ เป็นความคิดที่มีต่อตนเอง ผู้อื่น โลก และอนาคตของแต่ละคน โดยบุคคลจะคิดและเชื่อว่าความคิดนั้นๆ ของตนเองนั้นเป็นจริงที่สุด เช่น เชื่อว่าตนเป็นคนไม่มีความสามารถ ไม่เป็นที่รัก อันจะมีผลทำให้เกิดความเชื่อในระดับกลาง (Intermediate beliefs) ซึ่งเป็นลักษณะของกฎหรือข้อสรุปส่วนตัว เช่น ควรหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อความล้มเหลว เพราะความล้มเหลวแสดงถึงการไม่มีความสามารถ หรือเราต้องทำทุกอย่างที่ผู้อื่นอยากให้ทำเราจึงจะเป็นที่รัก[5] ตามทฤษฎีความสัมพันธ์ของความรู้สึก ความคิด และพฤติกรรม (Cognitive theory) เชื่อว่าอาการซึมเศร้าเป็นผลมาจากความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อเหตุการณ์นั้นๆ[8] ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องความคิดอัตโนมัติด้านลบกับผู้ป่วยโรคซึมเศร้าที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประเทศเนปาลพบว่า ความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์กับโรคซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[15] ธรรมชาติของผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่จะมีลักษณะความคิดคือ คิดวนเวียนในขอบเขตจำกัด เวลามีปัญหาไม่กล้าแสดงออก คิดต่อต้านสังคม คิดว่าสังคมไม่ยอมรับสังคมรังเกียจตน ส่วนในด้านความรู้สึก มักจะไม่ค่อยจัดการกับความรู้สึกของตนเอง หุนหันพลันแล่น รู้สึกด้อยและไม่มีคุณค่า บุคลิกภาพของผู้ติดยาเสพติดจะเป็นแบบจิตใจอ่อนไหว ชอบพึ่งพาติดเพื่อน ไม่มีความมั่นใจในตนเอง ขี้อาย มีปมด้อย สภาวะจิตใจและพลังใจอยู่ในระดับต่ำ คิดว่าตนเองเข้ากับคนรอบข้างไม่ได้ คิดว่าคนอื่นทำให้ตนเองติดยา ไม่ทราบจุดมุ่งหมายในชีวิต ชอบแยกตัวอยู่ตามลำพัง ประชดชีวิต ขาดพลังใจ คิดถึงความคิดตนเป็นใหญ่ มีแนวคิดว่าไม่มีใครนับถือตน อ่อนแอเกินกว่าจะควบคุมได้[7] ความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อาจส่งผลให้บุคคลเกิดความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้[14] รวมทั้งความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีลักษณะความคิดที่บิดเบือนยังพบได้ในผู้ป่วยยาเสพติดด้วย จะเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าและการใช้ยาเสพติดมีความสัมพันธ์กันคือภาวะซึมเศร้ามักเกิดร่วมกับผู้ใช้ยาเสพติด และผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหลายคนมักใช้ยาเสพติด รวมทั้งนำไปสู่การติดยา ในปี 2560 มีผู้ป่วยสารเสพติดที่มีอาการทางจิตเข้าบำบัดรักษาในสถานพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศจำนวน 226,391 คน คิดเป็นร้อยละ 8 จากผู้ป่วยจิตเวชทั้งหมด[2] เมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยโรคกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดแบบเสี่ยงสูง พบว่า ผู้ป่วยโรคจิตเภท (Schizophrenia) โรคไบโพล่าร์ (Bipolar) โรควิตกกังวล (Anxiety Disorders) และโรคซึมเศร้า (Major Depressive Disorder) มีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดแบบเสี่ยงสูง ร้อยละ 13.7, 6.0, 4.5 และ 1.9 ตามลำดับ เหตุผลการใช้ยาเสพติดส่วนหนึ่งคือ อยากแก้อาการเบื่อ เซ็ง เหงา ร้อยละ 15.7[12] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ชัยณรงค์ ไชยชนะ ที่พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในโรงพยาบาลธัญญารักษ์แม่ฮ่องสอน มีอาการซึมเศร้าร้อยละ 17.9 เคยมีประวัติการฆ่าตัวตายร้อยละ 4.3 และสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การเสพติดแอลกอฮอล์ โรคแทรกซ้อนทางกายและทางจิตและประวัติการฆ่าตัวตาย มีความสัมพันธ์

กับอาการซึมเศร้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[4] และความคิดอัตโนมัติด้านลบที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือความคิดที่มองตนเองว่าไม่เคยประสบความสำเร็จ โดยเพิ่มความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้าถึง 6 เท่า และได้ให้ข้อเสนอแนะว่า ควรมีการคัดกรองและให้การดูแลบำบัดรักษาเบื้องต้นเพื่อป้องกันการเกิดอาการซึมเศร้าในระดับที่รุนแรงขึ้น[8]

ดังนั้น การศึกษานี้จึงจัดทำขึ้นเพื่อศึกษาความคิดอัตโนมัติด้านลบที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด ซึ่งจะมีประโยชน์ทางคลินิกในการวางแผนให้การบำบัดรักษา เพื่อออกแบบการบำบัดที่มีความจำเพาะกับลักษณะความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วยยาเสพติดอันนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ซึ่งมีลักษณะความคิดอัตโนมัติด้านลบจำเพาะที่แตกต่างจากความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วยซึมเศร้าทั่วไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด
2. เพื่อศึกษาความคิดอัตโนมัติด้านลบที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อศึกษาภาวะซึมเศร้า และความคิดอัตโนมัติด้านลบที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด ได้รับการพิจารณาเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ โรงพยาบาลธัญญารักษ์ อุดรธานี ซึ่งได้รับการวินิจฉัยโดยใช้หลัก ICD-10 ว่าเป็นผู้ป่วยยาเสพติด จำนวน 65 คน ในช่วงเดือน สิงหาคม 2562 สามารถฟัง พูด อ่าน และเขียนภาษาไทยได้ ยินยอมให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และไม่มีอาการทางจิตในขณะเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มีเครื่องมือที่ใช้ 3 ส่วน ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย ข้อมูลเกี่ยวกับ อายุ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ประเภทยาเสพติดที่เคยใช้ ระยะเวลาการใช้ และจำนวนครั้งที่เข้ารับการบำบัด

ส่วนที่ 2 แบบประเมินภาวะซึมเศร้า 9 คำถามฉบับภาษาไทย Patient Health Questionnaire-9 (PQH-9) เป็นแบบประเมินความรุนแรงอาการโรคซึมเศร้า ของกรมสุขภาพจิต โดยแต่ละข้อคำถามจะมี 4 คำตอบให้เลือก ดังนี้ “ไม่มีเลย = 0 คะแนน”, “เป็นบางวัน 1-7 วัน = 1 คะแนน”, “เป็นบ่อยมากกว่า 7 วัน = 2 คะแนน”, “เป็นทุกวัน = 3 คะแนน” โดยจุดตัดที่ 7 คะแนนขึ้นไป แบ่งความรุนแรงเป็น 3 ระดับ ได้แก่ ระดับน้อย 7-12 คะแนน ระดับปานกลาง 13-18 คะแนน ระดับรุนแรงมากกว่า 19 คะแนน มีค่าความไวร้อยละ 75.68 ความจำเพาะร้อยละ 93.37

ส่วนที่ 3 แบบประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบ Automatic Thought Questionnaire Revised (ATQ-RP) ฉบับภาษาไทย แปลภาษาไทยโดย ศ.ดร.ดาราวรรณ ต๊ะปินตา แบบประเมินประกอบด้วยข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบจำนวน 30 ข้อ โดยมีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.90 แบบสอบถามนี้ใช้ในการแยกแยะค้นหาเนื้อหาความคิดอัตโนมัติด้านลบภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา การตอบแต่ละข้อ จะมีคำตอบให้เลือก 2 ข้อ คือ มี และ ไม่มีความคิดอัตโนมัติด้านลบดังกล่าว

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคล นำมาแจกแจงความถี่ โดยนำเสนอนรูปแบบตารางแสดงด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. วิเคราะห์ข้อมูลภาวะซึมเศร้าด้วยการคำนวณร้อยละความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรตัวอย่าง
3. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติด้านลบกับภาวะซึมเศร้า ด้วยสถิติวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (Correlation)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษาครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ วิทยาลัย

พยาบาลบรมราชชนนี อุดรธานี ใบรับรองเลขที่ IRB BCNU 0411/03 และผู้ศึกษาได้มีการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีการศึกษา รวมทั้งประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษาอย่างละเอียดกับประชากรตัวอย่าง โดยข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจะเก็บเป็นความลับ ผู้ศึกษาจะนำเสนอผลการศึกษาในภาพรวมเท่านั้น ไม่มีการระบุชื่อของประชากรตัวอย่าง

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ประชากรตัวอย่างเป็นผู้ป่วยยาเสพติดเพศชายทั้งหมด อายุเฉลี่ย 27.93 ปี มีสถานภาพโสด มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ส่วนใหญ่มีอาชีพรับจ้างและว่างงาน ไม่มีรายได้เป็นส่วนใหญ่ เกือบทั้งหมดมีประวัติเคยใช้ยาบ้า ส่วนใหญ่มีระยะเวลาในการใช้ยาเสพติดระหว่าง 1-5 ปี ส่วนใหญ่เข้ารับการบำบัดครั้งแรก

2. ข้อมูลเกี่ยวกับภาวะซึมเศร้า พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในประชากรตัวอย่างผู้ป่วยยาเสพติด เท่ากับร้อยละ 26.2 โดยมีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mild Depression)

3. ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดอัตโนมัติด้านลบและภาวะซึมเศร้า

ตาราง 1 แสดงค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด (N = 65)

ความคิดอัตโนมัติด้านลบ	ภาวะซึมเศร้า	
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r)	p-value
1. ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนต่อต้านโลก	.285*	.022
2. ฉันไม่มีส่วนดีเลย	.245*	.049
8. ฉันรู้สึกอ่อนแอเหลือเกิน	.385*	.002
10. ฉันไม่พอใจในตัวของฉันเลย	.348*	.004
11. ไม่มีอะไรในชีวิตที่ฉันรู้สึกว่าดีขึ้นเลย	.294*	.017
16. ฉันไม่สามารถทำให้ทุกอย่างประสานกันไปได้	.385*	.002
22. ชีวิตฉันยุ่งเหยิง	.284*	.022
24. ฉันไม่สามารถจะทำสิ่งใดได้	.370*	.002
27. ต้องมีบางอย่างที่ผิดพลาดเกิดขึ้นกับฉันแน่	.351*	.004
28. อนาคตของฉันเป็นอนาคตที่อ้างว้างและเยือกเย็น	.478*	.000

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 05

จากตาราง 2 ลักษณะความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ “ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนต่อต้านโลก” “ฉันไม่มีส่วนดีเลย” “ไม่มีอะไรในชีวิตที่ฉันรู้สึกว่าดีขึ้นเลย” และ “ชีวิตฉันยุ่งเหยิง” ส่วนเนื้อหาลักษณะความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ “ฉันรู้สึกอ่อนแอ” “ฉันไม่พอใจในตัวของฉันเลย” “ฉันไม่สามารถทำให้ทุกอย่างประสานกันไปได้” “ฉันไม่สามารถจะทำสิ่งใดได้” “ต้องมีบางอย่างผิดพลาดเกิดขึ้นกับฉันแน่” และ “อนาคตของฉันเป็นอนาคตที่อ้างว้างและเยือกเย็น”

สรุปและอภิปรายผล

1. ศึกษาภาวะซึมเศร้าของผู้ป่วยยาเสพติด จากผลสำรวจกลุ่มประชาชนไทย อายุ 12-65 ปี ในปี พ.ศ. 2559 พบมีผู้ที่เคยใช้ยาเสพติดจำนวน 58.2 คนต่อประชากร 1,000 คน ประมาณร้อยละ 70 ใช้ยาบ้า ผลจากการเสพยาเสพติดทำให้เกิดปัญหาทั้งทางร่างกายและจิตใจ อย่างน้อย 5 ประการคือ 1) ความอยากอาหารลดลง 2) ความสามารถในการทำงานและการเรียนลดลง 3) มีความผิดปกติทางอารมณ์ ที่พบบ่อยคือ ซึมเศร้า วิตกกังวล พบได้ทั้งช่วง

เสพยาและช่วงหยุดเสพ 4) สมองส่วนความคิดมีความผิดปกติ และ 5) เกิดอาการทางจิตพบในรายที่เสพติดอย่างหนักติดต่อกันเป็นเวลานาน[2] จากการศึกษาความชุกของการใช้ยาเสพติดในผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอก ได้จำแนกชนิดยาเสพติดที่ผู้ป่วยจิตเวชใช้บ่อย 5 อันดับแรก คือ สุรา ยาสูบ กัญชา ยาบ้า และกาแฟ คิดเป็นร้อยละ 81.5, 54.9, 21.3, 20.0, และ 18.7 ตามลำดับ เหตุผลการใช้ยาเสพติดส่วนใหญ่คือ เพื่อความสนุกสนานและการเข้าสังคม ร้อยละ 24.4 และอยากแก้อาการเบื่อ เซ็ง เหงา ร้อยละ 15.7 เมื่อจำแนกตามการวินิจฉัยโรคและพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดแบบเสี่ยงสูงพบว่า ผู้ป่วยโรคซึมเศร้า มีพฤติกรรมการใช้ยาเสพติดแบบเสี่ยงสูง ร้อยละ 1.9[12]

นอกจากนี้ ภาวะซึมเศร้าและการใช้ยาเสพติดมีความสัมพันธ์กัน โดยพบว่า การติดแอลกอฮอล์และยาเสพติดเป็นปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคซึมเศร้า โดยความสัมพันธ์ระหว่างภาวะซึมเศร้ากับการใช้ยาเสพติดเป็นไปใน 2 ลักษณะ คือ พบว่า ภาวะซึมเศร้ามักเกิดร่วมกับผู้ที่ใช้ยาเสพติด (รวมถึงแอลกอฮอล์) ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าหลายคนมักใช้การดื่มแอลกอฮอล์หรือยาเสพติดนำไปสู่การติดยาหรือติดแอลกอฮอล์ ดังนั้น ผู้ที่มีภาวะซึมเศร้าและไปดื่มแอลกอฮอล์สามารถทำให้อาการซึมเศร้ารุนแรงมากยิ่งขึ้น จึงเห็นได้ว่าภาวะซึมเศร้าและการใช้ยาเสพติดต่างมีผลส่งเสริมซึ่งกันและกันให้เกิดความรุนแรง[3] สอดคล้องกับการศึกษาอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการบำบัดรักษาในตึกถอนพิษยา พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดที่เป็นกลุ่มตัวอย่างมีอาการซึมเศร้า ร้อยละ 17.9 และ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา อาชีพ ความเพียงพอของรายได้ การเสพยาเสพติด โรคแทรกทางกายและทางจิต และประวัติการฆ่าตัวตายมีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้า อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[4] ในขณะที่ผู้ป่วยเสพยาเสพติดจะมีอารมณ์ตื่นตัว ร่าเริง แต่เมื่อขาดยาจะเกิดอารมณ์ซึมเศร้า เหงา หดหู่ จนถึงขั้นฆ่าตัวตายได้ บุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีอาการเฉยเมย เฉื่อยชาต่อสิ่งแวดล้อม แยกตัวออกจากสังคมจนกระทั่งไม่มีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ผู้ป่วยยาบ้าส่วนใหญ่มีภาวะซึมเศร้าระดับมาก ร้อยละ 27.0 รองลงมาคือ มีภาวะซึมเศร้าระดับน้อยและระดับปานกลาง คิดเป็นร้อยละ 23.7 และ ร้อยละ 17.0 ตามลำดับ[6] ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาครั้งนี้ที่พบว่าความชุกของภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติดที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยฟื้นฟูสมรรถภาพ เท่ากับร้อยละ 26.2 โดยมีระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าระดับน้อย (Mild depression)

2. ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด

จากแนวคิดทางปัญญา (Cognitive model) ของอารอน เบค (Aron T. Beck) คำว่า “cognition” หมายถึง “ปัญญา” หรือ “ความคิด” ซึ่งหมายถึงสิ่งต่างๆที่เกิดขึ้นภายในความคิด เช่น การแปลความ ทัศนคติ ความเชื่อ การรับรู้ การให้ความหมายต่อสิ่งต่างๆ การพูดกับตนเอง เป็นต้น แนวคิดนี้มีความเชื่อว่า พฤติกรรม อารมณ์ และสรีระ ไม่ได้เกิดโดยตรงจากสิ่งเร้าหรือเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต และมีสมมุติฐานว่า อารมณ์ พฤติกรรม และสรีระของบุคคลเกิดจากการรับรู้ (perception) และการตีความหรือวิเคราะห์ (construe) สถานการณ์ของแต่ละบุคคล โดยลักษณะความคิดที่มีผลทำให้เกิดอารมณ์ พฤติกรรม และสรีระที่เป็นปัญหา เรียกว่า ความคิดอัตโนมัติ (Automatic thought)[5]

ความคิดอัตโนมัตินี้เกิดขึ้นได้จากการถูกกระตุ้นโดยความเชื่อพื้นฐานที่อยู่ในระดับลึก (core beliefs) ซึ่งเป็นของความคิดพื้นฐานส่วนบุคคลที่พัฒนามาตั้งแต่เด็กๆ เป็นความคิดต่อตนเอง ผู้อื่น ต่อโลก และอนาคตของแต่ละคน โดยบุคคลจะคิด และเชื่อว่าความคิดนั้นๆ ของตนเองเป็นจริงที่สุด เช่น เชื่อว่าตนเองเป็นคนไม่มีความสามารถ ไม่เป็นที่รัก ซึ่งจะทำให้เกิดความเชื่อในระดับกลาง (intermediate beliefs) ซึ่งเป็นลักษณะของกฎหรือข้อสรุปส่วนตัว เช่น ควรหลีกเลี่ยงสถานการณ์ที่มีความเสี่ยงต่อความล้มเหลว เพราะความล้มเหลวแสดงถึงการไม่มีความสามารถ หรือเราต้องทำทุกอย่างที่ผู้อื่นอยากให้ทำเราจึงจะเป็นที่รัก ซึ่งความเชื่อพื้นฐานที่อยู่ในระดับลึกจะกระตุ้นให้เกิดความคิดอัตโนมัติ (automatic thought)[5] ในบุคคลที่มีภาวะซึมเศร้าจะมีลักษณะความคิดที่เกิดจากการรับรู้และแปลความหมายผิดไปจากความเป็นจริง รูปแบบความคิดของบุคคลเหล่านี้ มักจะคิดว่าตนเองขาดความสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือแก้ไขพฤติกรรมนั้น

เรียกลักษณะความคิดเช่นนี้ว่า ความคิดอัตโนมัติด้านลบ และพบว่าความคิดอัตโนมัติด้านลบมีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้า อาจส่งผลให้บุคคลเกิดอารมณ์ ความรู้สึก และพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมได้ รวมทั้งความคิดอัตโนมัติด้านลบนี้ยังเป็นความคิดที่บิดเบือนและพบได้ในผู้ป่วยยาเสพติด[6] ธรรมชาติของผู้ป่วยยาเสพติดส่วนใหญ่จะมีลักษณะทางความคิดคือ คิดวนเวียนในขอบเขตจำกัด เวลามีปัญหาไม่กล้าแสดงออก คิดต่อต้านสังคม คิดว่าสังคมไม่ยอมรับ และสังคมรังเกียจตน ส่วนในด้านความรู้สึกของผู้ป่วยยาเสพติดนั้น มักจะไม่ค่อยจัดการกับความรู้สึกของตนเอง หุนหันพลันแล่น รู้สึกด้อยและไม่มีคุณค่า ด้านพฤติกรรมจะมีลักษณะหย่อนความรับผิดชอบ หย่อนระเบียบวินัย ให้อภัยอภัยในความผิดพลาดของตนเอง มีข้ออ้างและเข้าข้างตนเองเสมอ ไม่ยอมรับความจริง มักโทษว่าเป็นความผิดของผู้อื่น พูดไม่จริงเอาตัวรอดไปวันๆ เหลี่ยมจัด และขาดทักษะทางสังคม ด้านลักษณะบุคลิกภาพ ผู้ป่วยยาเสพติดจะเป็นแบบจิตใจอ่อนไหว ชอบพึ่งพาคนอื่น ติดเพื่อน ไม่มีความมั่นใจในตนเอง ขี้อาย มีปมด้อย สภาวะจิตใจและพลังใจอยู่ในระดับต่ำ มักคิดว่าตนเองเข้ากับคนรอบข้างไม่ได้ คิดว่าตนเองติดยาเสพติดเพราะคนอื่น ไม่ทราบจุดมุ่งหมายในชีวิต ชอบแยกตัวอยู่ตามลำพัง ประชดชีวิต ขาดพลังใจ คิดถึงความคิดของตนเองเป็นใหญ่ อ่อนแอเกินกว่าจะควบคุมได้[7]

ผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ลักษณะความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 คือ “ฉันรู้สึกว่าฉันเป็นคนต่อต้านโลก” “ฉันไม่มีส่วนดีเลย” “ไม่มีอะไรในชีวิตที่ฉันรู้สึกว่าดีขึ้นเลย” และ “ชีวิตฉันยุ่งเหยิง” ส่วนเนื้อหาลักษณะความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีความสัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 คือ “ฉันรู้สึกอ่อนแอ” “ฉันไม่พอใจในตัวของฉันเลย” “ฉันไม่สามารถทำให้ทุกอย่างประสานกันไปได้” “ฉันไม่สามารถจะทำสิ่งใดได้” “ต้องมีบางอย่างผิดพลาดเกิดขึ้นกับฉันแน่” และ “อนาคตของฉันเป็นอนาคตที่อ้างว้างและเยือกเย็น” จากผลการศึกษาข้างต้นจะเห็นได้ว่า กลุ่มประชากรตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยยาเสพติดมีความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเองในลักษณะที่คิดว่า ตนเองไม่ดี อ่อนแอ ไม่มีความสามารถและไม่พอใจในตนเอง สะท้อนถึงความล้มเหลว พ่ายแพ้ การไม่เห็นคุณค่าในตนเองหรือความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง ลักษณะเนื้อหาความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อสิ่งแวดล้อมที่มองว่าตนเองต่อต้านสังคม และไม่ยอมรับข้อผิดพลาดของตนเอง ความคิดลักษณะแบบนี้แสดงถึงมุมมองในการปรับตัวหรือการเผชิญปัญหาต่างๆของตนเอง ส่วนความคิดอัตโนมัติด้านลบต่ออนาคตนั้นเป็นแบบอ้างว้าง หดหู่ ชีวิตของตนเองยุ่งเหยิงและไม่มีอะไรดีขึ้นเลย บ่งบอกถึงความท้อแท้ สิ้นหวังในการดำเนินชีวิต

จากลักษณะเนื้อหาของความคิดอัตโนมัติด้านลบของกลุ่มประชากรตัวอย่างข้างต้น โดยสรุปพบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดมีการประเมินตนเองไปในทางลบ จะมองว่าตนเองไร้ความสามารถ ไร้สมรรถภาพ จึงรู้สึกด้อยค่า ไม่มีความพึงพอใจในตนเอง ทำให้คนกลุ่มนี้ไม่ยอมรับข้อผิดพลาดของตนเอง กล้าที่จะกระทำผิดได้ง่ายเพราะคิดว่าตนเองไม่มีคุณค่า ซึ่งเป็นผลจากความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดต่ำลง ความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง (self-esteem) เป็นการที่บุคคลมีความเชื่อมั่นในตนเอง ประเมินและตัดสินตนเองว่ามีคุณค่า มีความสามารถที่จะกระทำสิ่งต่างๆให้สำเร็จลุล่วงจนเป็นที่น่าพอใจ[10] ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการปรับตัวทางอารมณ์ สังคม และการเรียนรู้ บุคคลที่เห็นคุณค่าหรือมีความภาคภูมิใจในตนเองสูง จะสามารถเผชิญกับอุปสรรคที่ผ่านเข้ามาในชีวิตได้ สามารถรองรับเหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกผิดหวังท้อแท้ใจได้ ส่วนบุคคลที่มีลักษณะของการเห็นคุณค่าในตนเองต่ำ จะมีพฤติกรรมหลีกหนี มีปัญหาทางอารมณ์ รับรู้ตนเองในทางลบ มองว่าตนเองด้อยค่า ขาดความกระตือรือร้น ไม่มีวินัยในตนเอง ขาดความสนใจในสิ่งต่างๆรอบตัว[9] สอดคล้องกับผลการศึกษาระดับความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองในผู้ป่วยวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีน พบว่า ผู้ป่วยวัยรุ่นที่เสพติดแอมเฟตามีนกลุ่มตัวอย่างรู้สึกมีคุณค่าในตนเองระดับค่อนข้างน้อย เนื่องจากในขณะอยู่บำบัดรักษาจะต้องอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นบางครั้งทำให้ไม่เข้าใจกัน ทำให้มีปัญหาเรื่องของการปรับตัว และการควบคุมอารมณ์ของตนเอง นอกจากนี้

ผู้ป่วยที่เข้ามาบำบัดรักษามักมองตนเองในด้านลบ คิดว่าตนเองด้อยค่า ขาดความเชื่อมั่นในตนเอง จึงเป็นเหตุผลให้บุคคลที่ประเมินตนเองในทางลบ ทำให้เกิดความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำ ซึ่งการมีความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองต่ำโดยมองว่าตนเองเป็นคนไม่ดี มีตราบาป จะนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าและพยายามฆ่าตัวตาย[7] บุคคลกลุ่มนี้ควรได้รับการช่วยเหลือเพื่อลดผลกระทบทางลบด้านจิตใจและอารมณ์ ซึ่งความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองมีความสำคัญอย่างมากต่อจิตใจ บุคลิกภาพและการดำรงชีวิต เป็นสิ่งสำคัญที่จะพัฒนาบุคคลไปสู่การเป็นบุคคลโดยสมบูรณ์[13]

จากการทบทวนวรรณกรรมถึงสาเหตุของการติดยาเสพติดพบว่า การติดยาเสพติดมิได้เกิดจากสาเหตุประการใดประการหนึ่งแต่เกิดจากหลายปัจจัย โดยแบ่งเป็น 3 ปัจจัยคือ ปัจจัยจากตัวสารเสพติด ปัจจัยจากผู้เสพ และปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ปัจจัยจากผู้เสพยังประกอบด้วยสาเหตุย่อย ได้แก่ ทางกาย ทางจิตใจ และการเรียนรู้ ซึ่งปัจจัยจากผู้เสพนั้นเป็นปัจจัยที่สำคัญมากและเป็นปัจจัยที่สามารถป้องกันได้ จากผลการศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษาจึงคาดหวังว่าหากผู้บำบัดมีความตระหนักและเข้าใจในความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วยยาเสพติด สามารถจัดการบำบัดที่เหมาะสม นอกจากจะส่งผลให้ผู้ป่วยยาเสพติดมีความคิด ความรู้สึก อารมณ์ และพฤติกรรมที่เหมาะสมแล้ว อาจสามารถช่วยลดอัตราการกลับไปเสพซ้ำได้

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้ป่วยยาเสพติดมีเนื้อหาลักษณะความคิดอัตโนมัติด้านลบต่อตนเองแบบประเมินคุณค่าในตนเองต่ำ ควรมีการพัฒนาโปรแกรมการให้คำปรึกษาที่สามารถเพิ่มความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองหรือเสริมสร้างความภาคภูมิใจในตนเอง เพื่อให้บุคคลสามารถปรับตัว มีทักษะในการเผชิญปัญหาที่เหมาะสม เกิดการเปลี่ยนแปลงในตนเองสู่บทบาทที่เหมาะสม สามารถให้อภัยตนเองและวางเป้าหมายในชีวิตได้

2. นำเนื้อหาจากการทบทวนวรรณกรรมและผลการศึกษาที่ได้ ไปใช้ในการเรียนการสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตร์ ในรายวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช หัวข้อการพยาบาลแบบองค์รวมบุคคลที่ใช้สารเสพติด

3. ควรทำการศึกษาซ้ำ โดยเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างให้มีขนาดใหญ่ขึ้น เก็บข้อมูลจากสถานบำบัดหลายแห่ง เพื่อความน่าเชื่อถือของผลการศึกษาและสามารถอ้างอิงสู่กลุ่มประชากร

4. อีกประเด็นที่น่าสนใจในการศึกษาเพิ่มเติมคือ สถานบำบัดที่มีการนำแนวคิดการปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy : CBT) ไปใช้ในการพัฒนาการคิดเชิงบวก (Positive thinking) ให้กับผู้ป่วยยาเสพติดนั้น และควรมีการประเมินความคิดอัตโนมัติด้านลบที่มีความจำเพาะอันนำไปสู่ภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยยาเสพติดก่อนการบำบัด ที่อาจเป็นปัจจัยเกี่ยวข้องกับความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วยยาเสพติดที่มีความแตกต่างจากความคิดอัตโนมัติด้านลบของผู้ป่วยซึมเศร้าทั่วไป เพื่อผลการศึกษาที่น่าเชื่อถือและสามารถอ้างอิงได้

5. ควรศึกษาเรื่องภาวะสุขภาพจิตของบุคคลในครอบครัวที่มีผู้ติดสารเสพติด

เอกสารอ้างอิง

1. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **สถิติการเจ็บป่วยทางจิตเวช.** โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. กรุงเทพฯ, (2555).
2. กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข. **ผู้จัดการ ออนไลน์.** https://www.dmh.go.th สืบค้นเมื่อ 27 มิถุนายน 2561.
3. จินตนา ลี้จงเพิ่มพูน และคณะ. ปัจจัยเสี่ยงของโรคซึมเศร้า : การทบทวนวรรณกรรมทางระบาดวิทยา. ใน ธรณินทร์ กองสุข (บรรณาธิการ). **องค์ความรู้โรคซึมเศร้า: ผลการทบทวนความรู้ทางวิชาการ** : 73-93, (ม.ป.ป.).
4. ชัยณรงค์ ไชยชนะ. "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับอาการซึมเศร้าของผู้ป่วยที่เข้ารับการบำบัดรักษาในตึกบำบัดด้วยยา". **รายงานวิจัย กลุ่มงานจิตวิทยา โรงพยาบาลธัญญารักษ์ แม่ฮ่องสอน.** (2559).
5. ดาราวรรณ ต๊ะปินตา. "การให้การปรึกษาโดยการปรับความคิดและพฤติกรรม". **พยาบาลสาร.** 42 (ฉบับพิเศษ) : 205-213, (2558).

6. ดุษณี ชาญปรีชา และคณะ. "ผลของโปรแกรมการบำบัดความคิดและพฤติกรรมต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเมทแอมเฟตามีน". **วารสารกรมการแพทย์**. 42 (2) : 90-101, (2560).

7. ธนาธิป หอมหวน และคณะ. "การเสริมสร้างความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของผู้ป่วยวัยรุ่นเสพติดแอมเฟตามีน". **วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์,** (2557).

8. พร้อมพร วงศ์วัฒนฤกษ์ และคณะ. "ความคิดอัตโนมัติด้านลบที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าในผู้ดูแลเด็กสมาธิสั้นที่คลินิกจิตเวชเด็กและวัยรุ่น สถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี". **วารสารกรมการแพทย์**. 44 (3) : 93-99, (2562).

9. วรชัย สุริเยนทรากร และอานนท์ วิทยานนท์. "สุขภาพจิตและความภาคภูมิใจในตนเองของเด็กกำพร้าในสถานสงเคราะห์". **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.** 61 (2) : 165-178, (2559).

10. วรดา วสันต์นันทสิริ และคณะ. "ทัศนคติต่อการกระทำผิดกฎหมาย ทัศนคติต่อรูปแบบในการดำเนินชีวิต การใช้กลไกป้องกันตนเองและการเห็นคุณค่าในตนเองของผู้ต้องขังไทย". **วารสารจิตวิทยาคลินิก**. 45 (2) : 35-48, (2557).

11. สายฝน เอกวรางกูร และอุ่นจิตร คุณารักษ์. **การพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต ศาสตร์และศิลป์สู่การฏิบัติ 1.** โรงพิมพ์ไทม์ พริ้นติ้ง กรุงเทพฯ, (2558).

12. สมจิตร์ มณีกานนท์ และคณะ. "ความชุกของการใช้สารเสพติด ในกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชที่แผนกผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลศรีนครินทร์". **วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย.** 59 (4) : 371-380, (2557).

13. อัจรา จิตวัฒนกุล และคณะ. "ผลของโปรแกรมสัมพันธภาพเพื่อการบำบัดต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองของเด็กหญิงที่ถูกกระทำรุนแรงในสถานแรกรับเด็กหญิง เขตภาคกลาง". **วารสารการพยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิตสมาคมจิต.** 31 (2) : 47-63, (2560).

14. Beck et.al. **Depression Inventory II.** San Antonio. TX: The Psychological Corporation, (1979).

15. Rana M et.al. "Assessment of Automatic Thoughts in Patients with Depressive Illness at a Tertiary Hospital in Nepal". **J Nepal Med Assoc 2017.** 56 : 248-255, (2017).

ผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด

Effects of a Preventive Behaviors Development Program for *Diabetes Mellitus* Risk at Phanom Phrai District, Roi Et Province

กิ่งเพชร แก้วสิงห์[1] วาริณี เอี่ยมสวัสดิกุล[2] ชื่นจิตร โพธิศัพท์สุข[2]

Kingpech Kaewsing[1] Warinee Iemsawasdikul[2] Chuenchit Potisupsuk[2]

(Received: October 2,2020; Accepted: November 22,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน และระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือด 100-125 มก./ดล. แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานจากแพทย์ มีอายุ 35-60 ปี อยู่ในตำบลค้อใหญ่และตำบลคำไฮ อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 62 คน ที่ได้จากการคัดเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 31 คน เครื่องมือทดลองเป็นโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ เครื่องมือเก็บข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถาม มี 2 ส่วน ได้แก่ (1) ข้อมูลทั่วไป (2) พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .94 และมีค่าความเที่ยง .85 2) เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และ 3) แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา และสถิติการทดสอบที

ผลการวิจัย พบว่า (1) หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน พฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (2) หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ โปรแกรม พฤติกรรมป้องกันโรค กลุ่มเสี่ยงเบาหวาน

Abstract

The objectives of this quasi-experimental research were to compare preventive behaviors and the level of blood sugar of the experimental group before and after experiment, and after experiment between the experimental group and the comparison group. The sample comprised 62 Diabetes Mellitus risks, who had the level of fasting blood sugar 100-125 mg./dl., had not diagnosed DM by doctor, aged 35-60 years, female and lived at Kawyai and Kamhai subdistrict, Phanom Phrai district, Roi Et province. They were selected by the purposive sampling technique as inclusion criteria to be in the experimental group and the comparison group respectively, 31 persons in each group. The experimental tool was the Preventive Behaviors Development Program for *Diabetes Mellitus* risk based on the health belief model. The collecting data tools were 1) questionnaires with 2 parts: (1) general data and (2) preventive behaviors (CVI .94 and reliability .85), 2) the glucometer, and 3) a health data record form. Data were analyzed by descriptive statistics and t-test.

The results found as follow. (1) After the experiment, preventive behaviors, eating and exercise behaviors of the experimental group were significantly higher than before experiment and higher than the comparison group ($p < .05$). (2) After the experiment, the level of fasting blood sugar of the experimental group were significantly lower than before experiment and lower than the comparison group ($p < .05$).

Keywords: Program, Preventive behaviors, Diabetic risk

[1] นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

[2] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

บทนำ

เบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มขึ้นทั่วโลกรวมถึงประเทศไทย สหพันธ์โรคเบาหวานนานาชาติรายงานว่า พ.ศ. 2558 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลก 415 ล้านคน มีกลุ่มเสี่ยงที่จะเปลี่ยนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ จำนวน 318 ล้านคน คาดว่า พ.ศ. 2583 จำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานทั่วโลกจะเพิ่มขึ้นเป็น 642 ล้านคน ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยเบาหวาน หรือ 313 ล้านคน เป็นผู้หญิง ปัจจุบันประชากรวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 11 คน ป่วยเป็นโรคเบาหวาน[1] สำหรับประเทศไทย ข้อมูลการสำรวจสุขภาพคนไทย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557 พบความชุกของโรคเบาหวานในประชากรอายุ 15ปี ขึ้นไป ร้อยละ 8.9 หรือมีจำนวนผู้ป่วยเบาหวานประมาณ 5 ล้านคน และความชุกของคนไทยที่อ้วน ร้อยละ 37[2] พ.ศ. 2557 จังหวัดร้อยเอ็ด มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร 7,171.90 มีอัตราอุบัติการณ์โรคเบาหวานต่อแสนประชากร 601.41 อำเภอพนมไพร มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร 8,993.24 มีอัตราอุบัติการณ์โรคเบาหวานต่อแสนประชากร 601.41 และใน พ.ศ. 2561 จังหวัดร้อยเอ็ด มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร 3,953.02 มีอัตราอุบัติการณ์โรคเบาหวานต่อแสนประชากร 648.97 อำเภอพนมไพร มีอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร 1,952.07 มีอัตราอุบัติการณ์โรคเบาหวานต่อแสนประชากร 432.11[3] พ.ศ. 2558 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค้อใหญ่ มีผู้ป่วยรายใหม่ 18 ราย จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวานทั้งหมด 572 ราย คิดเป็น ร้อยละ 3.15[4] สูงกว่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งกำหนดให้มีอัตราผู้ป่วยรายใหม่จากกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน ไม่เกินร้อยละ 2.40[5] การลดจำนวนผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่จึงเป็นสิ่งสำคัญที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค้อใหญ่ต้องดำเนินการ เนื่องจากโรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่ส่งผลกระทบต่อการดำรงชีวิตและภาวะเศรษฐกิจของผู้ป่วยเบาหวาน ครอบครัว สังคม และประเทศ การป้องกันโรคเบาหวานสามารถทำได้ด้วยการควบคุมอาหาร การป้องกันโรคอ้วน การออกกำลังกาย การงดบุหรี่และสุรา[6] จึงมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยง การทบทวนวรรณกรรมพบว่า หลังได้รับโปรแกรมสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงตามแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ กลุ่มทดลองมีการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ประโยชน์ และอุปสรรคสูงกว่ากลุ่มควบคุม มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[7]

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ กล่าวว่า เมื่อบุคคลรับรู้ว่าตนเองมีโอกาสเกิดโรค และโรคนั้นมีความรุนแรง บุคคลจะมีแนวโน้มแสดงพฤติกรรมป้องกันโรค เนื่องจากมีการคุกคามจากโรค แต่บุคคลจะคำนึงถึงผลได้ผลเสียของการแสดงพฤติกรรมโดยการหักลบอุปสรรค ออกจากผลประโยชน์ที่จะได้ ถ้าผลประโยชน์มากกว่าผลเสีย โอกาสแสดงพฤติกรรมจะมาก ถ้าผลเสียมากกว่าประโยชน์ โอกาสแสดงพฤติกรรมจะน้อย ถ้าได้รับการกระตุ้นจากตัวชี้แนะการกระทำ ที่เพียงพอจะเกิดพฤติกรรมป้องกันโรค การรับรู้ของบุคคลได้รับอิทธิพลจากปัจจัยร่วม ได้แก่ ปัจจัยทางประชากร ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยา และตัวแปรทางโครงสร้าง[8] ต่อมามีการนำการรับรู้ความสามารถของตนเองมาใช้ร่วมด้วย เนื่องจากบุคคลจะต้องรับรู้ความสามารถของตนเองเพื่อที่จะเอาชนะการรับรู้อุปสรรคและลงมือปฏิบัติพฤติกรรม[9] การศึกษาครั้งนี้จะสร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวาน ซึ่งจะมีผลต่อการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค โดยใช้ตัวแบบด้านลบ ร่วมกับให้ความรู้โรคเบาหวานด้วยการเรียนรู้เชิงรุกซึ่งจะช่วยให้เข้าใจสาเหตุและภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวาน ส่งผลให้มีการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคเบาหวานดีขึ้น รวมทั้งสร้างการรับรู้ความสามารถของตนเองด้วยการพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติ โดยเน้นพฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกาย การพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานจะช่วยให้กลุ่มเสี่ยงรับรู้ความสามารถของตนเองมากขึ้น ส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงมีพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานดีขึ้น และใช้กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนซึ่งเป็นตัวชี้แนะภายนอกที่จะกระตุ้นให้กลุ่มเสี่ยงปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานอย่างต่อเนื่อง อันจะส่งผลให้กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานมีระดับน้ำตาลในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่เป็นโรคเบาหวาน ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถปฏิบัติบทบาทของตน

โดยเฉพาะบทบาทในการประกอบอาชีพ ทำให้เศรษฐกิจของครอบครัวและประเทศดี

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานด้านการรับประทานอาหาร การออกกำลังกายของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยกึ่งทดลอง

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานจากการคัดกรองโรคเบาหวานโดยวิธีทางวาจา แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานจากแพทย์ มีอายุ 35 ปีขึ้นไป อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 109 คน

กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่มีค่าระดับน้ำตาลในเลือดหลังอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมง เท่ากับ 100-125 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร แต่ยังไม่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเบาหวานจากแพทย์ มีอายุ 35-60 ปี เพศหญิง อาศัยอยู่ในตำบลค้อใหญ่และตำบลคำไฮ จำนวน 62 คน **ขนาดกลุ่มตัวอย่าง** ที่ได้จากการคำนวณขนาดด้วยแนวคิดการวิเคราะห์อำนาจการทดสอบ และเพิ่มขนาดตัวอย่าง ร้อยละ 10 **สุ่มตัวอย่าง**โดยเลือกแบบเจาะจงตามเกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา เป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ กลุ่มละ 31 คน ตามลำดับ ให้ทั้งสองกลุ่มมีคุณสมบัติคล้ายคลึงในด้านอายุ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง เป็นโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองตามแนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของเบคเกอร์และคณะ [10] ประกอบด้วย กิจกรรม 3 ประเภท และเครื่องมือ ดังนี้

1.1 การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ด้วยตัวแบบด้านลบ และการสร้างการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติ เครื่องมือ ประกอบด้วย แผนพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ เครื่องคิดเลข เครื่องชั่งน้ำหนัก ฉลากโภชนาการ

1.2 การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานด้วยวิธีการเรียนรู้เชิงรุก แบบร่วมมือ แบบวิเคราะห์วีดิทัศน์ แบบใช้เกม แบบแลกเปลี่ยนความคิด แบบทบทวนโดยผู้เรียน เครื่องมือ ประกอบด้วย แผนให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน เพาเวอร์พอยท์ โปสเตอร์ บัตรคำทำนายโรค ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง คู่มือการจัดการตนเองเพื่อควบคุมโรคเบาหวาน วีดิทัศน์

1.3 ตัวชี้แนะการกระทำด้วยกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เครื่องมือประกอบด้วย แบบสรุปการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำกิจกรรมกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้ (1) แบบสอบถามผลของโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง มี 2 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป จำนวน 11 ข้อ ส่วนที่ 2 พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน จำนวน 33 ข้อ มีค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา .94 และมีค่าความเที่ยง .85 ประกอบด้วย 2 ด้าน ได้แก่ ด้านการรับประทานอาหาร จำนวน 21 ข้อ เป็นพฤติกรรมด้านลบ 5 ข้อ ด้านการออกกำลังกาย จำนวน 12 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ ปฏิบัติทุกครั้ง-ปฏิบัติน้อยมาก ให้คะแนนพฤติกรรมด้านบวก 5-1 คะแนน และด้านลบ 1-5 คะแนน แปลผลระดับพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน จากคะแนนเฉลี่ย 5 ระดับ คะแนน 4.50-5.00 เท่ากับ มากที่สุด 3.50-4.49 เท่ากับ มาก 2.50-3.49 เท่ากับ ปานกลาง 1.50-2.49 เท่ากับ น้อย 1.00-1.49 เท่ากับ น้อยที่สุด (2) เครื่องตรวจระดับน้ำตาลในเลือด และ (2) แบบบันทึกข้อมูลสุขภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย เครื่องมือการวิจัยผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน และทดลองใช้แบบสอบถามกับกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่าง ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

ตำบลโพธิ์ชัย อำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด จำนวน 30 คน ผลการวิเคราะห์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาคของแบบสอบถามส่วนที่ 2 เท่ากับ .85

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ระยะก่อนทดลอง จัดทำเครื่องมือในการวิจัย ขอเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ HE2562-11-22-089 เตรียมผู้ช่วยวิจัย วิทยากร ขออนุญาตและได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูลวิจัยจากสาธารณสุขอำเภอพนมไพร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ติดต่อประสานงานและขอความร่วมมือในการวิจัยจากบุคลากรและพยาบาล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้เชิญชวนกลุ่มเสี่ยงเข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ในการคัดเข้าศึกษา และเก็บข้อมูลก่อนทดลอง โดยพิทักษ์สิทธิกลุ่มเสี่ยงตามที่กำหนด

2. ระยะทดลอง กลุ่มทดลองดำเนินกิจกรรมตามโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง จำนวน 6 ครั้ง ใช้เวลา 6 สัปดาห์ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค้อใหญ่ ส่วนกลุ่มเปรียบเทียบได้รับการพยาบาลและข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการปกติ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลคำไฮ และนัดหมายกลุ่มตัวอย่างมาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทั้ง 2 แห่ง เพื่อเก็บข้อมูลหลังทดลองในสัปดาห์ที่ 6

3. ระยะหลังทดลอง สัปดาห์ที่ 7 กลุ่มทดลอง เก็บข้อมูลหลังทดลอง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้ตอบแบบสอบถาม ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด ใช้เวลาประมาณ 30 นาที ผู้วิจัยสรุปผลการควบคุมระดับน้ำตาล และนำเสนอให้กลุ่มฟัง ร่วมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ สอบถามข้อสงสัย หลังจากนั้นให้ตัวแทนกลุ่ม สรุปความรู้ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโปรแกรม พร้อมให้ข้อเสนอแนะในการพัฒนาโปรแกรม กล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย กลุ่มเปรียบเทียบ เก็บข้อมูลหลังทดลอง โดยผู้วิจัยและผู้ช่วยวิจัยให้ตอบแบบสอบถาม ตรวจหาระดับน้ำตาลในเลือด ใช้เวลาประมาณ 30 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานตามแผนฯ และสร้างการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติตามแผนฯ กล่าวขอบคุณที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติการทดสอบที (t-test) ที่คำนวณจากผลการวิจัยของ บัญญัติ อรรคศรีวร (2558) ซึ่งศึกษาการสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ตำบลหนองล่อง อำเภอเวียงหนองล่อง จังหวัดลำพูน เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง กลุ่มตัวอย่าง เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 30 คน ผลการวิจัย พบว่า หลังการทดลอง ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของกลุ่มทดลอง เท่ากับ 4.29 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.23 และค่าเฉลี่ยพฤติกรรมของกลุ่มควบคุม เท่ากับ 3.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เท่ากับ 0.28 คำนวณค่าขนาดอิทธิพล ได้เท่ากับ 1.6 ซึ่งแสดงถึงค่าขนาดอิทธิพลที่ใหญ่ ดังนั้นผู้วิจัยจึงใช้ค่าขนาดอิทธิพลขนาดใหญ่ (Large effect size) = .80 กำหนดอำนาจในการทดสอบ .90 ระดับนัยสำคัญ (α) .05 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างกลุ่มละ 28 คน รวมจำนวน 56 คน และปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างเพื่อป้องกันการสูญหายจากการติดตามหรือการถอนตัว (Drop out) ไม่ให้มีผลต่ออำนาจการทดสอบ และเป็นตัวแทนประชากรที่ดี โดยเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 10 หรือ 6 คน รวมทั้งหมด 62 คน ได้กลุ่มตัวอย่าง กลุ่มละ 31 คน

การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

โครงการวิจัยได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เลขที่ HE2562-11-22-089 ลงวันที่ 22 พฤศจิกายน 2562

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

1.1 กลุ่มทดลอง มีอายุเฉลี่ย 50.9 ปี (S.D. = 7.30) มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.4 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 61.3 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 96.8 มีรายได้เฉลี่ย/เดือนละไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 58.1 มีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 48.4 ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของครอบครัว ร้อยละ 64.5 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.5 ไม่รับประทานอาหารเสริม ร้อยละ 100 ไม่รับประทานสมุนไพร ร้อยละ 93.5 ออกกำลัง

กาย ร้อยละ 90.32 ไม่ดื่มสุราและไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 100 ก่อนได้รับโปรแกรม ส่วนใหญ่ มีระดับน้ำตาลในเลือดระดับเสี่ยง ร้อยละ 80.60 ดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 77.40 รอบเอวเกิน ร้อยละ 87.10 หลังได้รับโปรแกรม ส่วนใหญ่ มีระดับน้ำตาลในเลือดปกติ ร้อยละ 77.40 ดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 80.6 รอบเอวเกิน ร้อยละ 87.10

1.2 กลุ่มเปรียบเทียบ มีอายุเฉลี่ย 51.6 ปี ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 51-60 ปี ร้อยละ 64.5 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 77.4 ระดับการศึกษาประถมศึกษา ร้อยละ 48.4 อาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 87.1 มีรายได้เฉลี่ย/เดือนละไม่เกิน 5,000 บาท ร้อยละ 96.8 มีรายได้เพียงพอไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 54.8 มีประวัติการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวานของครอบครัว ร้อยละ 54.8 ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 67.7 ไม่รับประทานอาหารเสริม ร้อยละ 90.3 ไม่รับประทานสมุนไพร ร้อยละ 74.4 ออกกำลังกาย ร้อยละ 80.6 ไม่ดื่มสุรา ร้อยละ 83.9 ไม่สูบบุหรี่ ร้อยละ 100 ก่อนได้รับโปรแกรม ส่วนใหญ่ มีระดับน้ำตาลในเลือดระดับเสี่ยง ร้อยละ 77.40 มีค่าดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 38.70 รอบเอวเกิน ร้อยละ 74.20 หลังได้รับโปรแกรม ส่วนใหญ่ มีระดับน้ำตาลในเลือด ระดับเสี่ยง ร้อยละ 51.60 มีค่าดัชนีมวลกายอ้วนระดับ 2 ร้อยละ 41.90 รอบเอวเกิน ร้อยละ 67.70

2. ความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม

2.1 พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน พฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกาย

ตาราง 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 31)

พฤติกรรม	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			t	p
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
การรับประทานอาหาร	3.35	0.23	ปานกลาง	4.49	0.12	มาก	- 27.205	.000*
การออกกำลัง กาย	3.08	0.29	ปานกลาง	4.62	0.19	มากที่สุด	-22.719	.000*
การป้องกันโรคเบาหวาน	3.25	0.19	ปานกลาง	4.54	0.11	มากที่สุด	-31.532	.000*

*p < .05

จากตาราง 1 พบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานอยู่ในระดับมากที่สุด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหารและการออกกำลังกาย อยู่ในระดับมากและมากที่สุด สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งอยู่ในระดับปานกลางเท่ากัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2.2 พฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน พฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ของกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบหลังได้รับโปรแกรม

พฤติกรรม	กลุ่มทดลอง (n=31)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=31)			t	p
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
การรับประทานอาหาร	4.49	0.12	มาก	3.46	0.34	ปานกลาง	15.832	.000*
การออกกำลัง กาย	4.62	0.19	มากที่สุด	3.36	0.84	ปานกลาง	8.138	.000*
การป้องกันโรคเบาหวาน	4.54	0.11	มากที่สุด	3.43	0.45	ปานกลาง	13.246	.000*

*p < .05

3. ความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม

3.1 ระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการได้รับโปรแกรม

ตาราง 3 เปรียบเทียบระดับของน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม (n = 31)

ภาวะสุขภาพ	ก่อนได้รับโปรแกรม			หลังได้รับโปรแกรม			t	p
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
ระดับน้ำตาลในเลือด	108.90	8.96	เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน	95.48	6.78	ปกติ	9.750	.000*

*p < .05

จากตาราง 3 พบว่าหลังได้รับโปรแกรมกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้นกว่าก่อนได้รับโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3.2 หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีระดับน้ำตาลในเลือด ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ 4 เปรียบเทียบระดับของน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม

ภาวะสุขภาพ	กลุ่มทดลอง (n=31)			กลุ่มเปรียบเทียบ (n=31)			t	P
	M	S.D.	ระดับ	M	S.D.	ระดับ		
ระดับน้ำตาลในเลือด	95.48	6.78	ปกติ	106.10	13.27	เสี่ยงต่อโรคเบาหวาน	-15.832	.000*

*p < .05

จากตาราง 4 พบว่าหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลอง มีระดับน้ำตาลในเลือด ต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายผล

1. ความแตกต่างของพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน พฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกาย สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ซึ่งสร้างตามแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ[10] ประกอบด้วย 1) การสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานด้วยตัวแบบด้านลบซึ่งป่วยเป็นโรคเบาหวาน ทำให้รับรู้โอกาสเสี่ยง ความรุนแรง ภาวะคุกคามของโรคเบาหวาน การสร้างการรับรู้ความสามารถในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติพฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกาย ทำให้มีประสบการณ์ความสำเร็จของวิทยากรและตนเอง จึงปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานมากขึ้น 2) การให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานด้วยการเรียนรู้เชิงรุกที่เน้นผู้เรียนเป็นสำคัญ ให้มีปฏิสัมพันธ์กันผ่านการเรียนรู้ด้วยวิธีที่หลากหลาย โดยคำนึงถึงความรู้เดิมและความต้องการของผู้เรียน[11] ทำให้เข้าใจสาเหตุของโรคมากขึ้น จึงรับรู้โอกาสเสี่ยงที่จะเกิดโรค และวิธีป้องกันโรคเบาหวาน จึงปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานมากขึ้น 3) กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน ซึ่งเป็นตัวชี้แนะการกระทำ ได้รับการชักจูงด้วยคำพูดให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ได้รับข้อมูลและความช่วยเหลือเมื่อพบปัญหา ทำให้รับรู้ความสามารถของตนเอง เกิดกำลังใจและความมั่นใจในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน โดยที่การมีประสบการณ์ความสำเร็จจากการกระทำของผู้อื่นและของตนเอง การได้รับคำพูดชักจูง และการรับรู้สภาวะของร่างกาย ทำให้บุคคลมีการรับรู้ความสามารถของตนเอง [12] ส่งผลให้มีการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค แต่กลุ่มเปรียบเทียบ มีพฤติกรรม

ป้องกันโรคเบาหวานหลังได้รับโปรแกรม ไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เนื่องจากได้รับการพยาบาลและข้อมูลจากพยาบาลวิชาชีพในระบบบริการปกติ โดยได้รับการตรวจคัดกรองภาวะสุขภาพ ปีละครั้ง ได้รับความรู้เรื่องโรคเบาหวานด้วยการบรรยายเป็นกลุ่ม และแนะนำให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แล้วนัดให้มาตรวจระดับน้ำตาลในเลือดทุก 3 เดือน จนกว่าระดับน้ำตาลในเลือดจะเป็นปกติ กลุ่มเปรียบเทียบบางคนที่เข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ ได้รับการอบรมให้ความรู้ด้วยการบรรยายประกอบวีดิทัศน์ แต่ไม่ได้รับการฝึกทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ก่อนการวิจัยครั้งนี้ 2 สัปดาห์ มิได้รับประสบการณ์จากตัวแบบด้านลบ จึงไม่รับรู้ความรุนแรงโรคเบาหวาน ส่งผลให้ไม่รับรู้ถึงภาวะคุกคามของโรคเบาหวาน มิได้รับการพัฒนาทักษะการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานด้วยการสาธิตและฝึกปฏิบัติ จึงอาจไม่รับรู้ถึงความสามารถของตนเองในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ขาดแรงจูงใจ/ความมั่นใจ และทักษะในการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรค ไม่ได้เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนที่จะแลกเปลี่ยนความรู้ ความรู้สึก ให้กำลังใจ ให้ข้อมูล/ข่าวสาร ช่วยเหลือซึ่งกันและกันในการแก้ปัญหา จึงทำให้กลุ่มเปรียบเทียบ มีพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานหลังได้รับโปรแกรม ต่ำกว่ากกลุ่มทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกับการศึกษาพบว่า หลังได้รับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสูง มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การอออกกำลังกาย และการจัดการความเครียด สูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[13]หลังใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความสามารถในการดูแลตนเอง กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน มีความคาดหวังในความสามารถตนเอง ความคาดหวังในผลลัพธ์ของการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง และการปฏิบัติตัวในการดูแลตนเอง สูงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 [14]

2. ความแตกต่างของระดับน้ำตาลในเลือดของกลุ่มทดลอง ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม และระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ หลังได้รับโปรแกรม

ผลการศึกษาพบว่า หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือด ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เป็นไปตามสมมติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน ตามแนวคิดแบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ [10] ทำให้กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน พฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกาย หลังได้รับโปรแกรม สูงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 การมีพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานที่ดีขึ้น โดยเฉพาะพฤติกรรมรับประทานอาหารและออกกำลังกายที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดที่อยู่ในระดับมากที่สุด ได้แก่ รับประทานอาหารหลากหลายครบ 5 หมู่ อาหารโปรตีนไม่ติดมัน อาหารอบ นึ่ง และต้ม อาหาร/ขนมที่ปรุงด้วยกะทิ หลีกเลี่ยงการรับประทานไขมันทรานส์ หลีกเลี่ยงดื่มน้ำอัดลม เครื่องดื่มที่ใส่น้ำตาล รับประทานผักที่ให้พลังงานต่ำ ไม่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ รับประทานอาหารในปริมาณที่เพียงพอกับความต้องการในแต่ละวัน ออกกำลังกายด้วยความหนักระดับปานกลาง อบอุ่นร่างกายและผ่อนคลายกล้ามเนื้อ 5-10 นาที การมีพฤติกรรมรับประทานอาหาร และออกกำลังกายที่ดี ทำให้มีภาวะโภชนาการที่เหมาะสม เห็นได้จากหลังได้รับโปรแกรม กลุ่มทดลองมีรอบเอวเฉลี่ย 86.58 ซม. ต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม ซึ่งมีรอบเอวเฉลี่ย 88.19 ซม. อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 เมื่อภาวะโภชนาการดีขึ้นหรืออ้วนน้อยลงทำให้ภาวะดื้อต่ออินซูลินลดลง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง โดยที่ภาวะอ้วนทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน [1] การออกกำลังกายยังทำให้เซลล์ในร่างกายมีความไวต่ออินซูลินมากขึ้น ช่วยให้ตัวพากลูโคสมาที่ผิวเซลล์ทำให้น้ำตาลเข้าไปในเซลล์ได้ง่ายขึ้น หลังออกกำลังกายระดับน้ำตาลในเลือดจึงลดลง[9] กลุ่มเปรียบเทียบมีพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานหลังได้รับโปรแกรมไม่แตกต่างจากก่อนได้รับโปรแกรม และต่ำกว่ากลุ่มทดลอง โดยเฉพาะพฤติกรรมรับประทานอาหาร และออกกำลังกายที่มีผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดที่อยู่ในระดับปานกลาง ทำให้มีภาวะโภชนาการที่ไม่เหมาะสม เห็นได้จาก หลังได้รับโปรแกรม กลุ่มเปรียบเทียบมีรอบเอวเฉลี่ย 85.45 ซม. สูงกว่าก่อนได้รับ

โปรแกรม ซึ่งมีรอบเอวเฉลี่ย 84.90 ซม. อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 เมื่อภาวะโภชนาการไม่เปลี่ยนแปลงหรืออ้วนคงเดิม ภาวะดื้อต่ออินซูลินจึงไม่ลดลง ส่งผลให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่ลดลง โดยที่ภาวะอ้วนทำให้เกิดภาวะดื้อต่ออินซูลิน [1] การออกกำลังกายน้อยไม่ช่วยให้เซลล์ในร่างกายไวต่ออินซูลิน ทั้งยังไม่นำตัวพากลูโคสมาที่ผิวเซลล์ น้ำตาลไม่สามารถเข้าไปในเซลล์ได้ ระดับน้ำตาลในเลือดจึงไม่ลดลง[9] สอดคล้องกับการศึกษาพบว่าหลังได้รับโปรแกรมสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคเบาหวาน กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05[7] หลังได้รับรูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานสูง มีค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว และระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ต่ำกว่าก่อนทดลองและกลุ่มเปรียบเทียบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05)[13] หลังใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนการทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 [14]

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรนำโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง ไปใช้กับกลุ่มเสี่ยงเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นในอำเภอพนมไพร จังหวัดร้อยเอ็ด โดยเฉพาะการสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานด้วยตัวแบบด้านลบทำให้มีการรับรู้ภาวะคุกคามของโรค และกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันโรคมากขึ้น

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรนำโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยง ไปเป็นแนวทางในการพัฒนาโปรแกรมพัฒนาพฤติกรรมป้องกันโรคกลุ่มเสียงโรคความดันโลหิตสูง ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่นในอำเภอพนมไพร และติดตามพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวานกลุ่มเสี่ยงต่อไปทุก 3-6 เดือน เพื่อประเมินความยั่งยืนของพฤติกรรมป้องกันโรคเบาหวาน วัดผลลัพธ์ของโปรแกรมเพิ่ม ได้แก่ ดัชนีมวลกาย รอบเอวและระดับพลาสมากลูโคสหลังอดอาหารมากกว่า 8 ชั่วโมง (Fasting plasma glucose: FPG)

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์และเสียสละเวลาอันมีค่าของท่านในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอขอบพระคุณ รศ.ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา ที่ได้ตรวจสอบข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนให้ข้อคิดเห็นข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ส่งผลให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. เทพ หิมะทองคำ. ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ฉบับสมบูรณ์. กรุงเทพมหานคร: วิทยพัฒน์การพิมพ์; 2555.
2. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อที่สำคัญ. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2558.
3. คลังข้อมูลสุขภาพ. ผลการปฏิบัติงานประจำปี. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2562
4. โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค้อใหญ่. ผลการปฏิบัติงานประจำปี. ร้อยเอ็ด: โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลค้อใหญ่; 2558.
5. สำนักงานโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ตัวชี้วัดโรคเบาหวานระดับกระทรวงและการตรวจราชการ: นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
6. รัชดา เครซี่. โรคเบาหวาน ความรู้พื้นฐานและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (พิมพ์ครั้งที่ 1). เชียงใหม่: บริษัท วิทอินดีไซน์ จำกัด; 2557
7. บัญญัติ อรรคศรีวร, รพีพร เทียมจันทร์ และวันทนีย์ ชวพงค์. การสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคเบาหวานของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน. วารสารงานวิจัยระดับนานาชาติ เครือข่ายบัณฑิตศึกษา, . 2558

8. อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร กลัมพากร, สุนีย์ ละกำปั่น และขวัญใจ อำนาจสัตย์ซื่อ. การสร้างเสริมสุขภาพและ ป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ (พิมพ์ครั้งที่1). ขอนแก่น: หจก.โรงพิมพ์ คลังนานาวิทยา; 2554

9. ศิริพร ขัมภลิขิต และจุฬาลักษณ์ บารมี. (บรรณาธิการ).. คู่มือการสอนการสร้างเสริมสุขภาพในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2555

10. Becker, M, Drochman, R.,& Kirscht, j. A New Approoch to Explain in Sick-Role Behavior in Low- Income population, American jounal of public Health,1974

11. กันยิกา ชำนิประศาสน์. การเรียนรู้เชิงรุก. สารแพทยศาสตร์ศึกษา มอ. 2559

12. ประภาพร จินันทุยา. ทฤษฎีความสามารถของตนเองใน ศิริพร ขัมภลิขิต และจุฬาลักษณ์ บารมี. (บรรณาธิการ). คู่มือการสอนการสร้างเสริมสุขภาพ ในหลักสูตรพยาบาลศาสตร์
บัณฑิต. ขอนแก่น: ห้างหุ้นส่วนจำกัดโรงพิมพ์ คลังนานาวิทยา; 2555.

13. วราลี วงศ์ศรีชา และอรสา กงตาล. ผลของการใช้โปรแกรมการส่งเสริมสมรรถนะแห่งตนในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม สุขภาพประชาชน กลุ่มเสี่ยงสูง เพื่อป้องกันโรคเบาหวาน ขอนแก่น: 2554.

14. ดารณี ทองสัมฤทธิ์, กนกวรรณ บริสุทธิ์ และเยาวลักษณ์ มีบุญมาก. ผลของการใช้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพต่อความสามารถในการดูแลตัวเองของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานใน ตำบลวัดเพลง วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี: 2560.

การประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 8

Evaluation of Primary Health Care System in Health Region 8th

ศักดา ศิริเวชธำรง[1]

Sakda Sirivetthamrong,

(Received: October 9,2020; Accepted: November 27,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยประเมินผลเชิงวิเคราะห์ (analytical evaluation research) เพื่อประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในเขตสุขภาพที่ 8 เป็น ประยุกต์ใช้รูปแบบ CIPP model เครื่องมือที่ใช้ ได้แก่ แบบสอบถามบุคลากร แบบสอบถามเครือข่ายท้องถิ่น และแบบสอบถามประชาชน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน 2562 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ได้แก่ บุคลากรสาธารณสุข จำนวน 319 คน เครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 236 คน กลุ่มประชาชนอายุ 15-59 ปี จำนวน 334 คน โดยใช้สถิติ ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (means) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation) การวิเคราะห์ถดถอยเชิงพหุ (Multiple linear regression with stepwise) และการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา พบว่าการจัดการสุขภาพบูรณาการติดดาว เขตสุขภาพที่ 8 โดยได้มีการเสริมจุดแข็ง คือ กระบวนการพัฒนาตามแผนปฏิบัติการแบบ 7 Blocks พัฒนาตามเกณฑ์ PCA (Primary care award) คุณภาพระบบบริการปฐมภูมิของบุคลากร หลังการพัฒนาโดยรวมมีคุณภาพอยู่ในระดับมาก (Mean=43.38, SD=7.95) โดยพบว่า มีการสนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยและมีแบบบันทึกรายงานผล/ภาพกิจกรรม ร้อยละ 100 มีตารางปฏิบัติงาน ร้อยละ 99.4 และมีระบบส่งต่อติดตาม ร้อยละ 99.1 ตามลำดับ โดยรวมมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.6 (mean=8.52, SD=10.78) มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพมากที่สุด ร้อยละ 91.9 การสนับสนุนของกองทุนประกันสุขภาพ ร้อยละ 89.0 และการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วย ร้อยละ 87.3 ตามลำดับ ประชาชนโดยรวมมีศักยภาพกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 91.3 (Mean=39.52, SD=2.03) มากที่สุดด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 93.4 ความเจ็บปวด/ความไม่สบาย ร้อยละ 92.5 และการดูแลร่างกายตนเอง ร้อยละ 91.9 ความพึงพอใจของประชาชนโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 82.3 (Mean20.28, SD4.23) ได้รับบริการสุขภาพที่บ้านและการดูแลอย่างมีไมตรีจิต ร้อยละ 88.7 พึงพอใจโดยรวม ร้อยละ 88.0 และบุคลากรสาธารณสุขยิ้มแย้มแจ่มใส ร้อยละ 57.0 ตามลำดับ ศักยภาพกิจวัตรประจำวันมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้ง 5 ปัจจัย ปัจจัยโดยรวมร่วมกันทำนายต่อความพึงพอใจ ร้อยละ 23.8 ($Adj.R^2$= 0.238) เรียงตามลำดับ ได้แก่ ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า ($Adj.R^2$= 0.284) ความเจ็บปวด/ความไม่สบาย ($Adj.R^2$= 0.173), การทำกิจวัตรประจำวัน ($Adj.R^2$= 0.150) การดูแลร่างกายตนเอง ($Adj.R^2$ =0.139) และศักยภาพในการเคลื่อนไหว ($Adj.R^2$ =0.105) ตามลำดับ

คำสำคัญ: การประเมินผระบบบริการ, บริการสุขภาพปฐมภูมิ, เขตสุขภาพที่ 8

ABSTRACT

This analytical evaluation research aimed to evaluation of primary health care system in Health Region 8th applied from CIPP model, used tools include questionnaires of health personnel, the local network and people. Data collected during January - September 2019. The sample to study were include of 319 health personnel, 236 of local network and 334 of people age 15-59 years old. Statistics used: percentages, means, standard deviation, the multiple linear regression with stepwise and content analysis.

Results: indicated that the primary quality service system starred in Health Region 8th Strengthened was the development process according to the 7 Blocks action plan, developed according to the criteria of PCA (Primary care award). Personnel quality of primary care system after the

[1] พบ., โรงพยาบาลประจักษ์ศิลปาคม

overall development, the quality was at a high level (Mean=43.38, SD=7.95), It was found that there was support for participation in patient assistance activities and there was a record of 100% report / image activity, 99.4% of work schedules and 99.1% referral systems, respectively. Overall, the participation of local networks was high, 85.6 percent (mean = 8.52, SD = 10.78), the highest participation in health care, 91.9 percent, health insurance fund support, 89.0 percent and financial assistance. Patient subsistence allowance 87.3%, respectively. Overall, the people had 91.3% of their daily activity potential (Mean = 39.52, SD = 2.03), the highest 93.4% of daily activities, 92.5% pain / discomfort, and 100% self-care 91.9. Overall public satisfaction was the highest, 82.3% (Mean20.28, SD4.23), 88.7% received home health care and hospitable care, 88.0% overall satisfaction, and smiling health workers bright 57.0% respectively. The daily routine potential was significantly associated with the satisfaction of home health services at a level of 0.01 for all 5 factors: overall factors predicted satisfaction 23.8% (Adj.R^2= 0.238) Descending, including Anxiety / depression (Adj.R^2= 0.284) Pain / discomfort (Adj.R^2= 0.173), daily activities (Adj.R^2= 0.150), selfcare (Adj.R^2 =0.139) and the potential for movement (Adj.R^2 =0.105) respectively.

Keywords: Service System Evaluation, Primary Health Care, Health Region 8th

บทนำ

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชน จากสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงด้านคุณภาพชีวิตประชากร สิ่งแวดล้อม มลพิษ ภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบันและปัจจัยอื่น ๆ ส่งผลต่อสุขภาพแทบทั้งสิ้น การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (Primary health care: PHC) จึงมีความสำคัญที่จำเป็นต้องมีการให้บริการแบบผสมผสานองค์รวมต่อเนื่อง ทั้งบริการเชิงรุกเพื่อสร้างสุขภาพ บริการควบคุมป้องกันโรคและปัญหาคุกคามสุขภาพ บริการรักษาพยาบาล และฟื้นฟูสมรรถภาพ สนับสนุนระบบการดูแลสุขภาพประชาชนที่บ้าน ครอบครัว และชุมชน ให้เชื่อมโยงบูรณาการกับระบบบริการสุขภาพระดับทุติยภูมิ ถึงระดับตติยภูมิอย่างเป็นระบบ[17] ประเทศไทยยังมีช่องว่างในระบบการคุ้มครองทางสังคมในทุกกลุ่มอายุ ยกเว้นเรื่องบริการสุขภาพซึ่งมีระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติใช้คุ้มครองทางสุขภาพประชาชนได้อย่างครอบคลุมทุกกลุ่ม [15]

สถานการณ์ปัญหาสุขภาพของประชาชนไทย ในปีงบประมาณ 2557 พบประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไปมีอัตราความชุกของภาวะอ้วนลงพุงในเพศชาย ร้อยละ 26.0 และเพศหญิง ร้อยละ 51.3 อัตราความชุกโรคเบาหวาน ร้อยละ 8.9 ในเพศหญิงสูงกว่าเพศชาย (ร้อยละ 9.8 และ 7.9 ตามลำดับ) อัตราความชุกเพิ่มขึ้นตามอายุที่สูงขึ้น และพบสูงที่สุดในช่วงอายุ 60-69 ปี อัตราความชุกโรคความดันโลหิตสูง ร้อยละ 24.7 ภาวะคอเลสเตอรอลรวม (Total cholesterol: TC) มากกว่าหรือเท่ากับ 240 มก./ดล. นอกจากนี้ยังพบความชุกของปัจจัยเสี่ยงโรคหัวใจและหลอดเลือด หรือหลายปัจจัยร่วมกันที่พบบ่อย 5 ปัจจัยในประชากรไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ได้แก่ เบาหวาน ความดันโลหิตสูง ไขมันคอเลสเตอรอลรวมมากกว่าหรือเท่ากับ 240 มก./ดล. สูบบุหรี่เป็นประจำและอ้วน ร้อยละ 36.9 นอกจากนี้ยังพบว่ามี 1 ปัจจัยเสี่ยง ร้อยละ 20.8 มี 2 ปัจจัยเสี่ยง [8]

อาจกล่าวได้ว่า แนวคิดเรื่องระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้ส่งผลให้ประชาชนเข้าถึงระบบบริการสุขภาพเพิ่มขึ้น ปัจจุบันเครือข่ายบริการสุขภาพ ได้พัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ ได้สร้างรูปธรรมการดำเนินงานในการพัฒนาหน่วยบริการปฐมภูมิเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ หลังจากได้มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร โดยการสนับสนุนบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ และทีมแพทย์ ทันตแพทย์ นักกายภาพบำบัด เภสัชกร มีการกำหนดให้ออกหน่วยให้บริการในระดับปฐมภูมิเพิ่มมากขึ้น แต่ยังเป็นได้เพียงออกปฏิบัติงานในบางเวลา อาจมีการออกปฏิบัติงานเป็นประจำในบางส่วนของ “ทีมหมอครอบครัว (Family Care Team: FCT)” เพื่อดูแลประชากรอย่างต่อเนื่อง ถือได้ว่าเป็นนโยบายที่สำคัญและเป็นผลดีต่อยอดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิและเครือข่ายบริการสุขภาพอำเภอ [4]

สถานการณ์เขตสุขภาพที่ 8 ได้ถือปฏิบัติเป็นแนวทางหนึ่งในการพิจารณาเลือกใช้วิธีการให้บริการดูแลสุขภาพประชาชนในระดับปฐมภูมิด้วยทีมหมอครอบครัว (FCT) ตามบริบทของพื้นที่

และบริหารจัดการทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัด มีกระบวนการขับเคลื่อนอย่างต่อเนื่องแบบบูรณาการ ในโรงพยาบาลทุกระดับ โดยการจัดตั้งศูนย์สุขภาพชุมชนเมือง (Primary care unit: PCU) และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) จนกระทั่งมีนโยบายคลินิกหมอครอบครัว ในปี 2558 จึงได้รับนโยบายดังกล่าว จัดโครงสร้างระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยและประชาชนในพื้นที่ ที่มีทั้งการรักษาพยาบาล และการสร้างเสริมสุขภาพ เพิ่มศักยภาพบุคลากรด้านแพทย์เวชศาสตร์ครอบครัว จัดพื้นที่ให้เหมาะสมในการทำงานตามสัดส่วนของทีมหมอครอบครัว มีการวางแผนการจัดทีมหมอครอบครัว และการคาดการณ์ไปข้างหน้าในระยะยาว จัดทีมเป็น cluster ครอบคลุมพื้นที่อำเภอและ รพ.สต. เครือข่ายตามสัดส่วนประชากร เขตสุขภาพที่ 8 ได้กำหนดตัวชี้วัดการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ “ร้อยละของอำเภอที่มี District Health System (DHS) โดยมีเป้าหมายในการดำเนินงานคือ ให้อำเภอมี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 โดยมีผลการประเมินตนเองที่สามารถยกระดับขึ้นหนึ่งระดับทุกข้อหรือตั้งแต่ระดับ 3 ขึ้นไปทุกข้อ มีระบบบริหารจัดการการแก้ปัญหาสุขภาพระดับพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนไม่น้อยกว่า 3 เรื่อง ในการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential Care) มีการพัฒนาการสร้างโครงสร้างทีมหมอครอบครัวระดับอำเภอและตำบล เพื่อดูแลผู้สูงอายุติดเตียง ผู้พิการ ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิงที่ต้องได้รับการดูแล รวมถึงผู้ป่วย Palliative Care และเด็กอายุ 0-5 ปีที่ต้องได้รับการส่งเสริมพัฒนาการ ด้านเกณฑ์ชี้วัดอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 ครอบคลุมบริการในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ Palliative care และพัฒนาการเด็ก พบว่าปีงบประมาณ 2560 ภาพรวมทั้งเขตผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 79.33 และปีงบประมาณ 2561 ภาพรวมทั้งเขตผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 83.61 ซึ่งไม่บรรลุเป้าหมายตัวชี้วัด [12]

ดังนั้น ในปีงบประมาณ 2562 เขตสุขภาพที่ 8 จึงได้มีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างเข้มข้น ได้แก่ พัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ พัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมหมอครอบครัว อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) และเครือข่ายองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สร้างความเข้มแข็งให้แก่เครือข่ายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิมาอย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งได้กำหนดแนวทางให้มีการพัฒนาตามเกณฑ์คุณภาพและติดตามประเมินรับรองคุณภาพ รพ.สต.และเครือข่ายบริการปฐมภูมิโดยทีมประเมินระดับเขต การวิจัยเรื่องการประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 8 ในครั้งนี้ เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และประเมินผลภาพรวมของระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พัฒนาเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ ให้เกิดการบริหารจัดการ ที่มีความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการจัดการปัญหาสุขภาพอันจะส่งผลให้ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึงและเป็นธรรม มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและอาจใช้เป็นต้นแบบการปฏิบัติที่ดีขยายผลการนำไปใช้ในพื้นที่เขตอื่นต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อประเมินสถานการณ์ บริบท ปัจจัยนำเข้า และการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ
2. เพื่อศึกษาการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่นในการให้บริการสุขภาพ
3. เพื่อศึกษาระดับศักยภาพกิจวัตรประจำวันและความพึงพอใจของประชาชน
4. เพื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างศักยภาพกิจวัตรประจำวันกับความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพที่บ้าน

วิธีการวิจัย

เป็นการวิจัยประเมินผลเชิงวิเคราะห์ (Analytical Evaluation Research) ประยุกต์ใช้แบบจำลอง CIPP model [16] ศึกษาประชากรที่ศึกษาในเขตสุขภาพที่ 8 ประกอบด้วยประชากรใน 7 จังหวัด ได้แก่ อุดรธานี หนองบัวลำภู เลย หนองคาย นครพนม สกลนคร บึงกาฬ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมกราคม-กันยายน 2562

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในเขตสุขภาพที่ 8 แบ่งเป็น 3 กลุ่ม ดังนี้

1. บุคลากรสาธารณสุข ทั้งเขตมีจำนวน 30,514 คน เจาะจงศึกษาหัวหน้าหรือผู้อำนวยการและผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริม

สุขภาพตำบล (รพ.สต.) เพื่อประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ

2. กลุ่มเครือข่ายท้องถิ่น คือ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้งเขตมีจำนวน 108,990 คน

3. กลุ่มประชาชนอายุ 15-59 ปี ทั้งเขตมีจำนวน 1,817,515 คน

กลุ่มตัวอย่าง กำหนดขนาดตัวอย่าง คำนวณด้วยสูตรประมาณค่าสัดส่วนประชากร [14] ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (stratified random sampling) เหตุผลที่ใช้การสุ่มตัวอย่างวิธีนี้ เนื่องจากเป็นวิธีการที่ใช้ในกรณีที่ประชากรที่สนใจศึกษามีความแตกต่างกันมาก [1] โดยแบ่งออกเป็น 7 stratums หรือ 7 จังหวัด มีวิธีการสุ่มตัวอย่าง ดังนี้

1. กลุ่มตัวอย่างบุคลากรสาธารณสุข จำนวน 319 คน โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เลือกศึกษาหัวหน้าหรือผู้อำนวยการและผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) เริ่มจากสถานบริการในเขตเมืองก่อนจากนั้นจึงไปสอบถามกลุ่มตัวอย่างต่างอำเภอ จนครบขนาดตัวอย่าง ดังตารางที่ 3.1

2. กลุ่มตัวอย่างเครือข่ายท้องถิ่น จำนวน 236 คน เป็นผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) โดยสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) เลือกศึกษานายกหรือรองนายก อปท. หรือสมาชิกสภา และ อสม. เริ่มจากหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ใกล้สถานบริการในเขตเมืองก่อนจากนั้นจึงไปสอบถามกลุ่มตัวอย่างต่างอำเภอถัดไป จนครบขนาดตัวอย่าง

3. กลุ่มตัวอย่างประชาชน จำนวน 334 คน คือ กลุ่มอายุ 15-59 ปี สำหรับประเมินภาวะสุขภาพและศักยภาพกิจวัตรประจำวัน โดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย (simple random sampling) จากนั้นจึงจำแนกรายจังหวัด เลือกทำการประเมินภาวะสุขภาพและศักยภาพกิจวัตรประจำวัน เริ่มจากหมู่บ้าน/ชุมชน ที่ใกล้สถานบริการในเขตเมืองก่อนจากนั้นจึงไปสอบถามกลุ่มตัวอย่างต่างอำเภอ จนครบขนาดตัวอย่าง ดังตารางที่ 3.3

ขั้นตอนการศึกษา

การศึกษาการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เขตสุขภาพที่ 8 ครั้งนี้ โดยประยุกต์ใช้การประเมินผลรูปแบบ CIPP model evaluation (context, input, process, product) [16] มีขั้นตอนดำเนินการดังนี้

1. การวิเคราะห์บริบทและปัจจัยนำเข้า (context- Input) ประกอบด้วย วิเคราะห์บริบทข้อมูลทั่วไปของเขตสุขภาพที่ 8 (ปัญหาวิกฤต สถานการณ์) ความจำเป็น สถานการณ์หรือความต้องการขณะนั้นและอนาคต และวิเคราะห์ตัวชี้วัดสุขภาพสำคัญ รวมทั้งภาวะสุขภาพประชาชน โดยใช้ SWOT analysis ประเด็นการวิเคราะห์ ได้แก่ 1) องค์ประกอบโครงสร้างการบริหารจัดการระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิระดับเขตสุขภาพ 2) การจัดการทรัพยากรระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เช่น งบประมาณ คน วัสดุอุปกรณ์ กฎระเบียบ 3) ความเหมาะสมของขั้นตอนกระบวนการปฏิบัติงานต่าง ๆ ระหว่างปัญหา สาเหตุของปัญหา และกิจกรรมที่ดำเนินการ

2. กระบวนการพัฒนา (process improvement)

2.1 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบเครือข่ายสุขภาพระดับอำเภอ จากสภาพปัญหาผู้รับบริการที่เจ็บป่วยด้วยโรคที่ไม่จำเป็นมารับบริการที่โรงพยาบาลจำนวนมาก ทำให้โรงพยาบาลมีความแออัด การบริการด้อยคุณภาพ ยังไม่มีการเชื่อมต่อหรือเชื่อมโยงภาพรวม โดยการพัฒนาเครือข่ายบริการสุขภาพเป็นทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลสุขภาพในหน่วยบริการหลักและเครือข่ายระดับตำบลและชุมชน ประกอบด้วย แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาลวิชาชีพ ทีมสุขภาพระดับตำบลประกอบด้วย เป็นเจ้าภาพหลัก ร่วมกับ จนท. ใน รพ.สต./ศสช. และทีมสุขภาพระดับหมู่บ้าน ประกอบด้วย อสม. อสผ. และ อปท.

2.2 พัฒนาการจัดทำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพและแผนปฏิบัติการประยุกต์ใช้หลักการ health system framework ที่ได้รับการอ้างอิงอย่างกว้างขวางในปัจจุบันคือ six building blocks framework (6BB) ซึ่งประกอบด้วย 1) การส่งมอบบริการ (service delivery) 2) บุคลกรสาธารณสุข (health workforce) 3) ข้อมูลข่าวสาร (information) 4) ผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์และเทคโนโลยี (Drug & Equipment) 5) งบประมาณ (financing) และ 6) การอภิบาลระบบ (governance)

2.3 การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมหมอครอบครัว (Family Care Team: FCT) เป็นการพัฒนากระบวนการปฏิบัติงานด้วย PDCA โดยกำหนดบทบาทให้ทำงานแบบต่อเนื่องในการเพิ่มประสิทธิภาพการปฏิบัติงานให้สูงขึ้น โดยเริ่มจากจุดแข็งขององค์กรที่มีอยู่ แล้วนำจุดแข็งนั้นไปพัฒนาหรือขยายผลให้ดียิ่งขึ้น ดำเนินการพัฒนากระบวนงานตามแผน โดยการจัดประชุมพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัว และกำหนดให้เสนอรายงานความก้าวหน้าในที่ประชุมผู้บริหารทุกเดือน และได้นำกระบวนการ PDCA มาใช้กับการเปลี่ยนแปลงเพื่อการพัฒนาระบบสุขภาพปฐมภูมิ ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน คือ 1) Plan การร่วมกันวางแผนเป้าหมายของงานที่จะลงมือทำ 2) Do ลงมือทำและคอยสังเกตผลของงาน 3) Check ตรวจสอบว่า งานที่ทำเป็นไปตามแผนที่วางไว้แล้ว หรือยัง และ 4) Action หากเป็นไปตามแผน จึงวางระบบควบคุมให้การปฏิบัติงานเป็นไปตามแผน

2.4 พัฒนาระบบข้อมูลโปรแกรมการให้บริการ 43 แฟ้ม เป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญในการดูแลกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ การประเมินคัดกรองภาวะสุขภาพในพื้นที่รับผิดชอบและมีการบันทึกข้อมูลในโปรแกรมการให้บริการ 43 แฟ้ม การบันทึกข้อมูลการให้บริการในแต่ละวันและมีระบบกำกับติดตาม การประเมินผลความก้าวหน้าและผลสัมฤทธิ์จากการสรุปบทเรียนจากการเรียนรู้ในพื้นที่อย่างต่อเนื่อง

2.5 ประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การสื่อสารที่มีประสิทธิภาพ โดยมีผู้บริหารที่เป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง (Changes management leadership) นำองค์กรสู่ความสำเร็จเป็นองค์กรที่มีคุณภาพสูง (High performance organization)

2.6 การพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ เป็นการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ โดยแต่งตั้งคณะกรรมการ DHB (District Health Broad) มีนายอำเภอเป็นประธาน ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ นายกเทศมนตรี เป็นรองประธาน พร้อมทีมกรรมการจากทุกภาคส่วน มีการจัดประชุมคณะกรรมการ DHB อย่างต่อเนื่อง และแต่งตั้งคณะกรรมการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว (PCC Broad)

3. การประเมินผลหลังการพัฒนา แบบ CIPP Model

ขั้นที่ 1 วิเคราะห์สถานการณ์ บริบทและปัจจัยนำเข้าในระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ (context-input) โดยการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้อง (secondary data) ศึกษาวิเคราะห์นโยบายและยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบสุขภาพอำเภอ นโยบายการบริหารจัดการของผู้บริหาร คุณภาพของระบบข้อมูลสารสนเทศ ปัญหาของระบบการกำกับติดตาม ตรวจสอบ การประเมินผลระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ และการนำมาจัดทำแผนปฏิบัติการระดับจังหวัด อำเภอ และเครือข่าย

ขั้นที่ 2 ศึกษากลไกการบริหารจัดการและกระบวนการนำแผนบริการสุขภาพปฐมภูมิไปปฏิบัติ (process) การบูรณาการความเชื่อมโยง 4 องค์ประกอบ ได้แก่ การบริหารจัดการเครือข่ายบริการปฐมภูมิระดับอำเภอ ทีมหมอครอบครัว คุณภาพเครือข่ายบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพชุมชน และการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพปฐมภูมิ แบบ PDCA

ขั้นที่ 3 การประเมินผลลัพธ์สุขภาพประชาชน (products evaluation) โดยประเมินผลหลังดำเนินการขับเคลื่อนการพัฒนา (Product-output) โดยทำการประเมินผลลัพธ์สุขภาพประชาชนและผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ในเขตสุขภาพที่ 8

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. แบบประเมินระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ สำหรับบุคลากรสาธารณสุข ที่เป็นหัวหน้าหรือผู้อำนวยการและผู้รับผิดชอบงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในศูนย์สุขภาพชุมชนและโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล (รพ.สต.) สำหรับประเมินบริบท ปัจจัยนำเข้าและกลไกกระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ดังนี้

1.1 แบบบันทึกผลการวิเคราะห์ SWOT analysis แบบบันทึกผลการวิเคราะห์จุดแข็ง-จุดอ่อน-โอกาส และปัจจัยคุกคามต่อการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิแบบบูรณาการ ประกอบด้วย จุดแข็ง (strengths)/จุดอ่อน (weaknesses) โดยวิเคราะห์ด้านความผูกพันในครอบครัว แหล่งงบประมาณรองรับการจัดบริการในท้องถิ่น ด้านกฎหมายและแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติและจังหวัด ด้านการตื่นตัวของผู้มีภาวะพึ่งพิงที่ยังช่วยเหลือตนเองได้ ด้านการมี อปท. เป็นกลไกหลักในการบูรณาการโครงการ และด้านต้นทุนทางสังคม โอกาสในการพัฒนา

(opportunities) และปัจจัยภาวะคุกคาม (threats) ประกอบด้วยด้านการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรและสังคม สถานะทางเศรษฐกิจการคลังของประเทศ ระบบบริการดูแลสุขภาพครอบครัว-ชุมชน และการจัดระบบบริการทางสังคม

1.2 แบบประเมินคุณภาพการให้บริการสุขภาพที่บ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง จำนวน 5 ข้อ พิจารณาเปรียบเทียบระบบบริการเดิม (ปี 2559) กับระบบที่พัฒนาแบบบูรณาการ (ปี 2560) รวม 50 คะแนน

2. แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของเครือข่ายท้องถิ่น ในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ได้แก่ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

2.1 คำถามปลายเปิด ประกอบด้วย การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง การสนับสนุนของกองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล กิจกรรมของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง การสนับสนุนการถ่ายทอดภูมิปัญญา ความรู้ความเชี่ยวชาญ ประสบการณ์ การสนับสนุนและเป็นจิตอาสา

2.2 แบบบันทึกการประเมินการมีส่วนร่วมดำเนินงานบริการสุขภาพประชาชนและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง 1) ระดับการมีส่วนร่วมดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิ 2) ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานดูแลสุขภาพประชาชนและผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะพึ่งพิง

3. แบบประเมินภาวะสุขภาพประชาชน เป็นแบบสอบถามสำหรับประชาชนอายุ 15-59 ปี เป็นผลผลิต (Product) เพื่อประเมินผลลัพธ์ด้านภาวะสุขภาพประชาชนและศักยภาพกิจวัตรประจำวัน ประกอบด้วย

3.1 ข้อมูลทั่วไป

3.2 แบบประเมินศักยภาพกิจวัตรประจำวัน 5Q5D5L (alpha= 0.86) จำนวน 25 ข้อ เป็นเครื่องมือวัดศักยภาพกิจวัตรประจำวันด้านสุขภาพประชาชนทั่วไป ผู้ตอบสามารถตอบด้วยตนเอง โดยใช้เวลาประมาณ 1 นาที ฉบับภาษาไทย ประยุกต์จากแบบสอบถามคุณภาพชีวิต European Quality of Life-5 Dimensions-5 Levels (EQ-5D-5L) questionnaire [7] ประกอบด้วย 5 มิติๆ ละ 5 คำถาม ได้แก่ ความสามารถในการเคลื่อนไหว การดูแลตนเอง การทำกิจวัตร ความเจ็บปวด/ความไม่สบาย และความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ การตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) โดยผู้วิจัยนำแบบสอบถาม ที่สร้างขึ้นแล้วเสนอต่อผู้เชี่ยวชาญ เพื่อตรวจสอบและให้ข้อเสนอแนะ แล้วนำมาปรับปรุงแก้ไขให้เหมาะสมตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ แล้วไปหาค่าความเที่ยงของแบบสอบถาม การตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือ (reliability) แบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปทดลองใช้ (try out) กับประชากรที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างในอำเภอเมือง จังหวัดอุดรธานี จำนวน 30 คน แล้วนำมาความเที่ยง Reliability โดยใช้สูตรหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบราช (Cronbrach's alpha coefficient) ซึ่งผลการวิเคราะห์ได้ค่า reliability coefficients ของแบบสอบถามข้อมูลเชิงปริมาณ ดังนี้ แบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ alpha= 0.89 แบบสอบถามศักยภาพกิจวัตรประจำวันของประชาชน EQ-5D-5L ฉบับภาษาไทย [7] การหาความเชื่อมั่นของแบบสอบถามทั้งฉบับ alpha =0.86 มีค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์สเปียร์แมนระหว่าง 0.48 – 0.60

การวิเคราะห์และสถิติ

สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) เป็นการอธิบายลักษณะของข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม โดยใช้สถิติ ร้อยละ (percentage) ค่าเฉลี่ย (means) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

สถิติเชิงอนุมาน (inferential statistics) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยสถิติวิเคราะห์ความถดถอยเชิงพหุ (multiple linear regression)

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ พิจารณาความเชื่อมโยงสอดคล้องของกระบวนการพัฒนาและผลลัพธ์ โดยวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis)

การพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยพิจารณาเก็บข้อมูลภายใต้ข้อพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์อย่างเคร่งครัด ดังนี้

1. ชี้แจงอธิบายข้อมูลทั้งหมดของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บเป็นความลับและนำเสนอผลการวิจัยเป็นภาพรวม นำไปใช้ให้เป็นประโยชน์ทางการวิชาการเท่านั้น

2. มีการป้องกันและแก้ไขความเสี่ยงที่เกิดขึ้น ก่อนที่จะลงนามในใบยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ ผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับการอธิบายจากผู้วิจัยและเปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัยได้ซักถาม เพื่อให้การตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยเป็นไปด้วยความเข้าใจ

3. ขอความร่วมมือในการทำวิจัย เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมวิจัยแล้ว ให้กลุ่มตัวอย่างเซ็นใบยินยอมที่จะเข้าร่วมในการทำวิจัย หลังจากนั้นจึงทำการเก็บข้อมูล

ผลการวิจัย

1. **สถานการณ์และบริบท (Context evaluation)** จากเกณฑ์ชี้วัดของอำเภอที่มี District Health System (DHS) ที่เชื่อมโยงระบบบริการปฐมภูมิกับชุมชนและท้องถิ่นอย่างมีคุณภาพ ไม่น้อยกว่าร้อยละ 85 ครอบคลุมบริการในกลุ่มผู้สูงอายุ ผู้พิการ Palliative care และพัฒนาการเด็ก พบว่า ปีงบประมาณ 2561 ภาพรวมจังหวัดอุดรธานีผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 95.0 ซึ่งสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2562 ภาพรวมทั้งเขต ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 80.46 จังหวัดอุดรธานีผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 95.0 ซึ่งสูงที่สุดในเขตสุขภาพที่ 8 เป้าหมายตำบลผ่านเกณฑ์อำเภอและตำบลจัดการสุขภาพบูรณาการติดดาว ร้อยละ 55 ในปีงบประมาณ 2562 ภาพรวมในเขตสุขภาพที่ 8 ผ่านเกณฑ์ ร้อยละ 79.15 จังหวัดอุดรธานี ผ่านเกณฑ์อำเภอและตำบลจัดการสุขภาพบูรณาการติดดาว ร้อยละ 67.26 เป้าหมายเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ในปีงบประมาณ 2561 คือ รพ.สต. ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว อย่างน้อย ร้อยละ 10 ผลงานภาพรวมเขตสุขภาพที่ 8 ผ่านเกณฑ์คุณภาพ รพ.สต.ติดดาว ระดับ 5 ดาว ร้อยละ 47.2 ซึ่งมากที่สุดของเขตสุขภาพในประเทศไทย (ภาพรวมระดับประเทศ ร้อยละ 17.5)

2. การประเมินปัจจัยนำเข้า (Input evaluation) ด้านนโยบายการพัฒนาระบบเครือข่ายบริการสุขภาพปฐมภูมิ ในปีงบประมาณ 2559 กระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายที่จะมอบของขวัญให้กับประชาชน และมีนโยบายให้ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับจัดทำข้อตกลงการปฏิบัติงาน (Performance Agreement: PA) โดยกำหนดให้มีการถ่ายทอดตัวชี้วัดนโยบายสำคัญ ตัวชี้วัดตามแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวง แผนบูรณาการและแผนงาน โครงการสำคัญของกระทรวง โดยผู้บริหารทุกระดับทั้งส่วนกลางและภูมิภาค ประกอบด้วย ปลัดกระทรวงสาธารณสุข รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข อธิบดี ผู้ตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขนิเทศก์ ผู้ทรงคุณวุฒิ ผู้ช่วยปลัดกระทรวง ผู้อำนวยการสำนัก กอง ในสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข รวมทั้งนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด และผู้อำนวยการโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป เข้าร่วมลงนามคำรับรองการปฏิบัติราชการ ประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2559 ซึ่งถือว่าเป็นนิมิตรหมายอันดีที่จะเป็นพันธะสัญญาต่อความสำเร็จตามเป้าหมายตัวชี้วัด เพื่อติดตามความก้าวหน้าการดำเนินงาน (small success) ตามข้อตกลงเป็นระยะ ๆ ก่อให้เกิดผลสัมฤทธิ์ของภารกิจคุณภาพการให้บริการ ความพึงพอใจของประชาชนผู้รับบริการความคุ้มค่าเป็นแนวทางที่จะบรรลุผลสัมฤทธิ์ตามเจตนารมณ์ของพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ.2546

กระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ การตั้งคณะกรรมการพัฒนาระบบริการปฐมภูมิ โดยได้จัดทำคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard operating procedure: SOP) และมีการวางแผนยุทธศาสตร์สุขภาพและแผนปฏิบัติการอำเภอประยุกต์ใช้หลักการ Health System framework ที่ได้รับการอ้างอิงอย่างมากในปัจจุบันคือ six building blocks framework (6BB) ซึ่งประกอบด้วย 1) การส่งมอบบริการ (service delivery) 2) บุคลกรสาธารณสุข (health workforce) 3) ข้อมูลข่าวสาร (information) 4) ยาและผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ (Drug & Equipment) 5) การจัดการงบประมาณ (financing) และ 6) การอภิบาลระบบ (governance) ผลจากการบริหารจัดการตามกรอบ six building blocks ทั้ง 6 จะส่งผลให้เกิด intermediate outcome ได้แก่ การเข้าถึงบริการ (access) การเพิ่มการครอบคลุมการบริการ (coverage) คุณภาพบริการ และความปลอดภัย (quality and safety) ซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลลัพธ์ (outcome) ของระบบใน 4 ด้านคือ สุขภาพดีขึ้น (improve health) ตอบสนองความต้องการ (responsiveness) การคุ้มครองความเสี่ยงทางด้านสังคมและการเงิน หรือไม่ล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาล (social

and risk protection) และเพิ่มประสิทธิภาพ (improved efficiency) ตัวอย่างการนำ 6 Blocks มาใช้ใน Service plan สาขา Long term care ระดับปฐมภูมิ โดยการเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Participation) ในพื้นที่ร่วมกันดูแล

การวิเคราะห์ SWOT analysis ทำการวิเคราะห์ระบบบริการปฐมภูมิและระบบบริการสุขภาพ สรุปได้ว่า จุดอ่อนด้านภาคีเครือข่ายยังไม่ชัดเจนในบทบาท DHS การวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมายยังไม่ชัดเจน การตีความหมายความเข้าใจถึงคุณค่า (appreciation) ยังไม่ตรงประเด็น ภาคีที่ไม่ใช่สาธารณสุข แบ่งปันทรัพยากรเฉพาะงบประมาณ ขาดการพัฒนาองค์ความรู้ให้กับบุคลากรทุกภาคีเครือข่าย และภาวะคุกคาม ด้านโครงสร้างประชากรและสังคมที่เปลี่ยนแปลง มีผู้สูงอายุ ผู้พิการและผู้ป่วยเรื้อรังเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วมาก ผู้ป่วยเรื้อรังสุขภาพเสื่อมโทรมลง ได้แก่ การเคลื่อนไหวร่างกาย ปัญหาการได้ยิน ด้านการมองเห็น ด้านการเรียนรู้และด้านจิตใจ ภาระในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่สูงอายุช่วยเหลือตนเองไม่ได้ จะเป็นปัญหาที่ยิ่งใหญ่ต่อไปสำหรับประเทศไทยในอนาคต ด้านภาระทางสังคม ซึ่งผู้ป่วยเรื้อรังที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้จะมีจำนวนมากขึ้นและมีความต้องการการดูแลเพิ่มขึ้น ทั้งการดูแลภายในครอบครัว (family care) และการดูแลในสถานบริการ (institutional care) ผลการวิเคราะห์จุดแข็ง (Strengths) และโอกาสในการพัฒนา (Opportunities) มีการปฏิบัติตาม UCCARE และ 7 Blocks หรือ 6BBs plus กำหนดเป็นมาตรการในการปฏิบัติงานในพื้นที่ทุกจังหวัดอย่างเข้มแข็ง

3. กระบวนการพัฒนา (Process evaluation) โดยการขับเคลื่อนกระบวนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ (District Health System: DHS) จังหวัดอุดรธานี มีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนให้หน่วยปฐมภูมิและเครือข่ายเกิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดอย่างมีประสิทธิภาพ ตลอดจนเป็นระบบบริการสุขภาพที่มีศักยภาพรองรับปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ซับซ้อนในระดับพื้นที่ได้ และมุ่งพัฒนาให้ระบบบริการระดับปฐมภูมิมีความเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย กรอบการดำเนินงานโดยใช้หลักการ 8 กลวิธี หรือผู้วิจัยเรียกว่า กลวิธี 8 เซียน ดังนี้

1. หลักการบริการที่ไร้รอยต่อ (seamless care) กับทุกระดับให้ประชาชนทุกคนได้รับบริการที่มีคุณภาพ ทั่วถึงและเป็นธรรม โดยมุ่งเน้นพัฒนาทิศทางการพัฒนาและออกแบบระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ ให้มีขีดความสามารถที่จะรองรับความท้าทายและบริบทที่เปลี่ยนแปลงในอนาคตได้ เป็นเครือข่ายที่สอดคล้องกับทิศทางการพัฒนาของประเทศ โดยสอดประสานกันทั้งด้านโครงสร้าง บุคลากร และคุณภาพบริการ จังหวัดอุดรธานี มีการขับเคลื่อนพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและระบบสุขภาพอำเภอ อย่างต่อเนื่องผ่านกระบวนการ UCCARE มีองค์ประกอบดังนี้ คือ การทำงานร่วมกันในระดับอำเภอ (Unity District Health Team), ประชาชนและผู้รับบริการ ได้รับบริการตามความจำเป็น (Customer Focus), การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายของชุมชน (Community participation), การทำงานจนเกิดคุณค่าทั้งกับผู้รับบริการและตัวผู้ให้บริการ (Appreciation), การแบ่งปันทรัพยากรและการพัฒนาบุคลากร (Resource sharing and human development) และการให้บริการสุขภาพตามบริบทที่จำเป็น (Essential care)

2. หลักการคณะกรรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ (Health System of Primary Care committee) จังหวัดอุดรธานี โดยได้จัดทำคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงาน (Standard operating procedure: SOP) และมีการวางแผนยุทธศาสตร์สุขภาพและแผนปฏิบัติการอำเภอ ประยุกต์ใช้หลักการ Health System framework ที่ได้รับการอ้างอิงอย่างมากในปัจจุบันคือ six building blocks framework (6BBs) ซึ่งประกอบด้วย 1) การส่งมอบบริการ (service delivery) 2) บุคลกรสาธารณสุข (health workforce) 3) ข้อมูลข่าวสาร (information) 4) ยาและผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์ (Drug & Equipment) 5) การจัดการงบประมาณ (financing) และ 6) การอภิบาลระบบ (governance) ผลจากการบริหารจัดการตามกรอบ six building blocks ทั้ง 6 จะส่งผลให้เกิด intermediate outcome ได้แก่ การเข้าถึงบริการ (access) การเพิ่มการครอบคลุมการบริการ (coverage) คุณภาพบริการ และความปลอดภัย (quality and safety) ซึ่งจะส่งผลให้เกิด outcome ของระบบใน 4 ด้านคือ สุขภาพดีขึ้น (improve health) ตอบสนองความต้องการ (responsiveness) การ

คุ้มครองความเสี่ยงทางด้านสังคมและการเงิน หรือไม่ล้มละลายจากค่ารักษาพยาบาล (social and risk protection)

3. หลักการเพิ่มประสิทธิภาพ (improved efficiency) คณะกรรมการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิและสุขภาพอำเภอ ประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ รพ.สต. โดยจัดทำแผนปฏิบัติการเพื่อถ่ายระดับยุทธวิธีกิจกรรมหลักของกลุ่มงานต่าง ๆ ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำการวิเคราะห์สถานการณ์ของงานที่เกี่ยวข้องทั้งปัจจัยภายในและภายนอกองค์กรตามกรอบการดำเนินงานของ six building blocks เป็นหลัก เพื่อกำหนดยุทธวิธีกิจกรรมหลักในการทำงานและมีกระบวนการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการโดยใช้หลักการ PDCA (plan, do, check, action) จากนั้นจัดทำเป็นโครงการเพื่อดำเนินงานตามแผน บูรณาการการพัฒนา นิเทศ ติดตาม ร่วมกับการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาว (5 ดาว 5 ดี) และการพัฒนาคลินิกหมอครอบครัว (Primary Care Cluster: PCC) โดยมีคณะกรรมการคณะเดียวกัน โดยการเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย (Participation) ในพื้นที่ร่วมกันดูแล โดยมีการสร้างคุณค่าและคุณภาพบริการปฐมภูมิ (Appreciation & quality) ที่ประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม

4. หลักการทีมหมอครอบครัว (family care team: FCT) ได้มีการจัดองค์ประกอบของโครงสร้างการบริหารจัดการทีมหมอครอบครัว โดยบุคลากรที่ปฏิบัติงานในทีมหมอครอบครัว ประกอบด้วยทีมอำนวยการระดับอำเภอ ทีมสหวิชาชีพระดับอำเภอร่วมกับระดับตำบล และได้มีการนำแผนยุทธศาสตร์สุขภาพของจังหวัดไปปฏิบัติจริงอย่างเป็นรูปธรรม พัฒนากระบวนการนำยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติ (strategy implementation) โดยใช้ข้อมูล Tactic และกิจกรรมหลักของแผนยุทธศาสตร์ จากตาราง six building blocks และโดยประยุกต์ใช้กระบวนการปฏิบัติแบบวงจร PDCA เป็นกรอบแนวทางการดำเนินงานตามแผนปฏิบัติการที่ได้พัฒนาขึ้นโดย The Edwards W. Deming Institute (2016) ขั้นตอนแต่ละขั้นของวงจร PDCA คือ Plan Do Check Action

5. หลักการผู้จัดการโครงการ (Project manager) พัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ ให้มีผู้จัดการโครงการ (Project manager) โดยกำหนดให้มีหัวหน้ากลุ่มงานที่เกี่ยวข้องเป็นเลขานุการและผู้รับผิดชอบงานในระดับอำเภอ ระดับตำบลเป็นกรรมการ มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดกลวิธี (Tactic) และกิจกรรมหลักในการจัดทำแผนปฏิบัติการตามกรอบ six building blocks ขององค์การอนามัยโลก โดยพิจารณา 6 ด้าน ได้แก่ (1) ระบบบริการ (service delivery) (2) กำลังคนด้านสุขภาพ (health work force) (3) ระบบข้อมูลข่าวสารและสารสนเทศ (information) (4) เวชภัณฑ์และอุปกรณ์ทางการแพทย์ (Drug & Equipment) (5) การเงินและค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพ (financing) และ (6) การอภิบาลระบบ (governance)

6. หลักการบริหารจัดการระดับอำเภอ (District health system: DHS) โดยกำหนดโครงสร้างทีมหมอครอบครัวทั้งในหน่วยบริการปฐมภูมิใกล้บ้านและทีมในโรงพยาบาล ของแต่ละอำเภอ จัดการในรูปแบบระบบสุขภาพระดับอำเภอ (DHS) แบบมีส่วนร่วมระหว่างภาคสาธารณสุขและภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง โรงพยาบาล/ทีมงานระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นฐานในการพัฒนาศักยภาพทีมหมอครอบครัว สนับสนุนการใช้เครื่องมือและเทคโนโลยีในการสื่อสารของทีมหมอครอบครัว และส่งเสริมการสร้างขวัญกำลังใจ/แรงจูงใจเพื่อธำรงรักษาทีมหมอครอบครัวให้สามารถทำงานได้อย่างยั่งยืนและมีคุณค่าในรูปแบบต่าง ๆ เช่น พิจารณาความดีความชอบ เป็นต้น

7. หลักการประเมินแบบเสริมพลัง (Appreciation Inquiry: AI) หรือเรียกว่า สุนทรียสนทนา [13] จังหวัดอุดรธานี ได้มีการสร้างคุณค่าและคุณภาพบริการปฐมภูมิ (Appreciation & quality) ที่ได้มาตรฐานประชาชนได้รับบริการอย่างทั่วถึง และเป็นธรรม การนำการเปลี่ยนแปลงของผู้นำพลังบวก (Appreciative Leadership) และใช้ในการนิเทศ กำกับติดตามประเมินผลคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ (คปสอ.) ซึ่งสาระสำคัญคือ หน้าที่ของผู้นำที่สำคัญมากประการหนึ่ง เป็นการสร้างการเปลี่ยนแปลงหรือนำการเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกให้เกิดขึ้นให้ได้ ผู้นำที่ดีและเหมาะสมกับสถานการณ์ในปัจจุบัน รู้จักนำผู้ใต้บังคับบัญชาให้ไปในทิศทางที่ต้องการให้สอดคล้องกับสภาพการแข่งขันในปัจจุบันให้ได้ หรือดีกว่า ซึ่งจะเห็นได้ว่า การพัฒนาการทำงานของทีมหมอครอบครัวเป็นการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิอย่างต่อเนื่องและไร้รอยต่อที่ตอบสนองต่อความต้องการของประชาชน

ในพื้นที่ระดับอำเภอ ตำบล และชุมชน ของจังหวัดอุดรธานี นี้ จะทำให้เกิดความชัดเจนในการบริการแก่ผู้ป่วยที่มีภาวะพึ่งพิง ได้แก่ ผู้สูงอายุ ผู้ป่วยเรื้อรัง โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้พิการและผู้ป่วยระยะสุดท้าย สามารถลดความเสี่ยงทางสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพที่จะช่วยให้คุณภาพชีวิตของครอบครัวและชุมชนดีขึ้น

8. การจัดการสุขภาพบูรณาการติดดาว เขตสุขภาพที่ 8 โดยได้มีการเสริมจุดแข็ง คือ กระบวนการพัฒนาตามแผนปฏิบัติการแบบ 7 Blocks พัฒนาตามเกณฑ์ PCA (Primary care award) พัฒนาตามเกณฑ์ UCCARE พร้อมทั้งการพัฒนาบทบาทของทีมหมอครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน

คุณภาพการให้บริการปฐมภูมิของบุคลากร ระหว่างระบบบริการเดิม หลังการพัฒนาโดยรวมมีคุณภาพการให้บริการปฐมภูมิผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก (Mean=43.38, SD=7.95) โดยพบว่าส่วนใหญ่สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยและมีแบบบันทึกรายงานผล/ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน ร้อยละ 100 มีตารางปฏิบัติงาน ร้อยละ 99.4 มีระบบส่งต่อและติดตาม ร้อยละ 99.1 ตามลำดับ

ความพึงพอใจของบุคลากรต่อระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ พบว่า โดยรวมพึงพอใจอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 80.6 (mean=30.20, SD=40.92) พึงพอใจระบบการรับ-ส่งต่อมากที่สุด ร้อยละ 91.5 พึงพอใจต่อเกณฑ์มาตรฐานการเยี่ยมบ้านตามกลุ่มศักยภาพ ร้อยละ 89.3 และความพึงพอใจโดยรวม ร้อยละ 83.1 ตามลำดับ

การมีส่วนร่วมดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิของเครือข่ายท้องถิ่น หลังการพัฒนาในปี 2562 โดยรวมมีส่วนร่วมดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิของเครือข่ายท้องถิ่นอยู่ในระดับมาก ร้อยละ 85.6 (mean=8.52, SD=10.78) โดยพบว่ามีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน มากที่สุด ร้อยละ 91.9 การสนับสนุนของกองทุนประกันสุขภาพตำบล ร้อยละ 89.0 และการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ร้อยละ 87.3 ตามลำดับ

ความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพปฐมภูมิของเครือข่ายท้องถิ่น พบว่า โดยรวมมีความพึงพอใจต่อบริการสุขภาพปฐมภูมิในระดับมาก ร้อยละ 82.2 (mean=18.75, SD=4.25) พึงพอใจระบบการรับ-ส่งต่อ ร้อยละ 87.7 พึงพอใจต่อบริการปฐมภูมิโดยรวมในการดูแลช่วยเหลือที่บ้าน ร้อยละ 83.3 และ พึงพอใจต่อระบบการเยี่ยมบ้านดูแลสุขภาพกลุ่มผู้ป่วย ร้อยละ 80.5 ตามลำดับ

ศักยภาพกิจวัตรประจำวันของประชาชนโดยรวมมีศักยภาพกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปกติ ร้อยละ 91.3 (Mean=39.52, SD=2.03) มากที่สุดด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ร้อยละ 93.4 ความเจ็บปวด/ความไม่สบาย ร้อยละ 92.5 และด้านการดูแลร่างกายตนเอง ร้อยละ 91.9

ความพึงพอใจของประชาชนต่อการได้รับบริการสุขภาพที่บ้านโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ร้อยละ 82.3 Mean20.28±4.23SD) ได้รับบริการจากผู้ให้บริการสุขภาพที่บ้านและการดูแลผู้ป่วยอย่างมีไมตรีจิต ร้อยละ 88.7 มีความพึงพอใจโดยรวมและไว้วางใจ ร้อยละ 88.0 และเจ้าหน้าที่จากหน่วยงานสาธารณสุข มีหน้าตายิ้มแย้มแจ่มใส ร้อยละ 57.0 ตามลำดับ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ผลการวิเคราะห์ความสามารถทำนายอิทธิพล ระหว่างศักยภาพกิจวัตรประจำวันกับความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้ง 5 ปัจจัย โดยรวมปัจจัยร่วมกันทำนายต่อความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 23.8 (Adj.R^2= 0.238) เรียงอิทธิพลมากไปน้อย ได้แก่ ศักยภาพกิจวัตรประจำวันด้านความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (Adj.R^2= 0.284) ด้านความเจ็บปวด/ความไม่สบาย (Adj.R^2= 0.173), ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน (Adj.R^2= 0.150) ด้านการดูแลร่างกายตนเอง (Adj.R^2 =0.139) และศักยภาพในการเคลื่อนไหว (Adj.R^2 =0.105) ตามลำดับ ในตารางที่ 4.13 เขียนในรูปสมการพยากรณ์ดังนี้

ความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพที่บ้าน ค่าคงที่= 15.534+ 0.490beta 0.238+0.284ศักยภาพกิจวัตรประจำวันด้านความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า +0.173 ความเจ็บปวด/ความไม่สบาย + 0.150การทำกิจวัตรประจำวัน +0.139การดูแลร่างกายตนเอง + 0.105ศักยภาพในการเคลื่อนไหว

ตาราง 1 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยระหว่างศักยภาพกิจวัตรประจำวันกับความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพที่บ้าน (n=334)

ปัจจัยส่วนบุคคลและการรักษา	Beta	F change	R^2change	Adj.R^2	p-value
(Constant) B= 15.534	0.490	104.725	0.240	0.238	<0.001*
ศักยภาพในการเคลื่อนไหว Mean=36.62, SD=1.40	0.328	39.988	0.107	0.105	<0.001*
การดูแลร่างกายตนเอง Mean=6.75, SD=3.44	17.707	54.851	0.142	0.139	<0.001*
การทำกิจวัตรประจำวัน Mean=6.78, SD=3.18	17.410	59.669	0.152	0.150	<0.001*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตาราง 2 ค่าสัมประสิทธิ์ถดถอยระหว่างศักยภาพกิจวัตรประจำวันกับความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพที่บ้าน (n=334)

ปัจจัยส่วนบุคคลและการรักษา	Beta	F change	R^2change	Adj.R^2	p-value
ความเจ็บปวด/ความไม่สบาย Mean=7.95, SD=3.70	16.759	70.571	0.175	0.173	<0.001*
ความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า Mean=6.98, SD=3.04	16.838	132.905	0.286	0.284	<0.001*

*. Significant<0.01 level, multiple linear regression

ผลการวิเคราะห์ความสามารถทำนายอิทธิพล ระหว่างศักยภาพกิจวัตรประจำวันกับความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ทั้ง 5 ปัจจัย โดยรวมปัจจัยร่วมกันทำนายต่อความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพที่บ้านร้อยละ 23.8 (Adj.R2= 0.238) เรียงอิทธิพลมากไปน้อย ได้แก่ ศักยภาพกิจวัตรประจำวันด้านความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า (Adj.R2= 0.284) ด้านความเจ็บปวด/ความไม่สบาย (Adj.R2= 0.173), ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน (Adj.R2= 0.150) ด้านการดูแลร่างกายตนเอง (Adj.R2 =0.139) และศักยภาพในการเคลื่อนไหว (Adj.R2 =0.105) ตามลำดับ

อภิปรายผล

ผลการศึกษาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมินี้ จำเป็นต้องมีการวางแผนขับเคลื่อนที่มีลักษณะจำเพาะในแต่ละพื้นที่ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ ที่พบบริบทที่แตกต่างกัน ไปบางประเทศก็คล้ายคลึงกับประเทศไทย เช่น คิวบา มีระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิ เป็นระบบที่รัฐจัดบริการครอบคลุมประชากรทั้งประเทศโดยไม่คิดค่าใช้จ่าย มีการจัดตั้ง health councils ขึ้นทุกระดับ เพื่อส่งเสริมการประสานงานภาคส่วนต่าง ๆ และเพิ่มการมีส่วนร่วมของชุมชนในการแก้ไขปัญหาที่สอดคล้องกับพื้นที่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยเชิงประชากร และปัจจัยเชิงระบบ [3] และสอดคล้องกับการศึกษาของวันเพ็ญ นิคมรักษ์, พัชราภรณ์ เจนใจวิทย์ (2558)[6] ที่ศึกษาในเขตพื้นที่โรงพยาบาลชุมชนพบว่าต้องมีกระบวนการพัฒนา แนวทางการดูแลต่อเนื่องระยะฟื้นฟูสภาพและการดูแลต่อเนื่องในชุมชน เครื่องมือการส่งต่อ กระบวนการวางแผนการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัวและระบบการดูแลต่อเนื่องในชุมชน

ผลการศึกษาครั้งนี้พบหลังการพัฒนามีคุณภาพการให้บริการปฐมภูมิของบุคลากร หลังการพัฒนาโดยรวมมีคุณภาพการให้บริการปฐมภูมิผู้ป่วยอยู่ในระดับดีมาก โดยพบว่า ส่วนใหญ่สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมช่วยเหลือผู้ป่วยและมีแบบบันทึกรายงานผล/ภาพกิจกรรมการดำเนินงาน มีตารางปฏิบัติงาน มีระบบส่งต่อและติดตาม ตามลำดับ ซึ่งหลังกระบวนการพัฒนาระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิครั้งนี้พบการมีส่วนร่วมดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิของเครือข่ายท้องถิ่น โดยรวมอยู่ในระดับมาก มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพประชาชน มากที่สุด มีการสนับสนุนของกองทุนประกันสุขภาพตำบล และมีการช่วยเหลือเงินเบี้ยยังชีพผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จรรยา ชวดทองและคณะ (2557)[2] ศึกษาความสามารถในการมีส่วนร่วมในชุมชนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่าการพัฒนาความสามารถในการเดิน ทีมหมอครอบครัวและนักกายภาพบำบัดยังต้องให้ความสำคัญกับการพัฒนาความสามารถด้านการเดินเพื่อส่งเสริมความสามารถของผู้ป่วยโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ สอดคล้องกับการศึกษาของ รักษวร ใจสะอาด และทิพาพร กาญจนราช (2557)[5] ที่ศึกษาความต้องการพัฒนาสมรรถนะการให้บริการสุขภาพปฐมภูมิ พบกิจกรรมที่ควร

ปฏิบัติในชุมชน คือ การเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้านเพื่อวิเคราะห์ปัญหาการใช้ยา การเลือกวิธีการแก้ไขปัญหา และการประเมินผลการแก้ไขปัญหา

ผลการศึกษาครั้งนี้พบศักยภาพกิจวัตรประจำวันของประชาชนโดยรวมมีศักยภาพกิจวัตรประจำวันอยู่ในระดับปกติมากที่สุดถึง ร้อยละ 91.3 โดยรวมศักยภาพกิจวัตรประจำวันกับความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพที่บ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้ง 5 ปัจจัย ร่วมกันทำนายต่อความพึงพอใจต่อการบริการสุขภาพที่บ้าน ร้อยละ 23.8 มากที่สุดคือศักยภาพกิจวัตรประจำวันด้านความวิตกกังวล/ความซึมเศร้า ด้านความเจ็บปวด/ความไม่สบาย ด้านการทำกิจวัตรประจำวัน ด้านการดูแลร่างกายตนเองและศักยภาพในการเคลื่อนไหว ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สินีลักษณ์ จิรสัตย์สุนทร (2559)[9] ทำการวิจัยการดูแลสุขภาพโดยทีมหมอครอบครัวให้บริการระดับปฐมภูมิ พบความต้องการให้ทีมหมอครอบครัวมาดูแลสุขภาพที่บ้าน ทำให้ประชาชนมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และการศึกษาของ สุรินทร์ กู้เจริญประสิทธิ์ และคณะ (2561)[11] ที่ศึกษาการจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมืองพบว่า การปรับปรุงระบบบริหารจัดการแบบบูรณาการในระดับพื้นที่โดยใช้กลไกระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการพัฒนาคุณภาพชีวิตระดับอำเภอเป็นเครื่องมือที่สำคัญ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานด้านสุขภาพที่มีคุณภาพและมีประสิทธิภาพได้อย่างเท่าเทียมกันจะช่วยทำให้การจัดบริการสำเร็จและมีประสิทธิภาพ การมีส่วนร่วมของภาคีภาคส่วนต่าง ๆ โดยเฉพาะภาคประชาชน จะเป็นหลักประกันความสำเร็จที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะการพัฒนาและดำเนินงานตามนโยบาย

1. ผู้บริหารทุกระดับมีความชัดเจนในการกำหนดมาตรการต่าง ๆ ให้ความสำคัญ และช่วยขับเคลื่อนการดำเนินงานในแต่ละจังหวัด

2. ระดับจังหวัด สนับสนุนและติดตามเป็นพี่เลี้ยงอย่างต่อเนื่อง

3. กำหนดให้มีความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาล และสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ในการสนับสนุนหน่วยบริการปฐมภูมิ ทั้งด้านบุคลากร (man) ด้านบริหารจัดการ (management) เงิน (money) และ ด้านวัสดุอุปกรณ์ (material) อย่างเพียงพอ โดยมีการสร้างความเชื่อมั่นในคุณภาพบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบล ศูนย์สุขภาพชุมชน โดยอาจต้อง มีแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัว (family medicine) ดูแลบริหารจัดการเพื่อให้เกิดความเชื่อมั่น และเกิดความยั่งยืน ดังนั้นอาจถึงเวลาวางนโยบาย มุ่งผลิตแพทย์เวชปฏิบัติครอบครัวเพิ่มขึ้นหรือจัดอบรมแพทย์ด้วยหลักสูตรเวชปฏิบัติครอบครัว และส่งเสริมสร้างแรงจูงใจเป็นกรณีพิเศษ เช่น ค่าตอบแทน ความก้าวหน้าในอาชีพ เพื่อให้เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยในสถานบริการปฐมภูมิ

4. จัดให้มีระบบข้อมูลและการจัดการที่มีประสิทธิภาพให้แก่ บุคลากรเพื่อให้มีความรู้พื้นฐานสามารถใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด รวมถึงควรจัดอบรมด้านระบบข้อมูลสารสนเทศ ให้ทุกกลุ่ม คือผู้บริหาร และบุคลากรที่ใช้งานด้วยเพื่อให้เข้าใจการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์

5. ควรสร้างการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนในพื้นที่

ข้อเสนอแนะเพื่อการนำไปปฏิบัติ

1. เร่งรัดการจัดโครงสร้างที่บูรณาการการทำงานในระดับจังหวัดเพื่อจัดทีมดูแลรับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบายคุณภาพการบริการปฐมภูมิ โดยกำหนดให้มีทีมประจำรับผิดชอบงานพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ มีขอบเขตรับผิดชอบทั้งงานการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพอำเภอ การพัฒนาคุณภาพบริการปฐมภูมิ และอาจรวมทั้งงานบริการสุขภาพภาคประชาชนเพื่อบูรณาการเนื้องานและวิธีการทำงานในการบริหารจัดการและสนับสนุนพื้นที่

2. กระตุ้นให้เกิดกลไกการบริหารเครือข่ายระบบสุขภาพอำเภอที่แท้จริง คือ กลไกที่สามารถวางแผน กลยุทธ์การทำงานเพื่อจัดระบบการบริการปฐมภูมิทุกระดับทำงานเชื่อมโยง ดำเนินการร่วมกัน และผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระบบการดูแลที่มีชุมชนเป็นฐาน

3. เร่งรัดการจัดการเพื่อสนับสนุนการกำกับติดตามประเมินผลการดำเนินงานระบบการบริการปฐมภูมิจากระดับจังหวัด โดยให้ทบทวนสถานการณ์กำลังคนในระบบบริการปฐมภูมิและพิจารณาเรื่องการจัดสรร หรือเกลี่ยกระจาย หรือเพิ่มบุคลากรตามแผนการพัฒนาระบบบริการปฐมภูมิ โดยท้องถิ่น

ทำงานร่วมกับสถานบริการของรัฐ โดยเฉพาะในกลุ่มนักกายภาพบำบัดชุมชน นักจิตวิทยา รวมทั้งเภสัชกรเพื่อสามารถหนุนเสริมบทบาทการทำงานในระดับตำบลและชุมชน

4. ส่งเสริมการจัดกระบวนการเรียนรู้เพื่อพัฒนาการบริการปฐมภูมิอย่างต่อเนื่อง การจัดเวทีการนำเสนอผลงานอย่างมีประสิทธิภาพเป็นประจำต่อเนื่อง สามารถเป็นทั้งส่วนหนึ่งของการติดตามความก้าวหน้าการพัฒนาที่สร้างสรรค์ สร้างการเรียนรู้ต่อยอดการพัฒนา และสามารถสร้างขวัญและกำลังใจทั้งสำหรับทีมบริหารเครือข่ายสุขภาพอำเภอและทีมการบริการปฐมภูมิในทุกระดับ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์

1. ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานบริการสุขภาพปฐมภูมิและทีมหมอครอบครัวในพื้นที่สามารถนำข้อค้นพบไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนาการดำเนินงานตามบริบทของพื้นที่เพื่อตอบสนองกลุ่มเป้าหมาย

2. พื้นที่อื่น ๆ สามารถเรียนรู้ข้อค้นพบจากผลการวิจัยและนำไปประยุกต์ใช้ในการดำเนินงานตามนโยบายระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิได้อย่างยั่งยืนต่อไป

3. ควรมีการสนับสนุนทีมบริการสุขภาพปฐมภูมิ เครือข่ายท้องถิ่นและทีมหมอครอบครัว ให้มีการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องทุกระดับ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาวิจัยด้านการพัฒนาคุณภาพบริการ การบริการให้การดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่เป็นตัวชี้วัดสำคัญในระบบสุขภาพอำเภอ เพื่อให้เกิดการบริการที่มีคุณภาพต่อเนื่อง

เอกสารอ้างอิง

1.กัลยา วานิชย์บัญชา. สถิติสำหรับงานวิจัย. กรุงเทพฯ: ศูนย์หนังสือจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2549.

2.จรรยา ชวดทอง, กิติยวดี ศรีสิม, ดลยา พรหมแก้ว, วิไลรัตน์ แสนสุข, สุกัลยา อมตฉายา. ความสามารถในการมีส่วนร่วมในชุมชนในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เดิน โดยใช้และไม่ใช้อุปกรณ์ช่วยเดิน. ศรีนครินทร์เวชสาร 2557; 29 (3): 263-268.

3.ธีระ วรธนารัตน์, ภัทรวัณย์ วรธนารัตน์, ณัฐพล แย้มฉิม, พิมชนก สิงหา, มณฑิชา เจนพานิชย์ทรัพย์, ปณัชช์ฐิตา ผากานนท์. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกใช้บริการทางการแพทย์ระดับปฐมภูมิของประชากร ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. โครงการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบและระบบบริการปฐมภูมิเขตเมือง: กรณีศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2559: 1-4.

4.ไพบูลย์ สุริยะวงศ์ไพศาล, สุภา เพ่งพิศ, สมชาย วิริดิรมย์กุล, นภาพร วาณิชย์กุล, ดวงเนตร ธรรมกุล, ศุภาพิชญ์ โฟน โบร์แมนน์ และคณะ. รายงานวิจัยติดตามประเมินผลนโยบายทีมหมอครอบครัว. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2558: 1-7.

5.รักษวร ใจสะอาด, ทิพาพร กาญจนราช. รายงานการศึกษาความต้องการพัฒนาสมรรถนะในการให้บริการสุขภาพระดับปฐมภูมิของเภสัชกร. วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 2557; 10(1): 69-79. [เข้าถึงเมื่อ 3 เมษายน 2561] จาก http://www thailand.digitaljournals.org

6.วันเพ็ญ นิคมรักษ์, พัชราภรณ์ เจนใจวิทย์. รายงานการศึกษาการพัฒนาระบบบริการการดูแลต่อเนื่องในครอบครัวที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2558; 38(1): 108-120.

7.วิชช์ เกษมทรัพย์ พรรณทิพา ศักดิ์ทอง กนกพร ปู่ผ้า.การประเมินโครงการผ่าตัดหัวใจ 8,000 ดวงถวายเป็นพระราชกุศล 80 พรรษา พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวและถวายเป็นพระราชกุศล 84 พรรษา สมเด็จพระเจ้าพี่นางเธอเจ้าฟ้ากัลยาณิวัฒนา กรมหลวงนราธิวาสราชนครินทร์.สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ; 2551:41-42.

8.วิชัย เอกพลากร (บก.). รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนไทยโดยการตรวจร่างกาย ครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.

9.สินีลักษณ์ จิรสัตย์สุนทร. รายงานการวิจัยการดูแลสุขภาพโดยทีมหมอครอบครัวโรงพยาบาลสุขภาพตำบล. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุราษฎร์ธานี. วารสารวิชาการเขต 12; 2559; 27(1): 69-75.

10.สุพัตรา ศรีวณิชชากร, ทัศนีย์ ญาณะ, พฤกษา บุกบุญ, ปิยฉัตร ตระกูลวงษ์. รายงานผลการสำรวจสถานการณ์และความคิดเห็นต่อนโยบายทีมหมอประจำครอบครัว (Family Care Team: FCT). สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. 2558: 161 หน้า.

11.สุรินทร์ กู้เจริญประสิทธิ์, พรเทพ ศิริวนารังสรรค์. การจัดระบบบริการสุขภาพปฐมภูมิในเขตเมือง กรณีศึกษาพื้นที่กรุงเทพมหานคร 2560. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย 2561; 8(2): 182-190.

12.สำนักงานเขตสุขภาพที่ 8. การบริหารทรัพยากรบุคลากรสาธารณสุข ในเขตสุขภาพที่ 8, 2561.

13.สำนักบริหารการสาธารณสุข. คู่มือเยี่ยมเสริมพลัง. นนทบุรี: สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข, 2559: 12-16.

14.Daniel WW. Biostatistics: A Foundation for Analysis in the Health Sciences. 6th ed. Singapore: John Wiley & Sons; 1995.

15.Schmitt A, Gahr A, Hermanns N, Kulzer B, Huber J, Haak T.The Diabetes Self-Management Questionnaire (DSMQ): development and evaluation of an instrument to assess diabetes self-care activities associated with glycaemic control.NCBI 2013; 13(11):138. [cited 2017 November 1] from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed

16.Stufflebeam DL, Madaus GF, Kellaghan T, (Eds.), Evaluation models (2nd Eds.); (Chapter 16). Boston: Kluwer Academic Publishers; 2000: 1-16. [cited 2017 November 1] Available from URL: http://www.wiley.com.

17.WHO. Primary health care: identified five key elements to achieving that goal; 2008. [cited 2016 November 23] Available from URL: http://www.who.int.

การปรับตัวของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

The Adjustment of the Students at Sirindhorn college of Public Health Khon Kaen.

ประทีป กาลเขว้า[1] , เบญญาภา กาลเขว้า[2]

Prateep kankhwao[1], Benyapa Kankhwao[2]

(Received: October 19,2020; Accepted: November 14,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัย ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study) เพื่อศึกษาระดับการปรับตัวของนักศึกษา เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของการปรับตัวระหว่างนักศึกษาเพศชายและเพศหญิง และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลกับการปรับตัวของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น จำนวนขนาดตัวอย่าง 231 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยวิเคราะห์ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) (อยู่ในช่วง 0.67-1.00) และค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.89 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA for Windows สถิติที่ใช้ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ สถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ สถิติทดสอบ Chi-square test และ Fisher's exact test

ผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีระดับการปรับตัวในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.84, SD = 0.36) และ มีระดับการปรับตัวในแต่ละด้าน อยู่ในระดับมาก เช่นกัน โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้าน ด้านสังคม ($\overline{X}$ = 3.97, SD = 0.47) รองลงมาคือ ด้านอารมณ์แต่ละบุคคล ($\overline{X}$ = 3.83, SD = 0.43) ส่วนด้านการเข้าร่วมกิจกรรมของวิทยาลัย มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\overline{X}$ = 3.77, SD = 0.59)

ความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรเพศ หลักสูตร และชั้นปีที่ศึกษาไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวในภาพรวม (p value =0.296, 0.430 และ 0.117 ตามลำดับ) ตัวแปรเพศ มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของนักศึกษาในด้านการเรียนอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p value =0.007) โดยเพศหญิงมีการปรับตัวในด้านการเรียนในระดับมาก สูงกว่าเพศชาย และตัวแปรหลักสูตร มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของนักศึกษาในด้านอารมณ์แต่ละบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p value =0.002)

ข้อเสนอแนะ ผู้สอนควรกระตุ้นผู้เรียนโดยเฉพาะในกลุ่มนักศึกษาชาย ให้มีความมุ่งมั่น ทุ่มเท มีความรับผิดชอบในการเรียน และ มีการสรุปเนื้อหาหรือประเด็นที่สำคัญโดยบันทึกย่อในเรื่องที่เรียน

คำสำคัญ : การปรับตัว , นักศึกษา

ABSTRACT

This cross-sectional descriptive study aimed to investigate a level of the adjustments of the students and to study the relationship between personal characteristics data and students' adjustment of Sirindhorn College of Public Health, Khon Kaen. Samples were 231 students selected by stratified sampling. Data were collected by questionnaires. Content validity of measurement instrument was between 0.67 and 1.00 and reliability, by using Cronbach's alpha coefficient, was 0.89. Data were analyzed by using software package STATA for Windows in terms

[1] อาจารย์ภาควิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

[2] อาจารย์ภาควิชาสาธารณสุขชุมชน วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

of descriptive statistics, including frequency, percentage, mean and standard deviation, and Inferential statistics; Chi - square test and Fisher's exact test.

The results showed that students have the overall adjustment at a high level ($\overline{X}$ = 3.84, SD = 0.36), and in each aspect was a high level of adjustment. The highest score was a social aspect ($\overline{X}$ = 3.97, SD = 0.47) and followed by individual emotions aspect (= $\overline{X}$ = 3.83, SD = 0.43). In contrast, college activity attendance was a least score ($\overline{X}$ = 3.77, SD = 0.59).

The relationship between the curriculum, gender, and the year of study was not a statistically significant difference with the overall adjustment (p-value = 0.296, 0.430, and 0.117, respectively). Gender was a statistically significant difference related to the students' adjustment in learning (p-value = 0.007). Females were a high level of learning adjustment and higher than males. The curriculum correlated with students' adjustment and it was a statistical significance among the individual emotion (p-value =0.002). The results suggested that the teachers should motivate the students to commit and raise their responsibility in studying and they should summarize the important content by notes on the subject especially in males.

Keywords: adjustment, student

บทนำ

ปัจจุบันสังคมไทยมีการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็ว สามารถเห็นได้จากความก้าวหน้าทางเทคโนโลยี ระบบการติดต่อสื่อสาร ความเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ได้ส่งผลกระทบต่อ การดำรงชีวิตของคนในสังคมอย่างมากและต้องมีการพยายามที่จะแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการเปลี่ยนแปลงดังกล่าว สภาพการเปลี่ยนแปลงอย่างรวดเร็วนี้ ส่งผลให้บุคคล ต้องมีการปรับตัว[7] การปรับตัวของบุคคลในการอยู่ในสังคมจึงเป็นเรื่องสำคัญ และการที่บุคคลจะอยู่ในสังคมได้นั้นต้องเรียนรู้ในการปรับสภาพทางจิตใจ ทางกาย และไม่ว่าจะมีบทบาทใดหน้าที่ใดก็ตาม จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปรับตัวเพื่อส่งผลต่อความสำเร็จและการดำรงชีวิตในสังคมปัจจุบัน การปรับตัว จึงเป็นส่วนสำคัญที่เข้ามามีบทบาทในชีวิตของคนเรามากที่สุด บุคคลจะสามารถปรับตัวได้ถ้าเขามีความรู้ความเข้าใจตัวเอง รู้จักและเข้าใจสังคม เพราะเขาจะสามารถตัดสินใจเลือกวิธีการดำเนินชีวิต หรือแก้ปัญหาได้อย่างมีทิศทางและ มีเหตุผลโดยการใช้ ข้อมูลที่เขาได้จากประสบการณ์ในสังคมมาประกอบในการที่จะพิจารณาจนสามารถสร้างความสอดคล้องหรือ ยืดหยุ่นระหว่างความต้องการและเป้าหมายที่พึงประสงค์ของคนกับสภาพทางสังคม จากแนวคิดและทฤษฎีที่ เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของบุคคลดังกล่าวอาจสรุปได้ว่า บุคคลจำเป็นต้องมีการปรับตัวเพื่อสามารถดำรงตนอยู่ ในสังคมได้ (นิรมล สุวรรณโคตร, 2553)

นักศึกษาที่เข้าศึกษาในวิทยาลัยส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 17-19 ปี ซึ่งเป็นวัยรุ่นตอนปลายเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม การปรับตัวของนักศึกษาระดับอุดมศึกษาในช่วงปีแรกนั้นมักจะเกิดปัญหาเมื่อมีการเปลี่ยนมาจากการศึกษาในระดับ มัธยมศึกษา ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม สภาพแวดล้อม วิธีการเรียน การสอน การใช้ชีวิตด้านต่างๆ ซึ่งอาจทำให้นักศึกษาเกิดความเครียดและมีปัญหาการปรับตัวได้ง่ายเพราะเมื่อนักศึกษา เข้าศึกษาในวิทยาลัยต้องมีการปรับตัวต่อสถานการณ์สิ่งแวดล้อม การจัดการเรียนการสอนที่เปลี่ยนแปลง จากระดับมัธยมศึกษาซึ่งไม่คุ้นเคยกับลักษณะวิธีการเรียนในระดับอุดมศึกษา จึงอาจเกิดความสับสน ท้อแท้ต่อ การเรียนและยังต้องคิดตัดสินใจด้วยตนเอง ต้องเรียนรู้ในการสร้างสัมพันธภาพกับอาจารย์ การคบเพื่อนทั้งในเพศเดียวกันและต่างเพศ การพบกลุ่มเพื่อนใหม่ที่มี

พื้นฐานที่ต่างกัน การที่ต้องพักอยู่ในหอพักกับบุคคลอื่น ซึ่ง แตกต่างไปจากการพักอยู่กับครอบครัวหรือบุคคลใกล้ชิดคุ้นเคย การเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆของวิทยาลัย ล้วนแต่ต้องอาศัยความพยายามเป็นอย่างมาก [7] โดยเฉพาะนักศึกษาชั้น ปีที่ 1 ในวิทยาลัยเป็นก้าวแรกและก้าวสำคัญสำหรับชีวิตทางการศึกษา เป็นช่วงชีวิตแห่งการปรับตัวเพื่อ ก่อ ให้เกิดความพร้อมต่อการเป็นผู้เรียนในระดับอุดมศึกษาและพร้อมที่จะก้าวอย่างมั่นคงต่อการเรียนรู้ใน วิชาชีพในระดับที่สูงขึ้น จึงถือได้ว่าเป็นก้าวแรกแห่งการวางรากฐานชีวิตการเรียนรู้ซึ่งแนวทางในการปรับตัว

การที่นักศึกษาได้เข้ามาใช้ ชีวิตในรั้ววิทยาลัย นักศึกษาต้องเผชิญกับแรงกดดัน หรือแรงปะทะจากสภาพแวดล้อมที่แปลกใหม่หลายประการ ทั้งในชีวิตส่วนตัวและสังคม เช่น สภาพแวดล้อมที่อยู่อาศัยที่เปลี่ยนไป การเข้ามาอยู่หอพักแทนการอาศัยอยู่กับบิดามารดา เพื่อนที่มีพื้นฐานทางเศรษฐกิจ ที่แตกต่างกัน และการเปลี่ยนระบบการเรียนที่มีอาจารย์ประจำชั้นคอยดูแลอย่างใกล้ชิดมาสู่ระบบที่ค่อนข้างเป็นอิสระต้องตัดสินใจด้วยตนเองเป็นส่วนใหญ่ นักศึกษาจะต้องพบวิธีการเรียนการสอนที่ต่างจากเดิม สภาพแวดล้อม หลักสูตรการเรียนการสอน อาจารย์ผู้สอน การเข้าร่วมกิจกรรม รวมไปถึงการอยู่ร่วมกับสังคมกลุ่มเพื่อนในวิทยาลัย นักศึกษา จะต้องรู้จักแบ่งเวลาและรับผิดชอบตนเอง เป็นต้น สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้ นิสิตต้องใช้ความพยายามในการปรับตัว เป็นอย่างมาก [6] นอกจากนี้นักศึกษายังต้องทำกิจกรรมเสริมหลักสูตรของวิทยาลัยฯ ต้องปฏิบัติตนตามกฎ ระเบียบ วินัย และข้อบังคับของทางวิทยาลัย เพื่อให้นักศึกษาเป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถ มีความรับผิดชอบ กล้าแสดงความคิดเห็นและยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น ให้ความร่วมมือในการทำงาน มีความมั่นใจในตนเองและเป็นกำลังสำคัญด้านสุขภาพในการพัฒนาประเทศชาติต่อไป

จากสภาพปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการปรับตัวของนักศึกษาดังกล่าว ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการปรับตัวของนักศึกษาชั้นปีที่1-4 วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ได้แก่ ด้านการเรียน ด้านสังคม ด้านอารมณ์ และด้านการเข้าร่วมกิจกรรมของวิทยาลัย ซึ่งผลการศึกษาจะเป็นแนวทางในการวางแผน ป้องกัน แก้ไขปัญหาและการให้ความช่วยเหลือนักศึกษาให้มีการปรับตัวที่ดี มีสุขภาพ จิตที่ดี ตลอดจนเป็นแนวทางในการจัดการ เรียนการสอน และสภาพแวดล้อมของวิทยาลัยเป็นข้อพิจารณาในการปรับปรุงด้านการจัดการศึกษาให้มี คุณภาพและส่งเสริมสนับสนุนให้นักศึกษาประสบความสำเร็จในการศึกษา และอยู่ร่วมกับสังคมอย่างมีความสุข อันจะส่งผลให้นักศึกษาสำเร็จเป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพ และประสบผลสำเร็จในการประกอบอาชีพในอนาคตต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1) เพื่อศึกษาระดับการปรับตัวของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

2) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างข้อมูลลักษณะส่วนบุคคลกับการปรับตัวของนักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

การวิจัย ครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Descriptive Study)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ นักศึกษา วิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ชั้นปีที่ 1-4 ทั้ง 4 หลักสูตร ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์(ชั้นปีที่1-2) จำนวน 78 คน นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเทคนิคเภสัชกรรม(ชั้นปีที่ 1-2) จำนวน 97 คน นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน(ชั้นปีที่2-4) จำนวน 169 คน และ นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข(ชั้นปีที่1-4) จำนวน 231 คน รวม 575 คน

ตัวอย่างและการสุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อประมาณค่าสัดส่วนของประชากร กรณีประชากรมีขนาดเล็ก [8] ได้จำนวนขนาด

ตัวอย่าง 231 คน สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified sampling) ตามวิธีการของ Pander and Verma (2008)

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือโดยวิเคราะห์ค่าความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) (อยู่ในช่วง 0.67-1.00) และค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยการหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบัค (Cronbach's alpha coefficient) ได้เท่ากับ 0.890

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป STATA for Windows สถิติที่ใช้ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและ สถิติเชิงอ้างอิง ได้แก่ สถิติทดสอบ Chi-Square Test และ Fisher's Exact Test

สรุปและอภิปรายผล

ตัวอย่างส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 87.01 เป็นนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข ร้อยละ 40.26 มากที่สุด และเป็นนักศึกษาชั้นปีที่2 มากที่สุด ร้อยละ 33.33 เงินทุนทางการเรียน(รายได้) เฉลี่ยต่อเดือน 5,879 บาท (SD=2,509.47 บาท, ต่ำสุด =1,000 บาท, สูงสุด = 16,000 บาท) ส่วนใหญ่ได้รับเงินทุนทางการเรียนจาก บิดามารดา หรือ ผู้ปกครอง มากที่สุด ร้อยละ 97.84 นักศึกษามีภูมิลำเนาอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมากที่สุด ร้อยละ 86.15 รองลงมา คือมีภูมิลำเนาอยู่ในภาคเหนือ ร้อยละ 8.23 นักศึกษาพักอาศัยนอกวิทยาลัย (บ้านบิดามารดา หรือ ผู้ปกครอง, บ้านญาติพี่น้อง) ในสัดส่วนใกล้เคียงกับพักในวิทยาลัย (ร้อยละ 50.65 และ 49.35) ส่วนใหญ่ไม่มีโรคประจำตัว ร้อยละ 90.91 นักศึกษามีรายรับจากครอบครัวเพียงพอกับรายจ่าย ร้อยละ 67.53

นักศึกษามีระดับการปรับตัวในภาพรวม อยู่ในระดับมาก ($\overline{X}$ = 3.84, SD = 0.36) และ มีระดับการปรับตัวในแต่ละด้าน อยู่ในระดับมาก เช่นกัน โดยด้านที่มีคะแนนสูงสุดคือด้าน ด้านสังคม ($\overline{X}$ = 3.97, SD = 0.47) รองลงมาคือ ด้านอารมณ์แต่ละบุคคล ($\overline{X}$ = 3.83, SD = 0.43) ส่วนด้านการเข้าร่วมกิจกรรมของวิทยาลัย มีคะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด ($\overline{X}$ = 3.77, SD = 0.59)

ความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวแปรเพศ หลักสูตร และชั้นปีที่ศึกษากับการปรับตัวของนักศึกษาในภาพรวม พบว่าเพศหญิงมีการปรับตัวในระดับมากสูงกว่าเพศชาย คือ ร้อยละ 87.06 และ 80.00 ตามลำดับ นักศึกษาหลักสูตร ปวส. ปฏิบัติการฉุกเฉิน มีการปรับตัวในระดับมาก สูงกว่าหลักสูตรอื่น คิดเป็นร้อยละ 93.55 รองลงมา คือ หลักสูตรปวส. เทคนิคเภสัชกรรม, หลักสูตร สบ. สาธารณสุขชุมชน และ หลักสูตร สบ. ทันตสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 89.74, 85.29 และ 82.80 ตามลำดับ นักศึกษาชั้นปีที่2 มีการปรับตัวในระดับมาก สูงกว่าชั้นปีอื่น คิดเป็นร้อยละ 92.21 รองลงมาคือ นักศึกษาชั้นปีที่1, นักศึกษาชั้นปีที่3 และ นักศึกษาชั้นปีที่4 คิดเป็นร้อยละ 86.21, 85.9 และ 76.19 ตามลำดับ อย่างไรก็ตาม ตัวแปรเพศ หลักสูตร และชั้นปีที่ศึกษา ไม่มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของนักศึกษาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value =0.296, 0.430 และ 0.117 ตามลำดับ)

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ หลักสูตร และชั้นปีที่ศึกษากับการปรับตัวของนักศึกษาในด้านการเรียน พบว่าตัวแปรเพศมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของนักศึกษาในด้านการเรียน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p value =0.007) โดยเพศหญิงมีการปรับตัวในด้านการเรียนในระดับมาก สูงกว่าเพศชาย คือ ร้อยละ 81.59 และ 60.00 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ หลักสูตร และชั้นปีที่ศึกษากับการปรับตัวของนักศึกษาในด้านสังคม พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p value =0.227, 0.271 และ 0.550)

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ หลักสูตร และชั้นปีที่ศึกษากับการปรับตัวของนักศึกษาในด้านอารมณ์แต่ละบุคคล พบว่า ตัวแปรหลักสูตร มีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของนักศึกษาในด้านอารมณ์แต่ละบุคคล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p value =0.002) โดยนักศึกษาหลักสูตร สบ. ทันตสาธารณสุข มี

การปรับตัวในด้านอารมณ์แต่ละบุคคล ในระดับมาก สูงกว่าหลักสูตรอื่นๆ คือ ร้อยละ 90.32 รองลงมาคือ นักศึกษาหลักสูตร สบ. สาธารณสุขชุมชน, นักศึกษาหลักสูตร ปวส. ปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์ และนักศึกษาหลักสูตร ปวส.เทคนิคเภสัชกรรม คือ ร้อยละ 60.00, 86.76, 77.42 และ 64.10 ตามลำดับ

ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ หลักสูตร และชั้นปีที่ศึกษากับการปรับตัวของนักศึกษาในด้านการเข้าร่วมกิจกรรมของวิทยาลัย พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p value =0.969, 0.093 และ 0.582)

อภิปรายผล

นักศึกษาชายและหญิง(ตัวแปรเพศ)มีการปรับตัวโดยรวม ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากนักศึกษาชายและหญิงอยู่ในวัยเดียวกันมีสภาพความเป็นอยู่และมีความสนใจที่คล้ายกัน มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล จึงส่งผลให้มีการปรับตัวได้ไม่แตกต่างกัน สอดคล้องกับแนวคิดของ Craig [3] กล่าวว่า ลักษณะตามหลักจิตวิทยาเพศชายและเพศหญิงซึ่งอยู่ในช่วงวัยเดียวกันก็ย่อมจะได้รับอิทธิพลจากพัฒนาการของชีวิต และส่งผลต่อให้บุคคลพยายามที่จะปรับตัวให้เข้ากับสังคมให้ดีที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ นิรมล สุวรรณโคตร (2553)[2] ที่ศึกษา การปรับตัวของนิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยนเรศวร และ สอดคล้องกับการศึกษาของ สุขุมาล หวังวณิชพันธุ์, วารีนี วีระสินธุ์ และ เกษมชัย บุญเพ็ญ (2553)[4] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวทางสังคมของนักศึกษาของนักศึกษา คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม หลักสูตรครุศาสตร์อุตสาหกรรมบัณฑิต (หลักสูตร 5 ปี) ที่พบว่า นักศึกษาเพศชายและหญิงมีการปรับตัวโดยภาพรวมไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ นิยมธรรม, มาลา เทพมณี และ วรเกียรติ ทองไทย (2560)[7] ที่ศึกษาการปรับตัวของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก ที่พบว่า นักศึกษาเพศชายและเพศหญิงมีการปรับตัวโดยรวมแตกต่างกัน

นักศึกษาแต่ละชั้นปี(ตัวแปรชั้นปีที่ศึกษา)มีการปรับตัวโดยรวม ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากนักศึกษาแต่ละชั้นปีมีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน รุ่นพี่คอยช่วยรุ่นน้อง โดยมีสายรหัสพี่น้อง ซึ่งช่วยทำให้มีการปรับตัวในการใช้ชีวิตทั้งด้านการเรียน สังคม และการทำกิจกรรมอื่นๆ จึงส่งผลให้มีการปรับตัวได้ไม่แตกต่างกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุขุมาล หวังวณิชพันธุ์, วารีนี วีระสินธุ์ และ เกษมชัย บุญเพ็ญ (2553)[4] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวทางสังคมของนักศึกษาของนักศึกษา คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม หลักสูตรครุศาสตร์อุตสาหกรรมบัณฑิต (หลักสูตร 5 ปี) ที่พบว่า นักศึกษาที่มีอายุต่างกัน มีการปรับตัวไม่ต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ นิยมธรรม, มาลา เทพมณี และ วรเกียรติ ทองไทย (2560)[7] ที่ศึกษาการปรับตัวของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก ที่พบว่า นักศึกษาชั้นปี แตกต่างกันมีการปรับตัว โดยรวมแตกต่างกัน

นักศึกษาแต่ละหลักสูตร ทั้ง 4 หลักสูตร (ตัวแปรหลักสูตร)มีการปรับตัวโดยรวม ไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก อาจเป็นเพราะกิจกรรมของวิทยาลัยมีลักษณะที่ส่งเสริม สนับสนุนให้นักศึกษาทุกหลักสูตรทำกิจกรรมร่วมกัน โดยไม่คำนึงถึงความแตกต่างด้านเพศ ให้ทุกคน ทุกเพศเข้าถึงการมีส่วนร่วมที่เสมอภาคกัน โดยกิจกรรมพัฒนาสังคมและบำเพ็ญประโยชน์ที่สำคัญ ได้แก่ โครงการค่ายอาสาสร้างฝายชะลอน้ำ พัฒนาจิตอาสา เทิดพระเกียรติ 60 พรรษา สมเด็จพระเทพรัตนราชสุดา สยามบรมราชกุมารี ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2558 จนถึงปัจจุบัน, กิจกรรมการเข้าแถวหน้าเสาธง, กีฬาสี 4 สถาบัน เป็นต้น จึงทำให้ นักศึกษาทั้ง 4 หลักสูตรมีการปรับตัวโดยรวม ไม่แตกต่างกัน ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ อรอนงค์ นิยมธรรม, มาลา เทพมณี และ วรเกียรติ ทองไทย (2560)[7] ที่ศึกษาการปรับตัวของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก ที่พบว่า นักศึกษาอยู่คณะที่แตกต่างกันมีการปรับตัวโดยรวมแตกต่างกัน

ตัวแปรเพศมีความสัมพันธ์กับการปรับตัวของนักศึกษาในด้านการเรียน โดยเพศหญิงมีการปรับตัวใน

ด้านการเรียนในระดับมาก สูงกว่าเพศชาย ทั้งนี้อาจเนื่องจากเพศหญิงช่างพูดช่างจากับครูมากกว่า ชอบถามคำถาม มีความพยายาม ความมุ่งมั่น ตั้งใจและมีความความรับผิดชอบมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิรักษ์ ไชยรักษ์ (2556) ที่ศึกษาปัญหาการปรับตัวของนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี และ การศึกษาของ อรอนงค์ นิยมธรรม, มาลา เทพมณี และ วรเกียรติ ทองไทย(2560)[7] ที่ศึกษาการปรับตัวของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนันทิชา บุญละเอียด (2554) ที่ศึกษาการปรับตัวของนิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 คณะวิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา ที่พบว่า นักศึกษาเพศชายและหญิงมีการปรับตัวด้านการเรียนแตกต่างกัน

นักศึกษาแต่ละหลักสูตร ทั้ง 4 หลักสูตร (ตัวแปรหลักสูตร)มีการปรับตัวด้านอารมณ์แต่ละบุคคลแตกต่างกัน ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจาก นักศึกษาแต่ละหลักสูตรมีลักษณะนิสัย การได้รับการเลี้ยงดู วุฒิภาวะและการได้รับประสบการณ์เรียนรู้ที่แตกต่างกัน ซึ่งโดยธรรมชาติแล้วบุคคลทุกคนล้วนมีความแตกต่างกัน อาทิ เช่น ความแตกต่างทางด้าน ร่างกาย ด้านอารมณ์ ด้านสังคม เพศ อายุ และสติปัญญา (อารี พันธ์มณี, 2546)[9] ซึ่งไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทธิรักษ์ ไชยรักษ์ (2556) ที่ศึกษาปัญหาการปรับตัวของนักศึกษา ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี ที่พบว่า นักศึกษาที่เรียนในสำนักวิชาต่างกันมีปัญหาการปรับตัวด้านอารมณ์และส่วนตัวไม่แตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

1) ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1.1) จากผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีการปรับตัวด้านการเรียนอยู่ในระดับมาก ดังนั้น เพื่อให้นักศึกษามีการปรับตัวด้านการเรียนได้ดียิ่งขึ้น อาจารย์หรือผู้สอนควรเตรียมความพร้อมของนักศึกษาในการเรียนทุกครั้ง ได้แก่ การทบสอบความรู้เพื่อทราบพื้นความรู้เดิม มีการจัดการเรียนการสอนเสริมนอกเวลาเพื่อปรับพื้นฐานกับนักศึกษาที่มีปัญหาด้านการเรียน การส่งเสริมสนับสนุนให้นักศึกษาการมีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ กล้าอภิปรายและซักถามเกี่ยวกับเนื้อหาความรู้กับอาจารย์ การตอบคำถามในชั้นเรียน ทบทวนบทเรียน มีแหล่งการสืบค้นข้อมูลความรู้ที่เข้าถึงง่ายและทันสมัย มีประสิทธิภาพ เพื่อให้นักศึกษาที่มีปัญหาด้านการเรียนสามารถปรับตัวและสามารถเรียนรู้ได้ดียิ่งขึ้น

1.2) ด้านสังคม จากผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีการปรับตัวด้านสังคมอยู่ในระดับ มาก ดังนั้น เพื่อให้นักศึกษามีการปรับตัวด้านสังคมได้ดียิ่งขึ้น วิทยาลัยควรมีการจัดกิจกรรมเสริมหลักสูตร และส่งเสริมให้นักศึกษาสร้างความสัมพันธ์ที่ดีระหว่างรุ่นพี่และรุ่นน้อง การมีมนุษยสัมพันธ์กับเพื่อน การให้ความช่วยเหลือเพื่อน การแสดงความห่วงใยซึ่งกันและกันเพื่อสร้างความสามัคคีในหมู่คณะ การแสดงความคิดเห็นและยอมรับฟังความคิดเห็นของผู้อื่น เคารพในสิทธิของผู้อื่น การรู้รักสามัคคี และเห็นแก่ประโยชน์ส่วนรวม เพื่อให้นักศึกษาสามารถปรับตัวได้ดียิ่งขึ้น และสามารถอยู่ร่วมกับกลุ่มเพื่อนนักศึกษาได้อย่างมีความสุข

1.3) ด้านอารมณ์ จากผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีการปรับตัวด้านอารมณ์ของตนเองอยู่ในระดับมาก ดังนั้น เพื่อให้นักศึกษามีการปรับตัวด้านอารมณ์ตนเองได้ดียิ่งขึ้น วิทยาลัยควรมีกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อให้นักศึกษาสามารถแสดงออกได้อย่างเหมาะสม รู้จักควบคุมอารมณ์และความต้องการของตนเอง เป็นคนมองโลกในแง่ดี ยอมรับความสามารถและสภาพของตนเองตามสภาพความเป็นจริงการเห็นคุณค่าและนับถือตนเอง มีการยอมรับความแตกต่างระหว่างบุคคล และรู้จักใช้เหตุผลในการตัดสินใจและการแก้ปัญหาในการดำเนินชีวิต

1.4) ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมของวิทยาลัย จากผลการศึกษาพบว่า นักศึกษามีการปรับตัวด้านสภาพแวดล้อมอยู่ ในระดับมาก ดังนั้น เพื่อให้นักศึกษามีการปรับตัวด้านการเข้าร่วมกิจกรรมของวิทยาลัยได้ดียิ่งขึ้น วิทยาลัยควรจัดกิจกรรมที่มีความ

เหมาะสม มีความหลากหลาย และมีความน่าสนใจให้แก่นักศึกษา รวมทั้งให้นักศึกษามีส่วนร่วมในการกำหนดแผนงาน ร่วมรับผิดชอบในการจัดกิจกรรม มีการสนับสนุนการแสดงความสามารถของนักศึกษาตามโอกาสต่างๆ และให้นักศึกษาได้รับประโยชน์จากการจัดกิจกรรมทั้งทางด้านวิชาการและกิจกรรมเสริมหลักสูตร เพื่อให้นักศึกษาปรับตัวด้านการเข้าร่วมกิจกรรมของวิทยาลัยฯ ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น

2) ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1) ควรศึกษาปัจจัยด้านอื่นๆที่มีผลต่อการปรับตัวของนักศึกษาทั้ง 4 หลักสูตร เช่น ปัจจัยด้านจิตลักษณะ เกรดเฉลี่ยสะสม(ผลสัมฤทธิ์ทางการเรียน) สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัว รูปแบบการเลี้ยงดู ปัจจัยด้านผู้สอนและด้านสิ่งแวดล้อมในวิทยาลัย เป็นต้น

2) ควรศึกษาเปรียบเทียบการปรับตัวในด้านการเรียนและด้านอารมณ์แต่ละบุคคล ของนักศึกษาในสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก เพื่อเป็นข้อมูลประกอบในการวางแผนในการจัดการ เรียนการสอน สภาพแวดล้อม และกิจกรรมเพื่อพัฒนาให้นักศึกษาประสบความสำเร็จในการศึกษา และอยู่ร่วมกับสังคมอย่างมีความสุข อันจะส่งผลให้นักศึกษาสำเร็จเป็นบัณฑิตที่มีคุณภาพ และประสบผลสำเร็จในการประกอบอาชีพในอนาคตต่อไป

3. ควรมีการศึกษาระยะยาวและเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพร่วมเพื่อให้ได้ข้อมูลในเชิงลึกของตัวแปร ที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อการปรับตัวของนักศึกษา

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร.เสาวลักษณ์ ศรีดาเกษ ผู้อำนวยการวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น คณะกรรมการบริหารวิทยาลัย ฯ และผู้บังคับบัญชาที่ได้ให้ความสำคัญและสนับสนุนทุนวิจัยต่องานวิจัยนี้ ขอขอบคุณนักศึกษาวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธร จังหวัดขอนแก่น ทั้ง 4 หลักสูตร ได้แก่ นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูง ปฏิบัติการฉุกเฉินทางการแพทย์(ชั้นปีที่1-2) นักศึกษาหลักสูตรประกาศนียบัตรวิชาชีพชั้นสูงเทคนิคเภสัชกรรม(ชั้นปีที่1-2) นักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขชุมชน(ชั้นปีที่2-4) และนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาทันตสาธารณสุข(ชั้นปีที่1-4) ที่ให้ความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างดียิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1.นันทิชา บุญละเอียด. (2554). **การปรับตัวของนิสิตระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 คณะวิทยาศาสตร์มหาวิทยาลัยบูรพา**. หลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาสถิติ คณะวิทยาศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา.

2.นิรมล สุวรรณโคตร. (2553). **การปรับตัวของนิสิตระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยนเรศวร**. หลักสูตรปริญญาการศึกษามหาบัณฑิต สาขาวิชาการอุดมศึกษา,บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ .

3.สาธร ใจตรง. (2548). **การศึกษาการปรับตัวทางสังคมของนักเรียนวัยรุ่น**. ปริญญานิพนธ์ กศ.ม. (จิตวิทยาการแนะแนว). กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ ประสานมิตร.

4.สุขุมาล หวังวณิชพันธุ์, วารีนี วีระสินธุ์ และ เกษมชัย บุญเพ็ญ. (2553). **ปัจจัยที่มีผลต่อการปรับตัวทางสังคมของนักศึกษาของนักศึกษา คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม หลักสูตรครุศาสตร์อุตสาหกรรมบัณฑิต (หลักสูตร 5 ปี)**. คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลพระนคร.

5.อรนุช ศรีคำ. อุมาพร จันโสภา และ วาสนา ยิ่งกำแหง. (2556). ความสามารถในการปรับตัวทางสังคมของนิสิตระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. **วารสารสาระคาม** : ปีที่ 4 ฉบับที่ 1 ม.ค. - มิ.ย. 2556. 113-125.

6.อรนุช ศรีคำ, อรนุช ศรีสะอาด และ จิรัฏฐา ภูบุญอบ. (2560). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปรับตัวทางสังคมของนิสิตระดับปริญญาตรี ชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. **วารสารการวัดผลการศึกษา มหาวิทยาลัยมหาสารคาม**. ปีที่ 23 ฉบับพิเศษ : มกราคม พ.ศ. 2560; 292-301.

7.อรอนงค์ นิยมธรรม, มาลา เทพมณี และ วรเกียรติ ทองไทย. (2560). การปรับตัวของนักศึกษามหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลล้านนา ตาก. **วารสารวิจัยทางการศึกษา คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ** : ปีที่ 12 ฉบับที่ 1 เดือนสิงหาคม –ธันวาคม 2560, 273-285.

8.อรุณ จิรวัฒน์กุล . (2556). **สถิติทางวิทยาศาสตร์สุขภาพเพื่อการวิจัย**. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: วิทยพัฒน์.

9.อารี พันธ์มณี. (2546). **จิตวิทยาสร้างสรรค์การเรียนการสอน**. กรุงเทพฯ: ใยไหม.

10.Best, J. W. (1978). **Research in Education**. 3rd ed. India, New Delhi: Prentice Hall, Inc.

11.Wiersma, W. (2000). **Research Methods In Education: An Introduction**. 7thed. Boston, Allyn & Bacon.

ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

CRITICAL SUCCESS FACTORS AFFECTING DENGUE HEMORRHAGIC FEVER PREVENTION AND CONTROL AMONG PUBLIC HEALTH OFFICER AT SUB-DISTRICT HEALTH PROMOTING HOSPITALS IN ROI-ET PROVINCE

กฤษฎา เสนาหาร[1,*], ชนะพล ศรีฤาชา[2]

Krisada Senaharn[1,*], Chanaphol Sriruecha[2]

(Received: September 17,2020; Accepted: October 28,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ประชากรที่ศึกษาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 229 คน ใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 138 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ทุกข้อมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่า 0.50 และความเที่ยงของแบบสอบถาม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช 0.99 ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 มิถุนายน 2563 ถึง 20 มิถุนายน 2563 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนาและสถิติอนุมาน โดยมีการกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการศึกษาพบว่า ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.26 (S.D. = 0.42), 4.49 (S.D. = 0.39) ตามลำดับ และพบว่าภาพรวมของปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับปานกลาง กับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.702$, p-value < 0.001) และปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ ด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน ด้าน การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ และด้านผู้บริการทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม สามารถร่วมกันพยากรณ์การปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 56.7

คำสำคัญ: ปัจจัยแห่งความสำเร็จ, การปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

Abstract

This cross-sectional descriptive research aimed to study Senaharn. 2020. critical success factors affecting dengue hemorrhagic fever prevention and control among public health officers at sub-district health promoting hospitals in Roi - Et province, Thailand. The samples were 138 public health officers randomly selected by systematic random sampling from the 229 populations of dental health officers at sub-district health promoting hospitals. This study was collected data by questionnaire that examined and verified by the three experts for content validity items objective congruence (IOC) all item more than 0.50 and Cronbach's Alpha Coefficient was at 0.98. Data collected between 1th May to 31th May 2020. Data analysis was performed by descriptive statistics and inferential statistics as significant level at 0.05

---

[1] นิสิตหลักสูตร ปริญญา สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[3] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด

The results showed that the overall critical success factors affecting dengue hemorrhagic fever prevention and control among public health officers at sub-district health promoting hospitals in Roi - Et province were at high level with averages of 4.26 (S.D. = 0.42), 4.49 (S.D. = 0.39) respectively. The overall Critical success factors moderate positive relationship with the dengue hemorrhagic fever prevention and control among public health officers at sub-district health promoting hospitals in roi - et province ($r = 0.72$, p-value < 0.001). The results showed four variables of critical success factors; Organizationimage development, Supporter organization at every level has a supporter plan, Build the understanding and stimulate to get the cooperation and Encouraging and following from the administrator dengue hemorrhagic fever prevention and control among public health officers at sub-district health promoting hospitals in Roi - Et province at 56.7 percentage.

Key Words: Critical success factors, dengue hemorrhagic fever prevention and control among public health officers

บทนำ

โรคไข้เลือดออก (Dengue Hemorrhage Fever, DHF) เป็นโรคที่พบได้ทั่วไปในพื้นที่เขตร้อนชื้น โดยเฉพาะแถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่เป็นพื้นที่ที่มีสภาพภูมิอากาศเหมาะแก่การแพร่พันธุ์ของยุงลายซึ่งเป็นพาหะของโรคไข้เลือดออกเป็นอย่างมากมีรายงานผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกอย่างเป็นทางการครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ เมื่อปี พ.ศ. 2497 ซึ่งปัจจุบันโรคไข้เลือดได้กลายเป็นปัญหาสาธารณสุขในหลายประเทศทั่วโลก และในประเทศไทยมีรายงานการพบผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกครั้งแรกตั้งแต่ปี พ.ศ.2492[1] จึงถือได้ว่าโรคไข้เลือดออกเป็นโรคประจำถิ่นของประเทศไทย โรคไข้เลือดออกนี้เกิดจากเชื้อไวรัสที่มียุงลายลายเป็นพาพะนำโรค ซึ่งสถิติสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในปัจจุบันของประเทศไทยมีแนวโน้มสูงเพิ่มมากขึ้น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 พบว่าผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกมีจำนวนถึง 63,310 คน เสียชีวิต 61 คน ในปี พ.ศ.2560 พบว่าผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 53,190 คน เสียชีวิต จำนวน 63 คน และในปี พ.ศ.2561 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวน 85,849 คน เสียชีวิต จำนวน 111 คน และปี พ.ศ.2562 การระบาดของโรคไข้เลือดออกในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย ที่พบการระบาดอย่างมาก มีจำนวนผู้ป่วย ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2561 ถึง วันที่ 17 กันยายน พ.ศ. 2562 จำนวน 37,336 คน และมีผู้เสียชีวิตจากโรคไข้เลือดออก จำนวน 39 คน โดยโรคไข้เลือดออกมีผลกระทบต่อค่าใช้จ่ายภาครัฐในด้านการรักษาพยาบาล[2]ในการดำเนินงานการควบคุมโรคไข้เลือดออกของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีบทบาทสำคัญในการการสนับสนุนทรัพยากรและสนับสนุนทางวิชาการ พร้อมทั้งการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชนการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยมีการกำหนดนโยบาย ทิศทาง หลักเกณฑ์และกลยุทธ์ที่ผลักดันให้เกิดเอกภาพของการป้องกันควบคุมโรค ซึ่งประกอบด้วย การปฏิบัติงาน 4 ด้าน คือ 1) การสอบสวนโรค 2) การควบคุมแมลงพาหะนำโรค3) การให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ และ4) การประสานงานความร่วมมือและการสร้างเครือข่ายในการป้องกันควบคุมโรค[3] การปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายที่กำหนดไว้นั้น มีภารกิจหลักคือการให้บริการสุขภาพแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัยในรูปแบบผสมผสาน ทั้งการส่งเสริมสุขภาพ การควบคุมป้องกันโรค งานบริการด้านการรักษาพยาบาล รวมถึงงานการฟื้นฟูสุขภาพแก่ประชาชนทุกกลุ่มวัย จึงจำเป็นต้องอาศัยปัจจัยแห่งความสำเร็จ 6 ด้าน คือ 1) ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม 2) หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน 3) การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม 4) การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ 5) การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ และ 6) ความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย[4] จังหวัดร้อยเอ็ดประกอบด้วย 20 อำเภอ 193 ตำบล 2,412 หมู่บ้าน และมีสถานบริการสาธารณสุขของรัฐ ประกอบด้วย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 1 แห่ง โรงพยาบาลชุมชน 20 แห่ง สำนักงาน

สาธารณสุขอำเภอ 20 แห่ง และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในสังกัด จำนวน 229 แห่ง และมีโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลที่เจ้าหน้าที่มีสาธารณสุขปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้ง 229 แห่งดูแลประชาชนทั้งจังหวัด จำนวน 1,306,135 คน[5] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดได้เล็งเห็นถึงปัญหาในการการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่ จึงได้กำหนดนโยบายและแผนการปฏิบัติการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก พ.ศ.2562 ในสถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง โดยเฉพาะในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลทุกแห่งในจังหวัดร้อยเอ็ด ซึ่งเป็นด่านแรกในการรับมือการระบาดของโรคไข้เลือดออก ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน แต่เนื่องด้วยอัตรากำลังของนักวิชาการสาธารณสุขไม่เพียงพอและครอบคลุมในทุกโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดร้อยเอ็ด จึงต้องมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในด้านอื่นๆ เข้ามาทำงาน โดยปัญหาที่พบคือ บุคลากรมีความรู้ความสามารถเฉพาะไม่ตรงกับกับงาน มีทักษะประสบการณ์ในการทำงานควบคุมโรคไข้เลือดออก การใช้เครื่องพ่นหมอกควัน และการผสมน้ำยาที่ถูกต้อง ด้านการปฏิบัติงานค่อนข้างน้อย ปัญหาที่พบ คือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุภาพตำบลบางแห่งไม่มีการกำหนดขอบเขตบทบาทการทำงานของผู้ปฏิบัติงานให้ชัดเจน ขาดการสื่อสารจากผู้ปฏิบัติงานด้วยกัน เป็นผลให้ผู้ปฏิบัติงานและผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ทราบบทบาทการทำงานของตัวเอง อาจจะนำไปสู่ความขัดแย้งได้ ในส่วนของการกำหนดขั้นตอนและวิธีการปฏิบัติงานตามมาตรฐานที่ชัดเจนนั้น ในพื้นที่ระดับตำบลยังขาดการวิเคราะห์ข้อมูลในด้านต่างๆ เช่น การวิเคราะห์สถานการณ์โรค การค้นหาจุดเสี่ยงและแหล่งรังโรค การกำจัดลูกน้ำให้ดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลายเท่ากับศูนย์ รวมไปถึงการติดตามการทำงานไม่สม่ำเสมอ และกระบวนการได้ ด้านการจัดการ ปัญหาที่พบคือ การให้ความรู้ ความตระหนักในการป้องกันโรคไข้เลือดออกแก่ผู้มารับบริการยังมีกลยุทธ์ในการถ่ายทอดความรู้ รวมถึงการถ่ายทอดความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขค่อนข้างน้อยและยังไม่ครอบคลุม[6] จากปัญหาดังกล่าวข้างต้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด คาดว่าผลการวิจัยดังกล่าวจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้เป็นแนวทางในการวางแผน พัฒนา สนับสนุน และส่งเสริมให้เหมาะสมต่อการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

2. เพื่อศึกษาระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

3. เพื่อศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง(Cross - Sectional Descriptive Research) โดยมีการเก็บข้อมูลเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามและเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมการระบาดโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

ประชากรและกลุ่มเป้าหมาย

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ได้รับคำสั่งแต่งตั้งหรือได้รับมอบหมายให้ปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด มาแล้วอย่างน้อย 6 เดือน ในปีงบประมาณ 2562 จำนวน 229 คน[7] โดยคำนวณขนาดตัวอย่างโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างสำหรับการวิเคราะห์การถดถอยพหุเชิงเส้น (Multiple Linear Regression Analysis) เพื่อทดสอบสมมติฐานของ Cohen[8] ดังนั้นการศึกษาครั้งนี้ใช้ตัวอย่างในการศึกษาจำนวนทั้งหมด 138 คน ซึ่งการสุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามโดยใช้วิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ

(Systematic Random Sampling) โดยเลือกวิธีเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพจากบุคคลที่สามารถให้คำตอบเพื่อสนับสนุนการอภิปรายข้อมูลเชิงปริมาณได้ โดยเลือกบุคคลที่สามารถให้ข้อมูลการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ดีที่สุด (Key Informants) โดยพิจารณาคัดเลือกจาก เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานควบคุมโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ดรวมทั้งสิ้น 12 คน ที่เป็นผู้ยินดีและให้ความร่วมมือในการดำเนินการวิจัยเป็นอย่างดี

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ผู้วิจัยจะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากผ่านการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์มหาวิทยาลัยขอนแก่น แล้วเท่านั้น โดยใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลเป็นเวลา 20 วัน ช่วงเวลาระหว่าง วันที่ 1 มิถุนายน 2563 - 20 มิถุนายน 2563 ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บรวบรวมข้อมูลดังนี้

1. ผู้วิจัยขอความอนุเคราะห์จากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่นในการออกหนังสือขออนุญาตในการทำวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด ในการเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

2. ผู้วิจัยนำหนังสือจากคณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่นพร้อมแบบสอบถามและแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเข้าพบนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัยรายละเอียดในการเก็บรวบรวมข้อมูลและลงนามในหนังสือความร่วมมือจากกลุ่มตัวอย่าง

3. ผู้วิจัยนำส่งแบบสอบถามด้วยตนเอง โดยนำหนังสือขออนุญาตไปเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อขอความอนุเคราะห์เก็บข้อมูลในการทำวิจัยให้กับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอทั้ง 20 แห่งในจังหวัดร้อยเอ็ด โดยจ่ายแบบสอบถามจากการสุ่มตัวอย่างจำนวน 138 คน พร้อมกับซองปิดแสตมป์ที่จ่ายหน้าถึงผู้วิจัย ให้กับผู้รับผิดชอบงานควบคุมโรคไข้เลือดออกประจำสำนักงานสาธารณสุขอำเภอแต่ละแห่งเป็นผู้ประสานงานกับกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย รวมทั้งนัดหมายวัน เวลา ให้ผู้ตอบแบบสอบถามส่งแบบสอบถามกลับคืนทางไปรษณีย์เมื่อครบกำหนด 20 วัน

4. ในกรณีในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสนับสนุนการอภิปรายข้อมูลเชิงปริมาณดำเนินการต่อเนื่อง 3 ขั้นตอนดังนี้

4.1 ขั้นตอนเตรียมการ

4.1.1 ผู้วิจัยนัดสัมภาษณ์เชิงลึกตัวอย่างทั้ง 12 คน ล่วงหน้า

4.1.2 ส่งหนังสือขอความอนุเคราะห์ในการเข้าร่วมสัมภาษณ์เชิงลึกและแจ้งแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกให้กลุ่มตัวอย่างทราบ

4.1.3 ก่อนทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้วิจัยได้ทบทวนความเข้าใจรายละเอียดของแนวทางการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยละเอียดทุกครั้ง

4.2 ขั้นตอนการสัมภาษณ์เชิงลึก

4.2.1 ผู้วิจัยแนะนำตัวและชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสัมภาษณ์เชิงลึก

4.2.2 ผู้วิจัยทำการสัมภาษณ์เชิงลึกตัวอย่างทั้ง 12 คน

4.2.3 การสัมภาษณ์เชิงลึกผู้วิจัยสร้างความคุ้นเคยและเป็นกันเองกับผู้เข้าร่วมสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสร้างความไว้วางใจเพื่อประโยชน์ในการให้ข้อมูลตรงตามสภาพความเป็นจริงมากที่สุด

4.2.4 การนัดการสัมภาษณ์เชิงลึกจะเลือกวันที่ผู้ร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกสะดวก

4.3 ขั้นตอนการบันทึกผล

บันทึกผลการสัมภาษณ์เชิงลึกโดยการขออนุญาตจดบันทึกและอัดเครื่องบันทึกเสียงในขณะที่ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกหลังจากนั้นให้บันทึกผลการสัมภาษณ์เชิงลึกในภายหลังเพื่อให้ได้ข้อมูลอย่างครบถ้วน

4.3.1 ขั้นตอนปิดสัมภาษณ์เชิงลึก

1) ทบทวนความถูกต้องและความน่าเชื่อถือของข้อมูลก่อนการปิดสัมภาษณ์เชิงลึก

2) ผู้วิจัยกล่าวขอบคุณผู้ร่วมสัมภาษณ์เชิงลึกที่ให้ความอนุเคราะห์

3) ภายหลังการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้วิจัยมอบของที่ระลึกส่งถึงผู้ร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกทุกคนเพื่อเป็นการขอบคุณในการให้ข้อมูล

4) ผู้วิจัยทำหนังสือขอบคุณส่งถึงผู้ร่วมการสัมภาษณ์เชิงลึกทุกราย

4.3.2 การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ

- นำแบบสอบถามทุกฉบับที่รวบรวมมาได้ไปตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์และความน่าเชื่อถือของข้อมูล

- เมื่อตรวจสอบข้อมูลเรียบร้อยแล้วนำข้อมูลที่ได้มาลงรหัส

- ควบคุมคุณภาพของการบันทึกข้อมูลโดยทำการบันทึก 2 ครั้งจัดเก็บข้อมูลเป็นข้อมูล 2 แฟ้มแล้วนำข้อมูลทั้ง 2 แฟ้มมาเปรียบเทียบว่าตรงกันหรือไม่หากไม่ตรงกันดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้องจากนั้นตรวจความสมบูรณ์ข้อมูลก่อนนำข้อมูลไปวิเคราะห์

- นำข้อมูลไปวิเคราะห์ประมวลผลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพ

นำข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่ได้มาตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์และความน่าเชื่อถือของข้อมูลแล้วนำมาสรุปประเด็นโดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหาและนำเสนอข้อมูลเชิงพรรณนา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ โดยข้อมูลเชิงปริมาณใช้ แบบสอบถามและข้อมูลเชิงคุณภาพใช้แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสนับสนุนการอภิปรายข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งผู้วิจัยได้สร้างขึ้นจากการทบทวนแนวคิด ทฤษฎีงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยการกำหนดแบบสอบถาม และแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อสนับสนุนการอภิปรายข้อมูลเชิงปริมาณให้สอดคล้องกับตัวแปรแต่ละตัวใน กรอบแนวคิดที่ใช้ในการวิจัย มีรายละเอียดดังนี้

ส่วนประกอบของเครื่องมือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) มีทั้งหมด 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคล ประกอบด้วย 1) เพศ 2) อายุ 3) สถานภาพสมรส 4) ระดับการศึกษา 5) ระดับตำแหน่ง 6) รายได้ต่อเดือน 7) ระยะเวลาการปฏิบัติงาน และ 8) การได้รับการฝึกอบรม ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบและคำถามปลายเปิดให้เติมลงในช่องว่าง

ส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 1) ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม 2) หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน 3) การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม 4) การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ 5) การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ และ6) ความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1)

ส่วนที่ 3 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับการการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ประกอบด้วย 1) การสอบสวนโรค 2) การควบคุมแมลงพาหะนำโรค 3) การให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ และ4) การประสานงานความร่วมมือและการสร้างเครือข่ายในการป้องกันควบคุมโรค โดยลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1)

ส่วนที่ 4 เป็นแบบสอบถามเกี่ยวกับ ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะเกี่ยวกับการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ลักษณะคำถามเป็นคำถามปลายเปิดให้ตอบคำถามได้อย่างอิสระ

ชุดที่ 2 แนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก (In – Depth Interview) เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยการนำข้อมูลจากการวิจัยเชิงปริมาณที่พบปัญหาแล้วนำประเด็นปัญหามาใช้สัมภาษณ์เชิงลึก เพื่อสนับสนุนการอภิปรายข้อมูลเชิงปริมาณ ซึ่งในครั้งนี้ผู้วิจัยกำหนดประเด็นไว้ 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จในการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นคำถามปลายเปิด ให้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

ส่วนที่ 2 เป็นแนวทางในการสัมภาษณ์เชิงลึก เกี่ยวกับการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นคำถามปลายเปิด ให้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

ส่วนที่ 3 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นคำถามปลายเปิด ให้แสดงความคิดเห็นได้อย่างอิสระ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่ามัธยฐาน (Median) ค่าสูงสุด (Maximum) และค่าต่ำสุด (Minimum) และสถิติเชิงอนุมาน ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระและตัวแปรตามทีละคู่ (Bivariate Analysis) ซึ่งตัวแปรอิสระและตัวแปรตามนั้นจะต้องมีระดับการวัดไม่ต่ำกว่าช่วงสเกล (Interval Scale) หรืออัตราส่วนสเกล (Ratio Scale)[9] และใช้สถิติ Stepwise Multiple Linear Regression Analysis หรือการถดถอยพหุแบบขั้นตอนในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์หลายตัวแปร(Multivariable Relationship)

ผลการวิจัย

คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 93 คน คิดเป็นร้อยละ 67.0มีช่วงอายุที่มีจำนวนมากที่สุด มี 2 ช่วงอายุ คือ ช่วงอายุระหว่าง 31 - 40 ปี จำนวน 43 คน และช่วงอายุ 41 – 50 ปี จำนวนเท่ากันคือ 43 คน คิดเป็นร้อยละ 31.2 โดยมีอายุเฉลี่ย 40.20 ปี (S.D. = 9.78) อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 58 ปี ส่วนใหญ่สถานภาพสมรสโสด จำนวน 87 คน คิดเป็นร้อยละ 63.0 ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า จำนวน 111 คน คิดเป็นร้อยละ 80.4ผู้ปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลส่วนใหญ่เป็นตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 55.8 มีรายได้ส่วนใหญ่ต่อเดือนเฉลี่ย 31,436.09 บาท (S.D. = 12,296.23บาท) รายได้ต่ำสุด 10,000บาท รายได้สูงสุด 54,900 บาท ส่วนใหญ่ระยะเวลาการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ดอยู่ระหว่าง 6 - 10 ปี จำนวน 69 คน คิดเป็นร้อยละ50.0 มีค่ามัธยฐาน 8 ปี ค่าต่ำสุด 1 ปี ค่าสูงสุด 16 ปี และในจำนวนที่เคยได้รับการฝึกอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกส่วนใหญ่มีการอบรมเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก จำนวน 1-2 ครั้ง จำนวน 60คน คิดเป็นร้อยละ 43.5

ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จของการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.26 (S.D. = 0.42) ซึ่งเมื่อพิจารณาตามปัจจัยพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตามมีค่าเฉลี่ยสูงสุด อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.59 (S.D. = 0.48) รองลงมาคือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.36 (S.D. = 0.50) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติงานในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจ อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.98 (S.D. = 0.68) รองลงมาคือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.11 (S.D. = 0.57) ตามลำดับ

ระดับการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.49 (S.D. = 0.39) ซึ่งเมื่อพิจารณารายด้านพบว่าด้านการควบคุมแมลงพาหะนำโรคมีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.55 (S.D. = 0.41) รองลงมาคือ การสอบสวนโรค

อยู่ในระดับมากที่สุด ค่าเฉลี่ย 4.51 (S.D. = 0.41) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ การให้สุขศึกษาประชาสัมพันธ์อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.49 (S.D. = 0.45) รองลงมาคือ การประสานงานความร่วมมือและการสร้างเครือข่ายในการป้องกันควบคุมโรค อยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 4.42 (S.D. = 0.49) ตามลำดับ

ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าภาพรวมของปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.702, p-value < 0.001) ส่วนปัจจัยแห่งความสำเร็จรายด้าน พบว่า ทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม (r = 0.571, p-value < 0.001) หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน (r = 0.626, p-value < 0.001) การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม (r = 0.471, p-value < 0.001) การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ (r = 0.615, p-value < 0.001) การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ (r = 0.653, p-value < 0.001) ความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย (r = 0.407, p-value < 0.001) ดังรายละเอียดในตาราง 1

ตาราง 1 สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สันระหว่างปัจจัยแห่งความสำเร็จกับการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	การปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
	สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (r)	p-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	**0.702*** **	**<0.001**	**ปานกลาง**
1.ผู้บริหารทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม	0.571***	<0.001	ปานกลาง
2. หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน	0.626***	<0.001	ปานกลาง
3. การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม	0.471***	<0.001	ปานกลาง
4. การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ	0.615***	<0.001	ปานกลาง
5. การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ	0.653***	<0.001	ปานกลาง
6. ความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับโรงพยาบาลแม่ข่าย	0.407***	<0.001	ปานกลาง

* Correlation is significant at the 0.001 level

ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่า ตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ที่ถูกเลือกเข้าสมการคือ ตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 และตัวแปรอิสระที่ไม่ถูกเลือกเข้าสมการคือตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติมากกว่า 0.05 โดยตัวแปรที่ถูกเลือกเข้าในสมการเรียงลำดับ ดังนี้ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ (p-value = 0.001) หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน (p-value = 0.005) การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ (p-value = 0.014) และ ผู้บริการทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม (p-value = 0.020) ดังนั้น จึงกล่าว

ได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปร สามารถร่วมพยากรณ์การปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 56.7 ดังรายละเอียดในตาราง 2

ตาราง 2 ค่าสถิติวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอนของการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด

ตัวแปร	B	Beta	T	p-value	R	R^2	R^2adj	R^2 change
การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ	0.237	0.287	3.397	0.001	0.653	0.426	0.422	-
หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน	0.183	0.237	2.871	0.005	0.726	0.527	0.520	0.101
การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ	0.153	0.206	2.500	0.014	0.741	0.549	0.538	0.022
ผู้บริการทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม	0.147	0.182	2.358	0.020	0.753	0.567	0.554	0.018
ค่าคงที่ 1.358, F =43.485, p-value <0.001, R =0.753, R^2 =0.567, R^2adj = 0.554								

สรุปและอภิปรายผล

ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.702$, p-value < 0.001) เนื่องจากปัจจัยแห่งความสำเร็จเป็นภารกิจหลักพื้นฐานที่ทุกแห่งของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ต้องรวมถึงการให้บริการสุขภาพแบบผสมผสานแก่ประชากรทุกกลุ่มอายุทั้งในสถานพยาบาลที่บ้านและในชุมชน และบริการดูแลเป็นกลุ่มประชากรตามวัยและตามประเด็นปัญหาเฉพาะของพื้นที่รวมทั้งการจัดการเพื่อเพิ่มศักยภาพการเรียนรู้ของชุมชนและบริการ ในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายที่วางไว้จำเป็นต้องอาศัยปัจจัยแห่งความสำเร็จ[4] ปัจจัยแห่งความสำเร็จจึงเป็นปัจจัยที่มีความสำคัญต่อการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยเป็นตัวแปรที่กระตุ้นให้เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด มีความมุ่งมั่น ตั้งใจ อยากทำงานให้สำเร็จ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานผู้วิจัยที่ศึกษาไว้แล้วพบว่าปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางกับการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล[10,11,12]

จากการวิเคราะห์ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด โดยใช้การวิเคราะห์ถดถอยพหุแบบขั้นตอนพบว่าตัวแปรอิสระที่มีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ได้แก่ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ และปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านผู้บริการทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม ดังนั้น จึงสรุปได้ว่าตัวแปรอิสระทั้ง 4 ตัวแปรสามารถพยากรณ์ การปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ร้อยละ 56.7 ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ เป็นการพัฒนาระบบควบคุมการระบาดโรคไข้เลือดออกและการเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก รวมถึงคุณภาพของทีมในการควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ของสถานบริการให้เป็นที่ยอมรับและเป็นไปตามมาตรฐานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับตำบล เพื่อให้เป็นไปตามมาตรฐาน จนเกิดความไว้วางใจ และมั่นใจในการควบคุมการระบาดโรคไข้เลือดออก ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานผู้วิจัยที่ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการมีผล

ต่อการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล[13,14,15] ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุน เป็นหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุนการปฏิบัติงานควบคุมการระบาดโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดร้อยเอ็ด เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน องค์การบริหารส่วนตำบล เป็นต้น ที่มีการจัดทำแผนในการปฏิบัติงานควบคุมการระบาดโรคไข้เลือดออก ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานผู้วิจัยที่ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานสนับสนุนมีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล[11] ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ เป็นการส่งเสริม และกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานควบคุมการระบาดโรคไข้เลือดออก รวมถึงการทำประชาคมเพื่อกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ และรับทราบถึงบทบาทหน้าที่ของตนเอง ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานผู้วิจัยที่ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือมีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล[11,15,16] และปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านผู้บริการทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตาม คือ การได้รับการสนับสนุนด้านต่างๆ จากผู้บริหารในการปฏิบัติงานควบคุมการระบาดโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกับงานผู้วิจัยที่ศึกษาไว้แล้วพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านผู้บริการทุกระดับให้การสนับสนุนและติดตามมีผลต่อการปฏิบัติงานควบคุมโรคไข้เลือดออกของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล[18]

ข้อเสนอแนะ

1. ควรศึกษาด้านการพัฒนาภาพลักษณ์ การใช้ทรัพยากร นวัตกรรมท้องถิ่นในการดำเนินงานควบคุมโรคไข้เลือดออก

2. ควรศึกษาด้านการมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนในการควบคุมโรคไข้เลือดออก

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ อาจารย์นิวัฒน์ วงศ์ใหญ่ คุณสุภาภรณ์ มิตรภานนท์ และคุณทวิช วงค์ไชยชาญ ผู้เชี่ยวชาญในการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้บริหาร และเพื่อนร่วมงานในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ดทุกท่าน และผู้ที่มิได้กล่าวถึง ที่ให้การสนับสนุนการวิจัยในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. ศุขธิดา อุบล และคณะ. (2549). **ไข้เลือดออกเดงกี.** กรุงเทพฯ : สมาคมไวรัสวิทยา(ประเทศไทย)

2. สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง. (2562). **รายงานพยากรณ์โรคไข้เลือดออก ปี 2562.**

3. กรมควบคุมโรค, (2554). **การป้องกันโรคและภัยสุขภาพ.** กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์แห่งประเทศไทย.

4. ชูชัย ศุภวงศ์ และคณะ. (2553). **คู่มือการให้บริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล.** พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก.

5. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. (2562ก). งานพัฒนายุทธศาสตร์สุขภาพ ปีงบประมาณ 2562. ร้อยเอ็ด : กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด.
(เอกสารอัดสำเนา).

6. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. (2562ข). สถานการณ์โรคไข้เลือดออกจังหวัดร้อยเอ็ด. ร้อยเอ็ด : กลุ่มงานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. (เอกสารอัดสำเนา).

7. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด, (2562ค). สถานการณ์โรคไข้เลือดออก. ร้อยเอ็ด : ฝ่ายระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด. (เอกสารอัดสำเนา)

8. Cohen, J. (1988). **Statistical power analysis for the behavioral sciences.** 2nd ed. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

9. สำเริง จันทรสุวรรณ, และสุวรรณ บัวทวน. (2547). **ระเบียบวิธีวิจัยทางสังคมศาสตร์.** ขอนแก่นภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

10. จันทร์เพ็ญ ภูมูล และประจักร บัวผัน, (2562). แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการบริหารงานเวชภัณฑ์ยาของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดนครราชสีมา. **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.** 12(1), 300-310.

11. ณัฐพล โยธา และคณะ. (2562). ปัจจัยแห่งความสำเร็จและบรรยากาศองค์การที่มีผลต่อการทำวิจัยเพื่อแก้ปัญหาสาธารณสุขของนักวิชาการสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 19(1), 149-160.

12. ดัชนีวรรณ สัตย์ธรรม และชนะพล ศรีฤาชา. (2562). บรรยากาศองค์การและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามเกณฑ์คุณภาพและผลงานบริการปฐมภูมิของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดชัยภูมิ. **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.** 12(1), 41-50.

13. ศุมาลิณ ดีจันทร์ และประจักร บัวผัน. (2562). แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานแพทย์แผนไทยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเลย. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 19(2), 166-176.

14. พัทธ์ชนก พุทธมนต์สิงห์ และคณะ. (2562). ปัจจัยแห่งความสำเร็จและการสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการดำเนินงานโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลติดดาวตามการรับรู้ของเจ้าหน้าที่สารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดบุรีรัมย์. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 19(3), 120-130.

15. ทวีเลิศ ชายงาม และคณะ. (2561). บรรยากาศองค์การและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการปฏิบัติงานของทีมหมอครอบครัวระดับตำบลในจังหวัดหนองบัวลำภู. **วารสารวิจัย มข. (ฉบับบัณฑิตศึกษา)**, 18(3), 124-135.

16. นพรัตน์ เสนาฮาด และประจักร บัวผัน. (2562). ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของบุคลากรสาธารณสุขในการพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดกาฬสินธุ์. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**, 12(1), 597-607.

ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

Knowledge, Attitude and Behavior on Using *Andrographis paniculata* (Burm.f.) among Thaksin University Students, Phatthalung Campus

เขมิกา ขุนเพ็ชร์[1]ตัสนีม จาเงาะ[1] นูรอาซียะห์ ซามะ[1]โนรีซา สะมะแอ[1]พิมพิมล บัวสงค์[1]รอซีดะห์ ดาโอ๊ะ[1]
วิทวัส หมาดอี[2]และกุสุมาลย์ น้อยผา[2*]

Kamiga Khunpech[1]Tasnim Changoh[1]Nurasiyah Sama[1]Noreesa Sama-ae[1]Pimpimol Buasong[1]Roseedah Da-oh[1] Wittawat Marde[2] and Kusumarn Noipha[2*]

(Received: September 17,2020; Accepted: October 28,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 และเปรียบเทียบความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรการป้องกันโรคโควิด-19 จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัยคือ นิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ในปีการศึกษา 2562 จำนวน 384 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย($\overline{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) การทดสอบค่าที (t-test) และความแปรปรวนทางเดียว(One-way ANOVA)

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการใช้ฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\overline{X}$=10.61, S.D.=2.77) มีเจตคติโดยรวมอยู่ในระดับดี ($\overline{X}$=26.71, S.D.=3.46) มีพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับน้อย ($\overline{X}$=1.74, S.D.=1.73) เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างตามปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ และระดับชั้นปีต่างกันมีระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคณะต่างกัน มีความรู้ เจตคติและพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (F=4.501,p=0.000, F=3.833,p=0.001 และF=5.028,p=0.000 ตามลำดับ) และกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การใช้ฟ้าทะลายโจรต่างกันมีความรู้ เจตคติและพฤติกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ0.05 (t=4.317,p=0.000, t=3.151,p=0.002 และt=5.563,p=0.000 ตามลำดับ)

คำสำคัญ : ความรู้ เจตคติ พฤติกรรม ฟ้าทะลายโจร โรคโควิด-19

ABSTRACT

The purposes of this research were to study information about knowledge, attitude and behavior on using *Andrographis paniculata* (Burm.f.) for COVID-19 prevention and to compare level of knowledge,attitude and behavior,classified by personal factors.The sample were 384 of Thaksin University students, Phatthalung Campus in the academic year 2019. The tools used to collect data were questionnaires.Frequency, percentage,average ($\overline{X}$),standard deviation (S.D.),t-test and One-way ANOVA were used to analyze the data.

The result showed moderate level of knowledge ($\overline{X}$ = 10.61, S.D.= 2.77), good level of attitude ($\overline{X}$= 26.71, S.D. = 3.46) and mild level of behavior ($\overline{X}$ = 1.74, S.D.= 1.73) on using *Andrographis paniculata* (Burm.f.) for COVID-19 prevention among Thaksin University students. When compare level of knowledge, attitude and behavior, classified by gender and level of education, there was no statistically significant difference. Students studying in diferent faculties had a significant difference in level of knowledge, attitude and behavior (F=4.501,p=0.000; F=3.833,p=0.001 and F=5.028,p=0.000, respectively). Moreover, there was a significant difference in level of knowledge, attitude and behavior(t=4.317,p=0.000; t=3.151,p=0.002 and t=5.563,p=0.000, respectively) between students who never or ever used *Andrographis paniculata* (Burm.f.)

Key words : Knowledge, Attitude, Behavior, *Andrographis paniculata* (Burm.f.), COVID-19

[1] 1นิสิตสาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง

[2]อาจารย์คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง

*Corresponding author ; Kusumarn.n@hotmail.com

บทนำ

เนื่องจากสถานการณ์การระบาดของโรคโควิด-19 ที่เกิดขึ้นได้แพร่กระจายอย่างรวดเร็วและเป็นวงกว้าง ทำให้มีผู้ติดเชื้อ และเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก โรคโควิด-19 เกิดจากเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 ซึ่งเป็นกลุ่มเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคทางเดินหายใจในคน สามารถแพร่กระจายได้ผ่านทางการไอ จาม สัมผัส น้ำมูก น้ำลาย มีระยะฟักตัว ได้นานถึง 14 วัน โดยผู้ป่วยมักจะมีอาการคล้ายไข้หวัด อาการทางเดินหายใจในผู้ป่วยบางรายโดยเฉพาะผู้สูงอายุอาจมีอาการรุนแรงทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน ปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนป้องกันสำหรับไวรัสชนิดนี้อย่างชัดเจน นักวิทยาศาสตร์ยังเร่งพัฒนา และวิจัยวัคซีนสำหรับป้องกันโรค COVID-19 โดยอาศัยองค์ความรู้ที่ได้จากการระบาดของโรคซาร์ในปี พ.ศ.2546 วัคซีนสำหรับป้องกันโรคโควิด-19 ยังอยู่ในขั้นตอนการพัฒนา ทำให้หลายคนพยายามหาวิธีดูแลป้องกันตนเอง และป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น โดยการสวมใส่หน้ากากอนามัย ล้างมือด้วยเจลแอลกอฮอล์ อีกทั้งยังมีสมุนไพรฟ้าทะลายโจรที่ได้รับความสนใจจากนักวิจัย เพื่อนำไปใช้ในการป้องกันและร่วมรักษาCOVID-19[1]

ฟ้าทะลายโจรมีชื่อทางวิทยาศาสตร์ : *paniculata* (Burm.f.) วงศ์ : *Acanthaceae* ฟ้าทะลายโจรเป็นพืชล้มลุก สูงประมาณ 30-60 ซม. ใบเดี่ยวเรียงตรงข้าม ขอบใบเรียบหรือเป็นคลื่นเล็กน้อย ดอกออกเป็นช่อใหญ่ที่ปลายกิ่งและซอกใบ ช่อโปร่งยาว 5-30 ซม. ดอกย่อยขนาดเล็กดอกสีขาวแกมม่วงมีขนกลีบเลี้ยงโคนติดกัน ผลเป็นฝัก รูปทรงกระบอก สีเขียวอมน้ำตาลปลายแหลม เมื่อผลแก่จะแตกดีดเมล็ดออกมามีเมล็ด 8-14 เมล็ด ขนาดเล็กสีน้ำตาลแดง ใช้เมล็ดขยายพันธุ์ ฟ้าทะลายโจรจัดเป็นสมุนไพรท้องถิ่นในประเทศแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เช่น อินเดีย จีน ศรีลังกา และไทย ถูกใช้กันอย่างแพร่หลาย โดยนิยมนำส่วนของใบ และลำต้นใต้ดินมาทำเป็นยารักษาโรค ฟ้าทะลายโจรสามรถใช้เป็นยารักษาได้หลายโรค อาทิ แก้ติดเชื้อทำให้ปวดท้อง ท้องเสีย แก้บิด และแก้กระเพาะอักเสบ ลำไส้อักเสบ แก้อาการไอ เจ็บคอ หรือคออักเสบ ต่อมทอนซิลอักเสบ หลอดลมอักเสบ แก้ไข้ทั่วไป เป็นยาขมเจริญอาหาร เป็นต้น[2] ในประเทศไทยได้บรรจุฟ้าทะลายโจรอยู่ในบัญชียาหลักแห่งชาติ ของกระทรวงสาธารณสุข ในหมวดหมู่ยารักษากลุ่มอาการของระบบทางเดินอาหารและระบบทางเดินหายใจ[3] ฟ้าทะลายโจรเป็นที่รู้จักและได้รับการยอมรับเป็นสมุนไพรไทยมานาน รวมถึงมีผู้ทำการศึกษาค้นคว้าวิจัยถึงสรรพคุณยา และได้พบตัวยาสำคัญในส่วนต่างๆ ของฟ้าทะลายโจรอยู่หลายชนิด รวมทั้งสาร Andrographolide ที่มีฤทธิ์เพิ่มภูมิคุ้มกันโรค ต้านการอักเสบ และต้านไวรัสได้ โดยเฉพาะไวรัสในกลุ่มโรคทางเดินหายใจ และมีศักยภาพในการป้องกัน และรักษาโรค SARS2 ไวรัส SARS มีความใกล้เคียงกับไวรัส COVID-19 หรืออีกชื่อคือSARS-CoV-2 กรมการแพทย์แผนไทย และการแพทย์ทางเลือก กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และองค์การเภสัชกรรม ได้มีการศึกษาทำการวิจัยทดลองทางห้องปฏิบัติการเพื่อหายาต้านโควิด-19 พบว่า “สารสกัดฟ้าทะลายโจร” สามารถยับยั้งการเจริญเติบโตของไวรัสในหลอดทดลองได้[4]

มหาวิทยาลัยนอกจากจะมีบทบาทในการศึกษาเพื่อพัฒนาสติปัญญา และทักษะความสามารถของคนแล้ว มหาวิทยาลัยยังมีบทบาทสำคัญต่อการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันโรคให้แก่บุคลากรและนิสิตทุกคน โดยการสร้างและปรับปรุงสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ และทางสังคมให้เอื้อต่อการมีสุขภาพดี สามารถบูรณาการเรื่องสุขภาพเข้ากับกระบวนการเรียนการสอน และการศึกษาวิจัย ให้ฝังลึกอยู่ในวัฒนธรรม โครงสร้าง กระบวนงาน รวมทั้งการเชื่อมโยงการพัฒนามหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพกับการพัฒนาสังคม และชุมชนทั้งในและนอกมหาวิทยาลัย[5] มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง มีหลักสูตรการศึกษาหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็นทางด้านวิทยาศาสตร์ วิทยาการสุขภาพและการกีฬา นิติศาสตร์ พยาบาล เทคโนโลยีและการพัฒนาชุมชน อุตสาหกรรมเกษตรและชีวภาพ และวิศวกรรมศาสตร์ รวมถึงมีความพร้อมของทรัพยากร และสภาพแวดล้อม เหมาะแก่การนำมาศึกษาเปรียบเทียบตามปัจจัยส่วนบุคคล ผลจากการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการส่งเสริมและเพื่อกระตุ้นให้นิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณเข้าถึงสมุนไพรฟ้าทะลายโจรให้เป็นทางเลือกในการรักษา ส่งเสริมให้ผู้ป่วยที่เคยใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจร สามารถนำความรู้ เกี่ยวกับสมุนไพรไปเผยแพร่ต่อได้ และเพิ่มทัศนคติที่ดีต่อการใช้ยาสมุนไพรจึงจะทำให้เกิดการใช้สมุนไพรเพิ่มมากยิ่งขึ้น ดังนั้นเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาวิธีการส่งเสริมและป้องกันสุขภาพให้แก่บุคลากร และ

นิสิตทุกคน ในการประกอบอาชีพ การศึกษาเล่าเรียน และการดำรงชีวิตอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน จึงได้ดำเนินการวิจัยนี้ขึ้น เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

2. เพื่อเปรียบเทียบระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง จำแนกตามเพศ คณะที่กำลังศึกษา ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา และประสบการณ์การใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจร

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey study) โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นครอบคลุมเรื่องความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ศึกษากลุ่มประชากรนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ในปีการศึกษา 2562 จำนวน 384 คน การรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยคณะผู้วิจัยติดต่อกับคณบดีแต่ละคณะในมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการเก็บข้อมูลครั้งแรก คณะผู้วิจัยประชุมร่วมกันเพื่อทำความเข้าใจแบบสอบถาม วิธีการเก็บข้อมูล และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นให้ตรงกัน หรือการเก็บข้อมูลซ้ำ ผู้วิจัยต้องถามกลุ่มตัวอย่างให้แน่ใจว่ายังไม่เคยทำแบบสอบถามนี้มาก่อน ในแต่ละวันคณะผู้วิจัยจะเก็บข้อมูล ประมาณ 20-30 คน ใช้เวลาทั้งหมด 15 วัน การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลหากตอบคำถามไม่ครบถ้วนจะให้แก้ไขทันที เพื่อให้ได้ข้อมูลคำตอบที่ถูกต้อง และครบถ้วนมากที่สุด

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

นิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ในปีการศึกษา 2562 จำนวน 2,526 คน[6] คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Taro Yamane[7] โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 346 คน แต่เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย ผู้วิจัยจึงได้เก็บข้อมูลเพิ่มขึ้นอีกประมาณร้อยละ 10 และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 384 คน โดยกลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร สามารถอ่านและเขียนหนังสือได้ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิเสธการตอบแบบสอบถามให้ครบ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามสร้างโดยคณะผู้วิจัย ประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับชีวสังคม จำนวน 5 ข้อ ประกอบด้วย เพศ คณะที่กำลังศึกษา ชั้นปีที่กำลังศึกษา และประสบการณ์การใช้ฟ้าทะลายโจร

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามเกี่ยวกับความรู้การใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 20 ข้อ แบบปรนัย มี 3 ตัวเลือก ได้แก่ ใช่ ไม่ใช่ ไม่ทราบ โดยใช้ทฤษฎีการแบ่งระดับของ Best,John W[8] ในการแบ่งระดับความรู้ ช่วง 0-6 คะแนน คือ มีความรู้ในระดับต่ำ ช่วง 7-14 คะแนน คือ มีความรู้ในระดับปานกลาง และช่วง 15-20 คะแนน คือ มีความรู้ในระดับสูง

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเกี่ยวกับเจตคติการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 11 ข้อ เป็นแบบมาตรวัดประยุกต์มาจากมาตราวัดแบบ Likert'Scale แบ่งเป็น 3 ระดับ ได้แก่ เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ไม่เห็นด้วย โดยใช้ทฤษฎีการแบ่งระดับของ Best,John W[8] ในการแบ่งระดับเจตคติ ช่วง 11-17 คะแนน คือ เจตคติระดับไม่ดี ช่วง 18-25 คะแนน คือ มีเจตคติระดับปานกลาง และช่วง 26-33 คะแนน คือ มีระดับเจตคติระดับดี

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 จำนวน 6 ข้อ เป็นข้อคำถามแบบมีตัวเลือกให้ตอบ คือ เคยปฏิบัติ ไม่เคยปฏิบัติ โดยใช้ทฤษฎีการแบ่งระดับของ Best,John W[8] ในการแบ่งระดับพฤติกรรม ช่วง 0-2 คะแนน คือ มีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย ช่วง 3-4 คะแนน คือ มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง และช่วง 5-6 คะแนนคือ มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือมีการ ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ในแบบสอบถามได้เท่ากับ 0.925 และหาค่าความเชื่อมั่น

ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในแบบสอบถาม เท่ากับ 0.8 ซึ่งได้จากการนำเครื่องมือไปทดสอบกับคนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยใช้โปแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยใช้สถิติเชิงพรรณนา ประกอบด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และอธิบายความแตกต่างจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลที่ต่างกันกับระดับความรู้ เจตคติ พฤติกรรมการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 โดยใช้การทดสอบค่าที(t-test) การวิเคราะห์ความแปรปรวนทางเดียว (One-way ANOVA) และวิธีการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี Least-significant Difference: LSD

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอโครงการวิจัย เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย และการรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ การบันทึกข้อมูล จะไม่ระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และจะใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากอาสาสมัครในการทำวิจัยด้วยความสมัครใจโดยไม่มีข้อบังคับใดๆ และมีเอกสารยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการวิจัย

การศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น ให้ผลการวิจัยดังนี้

1. ข้อมูลเกี่ยวกับชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีจำนวน 286 คน คิดเป็นร้อยละ 74.5 คณะที่กำลังศึกษาส่วนใหญ่คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อยละ 31.5 ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษาส่วนใหญ่ ชั้นปีที่1 และชั้นปีที่ 2 โดยมีจำนวนเท่ากัน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 26.3 ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างรู้จักสมุนไพรฟ้าทะลายโจร จำนวน 355 คน คิดเป็นร้อยละ 92.4 ส่วนใหญ่ ไม่เคยใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจร 205 คน คิดเป็นร้อยละ 53.4 กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง โดยพิจารณาค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เท่ากับ 10.61 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 2.77

2. กลุ่มตัวอย่างมีเจตคติเกี่ยวกับการรักษาโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับดี โดยพิจารณาค่าเฉลี่ยเท่ากับ 26.71 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 3.46

3. กลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมเกี่ยวกับการรักษาโรคโควิด-19 โดยรวมอยู่ในระดับน้อย โดยพิจารณาค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.74 และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 1.73

4. เปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง จำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคล

ตาราง 1 เปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง จำแนกตามเพศ

ภาพรวม	เพศชาย		เพศหญิง		t	*p*
	$\bar{X}$	*S.D*	$\bar{X}$	*S.D*		
ความรู้	10.82	2.82	10.54	2.76	0.867	0.387
เจตคติ	26.39	3.78	26.82	3.34	-1.002	0.318
พฤติกรรม	1.80	1.83	1.72	1.70	0.39	0.697

*$p < 0.05$

จากตาราง 2 กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกัน มีความรู้ เจตคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 2 เปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง จำแนกตามคณะที่กำลังศึกษา

ภาพรวม	คณะที่กำลังศึกษา	N	Mean	S.D	F	*p*
ความรู้	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา	121	11.51	2.60	4.501*	0.000
	คณะเทคโนโลยีและการพัฒนาชุมชน	49	9.82	2.95		
	คณะอุตสาหกรรมเกษตรและชีวภาพ	15	10.60	2.44		
	คณะวิทยาศาสตร์	118	10.63	2.65		
	คณะวิศวกรรมศาสตร์	15	9.67	2.74		
	คณะนิติศาสตร์	49	9.78	2.62		
	คณะพยาบาลศาสตร์	17	9.53	3.39		
เจตคติ	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา	121	27.58	3.22	3.833*	0.001
	คณะเทคโนโลยีและการพัฒนาชุมชน	49	25.53	4.35		
	คณะอุตสาหกรรมเกษตรและชีวภาพ	15	27.67	3.35		
	คณะวิทยาศาสตร์	118	26.75	3.14		
	คณะวิศวกรรมศาสตร์	15	24.53	2.85		
	คณะนิติศาสตร์	49	26.20	3.54		
	คณะพยาบาลศาสตร์	17	26.12	2.83		
พฤติกรรม	คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา	121	2.41	1.77	5.028*	0.000
	คณะเทคโนโลยีและการพัฒนาชุมชน	49	1.41	1.54		
	คณะอุตสาหกรรมเกษตรและชีวภาพ	15	1.67	1.84		
	คณะวิทยาศาสตร์	118	1.48	1.66		
	คณะวิศวกรรมศาสตร์	15	1.00	0.93		
	คณะนิติศาสตร์	49	1.39	1.80		
	คณะพยาบาลศาสตร์	17	1.35	1.50		

*$p < 0.05$

จากตาราง 3 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีคณะที่กำลังศึกษาต่างกัน มีความรู้ เจตคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เมื่อพบความแตกต่าง ผู้วิจัยใช้วิธีการทดสอบความแตกต่างรายคู่ด้วยวิธี (Least-significant Difference: LSD) แสดงรายละเอียดในตารางต่อไปนี้

ตาราง 4 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ เพื่อเปรียบเทียบความรู้ การใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง จำแนกตามคณะที่กำลังศึกษา

คณะที่กำลังศึกษา	$\bar{X}$	คณะเทคโนโลยีและการพัฒนาชุมชน	คณะอุตสาหกรรมเกษตรและชีวภาพ	คณะวิทยาศาสตร์	คณะวิศวกรรมศาสตร์	คณะนิติศาสตร์	คณะพยาบาลศาสตร์
		9.82	10.60	10.63	9.67	9.78	9.53
คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา	11.51	1.696* (0.000)	0.912 (0.218)	0.885* (0.012)	1.846* (0.013)	1.737* (0.000)	1.983* (0.005)
คณะเทคโนโลยีและการพัฒนาชุมชน	9.82		-0.784 (0.326)	-0.811 (0.078)	0.150 (0.851)	0.041 (0.940)	0.287 (0.706)
คณะอุตสาหกรรมเกษตรและชีวภาพ	10.60			-0.027 (0.971)	0.933 (0.344)	0.824 (0.301)	1.071 (0.264)
คณะวิทยาศาสตร์	10.63				0.960 (0.195)	0.852 (0.064)	1.098 (0.118)
คณะศวกรรมศาสตร์	9.67					-0.109 (0.891)	0.137 (0.886)
คณะนิติศาสตร์	9.78						0.246 (0.746)

*p < 0.05

จากตารางที่ 4 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาในคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มีความรู้ในการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 แตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาในคณะเทคโนโลยีและการพัฒนาชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ และคณะพยาบาลศาสตร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 5 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ เพื่อเปรียบเทียบเจตคติ การใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง จำแนกตามคณะที่กำลังศึกษา

คณะที่กำลังศึกษา	$\bar{X}$	คณะเทคโนโลยีและการพัฒนาชุมชน	คณะอุตสาหกรรมเกษตรและชีวภาพ	คณะวิทยาศาสตร์	คณะวิศวกรรมศาสตร์	คณะนิติศาสตร์	คณะพยาบาลศาสตร์
		25.53	27.67	26.75	24.53	26.20	26.12
คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา	27.58	2.048* (0.000)	-0.088 (0.924)	0.824 (0.060)	3.045* (0.001)	1.374* (0.017)	1.461 (0.096)
คณะเทคโนโลยีและการพัฒนาชุมชน	25.53		-2.136* (0.033)	-1.224* (0.034)	0.997 (0.318)	-0.673 (0.325)	-0.587 (0.538)
คณะอุตสาหกรรมเกษตรและชีวภาพ	27.67			0.912 (0.326)	3.133* (0.012)	1.463 (0.144)	1.549 (0.197)
คณะวิทยาศาสตร์	26.75				2.221* (0.017)	0.550 (0.339)	0.637 (0.468)
คณะวิศวกรรมศาสตร์	24.53					-1.671 (0.095)	-1.584 (0.187)
คณะนิติศาสตร์	26.20						0.086 (0.928)

*$p < 0.05$

จากตาราง 5 พบว่า เจตคติในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มีเจตคติแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างคณะเทคโนโลยีและการพัฒนาชุมชน วิศวกรรมศาสตร์และคณะนิติศาสตร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มตัวอย่างคณะเทคโนโลยีและการพัฒนาชุมชน มีเจตคติแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างคณะอุตสาหกรรมเกษตรและชีวภาพและคณะวิทยาศาสตร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มตัวอย่างคณะอุตสาหกรรมเกษตรและชีวภาพ มีเจตคติแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างคณะวิศวกรรมศาสตร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 กลุ่มตัวอย่างคณะวิทยาศาสตร์ มีเจตคติแตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างคณะวิศวกรรมศาสตร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 6 การทดสอบความแตกต่างรายคู่ เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรม การใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง จำแนกตามคณะที่กำลังศึกษา

คณะที่กำลังศึกษา	$\bar{X}$	คณะเทคโนโลยีและการพัฒนาชุมชน	คณะอุตสาหกรรมเกษตรและชีวภาพ	คณะวิทยาศาสตร์	คณะวิศวกรรมศาสตร์	คณะนิติศาสตร์	คณะพยาบาลศาสตร์
		1.41	1.67	1.48	1.00	1.39	1.35
คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา	2.41	1.005* (0.000)	0.747 (0.105)	0.930* (0.000)	1.413* (0.002)	1.025* (0.000)	1.060* (0.015)
คณะเทคโนโลยีและการพัฒนาชุมชน	1.41		-0.259 (0.602)	-0.075 (0.793)	0.408 (0.410)	0.020 (0.952)	0.055 (0.907)
คณะอุตสาหกรรมเกษตรและชีวภาพ	1.67			0.184 (0.690)	0.667 (0.277)	0.279 (0.574)	0.314 (0.598)
คณะวิทยาศาสตร์	1.48				0.483 (0.294)	0.095 (0.738)	0.130 (0.765)
คณะวิศวกรรมศาสตร์	1.00					-0.388 (0.434)	-0.353 (0.553)
คณะนิติศาสตร์	1.39						0.035 (0.941)

*$p < 0.05$

จากตาราง 6 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 แตกต่างกับกลุ่มตัวอย่างคณะเทคโนโลยีและการพัฒนาชุมชน คณะวิทยาศาสตร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ คณะนิติศาสตร์ และคณะพยาบาลศาสตร์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตาราง 7 เปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง จำแนกตามระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา

ภาพรวม	ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา	N	Mean	S.D	F	*p*
ความรู้	ชั้นปีที่ 1	101	10.62	2.61	0.887	0.448
	ชั้นปีที่ 2	101	10.29	2.72		
	ชั้นปีที่ 3	93	10.61	2.79		
	ชั้นปีที่ 4	89	10.94	2.99		
เจตคติ	ชั้นปีที่ 1	101	27.07	3.34	1.201	0.309
	ชั้นปีที่ 2	101	26.19	3.48		
	ชั้นปีที่ 3	93	26.87	3.34		
	ชั้นปีที่ 4	89	26.72	3.65		

ตาราง 7 เปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง จำแนกตามระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา

ภาพรวม	ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา	N	Mean	S.D	F	*p*
พฤติกรรม	ชั้นปีที่ 1	101	1.81	1.71	0.932	0.425
	ชั้นปีที่ 2	101	1.68	1.82		
	ชั้นปีที่ 3	93	1.53	1.56		
	ชั้นปีที่ 4	89	1.93	1.81		

*$p < 0.05$

จากตาราง 7 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับชั้นปีที่กำลังศึกษาต่างกันมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 8 เปรียบเทียบความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง จำแนกตามประสบการณ์การใช้ฟ้าทะลายโจร

ภาพรวม	เคยใช้		ไม่เคยใช้		t	*p*
	$\bar{X}$	*S.D*	$\bar{X}$	*S.D*		
ความรู้	11.25	2.50	10.05	2.88	4.317*	0.000
เจตคติ	27.30	3.35	26.20	3.47	3.151*	0.002
พฤติกรรม	2.26	2.02	1.28	1.27	5.563*	0.000

*$p < 0.05$

จากตาราง 8 พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรที่ต่างกัน มีความรู้ เจตคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและการอภิปรายผล

จากการศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้การใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งอยู่ในระดับปานกลาง ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างยังคงมีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19ยังไม่ครอบคลุมทุกแนวคิด เป็นเพราะความรู้ดังกล่าวเป็นความรู้เฉพาะ อีกส่วนหนึ่งขึ้นอยู่กับข้อมูล ข้อเท็จจริง ประสบการณ์การการค้นคว้า บางคนอาจมีความรู้มาก หรือบางคนอาจมีความรู้น้อย ซึ่งขึ้นอยู่กับการศึกษา ค้นคว้าข้อมูล รวมทั้งความเชื่อและประสบการณ์ของ แต่ละบุคคล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ กฤติเดช มิ่งไม้ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาสมุนไพรอยู่ในระดับปานกลาง[9]

เมื่อพิจารณาเจตคติการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งอยู่ในระดับดี การมีทัศนคติที่ดี ซึ่งหมายถึง กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยกับข้อความทางบวก แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสนใจ มีความคิดเห็น และมุมมองแนวคิดที่ดี รวมถึงการส่งเสริม การสนับสนุนการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปัทมา ศิริวรรณ ที่มีการศึกษาในด้านทัศนคติต่อการใช้ยาสมุนไพรของผู้รับบริการ พบว่า กลุ่มตัวอย่าง

เห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุด คือ สนับสนุนให้มีการใช้ยาสมุนไพรในการรักษาโรค[10]

เมื่อพิจารณาพฤติกรรมการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ซึ่งอยู่ในระดับน้อย อาจเป็นเพราะว่าพฤติกรรมนี้ค่อนข้างที่จะมีน้อยหรือไม่มีเลยเนื่องจากเป็นโรคที่ใหม่กลุ่มตัวอย่างต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจ และความใส่ใจในการติดตามข่าวสารในการป้องกันดูแลสุขภาพ มาใช้ในการปฏิบัติ ซึ่งในสภาวะที่ร่างกายปกตินั้น กลุ่มตัวอย่างอาจจะไม่ค่อยมีพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพหรือการติดตามข่าวสารจนเมื่อเกิดการเจ็บป่วยขึ้นจึงเกิดการเปลี่ยนแปลงในการป้องกันตนเอง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโรเซนต๊อค อ้างถึงในประนอม นพคุณ ที่กล่าวว่า การที่บุคคลจะแสดงพฤติกรรมอย่างใดอย่างหนึ่งเพื่อการป้องกัน บุคคลนั้นจะต้องมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรค จะผลักดันให้บุคคลหลีกเลี่ยงจากภาวะคุกคามของโรค โดยการเลือกปฏิบัติเป็นทางออกที่ดีที่สุด[11]

เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างระหว่างเพศกับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ในภาพรวมไม่แตกต่างกัน อาจเป็นเพราะว่าเพศชายและเพศหญิงมีพื้นฐานในการดำรงชีวิตเหมือนกันและมีวิธีการดูแลสุขภาพที่มีความคล้ายคลึงกัน จึงทำให้ความแตกต่างทางเพศไม่มีผลต่อระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวรพงษ์ วิชาญ และคณะ ที่มีผลว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีเพศต่างกัน มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน[12] และสอดคล้องกับการศึกษาของสุกิจ ไชยชมพู และคณะ ที่มีผลว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีเพศแตกต่างกันมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคไม่แตกต่างกัน[13]

กลุ่มตัวอย่างที่มีคณะที่กำลังศึกษาต่างกัน มีความรู้ เจตคติและพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ในภาพรวมแตกต่างกัน โดยจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาในคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มีค่าเฉลี่ยของความรู้มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาในคณะอื่นๆ อาจเป็นเพราะว่าคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬามีหลักสูตรสาขาวิชาการแพทย์แผนไทยซึ่งมีการศึกษาเกี่ยวกับสมุนไพรในการรักษาโรคต่างๆ และให้ความตระหนักเกี่ยวกับสมุนไพรในการรักษาโรค ทำให้เกิดความรู้ และให้ความสนใจ รวมถึงการสืบค้นข้อมูล ข่าวสารความรู้รอบตัวใหม่ๆ ซึ่งหนึ่งในกลุ่มตัวอย่างสาขานี้จึงทำให้คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬามีความรู้ในระดับที่สูงกว่า หรือแตกต่างเมื่อเปรียบเทียบกับคณะอื่นๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ซิมบาร์โด และคณะ[14] กล่าวว่า การที่จะให้บุคคลเกิดการยอมรับกับสิ่งใดจำเป็นต้องให้บุคคลนั้นมีความรู้ ความเข้าใจก่อน ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาคณะต่างกัน มีเจตคติเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19ต่างกัน โดยจะเห็นว่าคณะอุตสาหกรรมเกษตรและชีวภาพ และคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬาที่ไม่มีความแตกต่างกันทางสถิติ มีค่าเฉลี่ยของเจตคติสูงกว่าคณะอื่นๆ อาจเกิดจากกลุ่มตัวอย่างมีคณะต่างกัน มีประสบการณ์ ความรู้ ความเข้าใจที่ต่างกันซึ่งส่งผลต่อเจตคติ สอดคล้องกับการศึกษาของ ภัทราวลี กระแสร์ และกัญญภัทร นิธิศวราภากุล พบว่านักศึกษาในคณะต่างกันมีปัญหาความต้องการ ความเชื่อมั่นในตนเองและเจตคติที่มีต่อวิชาภาษาอังกฤษไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[15] ส่วนกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาคณะต่างกันมีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ต่างกันโดยจะเห็นว่ากลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาในคณะวิทยาการ

สุขภาพและการกีฬา มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาในคณะอื่นๆ อาจเป็นเพราะว่าคณะนี้มีหลักสูตรแพทย์แผนไทย ที่มีความรู้เฉพาะด้านเกี่ยวกับสมุนไพรการรักษาโรค หรืออาจเกิดขึ้นจากกลุ่มตัวอย่างที่มีคณะต่างกัน ต่างตัดสินใจในการเลือกปฏิบัติในการป้องกันโรคของตนเอง ตามความรู้ ตามความเข้าใจ ตามเจตคติของตัวเอง ทำให้มีพฤติกรรมการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในป้องกันโรคโควิด-19 เมื่อเปรียบเทียบกับคณะอื่นๆแตกต่างกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกิจ ไชยชมภู และคณะ ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชนในเขต 11 กระทรวงสาธารณสุข พบว่าทัศนคติมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05[13] ซึ่งจะเห็นได้ว่าทัศนคติเป็นปัจจัยภายในที่เป็นแรงกระตุ้นให้บุคคลแสดงพฤติกรรมเช่นกัน

กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับชั้นปีที่กำลังศึกษาต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องมาจากการที่กลุ่มตัวอย่างในแต่ละระดับชั้นปี ต่างมีอายุที่ใกล้เคียงกัน ต่างมีความสนใจ มีประสบการณ์ และพฤติกรรมไม่แตกต่างกัน กระบวนการตัดสินใจจึงเป็นไปในทางเดียวกัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของญาดา เรียมริมมะดัน พบว่า ผู้ป่วยทั่วไปที่มีอายุต่างกัน มีความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยวิธีทางการแพทย์แผนไทยในภาพรวมไม่แตกต่างกัน[16]

กลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์การใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรที่ต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 แตกต่างกัน โดยจะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างที่เคยใช้ฟ้าทะลายโจรมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรม มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่เคยใช้ฟ้าทะลายโจร เป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรรักษาโรค ต้องเกิดจากความสนใจ มีการเรียนรู้และเกิดประสบการณ์ทำให้ มีระดับความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมต่อการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรมากกว่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปุญญพัฒน์ ไชยเมล์ และคณะ ที่พบว่า ผู้ที่ปลูกสมุนไพรในครัวเรือนมีโอกาสใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้นประมาณ 2 เท่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ปลูกสมุนไพรในครัวเรือน[17] และการศึกษาของสุกิจ ไชยชมพู และคณะ ที่พบว่า แหล่งสมุนไพรที่นำมาใช้ได้สะดวก และการใช้สมุนไพรในชีวิตประจำวันมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรค[13]

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าจากการศึกษาความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ ในด้านความรู้โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านเจตคติโดยรวมอยู่ในระดับดี ด้านพฤติกรรมโดยรวมอยู่ในระดับน้อย และเมื่อจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศ และระดับชั้นปีต่างกัน มีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ในภาพรวมไม่แตกต่างกัน กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาคณะต่างกันมีความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมแตกต่างกัน และกลุ่มตัวอย่างที่มีประสบการณ์การใช้ฟ้าทะลายโจรที่ต่างกันมีความรู้เจตคติและพฤติกรรมแตกต่างกัน

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากงานวิจัยเรื่องความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการใช้สมุนไพรฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง เป็นงานวิจัยที่หาข้อมูลสนับสนุนได้ค่อนข้างยาก เนื่องจากเป็นงานวิจัยเกี่ยวกับโรคระบาดอุบัติใหม่ ดังนั้นเนื้อหาเกี่ยวกับการใช้ฟ้าทะลายโจรในการป้องกันโรคโควิด-19 มีค่อนข้างน้อย จึงทำให้งานวิจัยนี้ไม่สมบูรณ์เท่าที่ควรจะเป็น

จากข้อมูลการวิจัยที่ได้จากการศึกษานี้ สามารถสรุปได้ถึงระดับความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการใช้

สมุนไพรฟ้าทะลายโจรของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ว่าจัดอยู่ในระดับใด การเห็นความสำคัญและให้ความสนใจกับสมุนไพรฟ้าทะลายโจรมากน้อยเพียงใด ซึ่งอาจจะเป็นเป็นประโยชน์ต่อผู้ศึกษาไม่มากก็น้อย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนจากคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา สาขาวิชาการแพทย์แผนไทย มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ขอขอบคุณ ผศ. ปรีดาภรณ์ กาญจนสำราญวงศ์ ที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการใช้สถิติในการวิเคราะห์ข้อมูล และขอขอบคุณนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ที่ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถามงานวิจัยในครั้งนี้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.สุรัยยา หมานมานะ , โสภณ เอี่ยมศิริถาวร, และสุมนมาลย์ อุทยมฤล. “โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ”. **วารสารสถาบันบำราศนราดูร.** 2563,14(2):6

2.ธนโชติ ธรรมชาติ. **ฟ้าทะลายโจร.** ศูนย์ปฏิบัติการวิจัยและเรือนปลูกพืชทดลอง มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์ วิทยาเขตกำแพงแสน. 2562.

3.ระกาศคณะกรรมการพัฒนาระบบยาแห่งชาติ เรื่อง บัญชียาหลักแห่งชาติ พ.ศ. 2556 ประกาศ ณ วันที่ 7 สิงหาคม พ.ศ. 2556. ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่30 กันยายน 2556.

4.นพมาศ สุนทรเจริญนนท์. **ฟ้าทะลายโจร สามารถนำมาใช้ในสถานการณ์ COVID-19 ระบาดได้จริงหรือ.** วิทยาลัยเภสัชกรรมสมุนไพรแห่งประเทศไทย ที่ปรึกษาสำนักงานข้อมูลสมุนไพร คณะเภสัชศาสตร์ มหิดล. 2563.

5.พนัส พฤกษ์สุนันท์. **มหาวิทยาลัยส่งเสริมสุขภาพ**. [สืบค้นเมื่อ 20 เม.ย 2562]. จาก; http: //hc4rb.anamai.moph.go.th.

6.ระบบงานทะเบียนนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ. **สถิตินิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ ประจำปีการศึกษา 2562 (ภาพรวม)**. [สืบค้นเมื่อ 20 เม.ย 2563]. จาก; http: // enroll.tsu.ac.th/public/news.jsp.

7.Yamane, T. *Statistic :* **Introductory Analysis**. Harper International Edition, Tokyo, Japan. 1973.

8.Best, John.W. 1977. **Research in Education**. 3rd.ed., Englewood Cliffs., New Jersey, Prenticel-Holl,Inc.

9.กฤติเดช มิ่งไม้. “ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของผู้สูงอายุที่มีโรคเรื้อรังในอำเภอท่าเรือ จังหวัด พระนครศรีอยุธยา”. **วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยราชภัฏนครศรีธรรมราช.** 2560;36(2) : 65.

10.ปัทมา ศิริวรรณ. **ความรู้ทัศนคติการรับรู้ และการใช้ยาสมุนไพรของผู้ให้บริการและผู้รับบริการใน โรงพยาบาลแม่ทา อำเภอแม่ทา จังหวัดลำพูน.** [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. [ปทุมธานี]: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์. 2559.

11.ประนอม นพคุณ. **ผลของการสอนด้วยสื่อประสมต่อความเชื่อด้านสุขภาพและการปฏิบัติในการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในผู้ป่วยวัณโรคปอด.** [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. [เชียงใหม่]: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. 2551.

12.วรพงษ์ วิชาญ, ชัยชัช จันทร์สมุด. “ความรู้ เจตคติและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์”. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 2563; 13(1):74.

13.สุกิจ ไชยชมภู, พูนสุข ช่วยทอง, วิราสิริรี์ วสีวีรสิวี์, และสุนันท์ ศลโกสุม. **“**ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรคของประชาชน ในเขต 11 กระทรวงสาธารณสุข”. **วารสารเกื้อการุณย์.** 2555; 19(2):60-74.

14.Zimbardo, Philip : Ebbesen, Ebbe B : andChrisitna Naskasg. **influencing Attitudes and changing Behavior.** California : Addison Wesley Pbulih Company. 1977.

15.ภัทราวลี กระแสร์ และกัญณภัทร นิธิศวราภากุล. “การศึกษาปัญหา ความต้องการ ความเชื่อมั่นในตนเอง และเจตคติที่มีต่อวิชาภาษาอังกฤษของนักศึกษาระดับปริญญาตรีชั้นปีที่ 1 มหาวิทยาลัยราชภัฏพระนคร”. **วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร**. 2557;7(1) : 41.

16.ญาดา เรียมริมมะดัน. **“แนวทางการพัฒนาความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการรักษาด้วยวิธีการแพทย์แผนไทย ในโรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร จังหวัดปราจีนบุรี”**. [วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต]. [ฉะเชิงเทรา] :มหาวิทยาลัยราชภัฏราชนครินทร์. 2556.

17.ปุญญพัฒน์ ไชยเมล์, ตั้ม บุญรอด, และวิชชาดา สิมลา. “ปัจจัยที่มีผลต่อการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น**”. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา.** 2557; 7:25-37.

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงาม ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

Personal Factors Related to Knowledge, Attitude and Behavior on *Curcuma longca* Products use for Health and Beauty of Thaksin University Student, Phatthalung Campus

นุจรี สุวาหลำ[1] อธิติยา สุภาพ[1] อรปรียา แสงเดือน[1] อัศณีย์ นพรัตน์[1] วิทวัส หมาดอี[2]
และ กุสุมาลย์ น้อยผา[2]
Nudjaree suvalam[1], Athitiya Suphap[1], Onpreeya Sangduean[1], Oatsani Noppharat[1],
Wittawat Marde[2] and Kusumarn Noipha[2]

(Received: September 18,2020; Accepted: October 29,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีรูปแบบเชิงสำรวจ 1) เพื่อศึกษาระดับของความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงามและ 2) เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงามของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง กลุ่มตัวอย่างคือ นิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง จำนวน 384 คน โดยการสุ่มตัวอย่างแบบง่าย การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ในเดือนเมษายน-มิถุนายน พ.ศ. 2563 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แบบสำรวจข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ได้แก่

ค่าร้อยละ ค่าความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติไคสแควร์ (Chi-square) ผลวิจัยพบว่า 1) นิสิตมีความรู้อยู่ในเกณฑ์สูง ($\overline{X}$ = 36.92, S.D. = 0.29) เจตคติอยู่ในเกณฑ์สูง ($\overline{X}$ = 58.78, S.D. = 0.36) และพฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์สูง ($\overline{X}$ = 125.69, S.D. = 0.398) ในการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงาม 2) ปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อความรู้ (Chi-square = 0.972, p = 0.018) และเจตคติ (Chi-square = 0.951, p = 0.005) แต่ไม่มีความสัมพันธ์ต่อพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงาม (Chi-square = 0.998, p = 0.929)

คำสำคัญ: ความรู้ เจตคติ พฤติกรรม ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชัน สุขภาพความงาม

Abstract

The objectives of survey research were 1) to study the level of knowledge, attitude and behavior in *Curcuma longca* products use for health and beauty and 2) to study personal factors related to knowledge, attitude and behavior on *Curcuma longca* products use for health and beauty of Thaksin university student, Phatthalung campus. 384 samples were collected by simples sampling and answered the questionnaires during April-June 2020. Research tools were questionnaires including general information and knowledge, attitude, behavior in *Curcuma longca* products use for health and beauty. Data were analyzed by using descriptive statistics such as percentage, frequency, mean, standard deviation and chi-square. The results showed that 1(high criterion of students have knowledge)$\overline{X}$ = 36.92, S.D. = 0.29(, high criterion of attitude ($\overline{X}$ = 58.78, S.D. = 0.36(and high criterion of behavior)$\overline{X}$ = 125.69, S.D. = 0.398) in *Curcuma longa* products for health and beauty. (2 Personal factors showed positive correlated to knowledge)Chi-square = 0.972, p = 0.01 (8and attitude)Chi-square =0. 951, p = 0.005) but no correlated to behavior in *Curcuma longa* products for health and beauty)Chi-square = 0.998, p = 0.929(.

Keywords: knowledge , attitude , behavior , Curcuma longa products, health beauty.

[1] 1นิสิตสาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง
2อาจารย์คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง
*Corresponding author ; Kusumarn.n@hotmail.com

บทนำ

สถานะทางสุขภาพของคนในสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ดังจะเห็นได้จากจำนวนผู้ป่วยโรคต่างๆ อันมีเหตุปัจจัย มาจากพฤติกรรมสุขภาพที่เป็นผลมาจากพฤติกรรมการไม่ได้ออกกำลังกาย ความเครียด การบริโภคอาหารไม่เป็นเวลา ไม่เป็นประโยชน์หรือปนเปื้อนด้วยสารพิษ ร่างกายเสื่อมโทรม ผิวพรรณหม่นหมอง ไม่ผ่องใส ทำให้เรื่องสุขภาพและความงามเข้ามาจากสังคมภายนอก ก็ยิ่งทำให้ธุรกิจการเสริมความงามและบุคลิก เติบโตอย่างต่อเนื่อง ควบคู่ไปกับธุรกิจด้านสุขภาพ จนทำให้ในปัจจุบันสุขภาพและความสวยงามกลายเป็นเรื่องเดียวกัน ดังจะเห็นได้จากคนในสังคมเมืองมีความตระหนัก ความกังวลและการให้ความสำคัญกับเรื่องสุขภาพความสวยความงามของร่างกายเป็นอย่างมาก กระแสความสนใจในเรื่องของการใส่ใจดูแลสุขภาพและความงามยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องและการที่เทรนสุขภาพ ความงามยังคงได้รับความนิยม ทำให้หลายธุรกิจที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความงามยังคงเติบโตเพิ่มขึ้นต่อไปด้วย อาทิ เครื่องสำอางและครีมบำรุงผิว วิตามินและผลิตภัณฑ์อาหารเสริม การบริการดูแลสุขภาพจากภายนอกและภายใน

ในปัจจุบันความต้องการใช้ผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสมุนไพรเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วทั้งในด้านการนำมาใช้เพื่อสร้างเสริมสุขภาพและด้านการแปรรูปเพื่อเพิ่มมูลค่าของสมุนไพร สำหรับตอบสนองความต้องการใช้ประโยชน์ที่หลากหลายผล การสำรวจในปี 2558 พบว่าตลาดโลกด้านผลิตภัณฑ์สมุนไพรเสริมอาหารและการรักษาด้วยสมุนไพร มีมูลค่าเท่ากับ 115,000 ล้านเหรียญสหรัฐ [1] และจากการกำหนดให้มียุทธศาสตร์เชิงรุกในการยกระดับสุขภาพและความเป็นอยู่ของประชาชนโดยการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนั้นอาจส่งผลให้มีความต้องการใช้ผลิตภัณฑ์ธรรมชาติและผลิตภัณฑ์สุขภาพจากสมุนไพรเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องจึงคาดการณ์ว่าภายในปี 2567 แนวโน้มของมูลค่าทางการตลาดจะมีมูลค่าสูงถึง 140,000 ล้านเหรียญสหรัฐ [2]

สมุนไพรขมิ้นชันมีการนำมาแปรรูปหรือ นำมาเป็นส่วนผสมในผลิตภัณฑ์ต่าง ๆ มากมาย ซึ่งจะเป็นการเพิ่มมูลค่าของขมิ้นชันให้สูงขึ้นโดยการแปรรูปขมิ้นชันจากเหง้าสดในขั้นต้นนั้นจะมีอยู่ 3 แบบคือ 1) การทำขมิ้นชันแห้ง หากต้องการเก็บไว้นานๆ 2) การทำขมิ้นชันบรรจุถุงขายหรือนำไปแปรรูปต่อเป็นผลิตภัณฑ์ต่างๆ เช่น เป็นส่วนผสมในเครื่องสำอาง ครีมทาผิว ขัดผิว พอกหน้า สบู่ โลชั่น และ ลูกประคบหรือนำไปบรรจุเป็นแคปซูลขายใช้ในทางการแพทย์ บำบัดรักษาโรค หรือเป็นผลิตภัณฑ์เสริมอาหารเป็นต้น 3) การสกัดน้ำมันหอมระเหยสามารถนำไปแปรรูปหรือนำไปเป็นส่วนผสมในผลิตภัณฑ์ต่างๆต่อได้อีก เช่น ยากันยุง สบู่ และครีมบำรุงผิว หรือนำไปทำเป็นโลชันทาแก้ผื่นคัน เป็นต้น ขมิ้นชันเป็นสมุนไพรที่มีคุณประโยชน์และสรรพคุณมากมายและอยู่คู่กับวิถีชีวิตของคนไทยมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน คนสมัยก่อนจะใช้ขมิ้นชันทาเพื่อฆ่าเชื้อแทนการใช้สบู่ ทาเพื่อรักษาแผล แก้แมลงสัตว์กัดต่อย ใช้ถูตัวตอนอาบน้ำเพื่อให้ผิวพรรณดูเนียน เรียบสวยงาม ใช้ผสมกับน้ำกินแก้ท้องอืด ท้องเฟ้อและผสมในอาหารให้ดูสีสันสวยงาม [3]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจอย่างยิ่งที่จะศึกษาถึงปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงามของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง เนื่องจากกระแสความต้องการของตลาดสมุนไพรที่กำลังมาในปัจจุบันและการใช้ประโยชน์จากสมุนไพรมาพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์เพื่อเพิ่มมูลค่า มีการให้ความสนใจในเรื่องสุขภาพและความงามอย่างต่อเนื่องและการใช้สมุนไพรเป็นอีกหนึ่งทางเลือกหนึ่งของคนรักสุขภาพ เพราะไม่มีส่วนผสมจากสารเคมีที่ก่อให้เกิดอันตรายต่อสุขภาพและผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันก็ยังเป็นที่นิยมที่มีการเลือกใช้มากในปัจจุบัน นอกจากนี้ยังสามารถนำผลการวิจัยไปใช้ทางการตลาดสำหรับธุรกิจผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันต่างๆ หรือนำไปใช้เป็นข้อมูลสำหรับกระตุ้น หรือรณรงค์เศรษฐกิจ การใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงามเพิ่มยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับของความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงามของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

2. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงามของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

วิธีการวิจัย

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาระดับของความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงาม และเพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงามของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง โดยกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้คือนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง โดยใช้แบบสอบถามเป็นเครื่องมือในการเก็บข้อมูลโดยกำหนดรูปแบบการศึกษาไว้ ดังนี้

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ คือ นิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณวิทยาเขตพัทลุง ในปีการศึกษา 2562 จำนวน 7 คณะ ได้แก่ คณะเทคโนโลยีและการพัฒนาชุมชน คณะนิติศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา คณะวิทยาศาสตร์ คณะวิศวกรรมศาสตร์ คณะอุตสาหกรรมเกษตรและชีวภาพ รวมทั้งสิ้น 2,คน 526 [4]เพราะอยากศึกษากลุ่มวัยรุ่นที่ใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชัน ส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ยน้อยกว่า 25 ปี ซึ่งในปัจจุบันกลุ่มที่ใช้เครื่องสำอางสมุนไพรมีแนวโน้มที่มีอายุน้อยลง โดยเป็นกลุ่มคนรุ่นใหม่และยอมรับเครื่องสำอางสมุนไพรมากขึ้น ซึ่งมีแรงซื้อขายทรงออนไลน์มากกว่า

กลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยมีขั้นตอนการหากลุ่มตัวอย่างดังนี้

1. คำนวณหาขนาดตัวอย่างที่เหมาะสมในการวิจัยโดยใช้สูตรการคำนวณขนาดตัวอย่างของ Taro Yamane (Yamane 1973) โดยมีกลุ่มตัวอย่างประมาณ 346 คน แต่เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย ผู้วิจัยจึงได้เก็บข้อมูลเพิ่มขึ้นอีกประมาณร้อยละ 10 และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 384 คน

2. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยใช้วิธีการสุ่ม)Probability sampling) โดยดำเนินการดังต่อไปนี้

2.1 แบ่งกลุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นภูมิ (Stratified random sampling) โดยแบ่งกลุ่มตัวอย่างของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณวิทยาเขตพัทลุงจำนวน 7 คณะ

2.2 คำนวณหาจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนนิสิตในแต่ละคณะ

2.3 คำนวณหาจำนวนตัวอย่างตามสัดส่วนนิสิตในแต่ละชั้นปี

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของนิสิต ประกอบไปด้วยข้อคำถาม เกี่ยวกับ เพศ คณะที่กำลังศึกษา ระดับชั้นที่กำลังศึกษา รู้จักสมุนไพรขมิ้นชันหรือไม่ การใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของขมิ้นชัน และรูปแบบการใช้ผลิตภัณฑ์ ซึ่งเป็นคำถามแบบ ตรวจสอบรายการ)Check list) และแบบเติมคำตอบ จำนวน ข้อ 6

ส่วนที่ 2แบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงาม จำนวน ข้อ 20เป็นแบบเลือกตอบ คำตอบ คือ ถูก 3 (2 คะแนน) ผิด (0 คะแนน) ไม่ทราบ (1 คะแนน) โดยเกณฑ์การแปลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 26.67 – 40 หมายถึง ความรู้อยู่ในเกณฑ์สูง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 13.34 – 26.66 หมายถึง ความรู้อยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 0 –1 3.33 หมายถึง ความรู้อยู่ในเกณฑ์ต่ำ [6]

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามเจตคติการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงาม จำนวน 21 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 3คำตอบ คือ เห็นด้วย (3 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) ไม่แน่ใจ (1 คะแนน) โดยเกณฑ์การแปลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 50 – 63 หมายถึง เจตคติอยู่ในเกณฑ์สูง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 36 – 49 หมายถึง เจตคติอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 21 – 35 หมายถึง เจตคติอยู่ในเกณฑ์ต่ำ [6]

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงาม จำนวน 38 ข้อ เป็นแบบเลือกตอบ 5 คำตอบ คือ น้อยที่สุด (1 คะแนน) น้อย (2 คะแนน) ปานกลาง (3 คะแนน) มาก (4 คะแนน) มากที่สุด (5 คะแนน) โดยเกณฑ์การแปลคะแนนเฉลี่ย ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 139.4 - 190 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์สูง คะแนนเฉลี่ยระหว่าง 88.7 – 139.3 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์ปานกลาง และคะแนนเฉลี่ยระหว่าง 38 – 88.6 หมายถึง พฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์ต่ำ [6]

ด้วยการหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Index of Item-Objective Congruence: IOC) ในแบบสอบถามได้เท่ากับ 0.96

และหาค่าความเชื่อมั่นได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha Coefficient) ในแบบสอบถาม เท่ากับ 0.8 ซึ่งได้จากการนำเครื่องมือไปทดสอบกับคนที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

สถิติเชิงอนุมาน ได้แก่ สถิติไคสแควร์ (Chi-square)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง โดยนำเสนอโครงการวิจัย เข้ารับการพิจารณาจากคณะกรรมการจริยธรรมในมนุษย์ มหาวิทยาลัยทักษิณ เมื่อได้รับอนุญาตให้ดำเนินการวิจัยแล้ว ผู้วิจัยได้แจ้งวัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย และการรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ การบันทึกข้อมูล จะไม่ระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวม และจะใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น พร้อมทั้งขอความร่วมมือจากอาสาสมัครในการทำวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยไม่มีข้อบังคับใดๆ และมีเอกสารยินยอมเข้าร่วมในการทำวิจัยเป็นลายลักษณ์อักษร

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของนิสิต พบว่า กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามทั้งสิ้นจำนวน คน 384 เป็นเพศหญิง จำนวน 259 คน ร้อยละ 67.4 และเพศชาย จำนวน 125 คน ร้อยละ3 2.6 มากที่สุดเป็นนิสิตคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา จำนวน 121 คน ร้อยละ 31.5 และน้อยที่สุดนิสิตคณะอุตสาหกรรมเกษตรและเทคโนโลยีชีวภาพ จำนวน 15 คน ร้อยละ 3.9ผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุดเป็นนิสิตเป็นนิสิตชั้นปีที่ 2 จำนวน 104 คน ร้อยละ 27.1 และน้อยที่สุดเป็นนิสิตชั้นปีที่ 4จำนวน 88 คน ร้อยละ 22.9นิสิตที่รู้จักขมิ้นชัน จำนวน 359 คน ร้อยละ 93.5 และไม่รู้จักขมิ้นชัน จำนวน 25 คน ร้อยละ 6.5นิสิตเคยใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของขมิ้นชัน จำนวน 204 คน ร้อยละ 53.1 ส่วนใหญ่จะเป็นผลิตภัณฑ์ขมิ้นในรูปแบบครีมบำรุงผิวหน้า

2. ความรู้เกี่ยวกับสมุนไพรขมิ้นชัน พบว่า ความรู้ของนิสิตอยู่ในเกณฑ์สูง ช่วงคะแนน 26.67 – 40 คะแนน จำนวน 363 คน คิดปีนร้อยละ 94.53 ค่าเฉลี่ย) $\bar{x}$ = 36.92) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.29 โดยข้อที่ตอบถูกมากที่สุด คือ ขมิ้นชันสามารถนำมาใช้ทำเป็นผลิตภัณฑ์เครื่องสำอางได้ และขมิ้นชันสามารถนำมาทำเป็นครีมบำรุงผิวช่วยให้กระจ่างใส จำนวน 367 คน ร้อยละ 95.3 ข้อที่ตอบผิดมากที่สุด คือ ขมิ้นชันสามารถนำมารับประทานเป็นยาหรือใช้ประกอบอาหารได้ทุกส่วน จำนวน 37 คน ร้อยละ 9.6 และข้อที่ตอบไม่ทราบมากที่สุด คือ ขมิ้นชันมีชื่อวิทยาศาสตร์ คือ *Curcuma longa* จำนวน 80 คน ร้อยละ 20.8 โดยรวมนิสิตมีความรู้อยู่เกณฑ์สูง ร้อยละ 94.53 มีคะแนนสูงสุด 40 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 17 คะแนน เฉลี่ย) $\bar{x}$ (= 36.92

3. เจตคติเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงาม พบว่า เจตคติอยู่ในเกณฑ์สูง ช่วงคะแนน 50-63 คะแนน จำนวน 335 คน คิดปีนร้อยละ 87.24 ค่าเฉลี่ย) $\bar{x}$ = 58.78) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.36 โดยข้อที่นิสิตตอบเห็นด้วยมากที่สุด คือ นิสิตคิดว่ายาขมิ้นชันชนิดแคปซูลรับประทานได้ง่ายและพกพาสะดวก จำนวน 369 คน ร้อยละ 95.8 ข้อที่ตอบไม่เห็นด้วยมากที่สุด คือ นิสิตคิดว่ายาขมิ้นชันไม่มีผลข้างเคียงใดๆต่อร่างกาย จำนวน 38 คน ร้อยละ 9.9 และข้อที่ตอบไม่แน่ใจมากที่สุด คือ นิสิตคิดว่ายาขมิ้นชันไม่มีผลข้างเคียงใดๆต่อร่างกาย และนิสิตคิดว่าผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนผสมของขมิ้นชันช่วยป้องกันโรคต่างๆ ได้ จำนวน 49 คน ร้อยละ 12.7 โดยรวมนิสิตมีเจตคติอยู่ในเกณฑ์สูง ร้อยละ 87.24 มีคะแนนสูงสุด 63 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 21 คะแนน เฉลี่ย)$\bar{x}$(= 58.78

4. พฤติกรรมในการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงาม พบว่า พฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์เกณฑ์สูง ช่วงคะแนน 139.4-190 คะแนน จำนวน 164 คน คิดปีนร้อยละ 42.70 ค่าเฉลี่ย)$\bar{x}$ = 125.69) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) = 0.398 โดยข้อที่ตอบมากที่สุด คือ นิสิตรับประทานยาขมิ้นชันในรูปแบบยาแคปซูล จำนวน 127 คน ร้อยละ 33.0 ข้อที่ตอบมากคือ นิสิตซื้อยาสมุนไพรที่มีส่วนผสมของขมิ้นชันตามร้านขายยาที่มีเภสัชกรประจำร้าน จำนวน 138 คน ร้อยละ 35.8 ข้อที่ตอบปานกลาง คือ นิสิตใช้ผลิตภัณฑ์อาหารที่มีส่วนผสมของขมิ้นชันบ่อยไหม จำนวน 99 คน ร้อยละ 25.7 ข้อที่ตอบน้อย คือ นิสิตรับประทานยาขมิ้นชันในรูปแบบยาน้ำ จำนวน 110

คน ร้อยละ 28.6 และข้อที่ตอบน้อยที่สุด คือ นิสิตรับประทานยาขมิ้นชันในรูปแบบยาลูกกลอน จำนวน 178 คน ร้อยละ 46.2 โดยรวมนิสิตมีพฤติกรรมอยู่ในเกณฑ์เกณฑ์สูง ร้อยละ 42.70 มีคะแนนสูงสุด 190 คะแนน มีคะแนนต่ำสุด 38 คะแนน เฉลี่ย ($\bar{x}$ = 125.69)

5. ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมในการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงาม

1. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศและประสบการณ์การใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของขมิ้นชัน มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ในการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square = 0.972, p = 0.01(8 ได้จากการทดสอบสมมุติฐานด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square เพราะกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชัน โดยแสดงตามตารางที่ 7

2. ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศและประสบการณ์การใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของขมิ้นชัน มีความสัมพันธ์ต่อเจตคติการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงาม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square = 0.951, p = (0.005 ได้จากการทดสอบสมมุติฐานด้วยสถิติไคสแควร์ (Chi-square เพราะกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีเจตคติอยู่ในระดับมาก เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข่าวสารจากช่องทางต่างๆเกี่ยวกับขมิ้นชัน เพราะสมุนไพรที่ผู้คนส่วนใหญ่นิยมมาทำเป็นผลิตภัณฑ์ต่างๆ โดยแสดงดังตาราง 1

ตาราง 1 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อ ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงาม

ตัวแปรที่ศึกษา	Chi-square	p
ความรู้เกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงาม	0.972	0.018
เจตคติเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงาม	0.951	0.005
พฤติกรรมเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงาม	0.998	0.929

สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการดำเนินการวิจัย สามารถอภิปรายตามวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัยได้ ดังนี้

ด้านความรู้ ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลทางด้านเพศและประสบการณ์การใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของขมิ้นชันมีความสัมพันธ์และสะท้อนกับความรู้ในการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square = 0.972, p = 0.01(8 ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าเพศหญิงมีประสบการณ์ใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของขมิ้นมากกว่าเพศชาย ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ กิริยา ศรีสงคราม (2557) [7] พบว่า นักเรียนระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพภาคปกติ วิทยาลัยเทคโนโลยีภาคตะวันออก จังหวัดชลบุรีที่มีเพศแตกต่างกัน มีระดับความรู้เกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นแตกต่างกัน และรวมถึงสอดคล้องกับการศึกษาของ ณัทธร สุขสีทอง (2558) [8] พบว่า ประสบการณ์การปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความสัมพันธ์กับระดับความรู้ในการตรวจวิเคราะห์ คุณภาพน้ำเบื้องต้น และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ฤทธิรงค์ อัญจะนะและคณะ (2559) [9] พบว่า เพศชายและเพศหญิงมีความรู้เกี่ยวกับการใช้การแพทย์ทางเลือกไม่แตกต่างกัน อาจเนื่องจากเพศชายและเพศหญิงเป็นผู้ที่เคยใช้บริการการแพทย์ทางเลือก จึงทำให้เกิดการเรียนรู้จากมีประสบการณ์ที่เคยใช้การแพทย์ทางเลือกมา และการมีความรู้มากหรือมีความรู้น้อยยังขึ้นอยู่กับความสนใจที่จะแสวงหาและศึกษาค้นคว้าข้อมูล รวมถึงไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนิตตา นิลสดใส (2555) [10] พบว่า เพศไม่มีผลต่อความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบนิเวศของโลก

ด้านเจตคติในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลทางด้านเพศ และประสบการณ์การใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของขมิ้นชันมีความสัมพันธ์และสะท้อนกับเจตคติการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (Chi-square = 0.951, p = 0.005) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างเคยได้รับข่าวสารจากช่องทางต่างๆเกี่ยวกับขมิ้นชัน เพราะสมุนไพรที่

ผู้คนส่วนใหญ่นิยมมาทำเป็นผลิตภัณฑ์ต่างๆ สอดคล้องกับการศึกษา ปฐมพร โพธิ์ถาวรและคณะ)2561) [11] พบว่าปัจจัยด้านเพศ การพักอาศัย การมีคนรัก การดูสื่อด้านเพศสัมพันธ์ การอยู่ตามลำพังกับคนรักมีความสัมพันธ์กับทัศนคติการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างเรียนของผู้ที่จะเข้าเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้รวมถึงสอดคล้องกับการศึกษา ดวงฤดี กิตติจารุดุลย์)2557) [12] พบว่า เพศต่างกันมีความคิดเห็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติและความตระหนักในการบริหารจัดการความเสี่ยง แตกต่างกันนัยทางสถิติที่ระดับ 0.05 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ฤทธิรงค์ อัญจะนะและคณะ)2559) [9] พบว่า มีทัศนคติเกี่ยวกับการใช้การแพทย์ทางเลือกไม่มีความแตกต่างกันอาจเนื่องจากการดูแลสุขภาพของเพศชายกับเพศหญิงทุกช่วงอายุโดยทั่วไปแล้วไม่ต่างกัน คือความต้องการเพื่อให้ตนมีสุขภาพที่ดี และจำเป็นต้องดิ้นรนพ้นจากการเจ็บป่วย และใช้พื้นฐานการดูแลสุขภาพในแบบเดียวกัน การแพทย์ทางเลือกบางประเภทสามารถที่จะนำ ไปปฏิบัติใช้ได้ด้วยตัวเอง และยังนำ ไปใช้ในการรักษาโรคร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบันได้ด้วย จึงส่งผลให้คนไทยมีทัศนคติที่ดีต่อการแพทย์ทางเลือก รวมถึงไม่สอดคล้องกับ ซึ่งสอดคล้อง กับการศึกษาของ วรพงษ์ วิชาญ และคณะ)2563) [13] พบว่า อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ ที่มีเพศต่างกัน มีความรู้และเจตคติเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกไม่แตกต่างกัน

ด้านพฤติกรรม ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์และไม่สะท้อนกับพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ)Chi-square = 0.998, p = 0.929 (ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สุกิจ ไชยชมพู)2555) [14] พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคลด้านเพศ และระดับการศึกษาไม่มีผลต่อพฤติกรรม การใช้สมุนไพรรักษาโรค รวมถึงการศึกษาของ ฤทธิชัย พิมปาและคณะ)2557) [15] พบว่า ปัจจัยด้านเพศไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การใช้ยาสมุนไพรของผู้ป่วยโรคเบาหวาน และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ชนิดา มัททวางกูรและคณะ)2562) [16] พบว่า ประสบการณ์การใช้สมุนไพรมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรในการดูแลสุขภาพตนเองทั้งนี้เนื่องมาจากการสมุนไพรไทยนั้นพบได้ในพืชทั่วไป ซึ่งรวมถึงพืชผักสวนครัว ซึ่งเมื่อมีการเจ็บป่วยเล็กน้อย ก็มักจะมีการใช้พืชสมุนไพรเหล่านั้นในการบำบัดรักษาตนเองเบื้องต้น เมื่อใช้รักษาได้ผลก็จะทำให้เกิดการเรียนรู้ถึงประโยชน์ และรับรู้ว่าสมุนไพรชนิดนั้นใช้รักษาอาการได้ เมื่อมีอาการนั้นอีก ก็จะใช้สมุนไพรชนิดเดิมเข้ามารักษานั้นอีกครั้ง ตามประสบการณ์ที่เคยพบเจอมา รวมถึงไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ ทิพย์วรรณ สุขใจและรุ่ง วัฒนา)2553) [17] พบว่า เพศที่แตกต่างกัน ส่งผลต่อพฤติกรรมการเรียนที่ดีของนักเรียน โดยนักเรียนเพศชายส่งผลต่อพฤติกรรมการเรียนที่ดีมากกว่านักเรียนเพศหญิง ดังนั้นควรที่จะนำไปประยุกต์ใช้ในการเรียนการสอนโดยการจัด กิจกรรมให้สอดคล้องกับพฤติกรรมการเรียนที่ดีของนักเรียนทั้งเพศชายและเพศหญิง

จากผลการศึกษา สามารถสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 67.4 เป็นนิสิตคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา ร้อยละ 31.5 เป็นนิสิตชั้นปีที่ 2 ร้อยละ 27.1 นิสิตที่รู้จักผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของขมิ้นชัน ร้อยละ 93.5 นิสิตเคยใช้ผลิตภัณฑ์ที่มีส่วนผสมของขมิ้นชัน ร้อยละ 53.1 นิสิตจะใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นในรูปแบบครีมบำรุงผิวหน้า นิสิตมีความรู้ เจตคติและพฤติกรรมการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงาม ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง อยู่ในระดับที่สูง จะเห็นได้ว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชันเพื่อสุขภาพและความงาม แต่ยังไม่ครอบคลุมทุกแนวคิด เป็นเพราะความรู้ดังกล่าวอาจจะเป็นความรู้เฉพาะ และบางส่วนขึ้นอยู่กับประสบการณ์ การมีความรู้มากหรือมีความรู้น้อยยังขึ้นอยู่กับความสนใจที่จะแสวงหาและศึกษาค้นคว้าข้อมูลด้วยตนเอง และการมีทัศนคติที่ดี ซึ่งหมายถึง กลุ่มตัวอย่างเห็นด้วย และเห็นด้วยอย่างยิ่งกับข้อความ แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีความสนใจ มีความคิดเห็น และมุมมองแนวคิดที่ดีต่อการใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้นชัน และมีพฤติกรรมที่ดี เป็นเพราะว่ากลุ่มตัวอย่างมีประสบการณ์ในการเลือกใช้หรือนิยมใช้ผลิตภัณฑ์ขมิ้น เพื่อสุขภาพและความงาม

ข้อเสนอแนะ

1. ในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรเปลี่ยนกลุ่มตัวอย่างหรือไปใช้กลุ่มตัวอย่างที่เป็นกลุ่มเสี่ยงหรือกลุ่มตัวอย่าง ที่ไม่ได้เรียนในสายสุขภาพแทน

2. ในการเก็บแบบสอบถามผู้วิจัยต้องเข้าใจตัวแบบสอบถามเป็นอย่างดีและสามารถอธิบายชี้แจง รายละเอียดในข้อคาถามได้ทุกข้อแก่กลุ่มตัวอย่าง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณทุนสนับสนุนการวิจัยจากคณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง และขอขอบคุณ ผู้เข้าร่วมโครงการที่ได้ให้ความร่วมมือในการตอบแบบสอบถาม ทำให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.กระทรวงสาธารณสุขและองค์กรภาครัฐ-เอกชน. แผนแม่บทแห่งชาติว่าด้วยการพัฒนาสมุนไพรไทย ฉบับที่1 พ.ศ. 2560-2564. (พิมพ์ครั้งที่ 2). สมุทรปราการ: บริษัททีเอสอินเตอร์พริ้นท์ จำกัด. 2560.

2. Global Industry Analysts, Inc. Losing Appeal of Chemical Remedies and Growing Conmer Interest in Herbal Medicine and Supplement Drives Market Growth. http: / / www. strategyr vlarketReseardyHerbal Supplements and Remedies NMarket Trends. Asp. 30 April 2020.

3. ชัชวาลย์ ช่างทำ. “คุณประโยชน์และฤทธิ์ทาง ชีวภาพที่หลากหลายของสมุนไพรขมิ้นชัน”. วารสารวิทยาศาสตร์เทคโนโลยีหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ. 2558; 3(2):33-46.

4. ชั้น สุวรรณ และรุ้ง ทอแสง. “ปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการ บริโภคเครื่องสาอางทั่วไปของสมุนไพร”. วารสารการเมืองการบริหารและกฎหมาย.2016; 8(1):293-321.

5. พนธกร เหมะจันทร ณัชชวรรณ์ รัมมะนพ และลภาวัน โลหิตไทย. “ความรู้เจตคติ และพฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรในผู้ป่วยโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง ศูนย์เวชปฏิบัติครอบครัว โรงพยาบาลพระนครศรีอยุธยา”. วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย. 2562; 9(1):87-100.

6. Bloom,Benjamins. Human Characteristics and School Learning. New York: McGraw Hill Book Company. 1976.

7. กิริยา ศรีสงคราม. ความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น: กรณีศึกษานักเรียนวิทยาลัยเทคโนโลยีภาคตะวันออก จังหวัดชลบุรี ในปีการศึกษา 2557.งานนิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรรัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารทั่วไป วิทยาลัยการบริหารรัฐกิจ มหาวิทยาลัยบูรพา. 2557.

8. ฉัทธร สุขสีทง.ปัยจัยที่มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องการตรวจวัดคุณภาพน้ำเบื่องต้นของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านสะลวงนอก อำเภอแม่ริม จังหวัดเชียงใหม่.วารสารการวิจัยพิฆเนศวร์สาร. 2558; 11(2):2-12.

9. ฤทธิรงค์ อัญจะนะ และวิภาดี ลี้มิ่งสวัสดิ์. ความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการใช้การแพทย์ทางเลือกของคนไทย. วารสาวิทยาศาสตร์การกีฬาและสุขภาพ. 2559; 17(2):70-83.

10. ธนิตตา นิลสดใส. ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้และความคิดริเริ่มในการอนุรักษ์พลังงานของโรงพยาบาลสมิติเวชศรีนครินทร์. วิชาการค้นคว้าอิสระนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการสิ่งแวดล้อม) คณะพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อมสถาบันบัณฑิตพัฒนาบริหารศาสตร์. 2555.

11. ปฐมพร โพธิ์ถาวรอำไพร เพ็ญ สุวรรณ สิริมาส วงษ์ใหญ่ และนิสาชล สุขแก้ว. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับทัศนะคติการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างเรียนของผู้ที่จะเข้าเรียนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตชั้นปีที่ 1 วิทยาลัยพยาบาลแห่งหนึ่งในภาคใต้. วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.2561; 5(3):66-109.

12. ดวงฤดี กิตติจารุดุลย์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติและความตระหนักด้านการบริหารจัดการความเสี่ยง กรณีศึกษา : บริษัทนำเข้าส่งออกแห่งหนึ่ง. บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต บัณฑิตศึกษามหาวิทยาลัยเนชั่น. 2557.

13. วรพงษ์ วิชาญ และชัยชัช จันทร์สมุด. ความรู้ เจตคติและการมีส่วนร่วมในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563; 13(1):74.

14. สุกิจ ไชยชมพู.ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรรักษาโรค ของประชาชน ในเขต 11 กระทรวงสาธารณสุข. วารสารเกื้อการุณย์.2555; 19(2):60-74.

15. ฤทธิชัย พิมปา มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ นิรัตน์ อิมามี และสุปรียา ตันสกุล. พฤติกรรมการใช้ยาสมุนไพรของผู้ป่วย โรคเบาหวาน จังหวัดกาญจนบุรี. วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ.2557; 30(3)14-25.

16. ชนิดา มัททวางกูร ขวัญเรือน ก๋าสิตู สุธิดา ดีหนู และสิริณัฐ ดีหนู. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้สมุนไพรของประชาชนในเขตภายีเจริญ. วารสารพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสยาม. 2562; 20(39):99-109.

17. ทิพย์วรรณ สุขใจรุ่งวัฒนา และธีรศักดิ์ อุ่นอารมย์เลิศ. การศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมการเรียนที่ดีของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 สังกัดสำนักบริหาร งานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน จังหวัดนครปฐม. วารสารศิลปากรศึกษาศาสตร์วิจัย. 2553; 1(2):126-139.

การรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธ์ใหม่2019(COVID-19) ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

Perceptions of COVID-19 among Thaksin University Student, Phatthalung Campus

ชญาณิชย์ ซังปาน[1] , ต่วนฟารีดา ลอจิ[1] , นัจนันท์ พรหมปลอด[1] , อาภัสรา รุ่งโรจน์[1]
วิทวัส หมาดอี[2] และกุสุมาลย์ น้อยผา[2*]
Chayanit Sangpan[1] , Tuanfareeda Loji[1] , Natchanan Phromplod[1] , Apatsara Rungrot[1]
Wittawat Marde[2] andKusumarn Noipha[2*]

(Received: September 22,2020; Accepted: October 29,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษาวิจัยเรื่องการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธ์ใหม่2019(COVID-19)ของนิสิต มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา ทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา พร้อมทั้งเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยดังกล่าวกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัส โคโรนา การศึกษาครั้งนี้ใช้รูปแบบการวิจัยเชิงสำรวจ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย($\bar{X}$) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน(S.D.) ไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient) ผลการศึกษา พบว่า 1) การรับรู้ข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.34,S.D.=0.76) 2) ประเภท/แหล่งข้อมูล อยู่ในระดับปานกลาง($\bar{X}$=2.57,S.D.=0.80) 3) ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารอยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.44,S.D.=0.54) 4) ความรู้ อยู่ในระดับ ปานกลาง ($\bar{X}$=2.85,S.D.=0.42) 5) ทัศนคติ อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.27, S.D.=0.71) 6) การรับรู้การประเมินอันตราย อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.64,S.D.=0.49) 7) การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา อยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{X}$=4.37, S.D.=0.64) และ 8) พฤติกรรมการป้องกัน อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.25,S.D.=0.74) นอกจากนี้พบว่าปัจจัยส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อความรู้ การรับรู้การประเมินอันตราย ประเภท/แหล่งข้อมูล และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) ส่วนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ประเภท/แหล่งข้อมูล ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้การประเมินอันตราย และการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$)

คำสำคัญ: การรับรู้ โควิด-19 ไวรัสโคโรนา

Abstract

The research study on perceptions of COVID-19 among Thaksin university student, Phatthalung campus.This study aimed to investigate perception of information on COVID-19,types and sources of information on COVID-19, opinion on information of COVID-19, knowledge of COVID-19, attitude of COVID-19, perception on threat appraisal, perception on coping response of the respondents, COVID-19 prevention behavior and the relationship between perception factors and

[1] 1นิสิตสาขาวิชาการแพทย์แผนไทย คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง
2อาจารย์คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ จังหวัดพัทลุง
*Corresponding author ; Kusumarn.n@hotmail.com

COVID-19 prevention behavior was investigated. This study was conducted by a survey research. The tools used to collect data were questionnaires.Frequency, percentage,average ($\bar{X}$),standard deviation (S.D.), chi-square and Pearson's Product Moment Correlation Coefficient. The study results found that 1) perception of information on COVID-19 were at high level ($\bar{X}$=3.34,S.D.=0.76) 2) types and sources of information on COVID-19 were at medium level ($\bar{X}$=2.57,S.D.=0.80) 3) opinion on information of COVID-19 were at high level ($\bar{X}$=3.44,S.D.=0.54) 4) knowledge of COVID -19 were at medium level ($\bar{X}$=2.85,S.D.=0.42) 5) attitude toward COVID-19 prevention were at high level ($\bar{X}$=3.27, S.D.=0.71) 6) perception on threat appraisal were at high level ($\bar{X}$=3.64,S.D.=0.49) 7) perception on coping response of the respondents were at high level ($\bar{X}$=4.37, S.D.=0.64 and 8) COVID -19 prevention behavior were at high level ($\bar{X}$=3.25,S.D.=0.74). Moreover, the results showed that the personal factors had statistically different positive relationship with knowledge,perception on threat appraisal,types and sources,perception of information($p<0.05$) and COVID-19 prevention behavior had statistically different positive relationship with perception of information,types and sources of information, opinion on information of COVID-19,attitude toward COVID-19 prevention, knowledge of COVID-19, perception on coping response of the respondents, perception on threat appraisal ($p<0.001$).

Keywords: perception, COVID-19, corona virus

บทนำ

"ไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่" หรือที่ในภายหลังถูกตั้งชื่ออย่างเป็นทางการว่า "โควิด-19" (COVID-19) เป็นไวรัสที่ถูกพบครั้งแรกในปี 1960 โดยไวรัสนี้มีการค้นพบทั้งหมด 6 สายพันธุ์ ส่วนสายพันธุ์ที่กำลังแพร่ระบาดในขณะนี้เป็น สายพันธุ์ที่ยังไม่เคยพบมาก่อน คือ สายพันธุ์ที่ 7 [14] โดยอาการทั่วไปที่พบมากที่สุดในผู้ที่ติดเชื้อคือ ไข้ ไอ อ่อนเพลีย ผู้ป่วยบางรายมีอาการปวดเมื่อย คัดจมูก น้ำมูกไหล เจ็บคอ ท้องเสีย ลิ้นไม่รับรส จมูกไม่ได้กลิ่น มีผื่นตามผิวหนังหรือสีผิวเปลี่ยนตามนิ้วมือนิ้วเท้า อาการเหล่านี้มักจะไม่รุนแรงนักและค่อยๆเริ่มทีละน้อย บางรายติดเชื้อแต่มีอาการไม่รุนแรง [16] ในบางรายที่มีอาการรุนแรงมาก อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ปอดอักเสบ ไตวาย หรืออาจเสียชีวิต [1]

โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธ์ใหม่ 2019(COVID-19) เป็นโรคระบาดที่ติดต่อจากคนสู่คน การระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาเริ่มต้นโดยการพบผู้ติดเชื้อรายแรกเมื่อวันที่ 2 ธันวาคม 2562 ต่อมาพบผู้ป่วยเป็นกลุ่มก้อน วันที่ 29 ธันวาคม 2562 ณ เมืองอู่ฮั่น เมืองหลวงของมณฑลหูเป่ย์ ประเทศจีน วันที่ 8 มกราคม 2563 ทางการจีนประกาศสถานการณ์การแพร่ระบาดโควิด-19 หรือ โคโรนาสายพันธ์ใหม่ 2019 (2019-nCoV) และวันที่ 13 มกราคม 2563 กระทรวงสาธารณสุขไทยยืนยันพบผู้ป่วยติดเชื้อโควิด-19 ในประเทศเป็นชาวจีนที่มาจากเมืองอู่ฮั่น การระบาดของ โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาลุกลามไปทั่วโลกจาก"คนสู่คน"(Propagated) ต่อมาวันที่ 30 มกราคม 2563 WHO ประกาศสถานการณ์ฉุกเฉินด้านสาธารณสุขระหว่างประเทศ การระบาดของโรคมีความรุนแรงขึ้นและประกาศเป็นการระบาดใหญ่(Pandamic) ในวันที่ 11 มีนาคม 2563 [3]

ดังนั้นนิสิตจึงทำวิจัยการสำรวจความรู้เกี่ยวกับโรคและพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19)ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง โดยการสอบถามประเด็นดังต่อไปนี้ 1. การรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) 2. ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) 3. ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) 4. ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) 5. ทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) 6. การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) 7. การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) และ 9 .พฤติกรรมการป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) จากนั้น

นำผลไปวิเคราะห์และสื่อสารประชาสัมพันธ์ให้นิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง มีความรู้ ความเข้าใจ มีความตระหนักในการป้องกันตนเอง ครอบครัวและสังคมในการมีพฤติกรรมป้องกันโรคที่ถูกต้อง ตลอดจนเป็นแนวทางในการสร้างรูปแบบการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19)

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องไวรัสโคโรนา(COVID-19) ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) ทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19)

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) ทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19)ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

3. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19)ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาวิจัยเชิงสำรวจ (Survey study) โดยใช้แบบสอบถามที่สร้างขึ้นครอบคลุมเรื่องรับรู้โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธ์ใหม่2019 [9] ศึกษากลุ่มตัวอย่างนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ในปีการศึกษา 2562 การรวบรวมข้อมูลดำเนินการโดยคณะผู้วิจัยติดต่อกับคณบดีแต่ละคณะในมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษาวิจัย และขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลก่อนการเก็บข้อมูลครั้งแรก คณะผู้วิจัยประชุมร่วมกัน เพื่อทำความเข้าใจแบบสอบถาม วิธีการเก็บข้อมูล และปัญหาที่อาจเกิดขึ้นให้ตรงกัน หรือการเก็บข้อมูลซ้ำ ผู้วิจัยต้องถามกลุ่มตัวอย่างให้แน่ใจว่ายังไม่เคยทำแบบสอบถามนี้มาก่อน ในแต่ละวันคณะผู้วิจัยจะเก็บข้อมูล ประมาณ 40-50 คน ใช้เวลาทั้งหมด 20 วัน การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล หากตอบคำถามไม่ครบถ้วนจะให้แก้ไขทันที เพื่อให้ได้ข้อมูลคำตอบที่ถูกต้อง และครบถ้วนมากที่สุด(ตัดออก)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

นิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ในปีการศึกษา 2562 จำนวน 2,526 คน [13] คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างใช้สูตรของ Taro Yamane [15] โดยกำหนดค่าความคลาดเคลื่อน 0.05 คำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 346 คน แต่เพื่อป้องกันข้อมูลสูญหาย ผู้วิจัยจึงได้เก็บข้อมูลเพิ่มขึ้นอีกประมาณร้อยละ 10 และกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างเป็น 384 คน โดยกลุ่มตัวอย่างไม่มีปัญหาด้านการสื่อสาร สามารถอ่าน และเขียนหนังสือได้ เกณฑ์คัดออก ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ปฏิเสธการตอบแบบสอบถามให้ครบ ผู้วิจัยต้องถามกลุ่มตัวอย่างให้แน่ใจว่ายังไม่เคยทำแบบสอบถามนี้มาก่อน ในแต่ละวันคณะผู้วิจัยจะเก็บข้อมูล ประมาณ 40-50 คน ใช้เวลาทั้งหมด 20 วัน การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล หากตอบคำถามไม่ครบถ้วนจะให้แก้ไขทันที เพื่อให้ได้ข้อมูลคำตอบที่ถูกต้อง และครบถ้วนมากที่สุด

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถาม ซึ่งปรับปรุงจากการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาของประชาชนไทย พ.ศ. 2558 ของมนัสนันท์ ลิมปวิทยากุล และคณะ ประกอบด้วย 9 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามเกี่ยวกับข้อมูลทั่วไป จำนวน 4 ข้อ ประกอบด้วย เพศ ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษา คณะที่กำลังศึกษา สถานที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน(จังหวัด)

ส่วนที่ 2 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราประเมินรวมค่า (Summated rating scale) โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 5 ข้อ ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีมาตรวัด 4 ระดับ ซึ่งในด้านบวก ระดับที่ 1 หมายถึง ไม่เคยได้เลย ระดับที่ 2 หมายถึง นานๆครั้ง ระดับที่ 3 หมายถึง ค่อนข้างบ่อย ระดับที่ 4 คือ เป็นประจำ และในด้านลบ ระดับที่ 4 หมายถึง ไม่เคยได้เลย ระดับที่ 3 หมายถึง นานๆ ครั้ง ระดับที่ 2 หมายถึง ค่อนข้างบ่อย ระดับที่ 1 คือ เป็นประจำ

ส่วนที่ 3 ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19)มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราประเมินรวมค่า ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีมาตรวัด 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 16 ข้อ ซึ่งในด้านบวก ระดับที่ 1 หมายถึง ไม่เคยได้เลย ระดับที่ 2 หมายถึง นานๆ ครั้ง ระดับที่ 3 หมายถึง ค่อนข้างบ่อย ระดับที่ 4 คือ เป็นประจำ และในด้านลบ ระดับที่ 4 หมายถึง ไม่เคยได้เลย ระดับที่ 3 คือ นานๆครั้ง ระดับที่ 2 คือ ค่อนข้างบ่อย ระดับที่ 1 คือ เป็นประจำ

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราประเมินรวมค่า ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีมาตรวัด 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 6 ข้อ ซึ่งในด้านบวก ระดับที่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งระดับที่ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย ระดับที่ 3 หมายถึง เห็นด้วย ระดับที่ 4 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง และในด้านลบ ระดับที่ 4 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ระดับที่ 3 หมายถึง เห็นด้วย ระดับที่ 2 คือ ไม่เห็นด้วย ระดับที่ 1 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) มีจำนวน 10 ข้อ มีตัวเลือก 3 ตัวเลือก คือ ถูก ผิด และไม่ทราบ เกณฑ์การให้คะแนนคือ ตอบถูกให้ 1 คะแนน ตอบผิดหรือไม่ทราบให้ 0 คะแนน โดยมีข้อคำถามจำนวน 10 ข้อ ผู้วิจัยมีการแปลผลคะแนนใน ส่วนที่ 5 โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ [9]

ระดับความรู้มาก มีคะแนน ร้อยละ 80 ขึ้นไป หรือ 8 - 10 คะแนน

ระดับความรู้ปานกลาง มีคะแนน ร้อยละ 60 - 79.9 หรือ 6 - 7 คะแนน

ระดับความรู้น้อย มีคะแนน ร้อยละ 59.9 ลงมา หรือ 0 - 5 คะแนน

ส่วนที่ 6 ทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราประเมินรวมค่า ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีมาตรวัด 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 10 ข้อ ซึ่งในด้านบวก ระดับที่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งระดับที่ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย ระดับที่ 3 หมายถึง เห็นด้วย ระดับที่ 4 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง และในด้านลบ ระดับที่ 4 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งระดับที่ 3 หมายถึง เห็นด้วย ระดับที่ 2 คือ ไม่เห็นด้วย ระดับที่ 1 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 7 การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราประเมินรวมค่า ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีมาตรวัด 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 7 ข้อ ซึ่งในด้านบวก ระดับที่ 1 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งระดับที่ 2 หมายถึง ไม่เห็นด้วย ระดับที่ 3 หมายถึง เห็นด้วย ระดับที่ 4 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง และในด้านลบ ระดับที่ 4 หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ระดับที่ 3 หมายถึง เห็นด้วย ระดับที่ 2 คือ ไม่เห็นด้วย ระดับที่ 1 คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง

ส่วนที่ 8 การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราประเมินรวมค่า โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 7 ข้อ ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีมาตรวัด 5 ระดับ ซึ่งในด้านบวก ระดับที่ 1 หมายถึง เชื่อมั่นน้อยที่สุด ระดับที่ 2 หมายถึง เชื่อมั่นน้อย ระดับที่ 3 หมายถึง เชื่อมั่น ปานกลาง ระดับที่ 4 คือ เชื่อมั่นมาก ระดับที่ 5 คือ เชื่อมั่นมากที่สุด และในด้านลบ ระดับที่ 5 หมายถึง เชื่อมั่นน้อยที่สุด ระดับที่ 4 หมายถึง เชื่อมั่นน้อย ระดับที่ 3 หมายถึง เชื่อมั่นปานกลาง ระดับที่ 2 คือ เชื่อมั่นมาก ระดับที่ 1 คือ

เชื่อมั่น มากที่สุด ผู้วิจัยมีการแปลผลคะแนนใน ส่วนที่ 8 โดยมี เกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 5 ระดับ ดังนี้ [11]

ระดับมากที่สุด มีคะแนน 4.21 - 5.00 คะแนน
ระดับมาก มีคะแนน 3.41 - 4.20 คะแนน
ระดับปานกลาง มีคะแนน 2.61 - 3.40 คะแนน
ระดับน้อย มีคะแนน 1.81 - 2.60 คะแนน
ระดับน้อยที่สุด มีคะแนน 1.00 - 1.80 คะแนน

ส่วนที่ 9 พฤติกรรมการป้องกันการโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) มีลักษณะเป็นข้อคำถามแบบมาตราประเมินรวมค่า ข้อคำถามมีทั้งด้านบวกและด้านลบ มีมาตรวัด 4 ระดับ โดยให้ผู้ตอบเลือกตอบเพียงคำตอบเดียว จำนวน 7 ข้อ ซึ่งในด้านบวก ระดับที่ 1 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย ระดับที่ 2 หมายถึง บางครั้งระดับที่ 3 หมายถึง บ่อยครั้ง ระดับที่ 4 คือ ประจำ และในด้านลบ ระดับที่ 4 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติเลย ระดับที่ 3 บางครั้ง ระดับที่ 2 คือ บ่อยครั้ง ระดับที่ 1 คือ ประจำ ทั้งนี้ผู้วิจัยมีการแปลผลคะแนนใน ส่วนที่ 2,3,4,6,7 และส่วนที่ 9 โดยมีเกณฑ์การแปลผลคะแนน แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้ [9]

ระดับมาก มีคะแนน 3.01 - 4.00 คะแนน
ระดับปานกลาง มีคะแนน 2.01 - 3.00 คะแนน
ระดับน้อย มีคะแนน 1.00 - 2.00 คะแนน

การทดสอบคุณภาพของเครื่องมือมีการตรวจสอบความถูกต้องและความสดคล้องของเนื้อหา โดยแบบสอบถาม จะมีการหาค่า IOC: Index of itemobjective congruence จากการนำไปให้ผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 คน ตรวจสอบแบบสอบถามการวิจัย ซึ่งตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา การใช้ภาษา และความถูกต้องของเกณฑ์การให้คะแนนได้ค่า IOC 0.88

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลทำโดยใช้โปแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistics) ประกอบด้วย ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ไคสแควร์ (Chi-square) และสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment Correlation Coefficient)

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธ์ของกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้แจ้ง วัตถุประสงค์ ขั้นตอนของการวิจัย และการรวบรวมข้อมูลให้กลุ่มตัวอย่างเข้าใจ การบันทึกข้อมูล จะไม่ระบุชื่อกลุ่มตัวอย่าง ข้อมูลทุกอย่างที่ได้จากการวิจัยจะเก็บรักษาเป็นความลับ ผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมและจะใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการทำวิจัยด้วยความสมัครใจโดยไม่มีข้อบังคับใดๆ

ผลการวิจัย

การศึกษาการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธ์ใหม่2019(COVID-19)ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง โดยใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นให้ผลการวิจัยดังนี้

1. การศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) ศึกษาประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) ศึกษาความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องไวรัสโคโรนา (COVID-19) ศึกษาความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ศึกษาทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) ศึกษาการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) ศึกษาการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) และศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19)

ข้อมูลเกี่ยวกับชีวสังคมของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงมีจำนวน 286 คน คิดเป็นร้อยละ 74.5 คณะที่กำลังศึกษาส่วนใหญ่คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา จำนวน 121 คน คิดเป็น ร้อยละ 31.5 ระดับชั้นปีที่กำลังศึกษาส่วนใหญ่ ชั้นปีที่ 1 และชั้นปีที่ 2 โดยมีจำนวนเท่ากัน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 26.3 พื้นที่รับผิดชอบของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค เขตที่ 12 จำนวน 256 คน คิดเป็นร้อยละ 66.6

กลุ่มตัวอย่างที่มีผลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธ์ใหม่2019(COVID-19) ของนิสิต

มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธ์ใหม่ 2019(COVID-19)ภาพโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$= 3.41, S.D.=1.32) เมื่อแยกระดับ พบว่า การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19)อยู่ในระดับมากที่สุด และประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19)อยู่ในระดับน้อย

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19)ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19)ภาพโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{X}$= 2.85, S.D.=0.45) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ร้อยละ 92.45 มีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโคโรนาสายพันธ์ใหม่2019(COVID-19) ระดับมาก รองลงมาคือร้อยละ 4.17 มีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อโคโรนาสายพันธ์ใหม่ 2019(COVID-19) ระดับปานกลาง

2. การศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้การประเมินเผชิญอันตราย การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19)ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19)มีความสัมพันธ์ทางบวก เกี่ยวกับการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธ์ใหม่2019(COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.014, r = 0.126) ได้จากการทดสอบสมมุติฐานด้วยไคสแควร์ (Chi-square) เพราะกลุ่มตัวอย่างความสนใจ มีการค้นคว้าหาข้อมูล ส่วนหนึ่งอาจขึ้นอยู่กับทัศนคติและความรู้ **ดังตารางที่ 5**

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) มีความสัมพันธ์ทางบวก เกี่ยวกับการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธ์ใหม่2019(COVID-19)อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.001, r = 0.167) ได้จากการทดสอบสมมุติฐานด้วยไคสแควร์ เพราะกลุ่มตัวอย่างการค้นคว้าข้อมูลและได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆ รวมถึงการมีสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้ **ดังตารางที่ 5**

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19)มีความสัมพันธ์ทางบวก เกี่ยวกับการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธ์ใหม่ 2019(COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.022, r = 0.117) ได้จากการทดสอบสมมุติฐานด้วยไคสแควร์ เพราะกลุ่มตัวอย่างมีความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธ์ใหม่2019(COVID-19) **ดังตารางที่ 5**

ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีผลต่อการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) มีความสัมพันธ์ทางบวก เกี่ยวกับการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธ์ใหม่2019(COVID-19)อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p = 0.030, r = 0.111) ได้จากการทดสอบสมมุติฐานด้วยไคสแควร์ เพราะกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและมีความตระหนักถึงการป้องกัน รวมถึงมีการรับและค้นคว้าหาข้อมูล **ดังตารางที่ 5**

ตาราง 1 แสดงความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้การประเมินเผชิญอันตราย การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19)

ตัวแปรที่ศึกษา	r	p-value
การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	0.126	0.014*
ประเภท/แหล่งข้อมูล	0.167	0.001
ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสาร	0.076	0.135
ความรู้	0.117	0.022
ทัศนคติ	0.001	0.981
การรับรู้การประเมินเผชิญอันตราย	0.111	0.030*
การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา	0.073	0.154
พฤติกรรมการป้องกัน	0.028	0.581

*p<0.05

3. การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19)ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19)มีความสัมพันธ์ทางบวกเกี่ยวกับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ประเภท/แหล่งข้อมูล ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้การประเมินเผชิญอันตราย การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p>0.001)ได้จากการทดสอบสมมุติฐานด้วยสถิติค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของ เพียร์สัน (Pearson's product moment correlation coefficient) เพราะกลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธ์ใหม่2019(COVID-19) เกี่ยวกับแนวทางป้องกันโรค **ดังตารางที่ 6**

ตารางที่ 6 แสดงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19)ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง

ตัวแปรที่ศึกษา	พฤติกรรมการป้องกัน	
	r	p-value
การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร	0.331	0.000*
ประเภท/แหล่งข้อมูล	0.252	0.000*
ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสาร	0.560	0.000*
ความรู้	0.167	0.001*
ทัศนคติ	0.497	0.000*
การรับรู้การประเมินเผชิญอันตราย	0.430	0.000*
การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา	0.601	0.000*

*p<0.05

สรุปและอภิปรายผล

1. จากการศึกษาการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) ศึกษาประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ศึกษาความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องไวรัสโคโรนา (COVID-19) ศึกษาความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) ศึกษาทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) ศึกษาการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ศึกษาการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) และศึกษาพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) ซึ่งพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธ์ใหม่2019(COVID-19) ภาพโดยรวม อยู่ในระดับมาก ($\bar{X}$=3.41, S.D.=1.32) แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างกลุ่มตัวอย่างมีความสนใจ มีการค้นคว้าหาข้อมูล ส่วนหนึ่งอาจขึ้นอยู่กับทัศนคติและความรู้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมนัสนันท์ ลิมปวิทยากุล และคณะ (2558)[9] พบว่า การรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลา มีความสัมพันธ์ทางบวกในระดับปานกลาง (r = 0.58) กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสอีโบลา อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และไม่สอดคล้องกับการศึกษาของจารุวรรณ แหลมไธสง (2559)[2] พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจไม่สามารถร่วมทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจได้เมื่อพิจารณาการรับรู้ความรุนแรงของโรคติดเชื้อทางเดินหายใจ เมื่อแยกระดับการแปลผล พบว่า การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19)อยู่ในระดับมากที่สุด แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ถึงความรุนแรงของโรคและมีความตระหนักถึงการป้องกัน รวมถึงมีการรับและค้นคว้าหาข้อมูล สอดคล้องกับการศึกษาของประทีป บุญธรรมและอุม พงษ์พิละ (2563)[5] พบว่าประชาชนมีความตื่นตัวและให้ความร่วมมือในการดำเนินตามแผนงานป้องกันโคพิษสุนัขบ้าสัมพันธ์กับการป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี และประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19)อยู่ในระดับน้อย แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างมีการค้นคว้าข้อมูลและได้รับข้อมูลจากแหล่งต่างๆ รวมถึงการมีสื่อสารแลกเปลี่ยนความรู้ สอดคล้องกับการศึกษาของมัลลิกา สุพล และชนัชชา อุปฮาด (2562)[10] พบว่า กลุ่มตัวอย่างเข้าถึงยาที่โรงพยาบาลของรัฐและจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับสูง สืบค้นข้อมูลยาหรือสุขภาพได้ด้วยตนเอง ตรวจสอบข้อมูลจากแหล่งข้อมูลหรือช่องทางที่หลากหลายและมีการสอบถามข้อมูลความรู้นั้นจนแน่ชัดจากบุคลากรสาธารณสุข (เช่น เจ้าหน้าที่ รพ.สต. พยาบาล เภสัชกร หรือแพทย์)ในระดับสูงบ่งบอกถึงการเข้าถึงและการสืบค้นข้อมูลยาและสุขภาพที่สูงจะทำให้มีการปฏิบัติ

ตัวเมื่อต้องดูแลสุขภาพและใช้ยาด้วยตนเองสูงตามไปในทิศทางเดียวกัน

2. เมื่อพิจารณาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคลนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้การประเมินเผชิญอันตราย การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19)ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ซึ่งพบว่า 1.ปัจจัยส่วนบุคคล ที่มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.014, r = 0.126$) เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากในเรื่องดังกล่าวเป็นเรื่องใกล้ตัวอยู่ในความสนใจ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้จริง 2.ประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.001, r = 0.167$) เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากเรื่องดังกล่าวเป็นเรื่องที่สังคมกำลังให้ความสนใจจึงมีประเภทและแหล่งข้อมูลในการรับรู้หลากหลาย 3.ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.022, r = 0.117$) เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก เรื่องดังกล่าวส่งผลกระทบต่อการใช้ชีวิตในปัจจุบัน และ 4.การรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.030, r = 0.111$) เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจาก เป็นเรื่องที่ส่งผลอันตรายต่อชีวิตเป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่ติดต่อจากคนสู่คน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวิชาญ ปาวัน และคณะ (2559)[12] พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และอุบัติเหตุจากการจราจรอยู่ในระดับมากเหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากในเรื่องดังกล่าวเป็นเรื่องใกล้ตัวอยู่ในความสนใจ สามารถนำไปใช้ประโยชน์ในชีวิตประจำวันได้จริง($r = 0.32, 0.17$ และ 0.37 ตามลำดับ) และสอดคล้องกับการศึกษาของศิรินภา พูลเกษม (2554)[13] พบว่า ความรู้เรื่องโรคเอดส์ของนักศึกษาวิทยาลัยนครราชสีมาที่พักอาศัยที่ต่างกัน มีความสัมพันธ์กันกับช่องทางการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางเพศสัมพันธ์และมีความสัมพันธ์กันกับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p<0.01$ ส่วนปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์ได้แก่ ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องไวรัสโคโรนา (COVID-19) ทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัส โคโรนา(COVID-19) การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพัฒน์ชินี สันติกาญจน์ และคณะ (2562)[8] พบว่า ข้อมูลด้านปัจจัยส่วนบุคคลในส่วนของอายุ และรายได้กับพฤติกรรมการป้องกันตนเองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โรคเรื้อนในจังหวัดนราธิวาสไม่มีความสัมพันธ์กัน อธิบายได้ว่า อายุ และรายได้ไม่มีผลต่อการเรียนรู้การป้องกันโรคเรื้อน เพราะการเรียนรู้การป้องกันตนเองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วยโรคเรื้อนสามารถเรียนรู้ได้จากการหลายแหล่ง ($p = 0.54$)

3. เมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ซึ่งพบว่า 1.พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) มีความสัมพันธ์กับการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อรับรู้ถึงสถานการณ์ความรุนแรง วิธีการติดต่อ วิธีการป้องกันและวิธีการรักษาจึงเกิดพฤติกรรมในการป้องกันโรค 2.พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) มีความสัมพันธ์กับประเภท/แหล่งข้อมูลของการรับรู้ข่าวสารเรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากประเภท/แหล่งข้อมูลแต่ละแหล่งมีความหลากหลายและแตกต่างกันซึ่งจะส่งผลต่อพฤติกรรมในการป้องกันโรค 3. พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) มีความสัมพันธ์กับความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารเรื่องไวรัสโคโรนา(COVID-19) เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากหากข้อมูลข่าวสารที่ได้รับมีความถูกต้องน่าเชื่อถือและมีประโยชน์ต่อการนำไปใช้ในการป้องกันโรค 4.พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา (COVID-19) มีความสัมพันธ์กับความรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19)เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อเกิดความรู้เรื่องโรค ความเสี่ยงในการติดต่อ

การเฝ้าระวังจึงเกิดพฤติกรรมในการป้องกัน 5.พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) มีความสัมพันธ์กับทัศนคติต่อการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาความคิดเกี่ยวกับการป้องกัน ความจำเป็นในการป้องกันและความคิดเกี่ยวกับโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) 6.พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากเมื่อเกิดการรับรู้ถึงความเสี่ยงที่จะติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19)จึงเกิดพฤติกรรในการป้องกันโรค 7.พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) มีความสัมพันธ์กับการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาต่อโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19)เหตุผลที่เป็นเช่นนี้อาจเนื่องมาจากหากรับรู้ถึงสถานการณ์ ติดตามข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่องและสามารถกลั่นกรองความน่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารได้จึงจะเกิดพฤติกรรมในการป้องกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p>0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของบุษกร พันธ์เมธาฤทธิ์ และคณะ (2562)[4] พบว่า มีปัจจัยเพียง 2 ตัว คือการรับรู้ประโยชน์ต่อการปฏิบัติพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคติดต่อและการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคติดต่อที่สามารถร่วมกันทำนายพฤติกรรม การดูแลเด็กของผู้ปกครองได้ร้อยละ 29 ในขณะที่ความรู้โรคติดต่อ การรับรู้ความรุนแรงของโรคติดต่อ การรับรู้อุปสรรค และการรับรู้ความเชื่อด้านสุขภาพ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการดูแลเด็ก ($p<0.05$, $p<0.01$) ตามลำดับ

ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธ์ใหม่2019(COVID-19) ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ในด้านการรับรู้ข้อมูลข่าวสารโดยรวมอยู่ในระดับมาก ด้านประเภท/แหล่งข้อมูลโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ด้านความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสารโดยรวมอยู่ในระดับมาก ด้านความรู้โดยรวม อยู่ในระดับมาก ด้านทัศนคติโดยรวมอยู่ในระดับมาก ด้านการรับรู้การประเมินเผชิญอันตรายโดยรวมอยู่ในระดับมาก ด้านการรับรู้การประเมินเผชิญปัญหาโดยรวมอยู่ในระดับมากที่สุด และด้านพฤติกรรมการป้องกันโดยรวมอยู่ในระดับมาก และเมื่อจำแนกตามปัจจัยส่วนบุคคลกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อความรู้ และการรับรู้การประเมินเผชิญอันตราย ได้แก่ เพศและคณะที่กำลังศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อประเภท/แหล่งข้อมูล ได้แก่ เพศและระดับการศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคลที่มีความสัมพันธ์ต่อการรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ได้แก่ คณะที่กำลังศึกษา และปัจจัยส่วนบุคคลที่ไม่มีความสัมพันธ์ ได้แก่ ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสาร ทัศนคติ การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา และพฤติกรรมการป้องกัน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา(COVID-19) ได้แก่ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ประเภท/แหล่งข้อมูล ความคิดเห็นต่อข้อมูลข่าวสาร ความรู้ ทัศนคติ การรับรู้การประเมินเผชิญอันตราย การรับรู้การประเมินเผชิญปัญหา

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากงานวิจัยเรื่องการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธ์ใหม่2019(COVID-19) ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง เป็นงานวิจัยที่เกี่ยวกับโรคระบาดอุบัติใหม่ ดังนั้น เนื้อหาเกี่ยวกับจำนวนยอดผู้ป่วยสะสมในแต่ละวันจึงมีการปรับปรุงข้อมูลที่เป็นปัจจุบันเพื่อให้ทันตามสถานการณ์ จึงทำให้งานวิจัยนี้ไม่สมบูรณ์เท่าที่ควร

ในส่วนของการเก็บแบบสอบถามผู้วิจัยต้องเข้าใจตัวแบบสอบถามเป็นอย่างดี สามารถอธิบายชี้แจงรายละเอียดในข้อคำถามได้ทุกข้อแก่กลุ่มตัวอย่าง และแบบสอบถามต้องเป็นข้อคำถามที่กลุ่มตัวอย่างเข้าใจง่ายไม่ซับซ้อน

จากข้อมูลการวิจัยที่ได้จากการศึกษานี้ สามารถสรุปได้ถึงระดับการรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อโคโรนาสายพันธ์ใหม่2019(COVID-19) ของนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง ว่าจัดอยู่ในระดับใด การเห็นความสำคัญและการให้ความสำคัญเกี่ยวกับโรคติดเชื้อโคโรนามากน้อยเพียงใด ซึ่งอาจจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ศึกษาไม่มากก็น้อย

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณทุนสนับสนุนในการทำวิจัยจากคณะวิทยาการ

สุขภาพและการกีฬา และความอนุเคราะห์จากผู้ทรงคุณวุฒิและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ซึ่งผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งและกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้ และขอขอบคุณผู้เข้าร่วมการวิจัยทุกท่านที่ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์สำหรับการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมโรค. ความรุนแรงของเชื้อไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ 2019 เมื่อเทียบกับไวรัสโคโรนาสายพันธุ์อื่นๆ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2563. [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 กรกฎาคม 2563]. จาก: https://ddc.moph.go.th/

2.จารุวรรณ แหลมไธสง. **ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อทางเดินหายใจของผู้ดูแลเด็กปฐมวัยในศูนย์เด็กเล็กกรุงเทพมหานคร** [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต]. [กรุงเทพฯ]: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2559.

3.TIMELINECOVID-19. [อินเทอร์เน็ต]. กรุงเทพฯ: ไทยรัฐออนไลน์; 2563. [สืบค้นเมื่อวันที่ 27 เมษายน 2563]. จาก: https://www.thairath.co.th/event_corona

4.บุษกร พันธ์เมธาฤทธิ์, ลักขณา คงแสง, จุฑารัตน์ คงเพ็ชร, ปราณี คำจันทร, ลดาวัลย์ ประทีปชัยกูร, พรทิพย์ พูลประภัย. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการดูแลเด็กของผู้ปกครองในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่บ้าน. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์. เม.ย.-มิ.ย. 2562;39(2):33.

5.ประทีป บุญธรรม, วัชรินทร์ กรวยสวัสดิ์. การพัฒนารูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของ ประชาชนในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. ก.ย.-ธ.ค. 2563;12(3):65-66.

6.ประทีป บุญธรรม, อุดม พงษ์พิละ. รูปแบบการดำเนินงานป้องกันโรคพิษสุนัขบ้าในชุมชน ตำบลตาเกา อำเภอน้ำขุ่น จังหวัดอุบลราชธานี. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. ก.ย.-ธ.ค. 2563;12(3):78.

7.ปรีดาศักดิ์ หนูแก้ว, วิทยา ผ่องแผ้ว, กีรติ สวยสมเรียม. พฤติกรรมการป้องกันโรคไข้เลือดออกของประชาชนตำบลชัยพร อำเภอบึงกาฬ จังหวัดหนองคาย. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ขอนแก่น, ก.พ.-พ.ค. 2554;18(2):50.

8.พัฒน์ชินี สันติกาญจน์, อิสระ ทองสามสี, กัลยา ตันสกุล. พฤติกรรมการป้องกันตนเองของสมาชิกในครอบครัวผู้ป่วย โรคเรื้อนใน จังหวัดนราธิวาส. วารสารมหาวิทยาลัยนราธิวาสราชครินทร์, ก.ย.-ธ.ค. 2562;11(3):37.

9.มนัสนันท์ ลิมปวิทยากุล, กรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธ, นิรันตา ไชยพาน, จักรกฤษณ์ พลราชม, มาสริน ศุกลปักษ. **การรับรู้เรื่องโรคติดเชื้อไวรัสอีโบลาของประชาชนไทย พ.ศ. 2558** [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. [กรุงเทพฯ]: มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2558.

10.มัลลิกา สุพล, ชนัชชา อุปฮาด. การใช้ยาและความรอบรู้ด้านสุขภาพและยาของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. ก.ย.-ธ.ค. 2562;12(3):115.

11.วรินดา แก้วพิจิตร. **ปัจจัยในการตัดสินใจซื้อสลากออมสินพิเศษของธนาคารออมสิน สาขานครชัยศรี จังหวัดนครปฐม** [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต]. [นครปฐม]: มหาวิทยาลัยศิลปากร; 2556.

12.วิชาญ ปาวัน, กรัณฑรัตน์ บุญช่วยธนาสิทธิ, จักรกฤษณ์ พลราชม, มาสริน ศุกลปักษ์. การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และพฤติกรรมการป้องกันโรคและภัยสุขภาพของประชาชนไทย ประจำปี 2559. วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ. ม.ค.-มิ.ย. 2559;11(1):75.

13.ระบบงานทะเบียนนิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ. สถิตินิสิตมหาวิทยาลัยทักษิณ ประจำปีการศึกษา 2562 [อินเทอร์เน็ต]. พัทลุง: มหาวิทยาลัยทักษิณ; 2562. [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 พฤษภาคม 2563]. จาก: https://enroll.tsu.ac.th/control/login.jsp

13.ศิรินภา พูลเกษม. **ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ข้อมูลข่าวสารทางเพศสัมพันธ์กับการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของนักศึกษาวิทยาลัยนครราชสีมา** [วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิตสาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต]. [กรุงเทพฯ]: วิทยาลัยนครราชสีมา; 2554.

14.ศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก. โควิด-19 คืออะไร. [อินเทอร์เน็ต]. นครปฐม: มหาวิทยาลัยมหิดล; 2563. [สืบค้นเมื่อวันที่ 15 พฤษภาคม 2563]. จาก: https://www.gj.mahidol.ac.th/

15.Business Innovation. การกำหนดกลุ่มจำนวนประชากรสำหรับการวิจัย. [Internet]. Japanese: ux research lab; 1973. Available from: https://uxlabth.com/

16.Coronavirus disease (COVID-19) questions and answers. [Internet]. USA: World Health Organization; 2020. Available from: https://www.who.int/thailand/emergencies/novel-coronavirus-2019/

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

THE DEVELOPMENT OF AN OPERRATION MODEL FOR THE PREVENTION AND CONTROL OF DENGUE FEVER BY COMMUNITY PARTICIPATION IN CHUMPHAE DISTRICT, KHON KAEN PROVINCE

ริศรา คำมุงคุณ[1]
RISARA KHUMMUNGKHUN

(Received: October 14,2020; Accepted: November 17,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น โดยมีกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย 47 คน คือ ผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุข คุณครู ผู้ใหญ่บ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบทดสอบ แบบสังเกต การสัมภาษณ์เชิงลึก (In- depth Interview) การสนทนากลุ่ม (focus group) โดยใช้หลักการวิจัยเชิงปฏิบัติการ ตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff (1977) จำนวน 2 วงรอบ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้ การปฏิบัติและการมีส่วนร่วม ก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

ผลการวิจัย พบว่า กระบวนการพัฒนารูปแบบในครั้งนี้ มีขั้นตอนการดำเนินงาน 5 ขั้นตอนได้แก่ 1) ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาโรคไข้เลือดออก 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วมการจัดการปัญหาไข้เลือดออก 3) ปฏิบัติตามแผนงาน/โครงการ 4) ติดตามสนับสนุนและประเมินผลการดำเนินงาน 5) จัดประชุมประเมินและสรุปผลการดำเนินงานรูปแบบแนวทางในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ซึ่งเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน 3 โครงการ 1 กิจกรรม ได้แก่ 1) โครงการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก 2) โครงการชุมชนโนนอุดมร่วมใจ ใส่ใจสิ่งแวดล้อม 3) โครงการเฝ้าระวังป้องกันโรคไข้เลือดออกเด็กนักเรียน โดยกลุ่มภาคีเครือข่ายต้องทำงานร่วมกัน ซึ่งส่งผลทำให้การดำเนินงานผู้เข้าร่วมวิจัยมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การปฏิบัติและการมีส่วนร่วม ก่อนและหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

คำสำคัญ การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก การมีส่วนร่วม

Abstract

This research was a participatory action research with the objectives: to develop of dengue prevention and control models with the participation of Chomchonbansawang, Tambon Huai Teai, Sam Sung District, Khon Kaen Province. The Group of research 47 participants were network partners included to public health volunteers, community leaders, teachers, health workers and the district administrative organization; the instruments used quiz, observation, in- depth interview, focus group discussion. The principles of action research based on the concepts of Kemmis and McTaggart (1988) cooperate

[1] หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ โทรศัพท์. 0872266650 E-mail : risara_eve@hotmail.com

with the concept of the participation of Cohen and Uphoff (1977) 2 traverses data were analyzed by descriptive statistics, frequency, percentage, mean (X), standard deviation (S.D.) and compare the differences of the mean of knowledge scores, practice, participation, before and after development using paired t-test, the statistical significance level at 05 level. The findings indicated that pattern development process at this time were 5 steps: 1) study context and problem of dengue fever, 2) participatory planned workshop for managing dengue fever, 3) follow the plan / project, 4) follow up, support and evaluate the performance, 5) organize a meeting to evaluate and summarize the implementation of the guidelines for the prevention of dengue fever, which arose from the participation of 3 communities, 1 activity; 1) surveillance, prevention and control project of dengue fever, 2) Sawang Ruam Jai communityproject for garbage sorting, 3) surveillance and prevention of dengue fever for students and volunteer activity care for the environment in which the network parties must work together which resulted in the implementation of the research participants having knowledge average scores, practice and participation, before and after development, there was statistically significant at 05 level.

Keywords: Participation, Dengue fever

บทนำ

ปัจจุบันโรคไข้เลือดออกเป็นโรคระบาดที่เกิดขึ้นในหลายภูมิภาคทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศที่อยู่ในเขตร้อนชื้น จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่าประชากรประมาณ 2,500 ล้านค มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อไข้เลือดออก ประมาณการว่าจะมีการติดเชื้อปีละ 50 ล้านคน และต้องนอนโรงพยาบาลมากกว่า 500,000 คนต่อปี อัตราการเสียชีวิตประมาณร้อยละ 2.5 แต่อาจจะสูงถึงร้อยละ 20 ถ้าหากได้รับการรักษาเป็นอย่างดีอัตราการเสียชีวิตอาจจะลดลงต่ำกว่าร้อยละ1[7] จากรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศออสเตรเลีย มีจำนวนผู้ป่วย จำนวน 1,123 คน ซึ่งใน พ.ศ. 2560 มีจำนวน 534 คน ส่วนสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของประเทศที่อยู่ในแถบอาเซียน ได้แก่ ประเทศฟิลิปปินส์ ใน พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วย จำนวน 46,651 คน ใน พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วย จำนวน 40,975 คน ประเทศมาเลเซีย พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วย จำนวน 13,162 คน พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วย จำนวน 11,884 คน ประเทศเวียดนาม พ.ศ.2560 มีผู้ป่วย จำนวน 18,052 คน พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วย จำนวน 16,004 คน และประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วย จำนวน 2,316 คน ซึ่งในพ.ศ.2560 มีผู้ป่วย จำนวน 1,173 คน ซึ่งในแต่ละประเทศนั้นมีความคล้ายคลึงกันคือ แนวโน้มของผู้ที่ป่วยเป็นโรคไข้เลือดออกเพิ่มขึ้นมากกว่าช่วงเวลาเดียวกันในพ.ศ. 2560 [10]

ประเทศไทยมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกย้อนหลัง 5 ปี(พ.ศ.2558 - พ.ศ.2562) พบว่ายังมีการระบาดของโรคไข้เลือดออกอยู่ โดยมีอัตราป่วยต่อประชากรแสนคนตามปี พ.ศ.2558 - พ.ศ.2562 ดังนี้ 16.96, 25.10, 14.11, 13.25 และ 27.41 ตามลำดับ และมีอัตราตายต่อประชากรแสนคนดังนี้ 0.06, 0.09, 0.15, 0.15 และ 0.09 ซึ่งจากข้อมูลระบาดวิทยาของโรคไข้เลือดออกนั้น จะเห็นได้ว่าแนวโน้มลักษณะของการเกิดโรคไข้เลือดออกนั้นจะเป็นลักษณะปีเว้นปี [7]

ในระดับภาคนั้นผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกที่มีอัตราป่วยสะสมมากที่สุดนั้นคือ ภาคกลาง มีผู้อัตราป่วย 18.06 ต่อประชากรแสนคน อัตราตาย 0.02 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ ภาคใต้ มี อัตราป่วย 15.68 ต่อแสนประชากร อัตราตาย 0.02 ต่อประชากรแสนคน ภาคภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มี อัตราป่วย 15.40 ต่อประชากรแสนคน อัตราตาย 0.00 ต่อประชากรแสนคน และภาคเหนือ มีอัตราป่วย 9.45 ต่อประชากรแสนคน อัตราตาย 0.02 ต่อประชากรแสนคน [9]

จังหวัดขอนแก่น สถานการณ์โรคไข้เลือดออกระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2563 ถึงวันที่ 25 เมษายน 2563 ได้รายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกจำนวนทั้งสิ้น 2139 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 118.99 ต่อประชากรแสนคน พบผู้ป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง โดยพบเพศชาย 1091 ราย เพศ

หญิง 1048 ราย คิดเป็นอัตราส่วนเพศชาย ต่อ เพศหญิง เท่ากับ 1.04 : 1 กลุ่มอายุที่พบสูงสุด คือ กลุ่มอายุ 10 - 14 ปี อัตราป่วยเท่ากับ 510.57 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 5 - 9 ปี, 15 - 24 ปี, 0 - 4 ปี, 25 - 34 ปี, 55 - 64 ปี, 35 - 44 ปี, 45 - 54 ปี, 65 ปี ขึ้นไป อัตราป่วยเท่ากับ 415.74, 213.03, 169.65, 64.78, 21.51, 19.07, 17.29 และ 15.56 ราย ตามลำดับ ในจังหวัดขอนแก่นนั้นมีทั้งหมด 26 อำเภอ ในปี พ.ศ. 2563 อำเภอที่มีอัตราป่วยด้วยโรคไข้เลือดออกสูงสุด 5 อันดับแรก คือ อำเภอซำสูง อัตราป่วยเท่ากับ 336.79 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือ อำเภอโคกโพธิ์ชัย อัตราป่วยเท่ากับ 285.22 ต่อประชากรแสนคน อำเภอ ชุมแพ อัตราป่วยเท่ากับ 234.38 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ [8]

จากรายงานสถานการณ์โรคไข้เลือดออกของศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอชุมแพใน ปี 2563 ระหว่างวันที่ 1 มกราคม จนถึงวันที่ 25 เมษายน 2563 พบว่ามีผู้ป่วยที่สูงที่สุดคือ ตำบลโนนอุดม มีอัตราป่วย 1012.09 ต่อแสนประชากร รองลงมาคือ ตำบล วังหินลาด มีอัตราป่วย 335.30 ต่อแสนประชากร ตำบลหนองเสาเล้า มีอัตราป่วย 320.96 ต่อแสนประชากร ตำบลหนองไผ่ มีอัตราป่วย 300.96 ต่อแสนประชากร และตำบลขัวเรียง มีอัตราป่วย 297.93 ต่อแสนประชากร [6] ดังนั้นจึงพบว่ามีการระบาดของโรคไข้เลือดออกในตำบลโนนอุดมอยู่ในระดับที่สูงมากกว่าเกณฑ์กำหนดไว้คือ อัตราป่วยต้องไม่เกิน 50 ต่อประชากรแสนคน

อำเภอชุมแพนั้นเป็นพื้นที่หนึ่งที่มีปัญหาการระบาดของโรคไข้เลือดออกมาอย่างต่อเนื่อง และถึงแม้ว่าในระยะเวลาที่ผ่านมาอำเภอชุมแพจะได้มีการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่อง ทั้งการเฝ้าระวังโดยการสำรวจความชุกลูกน้ำยุงลาย การป้องกันโรคก่อนฤดูการระบาด แต่ก็ยังไม่สามารถควบคุมการระบาดของโรคไข้เลือดออกดังกล่าวได้ ซึ่งเนื่องมาจากอากาศที่มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา [9] จึงมีผลต่อการผสมพันธุ์ของยุง ทำให้ยุงลายเพิ่มจำนวนได้รวดเร็วขึ้น ระยะเวลาฟักตัวของเชื้อโรคในตัวยุงสั้นลง อำเภอชุมแพจึงได้กำหนดให้ทุกครัวเรือนทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย และองค์กรชุมชนที่ประกอบด้วย กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และสมาชิกองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ให้เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มต้น และทางราชการให้การสนับสนุนเกี่ยวกับทางด้านวิชาการ การวินิจฉัยโรค การรักษาพยาบาล ชุมชนจะกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง ในครัวเรือนรวมทั้งการป้องกันโรคไข้เลือดออก โดยมีการประสานงานไปในทิศทางเดียวกัน แม้ว่าจะมีการรณรงค์เพื่อกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ลูกน้ำยุงลายในทุกปี แต่ก็ไม่สามารถควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกได้จากการสำรวจก่อนการดำเนินงาน และการร่วมประชุมในคณะดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกอำเภอชุมแพ พบว่า กระบวนการดำเนินงานรูปแบบเดิม จะมีเพียงหน่วยงานภาครัฐคือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นการรวบรวมข้อมูลมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ออกสุ่มตรวจลูกน้ำยุงลาย และการสรุปผลการดำเนินงาน คือ การสรุปผลค่าความชุกของลูกน้ำยุงลายซึ่ง รูปแบบกระบวนการการดำเนินกิจกรรมที่ผ่านมา องค์กรที่มีอยู่ในชุมชนยังขาดกระบวนการมีส่วนร่วม และไม่เข้าใจในบทบาทของตนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชนของตนเอง การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก ยังขาดความร่วมมือและการประสานงานร่วมกันระหว่างองค์กรในชุมชน โดยการดำเนินงานส่วนใหญ่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ดำเนินการ โดยมีอาสาสมัคร สาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เข้ามามีส่วนร่วมในบางขั้นตอนเท่านั้น และแผนงานหรือกิจกรรมที่จัดขึ้น ในชุมชนไม่ได้นำไปปฏิบัติเอง ทำให้ค่าดัชนีความชุกของลูกน้ำยุงลาย (HI, CI) ในชุมชนยังคงสูงเกินกว่ามาตรฐาน [8] ส่งผลให้เกิดอัตราการเกิดโรคไข้เลือดออกที่ยังมีพบอยู่ทุกปี

จากความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ผู้วิจัยจึงได้ทำการศึกษาการพัฒนารูปแบบการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดอออก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เพื่อเป็นต้นแบบในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก เพราะเป็นชุมชนที่มีความพร้อมในการพัฒนาผู้นำชุมชนรวมถึงกรรมการหมู่บ้านมีความเข้มแข็ง มีความพร้อมที่จะพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ซึ่งจะเปิดโอกาสให้ประชาชนได้แสดงศักยภาพ ในการ

แก้ไขปัญหาร่วมกันโดยเน้นให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง องค์กรในชุมชน และประชาชน ได้มีโอกาส เข้ามามีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เลือกวิธีแก้ไขปัญหาในทุกขั้นตอนของการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาการแก้ไขปัญหาในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ที่เหมาะสมกับบริบทของชุมชน ให้ประชาชนมีความรับผิดชอบต่อปัญหาไข้เลือดออกที่เกิดขึ้น และใช้กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม Appreciation Influence Control (AIC) มาใช้ในกระบวนการวางแผนวิจัย ซึ่งจะช่วยให้เกิดการระดมแนวคิดที่สร้างสรรค์มีส่วนร่วมและเสริมสร้างพลังของชุมชนในการพัฒนา ซึ่งทำให้เกิดกระบวนการจัดการด้วยวิธีการใหม่ ที่ได้ผลในการพัฒนาคนไปพร้อมกัน เพื่อให้เกิดการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกอย่างมีส่วนร่วมของชุมชนตนเองที่ยั่งยืนต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

ระเบียบวิธีการวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น โดยใช้แนวคิดของ Kemmis และ McTaggart (1988) ร่วมกับแนวคิดการมีส่วนร่วมของ Cohen และ Uphoff (1977) โดยการประยุกต์ใช้เทคนิคการวางแผนแบบมีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้ เป็นรูปแบบดำเนินการสร้างกิจกรรม เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาเครือข่ายสุขภาพในชุมชน ให้เกิดกระบวนการที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหา โดยมีขั้นตอนวิธีการดำเนินการวิจัย สรุปเป็นขั้นตอนได้ ดังนี้

1.ขั้นวางแผน (Plan)

2. ขั้นปฏิบัติการ (Action)

3. ขั้นสังเกตการณ์ (Observation)

4. ขั้นสะท้อนผล (Reflection)

กลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยโดยใช้วิธีเฉพาะเจาะจงโดยมีกลุ่มเป้าหมาย คือ ประชากรในเขตตำบลโนนอุดม โดยแบ่งเป็น ผู้ที่เคยป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ประชาชน อาสาสมัครสาธารณสุข คุณครู ผู้ใหญ่บ้าน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น รวม 47 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

แบบสัมภาษณ์ ใช้ในการเก็บข้อมูลโดยการสนทนาสอบถามปากเปล่าโดยมีการบันทึกข้อมูลในแบบสัมภาษณ์ ซึ่งได้กำหนดประเด็นการสัมภาษณ์ไว้ล่วงหน้า ข้อมูลที่ได้เป็น ทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ

แบบสังเกต ใช้ในการรวบรวมข้อมูลโดย สังเกตพฤติกรรมของผู้ร่วมวิจัย แล้วบันทึกในแบบสังเกต โดยผู้วิจัย ซึ่งแบบสังเกตกิจกรรมในระหว่างที่จัดการประชุมการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้สร้างแบบสังเกตเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูล โดยผู้วิจัยและทีมวิทยากรสังเกตผู้เข้าร่วมประชุม ข้อมูล ที่ได้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม และใช้การจดบันทึกขณะประชุม ผู้วิจัยได้กำหนดกรอบเนื้อหาใน การสังเกตการมีส่วนร่วมผู้เข้าร่วมประชุมทุกคนใช้แบบประเมินผล แบบนิเทศ และติดตามการดำเนินงาน ในการเก็บข้อมูลโดยผู้วิจัยข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลเชิงคุณภาพ

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเพื่อใช้ในการเก็บรวบรวม ข้อมูลเสร็จแล้วเสนออาจารย์ที่ปรึกษาตรวจสอบและแก้ไขปรับปรุง จากนั้นนำเครื่องมือ ให้ผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) การตรวจสอบความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (Reliability) ผู้วิจัยนำเครื่องมือ (ชุด แบบสอบถาม) ที่ปรับปรุงแล้วนำข้อมูลไปทดลองใช้ (Try Out) ในต่างพื้นที่ที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับพื้นที่ทำการวิจัยและนำมาวิเคราะห์หาความเที่ยง (Reliability) ของเครื่องมือ หาค่าความเที่ยงแบบสอบถามด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์ โดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปด้วยสูตรของ Kuder Riehardson 20 (KR-20)

สำหรับแบบทดสอบความรู้และวิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟา ของครอนบาซ (Cronbach' s Alpha Coefficient) สำหรับแบบวัดการมีส่วนร่วมและการปฏิบัติตัวในการป้องกัน และควบคุมโรคเพื่อตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content /Validity) และตรวจสอบความตรงตามโครงสร้าง (Construct Validity) ให้ครอบคลุมตามเนื้อหา และโครงสร้างที่ต้องการจะวัดแบบสอบถามแต่ละข้อและรวมทุกข้อเป็นเครื่องมือทั้งชุด ข้อมูลเชิงปริมาณ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ในส่วนของข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้โรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังการพัฒนา โดยใช้ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ .05

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสังเกต การสัมภาษณ์ และการลงพื้นที่ด้วยการจดบันทึก นำข้อมูลที่ได้มาประชุมเชิงปฏิบัติการมาวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) โดยนำข้อมูลที่ได้มาทำความเข้าใจจับประเด็นปัญหา และจัดหมวดหมู่ข้อมูลอย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงกับการพัฒนารูปแบบการการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และสรุปเนื้อหาบรรยายเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

จากการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้แบ่งผลการวิจัยออกเป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1 บริบทชุมชนและสภาพปัญหา ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนารูปแบบ และระยะที่ 3 ระยะประเมินผล ดังนี้

ระยะที่ 1 บริบทชุมชนและสภาพปัญหา

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการสอบถามและการสัมภาษณ์การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

จากบริบทของอำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่นนั้นได้มีการให้บริการเชิงรุกและเชิงรับเพื่อป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยมีกิจกรรมการดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องหลายโครงการใช้ความพยายามในการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกมาโดยตลอด โดยที่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านปฏิบัติหน้าที่กระตุ้นให้ประชาชนมีพฤติกรรมการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม และให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคไข้เลือดออก การประชาสัมพันธ์รณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก การกำจัดลูกน้ำยุงลาย ทุก 7 วัน ผลการดำเนินงานที่ผ่านมายังพบว่าไม่สามารถป้องกันโรคไข้เลือดออกได้อย่างมีประสิทธิภาพและยังไม่สามารถแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกได้ ถึงแม้จะดำเนินการได้ผลดีก็อยู่แต่ในช่วงของการรณรงค์เท่านั้น การเกิดโรคไข้เลือดออกส่วนหนึ่งเป็นปัญหามาจากการดำเนินการควบคุมและกำจัดลูกน้ำยุงลายไม่ได้ผล การดำเนินงานมุ่งเน้นไปที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเป็นผู้ดำเนินงานเท่านั้น การพ่นสารเคมีจะพ่นเมื่อเกิดการระบาดของโรคเป็นส่วนใหญ่ ชุมชนยังไม่มีประสิทธิภาพในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เนื่องจากประชาชนยังขาดการมีส่วนร่วมและขาดความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ทั้งยังไม่มีความพร้อมที่จะร่วมมือในการทำกิจกรรมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน

จากการศึกษาด้วยแบบสอบถาม กลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัยที่ศึกษาส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (ร้อยละ 59.60) มีอายุระหว่าง 51ปีขึ้นไป (ร้อยละ 31.91) รองลงมาอายุระหว่าง 41-50 ปี (ร้อยละ 25.53) มีอายุสูงสุด 65 ปี และอายุต่ำสุด 11 ปีอายุเฉลี่ย เท่ากับ 41 ปี (S.D.= 14.35) ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรส (ร้อยละ 61.70) รองลงมาเป็นโสด (ร้อยละ 21.27) และ หม้าย (ร้อยละ 12.76) ระดับการศึกษา ในระดับชั้นมัธยมศึกษาและปริญญาตรีมากที่สุด (ร้อยละ 23.40) รองลงมาเป็นระดับชั้น ปวส./อนุปริญญา (ร้อยละ 21.278) มีอาชีพรับราชการ/พนักงานรัฐวิสาหกิจ (ร้อยละ 29.78) รองลงมารับ เกษตรกรรม (ร้อยละ 19.15) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ส่วนใหญ่มีรายได้อยู่ที่ระหว่าง 0 – 12,750 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 57.44) รองลงมาเป็นรายได้ 12,751 – 25,500 บาทต่อเดือน (ร้อยละ 25.53) มีรายได้สูงสุด 51,000 บาท และรายได้ต่ำสุด 0 บาทต่อเดือน รายได้เฉลี่ย เท่ากับ 14017 บาทต่อเดือน (S.D.= 12975.98) บทบาททางสังคมส่วน

ใหญ่เป็นตัวแทนประชาชน (ร้อยละ 27.66) รองลงมาเป็นอสม. (ร้อยละ 21.28) และเป็นครู (ร้อยละ 17.02)

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ระยะที่ 1 ศึกษาสภาพปัญหาและบริบทของชุมชน ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูลด้วยวิธีการที่หลากหลาย ทั้งข้อมูลปฐมภูมิและข้อมูลทุติยภูมิ มีการนำเสนอผลการศึกษาที่ได้จากการเก็บแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ พบว่า ขาดการมีส่วนร่วมของประชาชนในชุมชน ในการแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออก ไม่ได้จัดทำแผนงานโครงการในการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน การดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ไม่มีระบบที่ชัดเจน และการดำเนินงานไม่ต่อเนื่อง การติดตามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ติดตาม ดูแล เยี่ยมบ้าน, การเยี่ยมบ้านไม่ต่อเนื่อง การประเมินผล มีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้ ประเมินผลเพียงฝ่ายเดียว

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนารูปแบบ

โดยใช้กระบวนการ (PAR) ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน

การดำเนินการในระยะที่ 2 มีเป้าหมายเพื่อให้ได้การดำเนินงาน กิจกรรม วิธีการและผู้รับผิดชอบกิจกรรม รวมทั้งกำหนดระยะเวลาดำเนินกิจกรรมประชุมเชิงปฏิบัติการ โดยผู้วิจัยได้ประชุมวางแผนในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ประชุมเพื่อชี้แจงสภาพปัญหา จำนวน 1 วัน ในการหาแนวทางพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ร่วมปัจจุบัน โดยมุ่งหวังให้ชุมชนเกิดการรับรู้ปัญหาร่วมกัน และร่วมกันวิเคราะห์ สาเหตุปัญหาโรคไข้เลือดออก มีอะไรบ้าง ผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ทุกคนได้แสดงความคิดเห็น ร่วมรับฟังหาข้อสรุป ประเด็นของปัญหาและสาเหตุของปัญหา ผลการดำเนินการกิจกรรม การวิเคราะห์สภาพปัญหาปัจจุบัน และสาเหตุของโรค

ผลสรุปของที่ประชุมได้สังเคราะห์กิจกรรมออกมาและได้ร่วมกันจัดทำเป็นโครงการขึ้น ได้แก่ โครงการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน และ โครงการชุมชนโนนอุดมร่วมใจ ใส่ใจสิ่งแวดล้อม

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ

การดำเนินกิจกรรมโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาโรคไข้เลือดออกในชุมชน ขั้นตอนนี้เป็นการนำแผนไปสู่ การปฏิบัติ จากการประชุมเชิงปฏิบัติการ มติที่ประชุมได้คัดเลือกโครงการ ที่ต้องการให้เกิดขึ้น 2 โครงการ ได้แก่

1) โครงการเฝ้าระวังป้องกันโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน เป็นกิจกรรมเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออกในชุมชน โดยมีกิจกรรมคือ การส่งเสริมให้ประชาชาชนมีความรู้มีการรับรู้วิธีการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก และสามารถนำความรู้ที่ได้ไปใช้ในการดูแลสุขภาพตนเองและคนในครอบครัวได้อย่างถูกต้องเหมาะสมโดยมีกิจกรรมย่อยๆ ได้แก่ (1) การประชาสัมพันธ์ให้สุขศึกษา เสียงตามสายเกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก และแจ้งข้อมูล ข่าวสารเกี่ยวกับการเกิดโรคไข้เลือดออกให้ประชาชนทราบอย่างทัน เหตุการณ์ โดยผู้นำชุมชน อย่างน้อย สัปดาห์ละ 1 ครั้ง ผู้วิจัยได้ทำเอกสารแผ่นพับแจกให้กับประชาชน ทุกหลังคาเรือนในชุมชน และสร้างป้ายประชาสัมพันธ์การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกติดในชุมชน (2) กิจกรรมสำรวจลูกน้ำยุงลายเป็นกิจกรรมให้ ผู้นำชุมชน อสม เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร่วมทำกิจกรรม ออกสำรวจลูกน้ำยุงลายร่วมกัน เป็นการสร้างเสริมพลังของ ภาคีเครือข่าย เพื่อให้เกิดการตื่นตัวของประชาชน ตื่นตัวและสนใจในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย (3) กิจกรรมปล่อยปลากำจัดลูกน้ำเป็นกิจกรรมส่งเสริมการใช้ปลาหางนกยุง ในการเลี้ยงเพื่อกินลูกน้ำยุงลายโดยจะให้ตรวจลูกน้ำยุงลาย เมื่อพบว่าหลังคาเรือนไหนที่ พบ ลูกน้ำก็จะทำการแจกปลาหางนกยุง เพื่อไว้กินลูกน้ำยุงลาย (4) กิจกรรมครัวเรือนตัวอย่าง บ้านนี้ปลอดลูกน้ำเป็นกิจกรรมต่อเนื่องสำหรับการสำรวจลูกน้ำหากพบครัวเรือนที่ไม่มีลูกน้ำยุงลาย จะติดสติกเกอร์ “ครัวเรือนตัวอย่าง บ้านนี้ปลอดลูกน้ำ” เพื่อให้เกิดการตระหนักและตื่นตัวในการกำจัดลูกน้ำยุงลายได้อย่างต่อเนื่อง

2) โครงการที่ 2 โครงการชุมชนโนนอุดมร่วมใจ ใส่ใจสิ่งแวดล้อม ผู้รับผิดชอบคือ องค์การบริหารส่วนตำบลโนนอุดม และประชาชนตำบลโนนอุดม เป็นกิจกรรมในการรวมพลังคนในชุมชน ออกมาพัฒนาสิ่งแวดล้อมใน

ชุมชน เช่น การพัฒนาสิ่งแวดล้อมรอบๆ หมู่บ้าน การเก็บขยะบริเวณหมู่บ้าน วัด โรงเรียน เพื่อทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายให้เกิดความสะอาดน่าอยู่ ส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้การคัดแยก ขยะในชุมชน สามารถแยกขยะในครัวเรือน เพื่อลดปริมาณการสะสมขยะ โดยนำขยะที่สามารถขายได้ โดยมีกิจกรรมย่อยๆ คือ (1) การอบรมให้ความรู้เรื่องการคัดแยกขยะ คือการอบรมให้ความรู้ในการคัดแยกขยะ เพื่อลดปริมาณขยะจากต้นทาง รวมถึงการลดการเกิดแหล่งเพาะพันธ์ยุงลาย (2) การนำขยะขายได้มาขายที่จุดรับซื้อของชุมชน เพื่อลดขยะในชุมชนลงและลดการเกิดแหล่งเพาะพันธ์ยุงลายเพิ่มขึ้น (3) การพัฒนาสิ่งแวดล้อมในชุมชนโดยมีประชาชนออกมาร่วมกันดำเนินกิจกรรม เช่น การพัฒนาสิ่งแวดล้อมรอบๆ หมู่บ้าน การเก็บขยะบริเวณหมู่บ้าน วัด โรงเรียน เพื่อทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลายให้เกิดความสะอาดน่าอยู่

3) โครงการให้ความรู้เด็กนักเรียนโรงเรียนบ้านโนนอุดม เพื่อให้เด็กนักเรียนได้รับข่าวสาร ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออก การป้องกันโรคไข้เลือดออก รวมถึงส่งเสริมให้ นักเรียนกำจัดแหล่งเพาะพันธ์ยุงลาย รวมถึงร่วมสำรวจลูกน้ำยุงลายร่วมกับทีมม้าเร็ว โดย มีกิจกรรมย่อยๆ คือ (1) อบรมให้ความรู้แก่เด็กนักเรียนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก (2) กิจกรรมออกสำรวจลูกน้ำยุงลายของเด็กนักเรียนร่วมกับทีมสำรวจ

ขั้นตอนที่ 3 ระยะประเมินผล

มีการติดตามผลการ ปฏิบัติงานของกลุ่มผู้เข้าร่วมวิจัย ในขณะที่ลงพื้นที่ร่วมกันในแต่ละกิจกรรมผู้วิจัยได้ทำการสังเกตให้คำแนะนำและช่วยเหลือเมื่อพบว่าผู้เข้าร่วมวิจัยพบปัญหาอุปสรรค ภายหลังการทำกิจกรรมตามแผนงานที่ได้ ซึ่งรายละเอียดจะนำเสนอในภาพรวมดังต่อไปนี้การสังเกต ติดตามความก้าวหน้า ให้ คำแนะนำ ประเมินผลการ ดำเนินงาน และเก็บรวบรวมผลที่ได้จากแผนงานกิจกรรม โดยผู้วิจัยเป็น ผู้สนับสนุน ผู้วิจัยได้ติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ในทุกเดือน เดือนละ 1 ครั้ง ระยะเวลา 1 เดือน พบว่า ชุมชนได้มีการรณรงค์ป้องกันโรคไข้เลือดออก ทั้งที่บ้าน วัด โรงเรียน พร้อมกับการทำกิจกรรมพัฒนาสภาพแวดล้อมในชุมชนการประชาสัมพันธ์ มีการประชาสัมพันธ์แจ้งข้อมูลข่าวสาร แจ้งการดำเนินกิจกรรมทางหอกระจายข่าว และขอความร่วมมือในการกำจัดลูกน้ำยุงลาย มีการประชุมประจำเดือนของผู้ร่วมวิจัยและแจ้งข้อมูลผลการดำเนินกิจกรรม ความก้าวหน้าของกิจกรรมต่างๆ ในแต่ละครั้งในที่ประชุมทราบ องค์การบริหารส่วนตำบล ได้มีการ สนับสนุนงบประมาณ ทั้งด้านวัสดุอุปกรณ์ส่วนการกำจัดลูกน้ำยุงลายมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องทุกสัปดาห์

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล

กิจกรรมโครงการถอดบทเรียนลงชุมชน ในครั้งนี้เป็นกระบวนการ หนึ่งที่ดำเนินการมาจากการวิเคราะห์และประเมินผลการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ โดยเมื่อมีการประเมินและพัฒนางานตามกระบวนการที่ได้จากกระบวนการแล้วก่อน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ชุมชนได้ ร่วมกันวิเคราะห์สิ่งที่เกิดขึ้นจากกระบวนการต่างๆ ที่ชุมชนได้ร่วมกันดำเนินกิจกรรมตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงสิ้นสุดการดำเนินกิจกรรม บรรลุตามเป้าหมาย และกำหนดรูปแบบที่เหมาะสมกับชุมชน ที่เกิดขึ้น จากกระบวนการทั้งหมดโดยใช้ ระยะเวลาในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในครั้งนี้ 1 วัน

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยพบว่า ระดับความรู้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) ระดับการปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการพัฒนาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.001) ระดับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ก่อนและหลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(P-value < 0.001)

การศึกษาครั้งนี้นำมาอภิปรายผลการวิจัย การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น โดยการใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการ ได้กิจกรรมการดำเนินงานในการพัฒนารูปแบบการดำเนินป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกเพื่อใช้ในพื้นที่อื่นๆได้

กระบวนการพัฒนารูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยส่งเสริมการเฝ้าระวัง โรคไข้เลือดออกก่อนการระบาด โดยกำหนดขั้นตอนในลักษณะ 2 วงรอบ ซึ่งประกอบด้วย การวางแผน (Planning) การปฏิบัติ (Action) การสังเกตการณ์ (Observation) และการสะท้อนผลการปฏิบัติการ (Reflection) ซึ่งได้กระบวนการรูปแบบ 5 ขั้นตอน 1) ศึกษาบริบทและสภาพปัญหาโรคไข้เลือดออก 2) ประชุมเชิงปฏิบัติการวางแผนแบบมีส่วนร่วมการจัดการปัญหาไข้เลือดออก 3) ปฏิบัติตามแผนงาน/ โครงการ 4) ติดตามสนับสนุนและประเมินผลการดำเนินงาน 5) จัดประชุมประเมินและสรุปผลการ ดำเนินงานรูปแบบแนวทางในการป้องกันโรคไข้เลือดออก ทั้งนี้อาจเป็นเพราะผู้ร่วมวิจัย ได้มีส่วนร่วมใน กระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วมทุกขั้นตอนและทุกกิจกรรม ซึ่งเป็นวิธีการที่เปิดโอกาสให้ผู้ร่วมวิจัย ได้แลกเปลี่ยนความรู้ความสามารถประสบการณ์ ทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจถึงปัญหา และความต้องการของผู้ร่วมวิจัยในการพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก เป็นผลทำให้เกิดประสบความสำเร็จ ซึ่งสอดคล้องกับ จีระศักดิ์ ทัพผา และ ดิเรก ดิษฐ์เจริญ (2556)[1] ทำการศึกษา การ พัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาชุมชนบ้านท่าโพธิ์ หมู่ 8 ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก โดยพบว่ามีรูปแบบ 4 ขั้นตอน ขั้นตอนที่ 1 การสร้าง ความตระหนักถึงปัญหาและสาเหตุโรคไข้เลือดออกของชุมชน ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำแผนการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก ขั้นตอนที่ 4 การติดตาม และประเมินผลป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก

การใช้กระบวนการประชุมวางแผนเชิงสร้างสรรค์ AIC การดำเนินงาน การปฏิบัติ การ ประเมินผล โดยมีองค์ความรู้ การเฝ้าระวังโรคไข้เลือดออก เพื่อให้เกิดแผนงานกิจกรรมโครงการที่เกิด จากการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน รูปแบบกิจกรรม/โครงการ โดยมี ได้แก่ 1) โครงการเฝ้าระวังป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก 2) โครงการชุมชนบ้านโนนอุดมร่วมใจ ใส่ใจสิ่งแวดล้อม และ 3) โครงการเฝ้าระวังป้องกันโรคไข้เลือดออกเด็กนักเรียน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก ผู้เข้าร่วมวิจัยมีความรู้สามารถวางแผนกิจกรรมโครงการเพื่อแก้ปัญหาโรคไข้เลือดออกด้วยชุมชนโดยใช้ กระบวนการมีส่วนร่วมมาเป็นเครื่องมือในการร่วมคิดร่วมทำอย่างสร้างสรรค์ ซึ่งสอดคล้องกับ รัตนภรณ์ ดุสิต (2560)[5] ทำการศึกษา การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนบ้านหัน ตำบลเขวา อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม โดยพบว่า รูปแบบและแนวทางการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน ซึ่งได้แก่โครงการและกิจกรรมได้โดยเกิดจากการมีส่วนร่วมของชุมชน มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ ปัญหา บริบทพื้นที่ จะกระตุ้นการส่งเสริม กิจกรรมป้องกันในชุมชน ให้ส่งผลต่อการป้องกันและควบคุม การเกิดโรคไข้เลือดออก ซึ่งสอดคล้องกับ ธวัชชัย โคตรเมืองยศ (2556)[3] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการ ป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน ตำบลศรีชมพู อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ โดยความสำเร็จ ของรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน คือ การที่ให้ภาคีเครือข่ายในชุมชนทุกภาคส่วน เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานทุกขั้นตอน การใช้กลไกทางสังคมประยุกต์ ใช้กระบวนการ และการใช้แกนนำในพื้นที่เข้มแข็งเป็นผู้ดำเนินงานเป็นหลัก

ผลการประเมินด้านความรู้ ด้านการปฏิบัติ และด้านมีส่วนร่วม ก่อนและหลังการพัฒนา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสถิติ ($p<0.001$) ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้เข้าร่วมวิจัยได้รับความรู้จากวิทยากรที่มีความ เชี่ยวชาญในการถ่ายทอดองค์ความรู้ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทำให้ผู้เข้าร่วมวิจัยมี ความรู้ การปฏิบัติร่วมถึงการมีส่วนร่วมเพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้การป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ประสิทธิภาพมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับ ทวี ดีละ (2557)[2] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรค ไข้เลือดออกในระดับชุมชน ตำบลโคกสูง อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม และ นอรีนี ตะหวา ปวิตร ชัยวิสิทธิ (2562)[4] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบส่งเสริมศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วม ของชุมชนเขตตำบลเคร็ง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช โดย พบว่า กลุ่ม ตัวอย่าง มีความรู้ การปฏิบัติตัว และการมีส่วนร่วม ของโรคไข้เลือดออกโดยรวมอยู่ในระดับมาก เปรียบเทียบก่อนและหลังการพัฒนา พบว่า ทั้ง 3 ด้านมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) โดยส่งผลให้ความชุกของลูกน้ำยุงลายลดลงอย่างต่อเนื่อง โดยก่อนการพัฒนาและหลังการ พัฒนา พบว่า ค่าความชุกลูกน้ำ ยุงลายค่า HI, ค่า CI มีแนวโน้มลดลงอย่างเห็นได้ชัด ทั้งนี้อาจ เนื่องมาจากการวางแผนชุมชนด้วยกระบวนการวางแผน แบบมีส่วนร่วม ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ช่วยบริหาร จัดการและเชื่อมประสานให้แกนนำชุมชนได้ร่วมกัน วิเคราะห์การดำเนินงาน ซึ่งสอดคล้องกับ ธวัชชัย โคตรเมืองยศ (2556)[3] ที่ศึกษาการพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน ตำบลศรีชมพู อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ โดยความสำเร็จของรูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับ ชุมชน คือการที่ให้ภาคีเครือข่ายในชุมชนทุกภาคส่วน เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการดำเนินงานทุกขั้นตอน การใช้กลไกทางสังคมประยุกต์ ใช้กระบวนการและการใช้แกนนำในพื้นที่เข้มแข็งเป็นผู้ดำเนินงานเป็นหลัก

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้

1. การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการพัฒนา โดยอาศัยการมีส่วนร่วมกับบุคคลที่เกี่ยวข้อง มาวิเคราะห์ปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหาสามารถนำไปปฏิบัติ ได้จริง สามารถนำแนวทางไปประยุกต์ใช้เกี่ยวกับปัญหาด้านสาธารณสุขอื่นๆ ได้

2. การพัฒนารูปแบบการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน จะต้องสร้างการมีส่วนร่วมทุกขั้นตอน ทุกกระบวนการและสร้างความตระหนักในการเป็นเจ้าของในชุมชนโดยทำเพื่อตนเองซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการป้องกันโรคไข้เลือดออกอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

3. การวิจัยในครั้งนี้สามารถปรับใช้กับพื้นที่ที่มีประเด็นปัญหาโรคไข้เลือดออกได้ สามารถเป็นแนวทางในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชนตามบริบทของพื้นที่

4. รูปแบบในการป้องกันควบคุมโรคในการวิจัยในครั้งนี้สามารถปรับใช้ในชุมชนต่างๆได้ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดผลในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกโดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งต่อไปควรนำไปพัฒนาการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่หมู่บ้านอื่นเพิ่มขึ้น และนำผลประเด็นปัญหาและอุปสรรคมาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาการดำเนินงานต่อไป

2. ควรศึกษาการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงเรียนในการดำเนินงานป้องกันโรคไข้เลือดออกเพิ่มเติมขึ้นเพราะบริบทพื้นที่ต่างกัน ซึ่งเพื่อพัฒนาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในพื้นที่

3. การศึกษากลุ่มในชุมชนต่าง ๆ มามีส่วนร่วมในกิจกรรมควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชน เช่น กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มวัยทำงาน กลุ่มผู้สูงอายุ กลุ่มแม่บ้าน เป็นต้น เพื่อส่งเสริมความร่วมมือในกลุ่มในชุมชน

4. ควรศึกษาการวิจัยภายหลังการใช้รูปแบบนี้ 2-3 ปี ว่ามีการทำอย่างต่อเนื่องหรือปัจจัยใดที่ส่งผลในระยะยาวในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในชุมชน

5. ควรส่งเสริมสมุนไพรหรือนวัตกรรมในชุมชนมาเป็นเครื่องมือในการป้องกันควบคุมลูกน้ำยุงลายเพื่อให้เกิดความยั่งยืนในชุมชนต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณคณาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชียทุกท่านที่ได้ให้คำปรึกษาในการทำวิจัย และหน่วยงานต่างๆที่ส่วนให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.จีระศักดิ์ ทัพผา ดิเรก ดิษฐเจริญ. (2556). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก: กรณีศึกษาชุมชนบ้านท่าโพธิ์ หมู่ที่8 ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก กรมควบคุมโรค.

2.ทวี ดีละ. (2557). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน ตำบลโคกสูง อำเภอปลาปาก จังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

3.ธวัชชัย โคตรเมืองยศ. (2556). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในระดับชุมชน ตำบลศรีชมพู อำเภอพรเจริญ จังหวัดบึงกาฬ. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

4.นอรีนี ตะหวา, ปวิตร ชัยวิสิทธิ. (2562). การพัฒนารูปแบบส่งเสริมศักยภาพการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแบบมีส่วนร่วมของชุมชนเขต ตำบลเคร็ง อำเภอชะอวด จังหวัดนครศรีธรรมราช. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก http://www.hu.ac.th/conference/conference2019/proceedings2019/FullText/02%20-201612-1627.pdf. (วันที่ค้นข้อมูล 20 สิงหาคม 2563)

5.รัตนภรณ์ ดุสิต. (2560). การพัฒนารูปแบบการป้องกันโรคไข้เลือดออกในชุมชนบ้านหัน ตำบลเขวาอำเภอเมืองจังหวัดมหาสารคาม. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

6.ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอชุมแพ, (2563). สรุปผลการดำเนินงานโรคไข้เลือดออกประจำเดือนกุมภาพันธ์. ขอนแก่น. สำนักงาน (เอกสารอัดสำเนา)

7.สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข, (2562). โรคไข้เลือดออกเดงกี. ค้นเมื่อ 1 เมษายน 2563, จาก http://nih.dmsc.moph.go.th/fsheet/showimgpic.php?id=23

8.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, (2563). สรุปผลการดำเนินงานโรคไข้เลือดออกประจำเดือน. ขอนแก่น.สำนักงาน. (เอกสารอัดสำเนา)

9.สำนักโรคติดต่อนำโดยแมลง, (2563). สถานการณ์โรคไข้เลือดออกปี 2563. ค้นเมื่อ 1 เมษายน 2563, จาก https://drive.google.com/file/d/1OceLdWp5zZ7damLwX8LRbIt0TfYeXRkV/view.

10.World Health Organization (2018). Community participation in the prevention and control of DF/DHF. SEA/Haem. Fever.

การพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ข้าพเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

THE DEVELOPMENT OF PERFORMANCE OF THE FAST-MOVING SURVEILLANCE TEAM OF HEALTH WORKERS IN THE HEALTH PROMOTING HOSPITAL IN PHON DISTRICT KHON KAEN PROVINCE

ปัญญา ทาพรมมา[1] , นฤมล สินสุพรรณ , อาทิตย์ ฉัตรชัยพลรัตน์

PUNYA THAPROMMA , NARUMON SINSUPUN , ATHIT CHATCHAIPHONRAT

(Received: December 10,2020; Accepted: December 28,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงปฏิบัติการ (Action Research:AR) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ประชากรที่ศึกษาคือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทีปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จำนวน 65 คน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสอบถาม การสนทนากลุ่ม และการอบรมพัฒนาศักยภาพ ดำเนินการเก็บข้อมูลในระหว่างวันที่ 1 สิงหาคม 2563 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2563 นำข้อมูลมาวิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป วิเคราะห์ข้อมูล ด้วยสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษาพบว่า ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.86 (S.D. = 0.50) และระดับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมอยู่ในระดับมาก ค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D. = 0.44) และพบว่าภาพรวมของปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r = 0.605 , p-value < 0.001 , r = 0.735 , p-value < 0.001 ตามลำดับ) ปัญหาอุปสรรค บุคลากรในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลมีจำนวนน้อย ไม่เพียงพอต่อการปฏิบัติงาน และบุคลากรมีหน้าที่รับผิดชอบหลายหน้าที่ ขาดความรู้ความสามารถด้านเทคโนโลยีในการควบคุมโรค งบประมาณมีการสนับสนุนงบประมาณด้านการควบคุมโรคที่ล่าช้า ขาดการจัดสรรงบประมาณที่ชัดเจน วัสดุอุปกรณ์ มีไม่เพียงพอ เช่น เครื่องพ่นหมอกควัน หรือมีก็มีการชำรุดเสียหายบ่อยครั้ง ไม่สามารถบำรุงรักษาเองได้

คำสำคัญ การพัฒนาทีม การปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเลื่อนที่เร็ว ปัจจัยแห่งความสำเร็จ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

Abstract

This study This is an Action Research (AR) study aimed at studying the success factors in development of performance of the fast-moving surveillance team of health workers in the Health Promoting Hospital in Phon District, Khon Kaen Province. The study population is Public health officials working on surveillance, investigation, fast moving, Tambon Health Promoting Hospital, total 65 people The tool used was group discussion questionnaires. And development training The data was collected between August 1, 2020 and November 30, 2020 and analyzed by computer software. The data were analyzed by statistics, percentage, mean, standard deviation. And Pearson's correlation coefficient

The study found that The level of success factor overall was at the high level, the mean 3.86 (S.D. = 0.50) and the speed of surveillance work of public health workers in the Tambon Health Promotion Hospital, Phon District, Khon Kaen Province. The overall picture is very high, the mean 3.95 (S.D. = 0.44). And found that the overall picture of the success factors had a high positive correlation. There were statistically significant (r = 0.605, p-value <0.001, r = 0.735, p-value <0.001, respectively). Personnel barriers were few in Tambon Health Promoting Hospital. Not enough to perform the job And personnel are responsible for many duties Lack of technological knowledge in disease control. The budget is supported by the

[1] นักศึกษาหลักสูตรหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย
หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

budget for the control of the delayed disease. Lack of clear budget allocation, insufficient supplies of equipment such as fogging machines or there is often damage Cannot maintain yourself

Keywords : 1. Team development 2. Operation, surveillance, investigation, move at a faster speed. 3. Success Factors And 4. Tambon Health Promoting Hospital

บทนำ

ประเทศไทยได้มีการตราพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558 มีสาระสำคัญในเรื่องการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคที่เป็นภัยคุกคามต่อสุขภาพของประชาชน โดยมีการบูรณาการความร่วมมือทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ให้สามารถจัดการภัยสุขภาพได้รวดเร็ว เตรียมระบบเพื่อพร้อมรับมือกับโรคติดต่ออันตรายต่างๆ โรคติดต่ออุบัติใหม่ของโลก และลดความสูญเสียจากการเจ็บป่วยอันเป็นผลกระทบด้านสาธารณสุข สังคม และเศรษฐกิจ รวมทั้งเป็นการสร้างความเชื่อมั่นและความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชนไทย กระทรวงสาธารณสุขได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการโรคติดต่อระดับจังหวัด ซึ่งเป็นการแต่งตั้งคณะกรรมการครั้งแรกของประเทศไทย และตั้งหน่วยปฏิบัติการควบคุมโรคติดต่อ ในส่วนของการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ ประกอบด้วย 1)การเร่งรัดการกำจัดและกวาดล้างโรคที่เป็นพันธะสัญญากับนานาชาติ และโรคที่ประเทศไทยสามารถควบคุมได้ดีระดับหนึ่งแล้ว 2)การพัฒนาระบบการเฝ้าระวัง ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่ออันตรายที่ไม่มีในประเทศไทย เพื่อป้องกันการระบาดในประเทศให้เกิดน้อยที่สุด 3)ควบคุมโรคติดต่อประจำถิ่น และ 4)ลดการแบ่งแยกกีดกันหรือเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยโรคติดต่อทุกชนิดให้มีสิทธิเท่าเทียมกันในการรับบริการ โดยมีรูปแบบการดำเนินงานมี 4 ระบบ ได้แก่ 1)ระบบป้องกันโรค 2)ระบบตรวจจับ 3)ระบบควบคุมโรค และ 4)ระบบสนับสนุนบริหารจัดการ ซึ่งจะต้องพัฒนาระบบงานควบคุมโรคตามกฎอนามัยระหว่างประเทศ รวมทั้งพัฒนาทุกจังหวัดให้สามารถดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพต่างๆ ได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพ

กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมควบคุมโรคได้จัดให้มีการตั้งทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team : SRRT) เพื่อเป็นกลไกในการแก้ไขปัญหาโรคและภัยสุขภาพที่เกิดขึ้นกับสุขภาพและชีวิตของประชาชน โดยเริ่มมีการจัดตั้งทีม SRRT ระดับส่วนกลาง ระดับเขต ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ขึ้นจำนวน 1,030 ทีม ซึ่งต่อมากรมควบคุมโรค ได้กำหนดนโยบายอำเภอควบคุมโรคเข้มแข็งแบบยั่งยืน ในปี พ.ศ. 2554 โดยจัดให้มีระบบการเฝ้าระวังเหตุการณ์หรือจัดตั้งทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบล จำนวน 2,775 ทีม และจัดตั้งครบทุกตำบลในปี พ.ศ. 2555 โดยมีภารกิจคือการการเฝ้าระวัง ป้องกันโรค และเน้นควบคุมโรคหรือจำกัดการแพร่ระบาดของโรคโดยเร็ว จึงจำเป็นต้องมีมาตรฐานการปฏิบัติงานของทีม SRRT เพื่อเป็นกรอบในการพัฒนาและเป็นแนวทางการปฏิบัติงานตามมาตรฐานกฎอนามัยระหว่างประเทศ ซึ่งมาตรฐานการปฏิบัติงานของทีมSRRT นั้นมี 4 องค์ประกอบดังนี้ 1) ด้านองค์ประกอบของทีม 2) องค์ประกอบด้านความพร้อมในการปฏิบัติงานของทีม 3) องค์ประกอบด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน 4) องค์ประกอบด้านผลงาน ซึ่งมาตรฐานการปฏิบัติงานนี้จะเป็นเกณฑ์ในการพัฒนาทีม SRRT เครือข่ายระดับตำบลให้ยกระดับมาตรฐานของทีม โดยทีมจะต้องรับการประเมินเพื่อรับรองมาตรฐานของทีม โดยมีระดับการรับรองคือ 1) ระดับพื้นฐาน 2) ระดับดี 3) ระดับดีเยี่ยม ซึ่งผู้ที่มีบทบาทสำคัญเป็นผู้ประสานงาน และผู้ปฏิบัติงานในทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว เครือข่ายระดับตำบล คือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานจึงต้องมีความรู้ความสามารถทางด้านวิชาการเกี่ยวกับวิทยาการระบาดของโรค กระบวนการประสานงาน การบริหารจัดการภายในทีมที่ดี เพื่อให้การปฏิบัติงานได้ตามวัตถุประสงค์และเป้าหมายอย่างมีประสิทธิภาพ

ในการดำเนินงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วตามมาตรฐานของทีมให้ประสบความสำเร็จนั้น ต้องอาศัยปัจจัยหลายอย่างในการส่งเสริมการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบหลักในการปฏิบัติงานเฝ้าระวัง

สอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ที่สำคัญยิ่งคือการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหาร การมีแผนงานรองรับการปฏิบัติงาน รวมทั้งการได้รับความร่วมมือกันจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และภาคประชาชน ส่งความสัมพันธ์กับประสิทธิภาพการทำงาน เกิดการทำงานที่คล่องตัว โดยต้องอาศัยหลักปัจจัยแห่งความสำเร็จเพื่อที่จะได้บรรลุวัตถุประสงค์และเป้าหมายของทีม ซึ่งรวมถึงการใช้ทรัพยากรภายในกลุ่มให้เกิดประโยชน์สูงสุด รวมทั้งการประสานงานของบุคคลในทีมให้ไปสู่เป้าหมายที่ตั้งไว้ร่วมกัน ซึ่งปัจจัยแห่งความสำเร็จนั้น ประกอบด้วย 1)การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับและติดตามประเมินผล 2)หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานรองรับการพัฒนา 3) การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม 4)การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ 5)การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการโดยการพัฒนาคุณภาพการบริการ 6)ความเชื่อมโยงระหว่างทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับทีมแม่ข่าย

สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล จังหวัดขอนแก่นได้ดำเนินงานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (Surveillance and Rapid Response Team : SRRT) ตามนโยบายของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ในปี พ.ศ.2562 และได้ขยายเครือข่ายทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วลงสู่พื้นที่ระดับตำบล จากรายงานสรุปผลการประเมินรับรองการดำเนินงานตามมาตรฐานเครือข่ายทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว (SRRT) จังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560 – พ.ศ. 2562 พบว่าทีมอำเภอพล มีผลการประเมินมาตรฐานอยู่ในระดับดี 2 ปี ติดต่อกัน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น, 2562) ซึ่งหากมีการประเมินมาตรฐานผ่านระดับดี 2 ปีติดต่อกัน ทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอพล จึงจำเป็นจะต้องมีการพัฒนาคุณภาพการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่ปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วอำเภอพลให้ผ่านเกณฑ์มาตรฐานระดับเยี่ยมต่อไป ดังนั้นจากที่มาและความสำคัญในการดำเนินงานเครือข่ายทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วดังกล่าว จึงจำเป็นที่จะต้องทราบถึงปัจจัยที่จะช่วยส่งเสริมการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับปรุงและพัฒนาระบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ และผ่านมาตรฐานการประเมินเครือข่ายทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับเยี่ยมจากสำนักระบาด กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ดังนั้นผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาเพื่อพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น และศึกษาปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วให้เกิดผลดีต่อประชาชนลดอัตราป่วยและอัตราตายได้อย่างเต็มประสิทธิภาพและยั่งยืน

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาปัจจัยและแนวทางที่ส่งผลต่อการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาระดับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว คุณลักษณะส่วนบุคคล และระดับแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

3. เพื่อศึกษาปัญหาและอุปสรรคในการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

วิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ เพื่อนำมาพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

ประชากรที่ใช้ศึกษา

ประชากรในการวิจัยครั้งนี้ คือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานระบาดวิทยา และปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น ทุกคน จำนวน 65 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ในครั้งนี้ผู้วิจัยได้จากการศึกษาแนวคิด ทฤษฎีเกี่ยวกับปัจจัยแห่งความสำเร็จและแนวคิดทฤษฎีเกี่ยวกับมาตรฐานการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับตำบลรวมถึงงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมกับเนื้อหาวัตถุประสงค์ และกรอบแนวคิดในการวิจัย ประกอบด้วย 3 ชุด ดังนี้

ชุดที่ 1 แบบสอบถาม (Questionnaire) เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาเป็นแบบสอบถามปลายปิดและปลายเปิด ประกอบด้วย 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ 1)เพศ 2)อายุ 3)ระดับการศึกษา 4)ตำแหน่ง 5)ระยะเวลาในการปฏิบัติงาน SRRT 6)การได้รับการอบรมเกี่ยวกับ SRRT โดยคำถามเป็นแบบปลายเปิดและปลายปิดให้เติมข้อความ

ส่วนที่ 2 ด้านปัจจัยแห่งความสำเร็จ ประกอบด้วย 1) การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับและติดตามประเมินผล 2)หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานรองรับการพัฒนา 3) การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม 4)การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ 5)การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการโดยการพัฒนาคุณภาพการบริการ 6)ความเชื่อมโยงระหว่างทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับทีมแม่ข่าย แบบสอบถามมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale) มีระดับการวัดเป็นเป็นช่วงสเกล (Interval scale)

ส่วนที่ 3 ด้านการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เป็นคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลตามมาตรฐานการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับตำบล ข่าย แบบสอบถามมีคำตอบให้เลือก 5 ระดับ (5, 4, 3, 2, 1) ลักษณะของแบบสอบถามแบบมาตรประมาณค่า (Rating scale)

ส่วนที่ 4 ปัญหา อุปสรรค และข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในจังหวัดขอนแก่น สามารถเติมข้อความและแสดงความคิดเห็นได้โดยอิสระ เป็นคำถามปลายเปิด

ชุดที่ 2 แนวทางการสนทนากลุ่ม (Focus group guideline) นำข้อมูลจากงานวิจัยเชิงปริมาณที่พบปัญหา โดยนำประเด็นปัญหามาใช้เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่ม เพื่อยืนยันและสนับสนุนข้อมูลเชิงปริมาณ

ชุดที่ 3 จัดอบรมเชิงปฏิบัติการ เพื่อพัฒนาศักยภาพของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น โดยนำข้อมูลจากงานวิจัยเชิงปริมาณที่พบปัญหา โดยนำประเด็นปัญหามาใช้เป็นแนวทางการพัฒนาร่วมกัน

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ จัดทำแบบสอบถามให้สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้และตามกรอบแนวคิดในการวิจัย สร้างแบบสอบถามตามข้อมูลที่ศึกษา นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน และนำไปทดลองใช้ (Try-out) กับประชากรที่มีลักษณะใกล้เคียงกันกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 ชุด เพื่อหาความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) โดยใช้สูตรหาสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาช (Cronbach's alpha coefficient) กำหนดค่าความเที่ยงตั้งแต่ 0.6 ขึ้นไป จึงจะยอมรับไปใช้ได้ โดยคำนวณการหาค่าความเที่ยงในตัวแปรต้นปัจจัยการบริหารได้ค่า 0.83 ตัวแปรต้นปัจจัยแห่งความสำเร็จได้ค่า 0.96 ตัวแปรตามการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขได้ค่า 0.88 และคำนวณหาค่าความเที่ยงภาพรวมทั้งชุดได้ค่า 0.97 ซึ่งถือว่าเป็นช่วงเชื่อมั่นที่ใช้ได้

ขั้นตอนการวิจัย

ระยะที่1 ระยะศึกษาสถานการณ์รูปแบบการการดำเนินงานของทีมเฝ้าระวังสอบเคลื่อนที่เร็ว(SRRT)อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

1. ศึกษาบริบทของศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอพล

2. ศึกษาสถานการณ์ ทบทวนการปฏิบัติงาน การดำเนินงานควบป้องกันโรคของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว(SRRT)ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล การสอบสวนโรค การควบคุมป้องกันโรค ดู

ความ ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา จากแบบรายงานตามมาตรฐานทางระบาดวิทยาของกรมความคุมโรค จากการสัมภาษณ์ รวมทั้งศึกษาจากเอกสารการรายงานของ ศูนย์ระบาดวิทยาอำเภอพล

3.วัดความรู้ของผู้เข้าอบรมพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วด้วยแบบสอบถามก่อนและหลังการดำเนินการพัฒนา

4. วิเคราะห์สถานการณ์ ที่เกี่ยวข้องกับ รูปแบบการปฏิบัติงานของทีมSRRT ระดับตำบล ระดับอำเภอ

5. การเตรียมความพร้อมของผู้วิจัยโดยการเตรียมความรู้ จากการศึกษาค้นคว้า จากเอกสาร ตำราวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังเคลื่อนที่เร็ว(SRRT)การทำงานเป็นทีมและกระบวนการการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

6. การเตรียมผู้ร่วมวิจัย โดยการสร้างสัมพันธภาพกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา ทั้งในโรงพยาบาลพล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอพล อธิบายถึงวัตถุประสงค์ในการวิจัยประชุม เพื่อชี้แจงสภาพปัญหา เดือนกันยายน 2563

7. การขออนุญาตลงพื้นที่ในการทำวิจัย โดยมีหนังสือจากทางวิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลพล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล

ระยะที่ 2 ระยะการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว(SRRT) ของเจ้าหน้าทีที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล โดยใช้กระบวนการ(PAOR) ดังต่อไปนี้

ขั้นตอนที่ 1 การวางแผน (Plan) ประชุมเชิงปฏิบัติการโดยผู้วิจัยทีมผู้ช่วยวิจัย ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยา ทั้งในโรงพยาบาลพล สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอพล ร่วมประชุมวางแผนในการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว

ขั้นตอนที่ 2 การปฏิบัติ (Action) นำแผนงานจากการประชุมวางแผนมาใช้ในการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว(SRRT)ของเจ้าหน้าทีสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น โดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ

ขั้นตอนที่ 3 การสังเกต (Observation) นิเทศ ติดตามผลเก็บรวบรวมข้อมูล ก่อน-หลังการอบรมเชิงปฏิบัติการและติดตามเยี่ยมในพื้นที่ในการปฏิบัติโดยทีมประเมินระดับอำเภอปฏิบัติถูกต้องตามมาตรฐานทางระบาดวิทยาหรือไม่ แล้วนำข้อมูลหรือคะแนนที่ได้มาวิเคราะห์เพื่อพัฒนาและปรับปรุงแก้ไขในการปฏิบัติงานต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 การสะท้อนผล (Reflection) นิเทศติดตามกลุ่มเป้าหมาย เพื่อดูความก้าวหน้า การร่วมมือร่วมแรง และทัศนคติ ที่มีต่อการควบป้องกันโรคทางระบาดวิทยาในพื้นที่ รวมถึงติดตามการจัดทำรายงานเอกสาร จากข้อมูลการออกปฏิบัติการ เพื่อประเมินผลของการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล เมื่อผ่านกระบวนการในวงรอบที่ 1 แล้วนำมาสรุปประเด็นปัญหาเพื่อที่จะนำไปพัฒนาในวงรอบที่ 2 โดยใช้กระบวนการ (PAOR) ในการพัฒนาต่อไป

ระยะที่ 3 ระยะประเมินผลการพัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว โดยการสนทนากลุ่ม Focus Group ซึ่งเป็นการประชุมกลุ่มโดยมี ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล ผู้รับผิดชอบงานระบาดวิทยาจากโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล/โรงพยาบาล ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ผู้ทำการวิจัยและผู้ร่วมวิจัย ซึ่งเป็นตัวแทนเข้าร่วมการประชุมกลุ่มแบบโต๊ะวงกลม ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญในแต่ล่ะด้านเพื่อสรุปประเด็นปัญหาและเสนอแนวทางในแต่ล่ะประเด็น มีเลขาช่วยจดบันทึกการประชุมในแต่ละประเด็น แล้วให้ทุกคนในกลุ่มได้เสนอแนวคิดของแต่ละคนออกมา เพื่อที่จะนำมารวบรวมเพื่อที่จะได้แนวทางในการ พัฒนาศักยภาพการปฏิบัติงานของทีมสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีประสิทธิภาพ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป โดยวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา ในการหาค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ามัธยฐาน ค่าต่ำสุด ค่าสูงสุด เพื่อใช้ในการอธิบายคุณลักษณะส่วนบุคคล

ระดับแรงจูงใจ ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ และระดับการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น และสถิติเชิงอนุมาน Pearson's Product Moment Correlation Coefficient ในการหาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรที่ศึกษา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น คุณลักษณะส่วนบุคคลของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 42 คน คิดเป็นร้อยละ 64.4 เพศชาย จำนวน 23 คน คิดเป็นร้อยละ 35.4 ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 31 -50 ปี จำนวน 58 คน คิดเป็นร้อยละ 89.2 โดยมีอายุเฉลี่ย 35.20 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน= 8.48 ปี) อายุต่ำสุด 23 ปี อายุสูงสุด 56 ปี ส่วนใหญ่สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 67.7 ลองลงมาคือ สูงกว่าปริญญาตรี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 23.1 ส่วนใหญ่ตำแหน่งนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 37 คน คิดเป็นร้อยละ 56.92 รองลงมาคือพยาบาลวิชาชีพ จำนวน 18 คิดเป็นร้อยละ 27.7 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว 5 – 10 ปี จำนวน 44 คน คิดเป็นร้อยละ 67.69 มีค่ามัธยฐาน 6 ปี (ค่าต่ำสุด = 1 ปี, ค่าสูงสุด = 25 ปี

2. ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น เมื่อพิจารณาระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จ พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.86 , S.D.=0.50) เมื่อพิจารณาตามปัจจัยพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับและติดตามประเมินผล มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.94 , S.D.=0.53) รองลงมาคือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านหน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานรองรับการพัฒนาอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.93 , S.D.=0.55) ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วมอยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.70 , S.D.=0.69)

3. ระดับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลจังหวัดขอนแก่น เมื่อพิจารณาระดับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่าง อยู่ในระดับมาก (เฉลี่ย = 3.95 , S.D.= 0.44) เมื่อพิจารณารายปัจจัยการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วด้านพบว่าอยู่ในระดับมากทุกปัจจัย โดยปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือปัจจัยด้านด้านการทำงานเป็นทีม (เฉลี่ย = 3.99 , S.D.= 0.53) ด้านผลงานในการปฏิบัติงาน (เฉลี่ย= 3.98, S.D.= 0.44) และด้านความสามารถในการปฏิบัติงาน (เฉลี่ย = 3.97 , S.D.= 0.47) ตามลำดับ ส่วนด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ด้านความพร้อมในการปฏิบัติงาน (เฉลี่ย = 3.85 , S.D.=0.64)

4. ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r=0.735, p-value <0.001) เมื่อพิจารณาปัจจัยแห่งความสำเร็จรายด้านพบว่าทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการโดยการพัฒนาคุณภาพการบริการ (r=0.691, p-value <0.001) การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับและติดตามประเมินผล (r=0.667, p-value <0.001) หน่วยงานสนับสนุนทุกระดับมีแผนงานรองรับการพัฒนา (r=0.650, p-value <0.001) ความเชื่อมโยงระหว่างทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับทีมแม่ข่าย (r=0.650, p-value <0.001) การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ (r=0.614, p-value <0.001) และน้อยที่สุด คือ การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม (r=0.471, p-value <0.001) ตามลำดับ

5. ปัญหา อุปสรรคและข้อเสนอแนะ ในการปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภอพล จังหวัดขอนแก่น

5.1 ผู้บริหารขาดการให้การสนับสนุน ขาดการสนับสนุนทางด้านงบประมาณ วัสดุทางการแพทย์ เวชภัณฑ์ต่างๆ ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ยังไม่เข้าใจถึงกระบวนการการดำเนินงาน เป็นการทำงานของสาธารณสุขแต่ฝ่ายเดียว ขาดการร่วมมือกันระหว่างหน่วยงานและชุมชน ต่างคนต่างทำ ประชาชนในพื้นที่ส่วนใหญ่ขาดความตระหนักในหน้าที่ของตนอง มองว่าการควบคุมโรคเป็นหน้าที่ของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ข้อเสนอแนะ ประชาสัมพันธ์ความสำคัญของปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วกับผู้บริหารองค์กรท้องถิ่น ผู้นำชุมชน เพื่อกระจายสู่ประชาชน ให้เล็งเห็นประโยชน์ที่ชุมชนจะได้รับ ตระหนักในหน้าที่ของตนเองที่ต้องร่วมมือกันในการดูแลสุขภาพตนเอง เพื่อชักชวนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในทุกๆด้าน

5.2 การปฏิบัติงานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว

1) ด้าน การทำงานเป็นทีม ทีมพื้นที่ตำบลส่วนใหญ่ต้องออกทำงานตามพื้นที่ทำให้มาปฏิบัติงานได้ไม่พร้อมกัน และทีมส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการอบรมหลักสูตรเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว

ข้อเสนอแนะ ส่งเสริมให้สมาชิกของทีมรับการอบรมและส่งเสริมด้านงบประมาณและขวัญกำลังใจ

2) ด้านการความพร้อมในการปฏิบัติงาน การให้บริการในชุมชนต้องอาศัย อสม. ซึ่งความรู้ความสามารถในการให้บริการยังไม่มีความรู้ความเชี่ยวชาญ รวมถึงยานพาหนะในการปฏิบัติงานในพื้นที่ ไม่มีความพร้อม เพราะบางพื้นที่ไม่มีรถกระบะของราชการ

ข้อเสนอแนะ ฝึกอบรมเพิ่มทักษะความรู้ความสามารถที่จำเป็นในการปฏิบัติงาน แก่ อสม. และจัดเตรียมยานพาหนะในกรณีที่หน่วยงานไม่มีรถกระบะโดยอาจขอการสนับสนุนจากหน่วยงานองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การออกปฏิบัติงาน

สรุปผลการวิจัยและอภิปรายผล

ระดับปัจจัยแห่งความสำเร็จของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.86 (S.D.=0.50) เมื่อพิจารณาตามปัจจัยพบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับและติดตามประเมินผล มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด 3.94 (S.D.=0.53) ด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ปัจจัยแห่งความสำเร็จด้านการลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม มีค่าเฉลี่ย 3.70 (S.D.=0.69)

ระดับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น พบว่า ในภาพรวมกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับมาก มีค่าเฉลี่ย 3.95 (S.D.=0.44) เมื่อพิจารณารายปัจจัยการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วด้านพบว่าปัจจัยที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุด คือปัจจัยด้านด้านการทำงานเป็นทีม มีค่าเฉลี่ย 3.99 คะแนน (S.D.=0.53) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุด ด้านความพร้อมในการปฏิบัติงาน มีค่าเฉลี่ย 3.85 (S.D.=0.64)

ปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในจังหวัดขอนแก่น พบว่า ภาพรวมปัจจัยแห่งความสำเร็จมีความสัมพันธ์ระดับสูงทางบวกกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.735$, p-value <0.001) เมื่อพิจารณาปัจจัยแห่งความสำเร็จรายด้านพบว่าทุกด้านมีความสัมพันธ์ระดับปานกลางทางบวกกับการปฏิบัติงานเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการ โดยการพัฒนาคุณภาพการบริการ ($r=0.691$, p-value <0.001) การได้รับการสนับสนุนจากผู้บริหารทุกระดับและติดตามประเมินผล ($r=0.667$, p-value <0.001) หน่วยงาน

สนับสนุนทุกระดับมีแผนงานรองรับการพัฒนา (r=0.650, p-value <0.001) ความเชื่อมโยงระหว่างทีมโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกับทีมแม่ข่าย (r=0.650, p-value <0.001) การสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือ (r=0.614, p-value <0.001) และน้อยที่สุด คือ การลงมือปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความพร้อมและสมัครใจในการมีส่วนร่วม (r=0.471, p-value <0.001) ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีมีความสัมพันธ์กับการพัฒนาภาพลักษณ์ของสถานบริการโดยการพัฒนาคุณภาพการบริการ เพื่อนำมาปรับใช้ในการปฏิบัติงานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

2. ควรมีการศึกษาปัจจัยที่มีมีความสัมพันธ์กับกระบวนการบริหารจัดการ เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมนโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ควรมีการจัดให้มีการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องที่จะปฏิบัติงานระบาดวิทยาในการเฝ้าระวังเคลื่อนที่เร็วระดับตำบล ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณคณาจารย์บัณฑิตวิทยาลัย หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย ทุกท่านที่ให้คำปรึกษาในการทำวิจัย ท่านสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล จังหวัดขอนแก่น เจ้าหน้าที่สังกัดสำนักงานสาธารณสุขอำเภอพลทุกท่าน และหน่วยงานต่างๆที่มีส่วนให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพล (2563) กลุ่มงานระบาดวิทยา: รายงานระบาดวิทยาประจำปี ขอนแก่น;2560-2563

2.โรงพยาบาลพล.(2563) ศูนย์ระบาดวิทยาเครือข่ายอำเภอพล: รายงานระบาดวิทยาประจำปี ขอนแก่น;2560-2563

3.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น.(2562ก) รายงานผลการประเมินมาตรฐานทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็ว ขอนแก่น; (เอกสารอัดสำเนา)

4.กระทรวงสาธารณสุข.(2559) พระราชบัญญัติควบคุมโรคติดต่อ พ.ศ.2558.กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย;พิมพ์ครั้งที่ 2

5.ธัชวิทย์ วงศ์เข็มมา และวรงค์ บุญระมี. (2560) ได้ศึกษาผลของการพัฒนาศักยภาพทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วต่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอบ้านแพง จังหวัดนครพนม:วารสารวิทยาลัยดุสิตธานี ปีที่ 11 ฉบับที่ 1

6.โกศล ศิริจันทร์.(2559). แรงจูงใจและปัจจัยแห่งความสำเร็จที่มีผลต่อการดำเนินงานสุขศาลาของผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น; วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

7.พรพิมล จิตธรรมมา และชนะพล ศรีฤาชา. (2558). การสนับสนุนจากองค์การที่มีผลต่อการปฏิบัติงานมาตรฐานของทีมเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วระดับอำเภอ จังหวัดอุดรธานี; วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น

8.ประเสริฐ ไหลหาโคตร. (2559) ได้ศึกษาการพัฒนารูปแบบการเฝ้าระวังป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในหมู่บ้าน โดยทีม SRRT ระดับตำบล อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม;วารสาร โรงพยาบาลมหาสารคาม ปีที่ 13 ฉบับที่ 3

9.ปวีณา แก้วเขียว อารยา ประเสริฐชัย และช่อทิพย์ บรมธนรัตน์. (2557) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติงานตามเกณฑ์มาตรฐานการเฝ้าระวังสอบสวนเคลื่อนที่เร็วของบุคลากรสาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดเพชรบูรณ์: เอกสารการจัดประชุมเสนอผลงานวิจัยระดับบัณฑิตศึกษา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ครั้งที่ 5: นนทบุรี

รูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนจังหวัดกาฬสินธุ์

The model for promoting health literacy of overweight and obesity ,Kalasin Province

สม นาสอ้าน[1] ธงชัย ปัญญูรัตน์[2] ทิพาพร ราชาไกร[3]

Som nasaarn[1] Tongchai Punyuratana[2], Tipaphon Rachacrai[3]

(Received: October 30,2020; Accepted: December 8,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน จังหวัดกาฬสินธุ์ กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน มีอายุระหว่าง 25-60 ปี ระยะทดลอง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน ระยะขยายและประเมินผลรูปแบบ จำนวน 255 คน เลือกแบบเจาะจงโดยใช้เกณฑ์การคัดเข้า กลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางโดยใช้กระบวนการกลุ่มและแนวคิดของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง จัดกิจกรรม 7 ครั้งจำนวน 22 สัปดาห์ เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยแบบบันทึกส่วนบุคคล แบบสอบถาม แบบประเมิน ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง รอบเอว และความดันโลหิตวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณา และเปรียบเทียบความแตกต่างด้วยสถิติ Paired-t test และ Independent-t test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

ผลการวิจัยพบว่า หลังทดลองระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ระดับพฤติกรรมการดูแลตนเอง มีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ภาวะสุขภาพทางกาย น้ำหนักตัว ระดับดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิตตัวบน และความดันโลหิตตัวล่าง ลดลงกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

คำสำคัญ : การส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ, ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

Abstract

The purpose of this Quasi-experimental research was to study a model for promoting health literacy of overweight and obesity in Kalasin Province. The sample were those who are overweight and obesity. Age between 25-60 years, the trial period of 60 people. Divided into a trial group of 30 people, a control group of 30 people, the extended phase and the evaluation of the model, 255 people Choose a specific type using the selection criteria. The experimental group received a client-centered health literacy promotion program using group processes and transformational learning concepts, and held 7 activities for 22 weeks. Collect qualitative data with in-depth interviews. The data were collected quantitative data were analyzed by personal records, questionnaires, weighing machine, height measurement, waist circumference and blood pressure measurement. Data were analyzed by descriptive statistics. The differences were compared with the Paired-t test and Independent-t test. The significance level was determined at 0.05.

[1] 1 นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ ด้านส่งเสริมพัฒนา

[2] นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ กลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์สาธารณสุข

[3] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานโรคไม่ติดต่อฯ

The results were found that After testing, the level of health literacy of experimental groups with overweight and obesity have an average score on health literacy higher than before the experiment was statistically significant at 0.05. The better self-care behavior of sample group after experiment was statistically significant at 0.05,The physical health conditions, body weight, body mass index (BMI) , waist circumference, systolic and diastolic pressure were lower statistically significant than before experiment at the level 0.05.

Keyword: promoting health literacy, overweight and obesity

บทนำ

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ[1] (Health literacy) เป็นเครื่องมือที่สะท้อนถึงความสามารถในการดูแลตนเองด้านสุขภาพของประชาชน โดยบุคคลที่มีความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับสารสนเทศทางสาธารณสุข รวมถึงการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร สามารถรับรู้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เข้าใจได้ในสิ่งที่ได้ยิน จะส่งผลให้มีพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองที่ดีกว่า วงการทางด้านสุขภาพทั่วโลก จึงให้ความสำคัญกับความฉลาดทางสุขภาพ[2] จากผลการศึกษาที่ผ่านมาพบว่าบุคคลที่มีความรอบรู้ด้านสุขภาพต่ำมักจะมีความรู้ด้านสุขภาพน้อย[3] มีความล่าช้าในการแสวงหาการดูแลตนเองที่เหมาะสม มีปัจจัยเสี่ยงต่อการมีสุขภาพไม่ดี ไม่สามารถดูแลตนเองเพื่อป้องกันโรคได้เหมาะสม ไม่ไปตรวจร่างกาย รวมถึงเมื่อเจ็บป่วยก็ไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษา เนื่องจากมีความลำบากในการทำความเข้าใจ จดจำข้อมูลทางสุขภาพ รวมถึงการปฏิบัติตนตามคำแนะนำของทีมสุขภาพ ส่งผลให้สุขภาพทรุดโทรมและเสี่ยงต่อการเกิดโรคต่างๆ ได้ง่าย[4-6] ดังนั้น การพัฒนาประชาชนให้มีความรอบรู้ด้านสุขภาพจึงเป็นสิ่งสำคัญ โดยที่ประชุมส่งเสริมสุขภาพโลกได้ให้ชาติสมาชิกทั่วโลกส่งเสริมให้ประชาชนมีความรอบรู้ด้านสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อการเป็นเมืองแห่งการมีสุขภาพดีถ้วนหน้า[7]

ภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน สาเหตุหลักเกิดมาจากพฤติกรรมการบริโภคอาหารมากเกินความจำเป็นของร่างกาย โดยเฉพาะอาหารรสจัดหวาน มัน เค็ม การนิยมรับประทานอาหารให้พลังงานสูง ขนมหวานและน้ำหวานในรูปแบบต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้นแต่ออกกำลังกายไม่เพียงพอ เนื่องจากวิถีชีวิตของคนในปัจจุบันนี้แตกต่างจากในอดีตอย่างชัดเจน จากการเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของปัญหาโรคอ้วน ทำให้องค์การอนามัยโลกประกาศให้โรคอ้วนเป็นโรคระบาดตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 เป็นต้นมา[8] โดยในปี พ.ศ. 2558 พบว่าทั่วโลกมีผู้ใหญ่น้ำหนักเกินเกณฑ์มาตรฐานสูงถึงประมาณ 2,300 ล้านคน และมีผู้ใหญ่อ้วนประมาณ 700 ล้านคน[9] สถานการณ์โรคอ้วนในจังหวัดกาฬสินธุ์[10] จากการสำรวจค่าดัชนีมวลกาย พบผู้มีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์ ร้อยละ 19.92 ในกลุ่มประชากรผู้ป่วยเบาหวาน ความดันโลหิตสูงมีค่าดัชนีมวลกายเกินเกณฑ์มากกว่า 25 ร้อยละ 58.82 สถานการณ์การเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังในจังหวัดกาฬสินธุ์ในปี 2559-2561 พบว่า โรคเบาหวาน พบความชุกเพิ่มขึ้นมีอัตราป่วย 5,290.45, 5,461.69 และ5,707.88 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ โรคความดันโลหิตสูง พบความชุกเพิ่มขึ้น อัตรา 6,523.53, 6,891.28 และ7,609.19 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ ซภาวะอ้วนเป็นปัจจัยหลักที่นำไปสู่การเกิดโรคเรื้อรังที่ส่งผลต่อชีวิต เช่น โรคเบาหวาน โรคความดันโลหิตสูง โรคหลอดเลือดหัวใจ โรคมะเร็ง โรคข้อและเส้นเอ็น และโรคหลอดเลือดแข็งและอุดตันล้วนเป็นภาวะที่มีผลต่ออัตราการตายโดยรวม[11] จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยผู้วิจัยจึงสนใจที่จะนำแนวคิดความรอบรู้ทางสุขภาพของ นัทบีม[1] แนวคิดการเรียนรู้โดยการสังเกต แนวคิดแรงสนับสนุนทางสังคม[12] แนวคิดการจัดการเรียนรู้[13] และแนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของเมซิโรว์[14] มาประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการดูแลตนเองและภาวะสุขภาพ

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน จังหวัดกาฬสินธุ์

2. เพื่อศึกษาระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังทดลองรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

3. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเองก่อนและหลังทดลองรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

4. เพื่อเปรียบเทียบระดับดัชนีมวลกายน้ำหนักรอบเอวและระดับความดันโลหิตก่อนและหลังทดลองรูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

วิธีการศึกษา

งานวิจัยนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi - Experimental Research) โดยใช้การวิจัยผสานวิธี (Mixed method research) แบบขั้นสูงโดยยึดแนวคิดของ เครสเวลล์[15] ในระยะพัฒนารูปแบบใช้กระบวนวิจัยเชิงคุณภาพ(Quality Research) ส่วนระยะทดลองและการขยายผลประเมินรูปแบบ ใช้วิจัยเชิงปริมาณ(Quantitative Data) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ระยะทดลอง จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยอ้างอิงงานวิจัยที่ใกล้เคียง[16] ได้ขนาดอิทธิพล (effect size) ขนาดใหญ่ แล้วนำมาเปิดตารางประมาณค่าขนาดตัวอย่าง ที่ α=0.5, Power= 0.80 ได้ตัวอย่างจำนวน 24 คนต่อกลุ่ม เพื่อป้องกันการสูญหายจึงเพิ่มเป็นกลุ่มทดลองและควบคุมกลุ่มละ 30 คน รวม 60 คนทำการทดลองในปี2561โดยกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน เป็นกิจกรรม 7 ครั้ง 22 สัปดาห์ กลุ่มควบคุมใช้วิธีการเยี่ยมติดตามในงานปกติ ในระยะนำสู่การปฏิบัติขยายผลและประเมินรูปแบบในปี 2562 กลุ่มตัวอย่างจำนวน 255 คนใน 5 อำเภอๆละ1 ตำบล โดยการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) ตามเกณฑ์คัดเข้า

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง คือโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้สุขภาพผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นตามแนวคิดการสร้างเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของกองสุขศึกษากระทรวงสาธารณสุขตามแนวคิดของนัทบีม[1] แนวคิดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของเมซิโรว์[14]ที่ใช้หลักผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง โดยจัดกิจกรรม 7 ครั้ง 22 สัปดาห์ แต่ละกิจกรรมห่างกัน 4สัปดาห์ คือกิจกรรมครั้งที่ 1 เป็นการจัดกระบวนการเรียนรู้ขั้นที่ 1-9 เรียนรู้แบบมีส่วนร่วม สัมพันธภาพที่ดี ความคุ้นเคย และความไว้วางใจ สร้างความตระหนัก และการมีส่วนร่วมในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การสร้างแรงจูงใจและเสริมพลัง การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอ้วน สาเหตุ อันอันตรายและแนวทางการปรับพฤติกรรมในการลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน 5 ด้าน ฝึกประเมินสุขภาพชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง รอบเอว วัดความดันโลหิตสูง การวางแผนเป้าหมายกำกับพฤติกรรมตนเอง กิจกรรมที่ 2 เป็นการจัดกระบวนการเรียนรู้ขั้นการเรียนรู้ที่ 10 การบูรณาการจนเป็นวิถีชีวิตใหม่ของตน ประเมินผลภาวะสุขภาพ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพด้วยตัวเองเรียนรู้การรับรู้และแชร์ข้อมูลสุขภาพด้วย Line Facebook Youtube กิจกรรมครั้งที่ 3 ฝึกทักษะการออกกำลังกาย ฝึกจิต ประเมินสุขภาพ และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ กิจกรรมครั้งที่ 4 การฝึกจิตพัฒนาอารมณ์ วิเคราะห์ปัญหาอุปสรรคและปรับแผนการดูแลตนเอง ประเมินและบันทึกผลการตรวจภาวะสุขภาพ กิจกรรมครั้งที่ 5 – 6 กระตุ้นเตือนให้ปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพอย่างต่อเนื่องทางโทรศัพท์ Lineและ Facebook แบบเพื่อนช่วยเพื่อน พูดคุยปัญหาอุปสรรคกับกลุ่ม สัปดาห์ละอย่างน้อย 1 ครั้ง ประเมินน้ำหนักตัว เส้นรอบเอว ความดันโลหิตและพฤติกรรมที่นำไปสู่การลดน้ำหนักตาม เป้าหมาย กิจกรรมครั้งที่ 7 ในสัปดาห์ที่ 22 วัดและประเมินผลหลังเสร็จสิ้นการทดลอง ความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมสุขภาพ น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว และความดันโลหิต โดยเครื่องมือ มีค่า IOC เฉลี่ยเท่ากับ 0.85

2.เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

2.1เป็นแบบประเมินความรอบรู้สุขภาพที่ประยุกต์มาจากแบบประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส.ของประชาชนที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป ฉบับปรับปรุงปี 2561 ของกอง-สุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข[17]ตอนที่ 1 : ความรู้

ความเข้าใจทางสุขภาพ มี 6 ข้อ เป็นคะแนน 0-1 ผิดถูก มีค่าความเชื่อมั่น KR-20 เท่ากับ .98 ตอนที่2 การเข้าถึงข้อมูลและบริการสุขภาพ เป็นแบบ ประเมินค่า (Rating Scale) 5 scale มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอน บาค เท่ากับ .78 ตอนที่ 3 การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้อง เป็นปรนัย ให้เลือกที่ตรงกับที่ปฏิบัติหรือคาดว่าจะปฏิบัติ มีคะแนนให้ตั้งแต่ 1 ถึง 4 มีค่าความเชื่อมั่นสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค เท่ากับ .97

2.2 แบบบันทึกส่วนบุคคล[18]เป็นแบบบันทึกประเมินภาวะสุขภาพและแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

2.3 แบบวัดพฤติกรรมการดูแลตนเอง เป็นแบบประเมินค่า (Rating Scale) 5 ด้าน จำนวน 25 ข้อ โดยมีระดับในการปฏิบัติ 5 ระดับ มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค ทั้งฉบับ เท่ากับ .894

2.4อุปกรณ์ที่ใช้ในตรวจร่างกายประเมินภาวะสุขภาพ ได้แก่เครื่องชั่งน้ำหนัก ไม้วัดส่วนสูง สายวัด เครื่องวัดความดันโลหิตอัตโนมัติ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 3 ระยะคือขั้นตอนพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน โดยกระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพ (Quality Research) โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกและสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลหลัก (Key Informants)เป็นผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรค 15 คน นัดสัมภาษณ์เชิงลึก และสนทนากลุ่ม กำหนดประเด็น3 ประเด็นคือประสบการณ์และมุมมองที่การจัดการตนเอง การจัดการความรู้ด้านสุขภาพและความต้องการและข้อเสนอการส่งเสริมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ระยะทดลองกลุ่มตัวอย่าง 60 คน เป็นกลุ่มทดลอง 30 คน กลุ่มควบคุม 30 คน และระยะขยายผลประเมินรูปแบบ 255 คน โดยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดโดยเก็บข้อมูลก่อนการทดลองในวันแรกที่เข้าร่วมกิจกรรม3 วันของกิจกรรมตามโปรแกรมครั้งที่ 1โดยการสร้างความคุ้นเคย ชี้แจงทำความเข้าใจก่อน เก็บข้อมูลหลังทดลองในกลุ่มทดลองในสัปดาห์ที่ 22 เมื่อสิ้นสุดโปรแกรม ได้แก่ ประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพ พฤติกรรมการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพได้แก่น้ำหนัก ดัชนีมวลกาย รอบเอว ความดันโลหิตบนล่าง โดยใช้ผู้ช่วยนักวิจัยที่เป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครสาธารณสุขที่เป็นพี่เลี้ยงดูแลการจัดโปรแกรม

การวิเคราะห์ข้อมูล

1.ข้อมูลทั่วไปวิเคราะห์ด้วยสถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) ในการอธิบาย ได้แก่ ความถี่ (Frequency) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation) ค่าต่ำสุด (Minimum) และค่าสูงสุด (Maximum)

2.เปรียบเทียบผลการใช้โปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ระดับความรอบรู้ด้าน พฤติกรรมการดูแลตนเอง ภาวะสุขภาพน้ำหนักตัว ค่าดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิต ก่อนและหลังได้รับโปรแกรม ฯ โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมใช้ Independents Sample t-test และเปรียบก่อนหลังในกลุ่มทดลองใช้ paired Sample t-test

3.วิเคราะห์ข้อมูลความคิดเห็นด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) จากการเก็บรวบรวมเชิงคุณภาพ

จริยธรรมในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ รหัสจริยธรรม KLS.REC088/2561กลุ่มตัวอย่างได้รับการชี้แจงรายละเอียด วัตถุประสงค์ และขั้นตอนการดำเนินกิจกรรม ก่อนตัดสินใจยินยอมเข้าร่วมการวิจัย สามารถออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบใดๆ ข้อมูลทุกอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ และนำเสนอเป็นภาพรวมตาม

ผลการศึกษา

1.การวิจัยเชิงคุณภาพพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน จากผู้ให้ข้อมูลหลัก มี 3 ประเด็นคือประเด็นที่ 1 ประสบการณ์เป็นโรคอ้วน สามารถพบได้ใน 2 ลักษณะคือ ประสบการณ์เชิงลบและ ประสบการณ์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ประเด็นที่ 2 เงื่อนไขและมุมมองเกี่ยวกับการจัดการความรู้ มี 2 ลักษณะคือ ลักษณะที่ 1 แหล่งข้อมูลสุขภาพรับรู้จากบุคลากรบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ จากการค้นคว้าของตนเอง และ

รับรู้ผ่านสื่อออนไลน์หรือสื่อสาธารณะ ลักษณะที่ 2 มุมมองที่เกี่ยวข้องต่อการส่งเสริมให้เกิดความรอบรู้ด้านสุขภาพ ได้แก่ การได้รับความรู้ที่สามารถปฏิบัติได้จริง การวิเคราะห์ข้อมูลก่อนนำไปใช้ และการสื่อสารกับผู้ให้บริการสุขภาพ ประเด็นที่ 3 ความต้องการส่งเสริมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ตาม 6 องค์ประกอบ มีขั้นตอนการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลง 10 ได้โปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ กิจกรรม7 ครั้ง 22 สัปดาห์ ผลการนำรูปแบบไปลดลองในกลุ่มตัวอย่าง 60 คน พบว่าระดับความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นกว่าก้อนทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ภาวะสุขภาพ น้ำหนักตัว ระดับดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิตตัวบน และความดันโลหิตตัวล่าง ลดลงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05

2.ผลการเปรียบเทียบระดับความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน พบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ มีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพ สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังแสดงในตาราง 1)

3.ผลการเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนพบว่าหลังเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพมีค่าเฉลี่ยสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังแสดงในตาราง 2)

4. ผลการเปรียบเทียบภาวะสุขภาพทางกาย พบว่า หลังการทดลอง น้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิตตัวบน และความดันโลหิตตัวล่างลดลงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 (ดังแสดงในตาราง 3)

ตาราง 1 การเปรียบเทียบ ความรอบรู้ด้านสุขภาพก่อนและหลังทดลอง (n=255)

ความรอบรู้ด้านสุขภาพ	การแปลผล				Mean Difference	t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง				
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
1.ความรู้ความเข้าใจ	1.05	0.22	2.94	0.28	1.89	83.835	.000*
2.การเข้าถึงข้อมูล	2.04	0.48	4.03	0.44	1.90	69.775	.000*
3.การสื่อสารสุขภาพ	1.94	0.40	4.45	0.38	2.529	88.813	.000*
4.การจัดการตนเอง	1.75	0.33	4.29	0.33	2.537	96.550	.000*
5.การรู้เท่าทันสื่อ	1.77	0.41	4.29	0.50	2.523	58.540	.000*
6.การตัดสินใจ	2.13	0.51	3.69	0.26	1.564	62.095	.000*
ภาพรวม	1.78	0.17	3.94	0.13	2.169	174.896	.000*

ตาราง **2** เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=255)

พฤติกรรมการปฏิบัติ	การแปลผล				Mean Difference	t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง				
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
1.ด้านการรับประทานน้ำพืชผักสมุนไพรปรับสมดุล	3.44	0.89	4.25	0.86	0.81	7.01	.000*
2.ด้านการรับประทานอาหารปรับสมดุล	2.90	1.12	4.24	0.59	1.34	11.97	.000*

ตาราง **2** เปรียบเทียบพฤติกรรมการดูแลตนเอง ก่อนและหลังการทดลอง (n=255)

พฤติกรรมการปฏิบัติ	การแปลผล				Mean Difference	t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง				
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
3. ด้านการออกกำลังกาย	2.75	1.02	3.63	0.88	0.88	7.63	.000*
4.ด้านการใช้ธรรมะควบคุมสิ่ง เร้าขณะลดน้ำหนัก	3.43	0.73	4.12	0.59	0.69	8.43	.000*
5.ด้านการรู้เพียรรู้พักให้พอดี	3.33	0.89	4.45	0.78	1.12	9.38	.000*
โดยรวม	3.09	1.04	4.03	0.82	0.89	9.36	.000*

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ตารางที่ **3** เปรียบเทียบภาวะสุขภาพน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย ความดันโลหิตตัวบน ความดันโลหิตตัวล่างก่อนและหลังการทดลอง (n= 255)

ภาวะสุขภาพ	การแปลผล				Mean Difference	t	p-value
	ก่อนทดลอง		หลังทดลอง				
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.			
น้ำหนักตัว (กก.)	69.54	8.83	64.40	8.82	5.144	20.622	.000*
ดัชนีมวลกาย (กก./ม.^{2})	28.12	2.56	25.97	2.66	2.148	19.953	.000*
รอบเอว (cm)	90.67	8.65	88.15	8.31	2.521	9.351	.000*
ความดันโลหิตตัวบน (มม. ปรอท)	125.36	14.38	120.50	12.09	4.862	5.043	.000*
ความดันโลหิตตัวล่าง (มม. ปรอท)	77.07	8.49	75.29	8.14	1.780	3.010	.003*

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาและพัฒนารูปแบบการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพของผู้ที่มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน ผลการนำรูปแบบไปลดลองในกลุ่มตัวอย่างพบว่าระดับความรอบรู้และพฤติกรรมการดูแลตนเองสูงขึ้นกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ภาวะสุขภาพน้ำหนักตัว ระดับดัชนีมวลกาย รอบเอว ระดับความดันโลหิตตัวบน และความดันโลหิตตัวล่างก่อนลดลงกว่าก่อนทดลองและกลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ผลเนื่องจากการวิจัยครั้งนี้ ใช้การวิจัยผสานวิธี (Mixed method research) แบบขั้นสูง โดยยึดแนวคิดของ เครสเวลล์[15] เป็นการจัดรูปแบบและพัฒนาโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพที่สอดคล้องกับความต้องการ ของกลุ่มเป้าหมายหรือผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง ซึ่งตรงกับแนวคิดของแบนดูร่า[19]ที่กล่าวว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองของบุคคลนั้น เป็นตัวกำหนดให้เขาต้องใช้ความพยายามมากเท่าไร และต้องใช้ความมุมานะที่จะเผชิญหน้ากับอุปสรรคต่างๆ และการที่บุคคลใช้ความพยายามและความมุมานะในการทางานอย่างเต็มที่ตลอดเวลา เขาก็มีแนวโน้มที่จะทำงานได้ประสบความสำเร็จสูงและแนวคิดของการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงของเมซิโรว์[14]การเรียนรู้ของผู้ใหญ่จะต้องมีกระบวนเรียนรู้ 10ขั้นตอน โดยการสร้างความรอบรู้สุขภาพจะต้องมีการพัฒนาและประเมินให้ครบทั้ง 6 องค์ประกอบตาม

แนวคิดความรอบรู้สุขภาพของนัทบีม[1]ซึ่งผู้วิจัยได้นำไปส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพกิจกรรม7ครั้งใน22สัปดาห์โดยกระบวนการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพตามความต้องการขอกลุ่มเป้า หมาย 6 องค์ประกอบคือ คือ ด้าน 1.ความรู้ความเข้าใจทางสุขภาพมีเนื้อหาสาเหตุโรคอ้วนอันตรายและโรคที่เกิดความอ้วน การปรับพฤติกรรมในการลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนด้านอาหารเครื่องดื่ม พืชผักสมุนไพร ออกกำลังกาย 2.การเข้าถึงข้อมูลบริการสุขภาพแหล่งข้อมูลที่น่าเชื่อถือและปฏิบัติได้ผลจริงและวิธีการใช้ Line facebook Youtubeจากบุคลากรสาธารณสุขและทางการแพทย์ อสม.โดยคำแนะนำและพูดคุย 3.การสื่อสารสุขภาพการสื่อสารความเข้าใจกับอสม.บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขการรับฟังข้อมูล การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ข้อมูลการปฏิบัติที่ได้ผลไม่ได้ผล การแนะนำบอกต่อคนอื่นให้มีให้มีสุขภาพดี 4.การจัดการตนเองการใช้หลักธรรมในควบคุมสิ่งเร้าขณะลดน้ำหนัก เช่นการควบคุมอารมณ์ การจัดการความเครียดประเมินตนเองให้เหมาะสมในการใช้ชีวิตขณะลดน้ำหนัก เช่นการออกกำลังกายการหลับนอนการรับประทานอาหาร5.การรู้เท่าทันสื่อและสารสนเทศการประเมิน วิเคราะห์ ข้อมูลจากสื่อออนไลน์ คำบอกเล่า สื่อสารสาธารณะเช่นวิทยุโทรทัศน์จากรูปแบบการโฆษณาต่างๆและ6.การตัดสินใจเลือกปฏิบัติที่ถูกต้องการปรับพฤติกรรมในการลดภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วนให้ถูกต้องด้วยด้านอาหารเครื่องดื่มพืชผักสมุนไพร ออกกำลังกาย การวางแผนรูปแบบ การให้ความรู้ในการดูแลตนเองเพื่อควบคุมน้ำหนัก การวางแผนปรับเปลี่ยนพฤติกรรมใหม่ การส่งเสริมความรอบรู้ดังกล่าวเป็นการสร้างการเปลี่ยนแปลงในระดับวิจารณญาณ (Critacal Literzcy) ซึ่งคล้ายแนวและการการศึกษาของ อารยา เชียงของ[13] ที่ศึกษาผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยน แปลงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลของผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยมีกระบวนศึกษาและพัฒนารูปแบบโดยการศึกษาผลการศึกษาพบว่า มีระดับความรอบรู้ และพฤติกรรมการควบคุมน้ำตาลในเลือดสูงกว่าก่อนทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลสะสมในเลือดต่ำกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นกันกับงานวิจัยของ กุสุมา สุริยา[20]ที่ได้ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนัก โดยการประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคม ของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภู พบว่ากลุ่มที่เข้าโปรแกรมการกำกับตนเองมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวและค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกายที่ลดลงมากกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ(P<0.05)การศึกษาของ ชัชวาลย์ เพ็ชรกอง และพรรณี บัญชรหัตถกิจ[21]ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มีภาวะน้ำหนักเกินโดยได้นำแนวคิดการเสริมสร้างความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการประยุกต์ใช้สื่อสังคมออนไลน์ ได้แก่ แอพพลิเคชั่น Line และ Facebook เพื่อให้แรงสนับสนุนทางสังคม ในการจัดกิจกรรมพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหารและการออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนหลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยความรอบรู้ด้านสุขภาพเพื่อป้องกันโรคอ้วนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)กลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการบริโภคอาหารและออกกำลังกายเพื่อป้องกันโรคอ้วนสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p<0.001)และกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยเปอร์เซ็นต์ไขมันในร่างกายต่ำกว่าก่อนการทดลองและต่ำกว่ากลุ่มเปรียบเทียบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p=0.001)ผลการศึกษาแสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพของโปรแกรมส่งเสริมความรอบสุขภาพ ด้านน้ำหนักตัว ที่พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัวลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างได้รับประทานสมุนไพรและอาหารปรับสมดุลที่ให้พลังงานต่ำ ได้ฝึกเคี้ยวอาหารให้ละเอียดก่อนกลืน และได้ออกกำลังกายด้วยการเดินเร็วและใช้แรงบำเพ็ญกุศลอย่างเพียงพอ สอดคล้องกับนันทิชาแปะกระโทก[22] พบว่าการศึกษาเชิงปฏิบัติ การที่ใช้เวลา 2 เดือน ผู้ที่มีภาวะอ้วนสามารถป้องการมิให้น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นและสามารถลดน้ำหนักได้ด้วยการเพิ่มการเคลื่อนไหวออกแรงหรือออกกำลังกายร่วมกับการลดการบริโภคอาหาร รู้จักเลือกรับประทานอาหารอย่างฉลาดเพื่อลดพลังงานทำให้น้ำหนักตัวลดลงอย่างต่อเนื่อง เช่นเดียวกับการศึกษาของสุมาลี เกียรติชนก[23] ที่พบว่าการพัฒนาสูตรอาหารลดพลังงานแคลอรี่ต่ำ 1,200 กิโลแคลอรี่ต่อ

วันเป็นเวลา 4 สัปดาห์ และการนำคู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหารลพลังงาน ไปใช้ทำให้น้ำหนักตัวลดลงด้านดัชนีมวลกาย การศึกษานี้พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยระดับดัชนีมวลกายลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05เนื่องจากการรับประทานอาหารปรับสมดุลสูตรปรุงน้อยรสจืดการใช้พลังงานที่เหมาะสม และการเรียนรู้การใช้ธรรมะเพื่อลดละเลิกสิ่งที่เป็นโทษภัยต่อชีวิต สามารถช่วยให้ระดับดัชนีมวลกายลดลงได้หากกลุ่มตัวอย่างนำไปปฏิบัติอย่างต่อเนื่องก็จะสามารถลดระดับดัชนีมวลกายลงได้อย่างถาวร ตรงกับการศึกษาของนิตยาภรณ์ สุระสาย[24] ได้ศึกษาผลการใช้โปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรมต่อสุขภาวะของผู้ต้องขังหญิง 28 สัปดาห์ พบว่าระดับดัชนีมวลกายของผู้ต้องขังหญิงก่อนและหลังการทดลองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 ด้านระดับความดันโลหิต การศึกษานี้พบว่าระดับความดันโลหิตตัวบนและระดับความดันโลหิตตัวล่างหลังการทดลองมีค่าเฉลี่ย ลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ในระหว่างร่วมกิจกรรม 22 สัปดาห์กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติตามโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพ ด้านการรับประทานอาหารปรับสมดุลได้ในระดับมาก ทั้งนี้ผู้วิจัยมิได้เน้นการลดระดับความดันโลหิตเป็นหลัก แต่การรับประทานอาหารปรับสมดุลที่ให้พลังงานต่ำและปรุงรสไม่จัด เน้นปรุงอาหารจากความหวาน ความเปรี้ยวของผัก สมุนไพรที่หลากหลาย จากนั้นปรุงด้วยเกลือปริมาณเล็กน้อย แต่อาหารกลับมีรสชาติกลมกล่อมใกล้เคียงกับรสธรรมชาติ ทำให้กลุ่มตัวอย่างได้รับโซเดียมในปริมาณน้อยลง และการใช้หลักธรรมะยับยั้งจิตใจระหว่างลดน้ำหนักเป็นผลให้ความดันโลหิตลดลงสอด คล้องกับสิรญาธาสถาน[25]เรื่องผลของโปรแกรมการกำกับตนเองที่ประยุกต์การแพทย์ วิถีพุทธต่อพฤติกรรมการดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง พบว่าหลังการเข้าร่วมโปรแกรมการกำกับตนเองฯ กลุ่มที่เข้าร่วมโปรแกรมฯ มีพฤติกรรมการดูแลตนเองดีกว่าก่อนทดลอง และมีระดับความดันโลหิตช่วงบนและช่วงล่างลดลงกว่าก่อนทดลอง ส่วนกลุ่มที่ไม่ได้เข้าร่วมโปรแกรมฯ พบว่า มีระดับความดันโลหิตช่วงบนและช่วงล่างลดลงน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมฯ จากการค้นคว้าพบว่า หากบุคคลมีน้ำหนักตัวลดลงจะทำให้ระดับความดันโลหิตลดลงด้วย

ข้อเสนอแนะในการนำไปใช้

1. บุคลากรทางสาธารณสุข สามารถนำโปรแกรมนี้ไปพัฒนาความรอบรู้ทางสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชนในชุมชน หรือประชาชนกลุ่มเสี่ยงด้วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง โดยปรับให้เหมาะสมกับบริบทของประชาชนในแต่ละพื้นที่

2. หน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรจัดให้มีกิจกรรมการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมสุขภาพให้กับประชาชน โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ และควรดำเนินกิจกรรมเป็นระยะๆ เพื่อให้สอดคล้องกับบริบท และความรู้ต่างๆที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มเสี่ยงและป่วยด้วยโรคความดันโลหิตสูงเนื่องจากกลุ่มนี้เป็นผลมาจากผู้มีภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

2. ควรศึกษาปัจจัยองค์ประกอบความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมการดูแลตนเองแต่ละด้านที่มีอิทธิพลต่อภาวะน้ำหนักเกินและโรคอ้วน

3. ควรมีการศึกษาการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มวัยต่างๆ หรือ กลุ่มเสี่ยงต่อการเกิดโรค เพื่อให้ได้แนวทางที่มีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับบริบทของแต่ละช่วงวัยและบริบทของพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์ บุคลากรสาธารณสุขอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ร่วมวิจัยทุกท่านที่เอื้ออำนวยและช่วยเหลือในการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. Nutbeam, D. (2009). Defining and measuring health literacy: what can we learn from literacy studies? J Public Health 54 : 303-305.
2. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2554)ความฉลาดทางสุขภาพ. กรุงเทพมหานคร: นิวธรรมดาการพิมพ์ (ประเทศไทย).
3. Quinlan P, Price KO, Magid SK, Lyman S, Mandl LA, Stone PW.(2013). The relationship among health literacy, health knowledge, and adherence to treatment in patients with rheumatoid arthritis. HSS J;9(1):42-9.
4. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.(2559) การเสริมสร้างและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพ กลุ่มเด็กวัยเรียน กลุ่มวัยทำงาน. พิมพ์ครั้งที่ 1.กรุงเทพมหานคร: นิวธรรมดาการ-พิมพ์.
5. McCarthy D, Waite K, Curtis L, Engel K, Baker D, Wolf D.(2012) Whatdid the doctor say? Health literacy and recall of medical instructions.Medicare ;50(4):277-82.
6. Jordan J, Burchbinder R, Osborne R. (2010). Conceptualising health literacy from the patient perspective. Patient and Education Counseling;79(1):36-42.
7. อังศินันท์ อินทรกำแหง. (2560.)ความรอบรู้ด้านสุขภาพ:การวัดและการพัฒนา. กรุงเทพมหานคร: สุขุมวิทการพิมพ์.
8. สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์. (2553). แนวทางเวชปฏิบัติการป้องกันและดูแลรักษาโรคอ้วน. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข : ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
9. คณะอำนวยการยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีไทย. (2553). แผนยุทธศาสตร์สุขภาพดีวิถีชีวิตไทย พ.ศ.2554-2563. : สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ.
10.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์.(2561) .รายงานประจำปี ผลการดำเนินงานสาธารณสุข ประจำปีงบประมาณ 2561.
11.Arthur,H. Rubenstein.MBBCH.(2005). Obesity:A Modern Epidermic.The American Clinical And Climatological Association. Retrieved May 15,2011, From http://Pubmedcentral.gov/articlerender.fcgi?tool=pmcentrez&rendertype.
12.สุภาพ พุทธปัญโญ, นิจฉรา ทูลธรรม, นันทิพัฒน์ พัฒนโชติ.(2559) ประสิทธิผลของโปรแกรมพัฒนา พฤติกรรมสุขภาพต่อความฉลาดทางสุขภาพ พฤติกรรมการลดน้ำหนัก และน้ำหนักของบุคลากรที่มีภาวะโภชนาการเกินในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด อำเภอเมือง จังหวัดร้อยเอ็ด. วารสารการพยาบาลและการ-ศึกษา; 9(4):42-59.
13. อารยา เชียงของ.(2561)ผลการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพด้วยการจัดการเรียนรู้เพื่อการเปลี่ยนแปลงที่มีต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวาน [วิทยา-นิพนธ์ปริญญาปริญญาปรัชญาดุษฎีบัณฑิต]. กรุงเทพ-มหานคร: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ;271 หน้า.
14.Mezirow,J (1991).Understanding Transformation Theory . Adult Education Quatery.44(4): 222-223
15.Creswell,J.W.(2011).Designing and Conducting Mixed Methods Research. 2nd ed.Thousand Oake,CA:Sage
16.รุ่งนภา อาระหัง, สุธีรา ฮุ่นตระกูล, ศศิธร รุจนเวช. (2561)ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคความดันโลหิตสูงสำหรับกลุ่มเสี่ยงโรคความดันโลหิตสูงที่ชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดนครปฐม. วารสารแพทย์นาวี; 45(3):253-64.
17.กองสุขศึกษา กระทรวงสาธารณสุข. (2561)แบบประเมินความรอบรู้ ด้านสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพตาม 3อ.2ส. ของกลุ่มวัยทำงาน [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 18 มี.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://www.hed.go.th/linkHed/333

18.นวลรัดดา ประเปรียว. (2555). ผลการให้ความรู้และการปรึกษาด้านโภชนาการต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การเคลื่อนไหวออกกาลังกายและภาวะโภชนาการ ในผู้รับบริการภาวะอ้วนลงพุงที่โรงพยาบาลอำนาจเจริญ. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

19.Bandura, Albert.(1997). Social Learning Theory. Edgewood N.T. : Prentice Hall.

20.กุสุมา สุริยา. (2550). ประสิทธิผลของโปรแกรมลดน้ำหนักโดยประยุกต์ใช้แนวคิดการกำกับตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมของพยาบาลปฏิบัติงานในโรงพยาบาลหนองบัวลำภูจังหวัดหนองบัวลาภู.สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาสุขศึกษาและการส่งเสริมสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

21.ชัชวาลย์ เพ็ชรกอง และพรรณี บัญชรหัตถกิจ21ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมความรอบรู้ด้านสุขภาพร่วมกับการใช้สื่อสังคมออนไลน์ต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคอ้วนในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2

22.นันทิชา ประกระโทก. (2554). แนวทางการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้านโภชนาการและการออกกำลังกายเพื่อลดภาวะอ้วนลงพุง. [ออนไลน์] เข้าถึงได้จาก http://203.157.71.139/group_sr/allfile/ สืบค้น 18 มกราคม 2561.

23.สุมาลี เกียรติชนก. (2558). “ผลของการใช้คู่มือปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการกินอาหารลดพลังงานสำหรับโปรแกรมลดน้ำหนักของนักศึกษาที่มีภาวะน้ำหนักเกินและอ้วน”. SDU Research Journal. 8(3) : 97-118.

24.นิตยาภรณ์ สุระสาย. (2558). ผลของโปรแกรมสร้างเสริมสุขภาพด้วยการแพทย์ทางเลือกวิถีธรรมเพื่อการพึ่งตนเองตามแนวเศรษฐกิจพอเพียง ต่อพฤติกรรมสร้างเสริมและสุขภาวะของผู้ต้องขังหญิง เรือนจำกลางนครพนม อำเภอเมืองจังหวัดนครพนม. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการสร้างเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี.

25.สิรญา ธาสถาน และคนอื่น ๆ. (2558).ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองที่ประยุกต์การแพทย์วิถีพุทธต่อพฤติกรรมดูแลตนเองและระดับความดันโลหิตในผู้ที่เสี่ยงต่อโรคความดันโลหิตสูง. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา. (10)1: 117-128.

ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของวัยทำงานในตำบลนายม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

ปิยนาถ เนียมถนอม[1] มุกดา หนุ่ยศรี[2] ปนัดดา ปริยทฤฆ[2]
Piyanat Neamtanom[1] Mukda Nuysri[2] Panudda Priyatruk[2]
(Received: October 23,2020; Accepted: November 18,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ สมรรถภาพปอด และกระบวนการคิดในระยะก่อนหยุดสูบบุหรี่ก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ 2) ศึกษากระบวนการคิดในระยะหลังเลิกสูบบุหรี่ 3) ศึกษาพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ และ 4) ศึกษาอัตราการเลิกสูบบุหรี่ของโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่อยู่ในวัยทำงานในตำบลนายม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งสูบบุหรี่มานานอย่างน้อย 3 เดือน ติดนิโคตินระดับน้อยและปานกลาง รวมทั้งอยู่ในขั้นตอนพร้อมที่จะเลิกสูบบุหรี่ จำนวน 35 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองเป็นโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของวัยทำงาน ซึ่งผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของโปรเจสกาและไดคลีเมน (1983) และแนวคิดการเลิกสูบบุหรี่ของอัลเลนคาร์ (1997) ระยะเวลาดำเนินการ 6 สัปดาห์ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามซึ่งมี 6 ส่วน ได้แก่ 1) ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการสูบบุหรี่ 2) ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ 3) การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ 4) การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ 5) กระบวนการคิดเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ และ 6) พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ค่าความเที่ยงของแบบสอบถามส่วนที่ 2 มีค่า KR-20=0.86 ส่วนที่ 3-6 มีค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคเท่ากับ 0.75/ 0.87, 0.95, 0.86 และ 0.78 ตามลำดับ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา สถิติการทดสอบทีชนิดไม่อิสระ และสถิติการทดสอบวิลคอกซันซายน์แรงค์

ผลการศึกษาพบว่า 1) หลังใช้โปรแกรม ฯ ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ สมรรถภาพปอด และกระบวนการคิดเพื่อการเลิกบุหรี่ในระยะก่อนเลิกสูบบุหรี่ดีกว่า/มากกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 2) ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุดในกระบวนการคิดในระยะหลังเลิกสูบบุหรี่เพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำอีก คือ การคิดว่าการเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ดี ไม่ต้องเอาสารพิษเข้าสู่ร่างกายและไม่ต้องติดนิโคติน 3) พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ที่ปฏิบัติมากที่สุดร้อยละ 100 ได้แก่ การตั้งเป้าหมาย กำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ การแยกแยะข้อดีและข้อเสียของการสูบบุหรี่ เลิกสูบบุหรี่แบบหักดิบ ส่วนใหญ่จัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่ด้วยการอมแผ่นมะนาวฝานและดื่มน้ำชาหญ้าดอกขาว และ 4) อัตราการเลิกสูบบุหรี่หลังเข้าร่วมโปรแกรมนี้คือ ร้อยละ 94.3

คำสำคัญ โปรแกรมการปรับพฤติกรรม เลิกสูบบุหรี่ วัยทำงาน

Abstract

The objectives of this quasi - experimental research were: (1) to compare knowledge about cigarettes, the perception on risk and severity of diseases from smoking, self-efficacy of smoking cessation, lung function, and the thinking process prior smoking cessation between before and after using the program, (2) to study the thinking process after smoking cessation, (3) to study behaviors in smoking cessation, and 4) to study smoking cessation rate from this program. The sample included 35

[1] นักศึกษาหลักสูตรปริญญาพยาบาลศาสตร์มหาบัณฑิต คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช
[2] รองศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

working persons in Nayom Sub-district, Mueang District, Phetchabun Province who smoking for at least 3 months. They addicted nicotine at the small and the medium levels, and they were ready to quit smoking. The experimental tool was the Effectiveness of a Behavior Modification Program on Smoking Cessation for Working Age in Nayom Subdistrict, Mueang district, Phetchabun province based on Transtheoretical Theory of Prochaska and DiClemente (1983) and Allen Carr's smoking cessation model (1997). This program took 6 weeks. The data collecting tool was a questionnaire including 6 parts: 1) personal information and smoking history, 2) knowledge about cigarettes, 3) perception on risk and severity of diseases from smoking, 4) self-efficacy of smoking cessation, 5) the thinking process about smoking cessation, and 6) smoking cessation behaviors. The KR-20 of the second part of this questionnaire was 0.86. The Cronbach's alpha coefficients of the 3rd-6th part were 0.75, 0.87, 0.95, 0.86, and 0.78, respectively. Data were analyzed by descriptive statistics, paired t-test, and Wilcoxon Signed Ranks Test.

The results founded as follows. 1) After using the program, knowledge about cigarettes, perception on risk and severity of disease from smoking, self-efficacy of smoking cessation, lung function (FEV1/FVC%) and the thinking process about smoking cessation in the pre-quitting phase was significantly better/ higher than before ($p < .05$). 2) The highest mean of thinking process after smoking cessation to prevent re-smoking were that (1) quitting smoking was a good thing. There was no toxin inhaled the body, so persons did not addict nicotine. (2) These persons thought that they would not pick up a cigarette to smoke again even though they faced the event that make them wanted to smoke. 3) The 100 percent of smoking cessation behaviors were to set their goal, to set a date to quit smoking, to distinguish the advantages and disadvantages of smoking, to go cold turkey. These persons mostly dealed with the symptoms of craving for cigarettes by keeping a slice lemon in their mouth and drinking Ash-coloured ironweed tea. Finally, 4) the rate of smoking cessation after joining this program was 94.3%.

Keywords: Behavior modification program, Quit smoking, Working age, Transtheoretical Theory, Allen Carr's model

บทนำ

ปัจจุบันยาสูบหรือบุหรี่เป็นสินค้าเพียงชนิดเดียวที่มีสถิติแสดงให้เห็นว่าสามารถทำให้ผู้บริโภคที่สูบเป็นประจำมากกว่ากึ่งหนึ่งตายได้ โดยทั่วโลกมีคนตายเนื่องจากการสูบบุหรี่ถึงปีละ 5 ล้านคน แต่ก็ยังอนุญาตให้จำหน่ายสินค้าได้ โดยในปัจจุบันมีผู้สูบบุหรี่จำนวน 1,208.21 ล้านคน เป็นผู้ชาย 991.24 ล้านคน และผู้หญิง 216.9 ล้านคน[1] จากรายงานขององค์การอนามัยโลก มีผู้บริโภคยาสูบชนิดมีควัน 13.0 ล้านคน (ร้อยละ 24.0) ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป และพบว่าประชากรทั่วโลกมากกว่า 5 ล้านคนต่อปี ตายด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับการสูบบุหรี่ เช่น โรคหัวใจล้มเหลว โรคมะเร็ง โรคปอด เป็นต้น (WHO, 2011) และเป็น 4 ปัจจัยหลักที่ก่อให้เกิดโรคกลุ่มไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Diseases, NCDs) คือ โรคหัวใจและหลอดเลือด โรคเบาหวาน โรคมะเร็ง และโรคถุงลมโป่งพองที่เกิดจากการบริโภคยาสูบ[2]

การสูบบุหรี่เป็นวิธีการที่ทำให้สมองได้รับสารเสพติด (นิโคติน) เร็วที่สุด คือ ภายใน 7 วินาที ซึ่งเร็วกว่าการฉีดเฮโรอีนเข้าหลอดเลือดดำ การสูบบุหรี่ 1 ซอง จะทำให้ชีวิตของผู้สูบบุหรี่สั้นลงประมาณ 2 ชั่วโมง 20 นาที หรือสูบบุหรี่ 1 มวน ทำให้ชีวิตสั้นลงไป 7 วินาที (บังอร ฤทธิภักดี, 2549, น. 1) ผู้ที่สูบบุหรี่จัดมีโอกาสตายด้วยโรคมะเร็งมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ 20 เท่า ที่สำคัญ 1 ใน 4 เป็นเด็กเล็กที่ตายเพราะได้รับควันบุหรี่มือสอง หากการควบคุมการบริโภคยาสูบไม่เข้มแข็ง จะมีการตายด้วยโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ถึง 8 ล้านคน ใน 20 ปีข้างหน้า[3] ผู้ที่สูบบุหรี่เพียงวันละ 1 ซอง ก็มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งปอดมากกว่าผู้ไม่สูบบุหรี่ถึง 10 เท่า และหากสูบวันละ 2 ซอง ก็เสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งมากกว่าคนไม่สูบบุหรี่ถึง 25 เท่า[3]

จังหวัดเพชรบูรณ์พบอัตราการสูบบุหรี่ของประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ใน พ.ศ. 2550 ร้อยละ 24.89 อัตราการสูบบุหรี่ของประชากรเพศชายและเพศหญิงร้อยละ 45.23 และร้อยละ 4.00 ตามลำดับ ประเภทบุหรี่ที่สูบ ได้แก่ บุหรี่ซอง ร้อยละ 24.13 บุหรี่มวนเอง ร้อยละ 75.87 และพบกลุ่มอายุ 25-59 ปีขึ้นไป มีอัตราการสูบบุหรี่มวนเองร้อยละ 90.89 (สำนักงานสถิติแห่งชาติ, 2550) ซึ่งสอดคล้องกับสถานการณ์ในการสูบบุหรี่ของประชากรในเขตภาคเหนือซึ่งยังมีอัตราการสูบบุหรี่มวนเอง (ยาเส้น) สูงถึง 2.18 ล้านคน และพบในจังหวัดเพชรบูรณ์ร้อยละ 22.31 (สำนักข่าวแห่งชาติ กรมประชาสัมพันธ์ สำนักนายกรัฐมนตรี, 2557) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าบุหรี่ยาเส้นมวนเองในกลุ่มวัยแรงงานมีจำนวนมากไม่ว่าจะเป็นสถานการณ์ระดับประเทศหรือในจังหวัดเพชรบูรณ์

นอกจากนี้จากการสำรวจในพื้นที่ตำบลนายม พบว่าเขตบริการของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายมมีจำนวน 1,439 หลังคาเรือน มีบ้านที่สมาชิกครอบครัวสูบบุหรี่ ร้อยละ

33.51 จากประชากรอายุ 15 ปีขึ้นไป ในพื้นที่ทั้งหมดจำนวน 9 หมู่บ้าน มีจำนวนประชากร 5,543 คน จำแนกเป็นคนที่ไม่สูบบุหรี่ 891 คน สูบบุหรี่ 607 คน นอกจากนั้นยังพบว่า มีอัตราความรุนแรงของประชากรที่มีปัญหาจากการสูบบุหรี่ร้อยละ 40.52 โดยแบ่งเป็นเพศชายร้อยละ 33.71 และเพศหญิงร้อยละ 6.81 เมื่อจำแนกประชากรตามกลุ่มวัยที่สำรวจ พบว่า ผู้ที่สูบบุหรี่ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 25-59 ปี และกลุ่มวัยทำงานมีอัตราการสูบบุหรี่มากที่สุด ร้อยละ 56.70 โดยแบ่งประเภทเป็นบุหรี่มวนผลิตจากโรงงาน ร้อยละ 11.40 และเป็นยาเส้นแบบมวนเอง ร้อยละ 71.60 ซึ่งบุหรี่ที่มีก้นกรองหรือไม่มีก้นกรองก็ได้รับพิษจากนิโคตินเท่าเทียมกัน โดยบุหรี่หนึ่งมวนมีปริมาณนิโคตินระหว่าง 1.5-2.6 มิลลิกรัม [4] ถ้ามีการสูบบุหรี่ถี่ สูบแรง ดูดยาวอัดลึก และสูบจนเหลือก้นบุหรี่สั้น จะได้ปริมาณนิโคตินเข้าปอดในปริมาณมากตามการสูบแต่ละมวน ไม่ว่าจะเป็นการสูบบุหรี่ที่ผลิตจากโรงงาน หรือยาเส้นแบบมวนเองก็เป็นปัญหาที่ส่งผลต่อการทำงานของปอดในร่างกายของผู้ที่สูบบุหรี่ และเป็นเหตุทำให้เกิดโรคปอดชนิดต่าง ๆ เช่น โรคหลอดลมอักเสบ (bronchitis) โรคเยื่อหุ้มปอดอักเสบ (pleurisy) โรคปอดบวม โรคถุงลมโป่งพอง โรคหืดหอบ โรคมะเร็งปอด วัณโรค เป็นต้น แต่อย่างไรก็ตาม การสูบบุหรี่เป็นสาเหตุหลักในกลุ่มโรคไม่ติดต่อที่สำคัญ ที่เป็นปัญหาวิกฤตของสังคมโลกและประเทศไทย ทั้งปัญหาสุขภาพ ปัญหาเศรษฐกิจและสังคม ที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม (จุรีพร คงประเสริฐ และธิดารัตน์ อภิญญา, 2558)

ควันบุหรี่ที่สูบเข้าปอดจากการเผาไหม้บุหรี่พบสารนิโคตินเป็นส่วนใหญ่ สารน้ำมันดิน สารก่อมะเร็ง 40 ชนิด สารอนุมูลอิสระ ไนโตรเจนไดออกไซด์ ไฮโดรเจนไซยาไนด์ และแก๊สคาร์บอน- มอนอกไซด์ประมาณร้อยละ 2 ถึง 6 [4] ที่ถูกดูดซึมเข้าไปที่ปอด ส่งผลทำให้เม็ดเลือดแดงในกระแสเลือดไม่สามารถจับกับออกซิเจนได้ ทำให้เซลล์และเนื้อเยื่อต่าง ๆ ทั่วร่างกายขาดออกซิเจน เช่น เซลล์ที่สมอง ที่หัวใจ เป็นต้น อีกทั้งควันบุหรี่ก็จะผ่านหลอดลมใหญ่ หลอดลมเล็ก หลอดลมฝอย เข้าสู่ถุงลมปอดเช่นเดียวกับลมหายใจปกติ ควันสกปรกของบุหรี่ไม่ได้กลับออกมาพร้อมกับลมหายใจออกทั้งหมดแต่จะมีบางส่วนที่เกาะติดแน่นกับผนังหลอดลมและอุดอยู่ใน ถุงลมปอด เมื่อสูบบุหรี่ไปเป็นเวลานาน ๆ ทางเดินอากาศที่เป็นทางเข้า-ออกของลมหายใจก็จะเต็มไปด้วยสารต่าง ๆ ที่เกิดจากการเผาไหม้บุหรี่ จึงเป็นปัญหาสำคัญในการหายใจเข้าไปในปอด เมื่อทางเดินอากาศตีบตัน การเข้า-ออกของลมหายใจก็ลำบากโดยเฉพาะลมหายใจออก ทำให้มีการคั่งค้าง ของก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์อยู่ในปอด เกิดภาวะถุงลมปอดโป่งพอง การแลกเปลี่ยนออกซิเจนกับคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง เมื่อร่างกายมีออกซิเจนใช้น้อยลงก็จะเหนื่อยง่าย ไม่มีแรง ทำให้ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้น้อยลง แสดงว่าระบบการหายใจมีภาวะบกพร่องในการทำงานของปอดซึ่งส่งผลด้านสุขภาพร่างกายของบุคคลนั้น ดังนั้นการสูบบุหรี่ในกลุ่มวัยทำงานจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่จะ ทำให้คนกลุ่มนี้เกิดโรคไร้เชื้อเรื้อรังเมื่อเข้าสู่วัยกลางคนและวัยสูงอายุ โดยเฉพาะโรคความดันโลหิตสูง โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคมะเร็งปอด จึงจำเป็นต้องพัฒนาพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของวัยทำงานในตำบลนายม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ เพื่อป้องกันการเกิดโรคไร้เชื้อเรื้อรังในวัยสูงอายุ

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า โปรแกรมการปรับพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่มีการประยุกต์ใช้แนวคิดและทฤษฎีหลากหลาย เช่น ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทฤษฎีการเรียนรู้ทางสังคม ทฤษฎีความสามารถตนเอง ทฤษฎีแรงสนับสนุนทางสังคม การมีส่วนร่วมของครอบครัว การใช้หลัก 5R's แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ แนวคิดแบบจำลองอาการของดอดด์และคณะ รูปแบบพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพของเพนเดอร์และคณะ แนวคิดการเลิกสูบบุหรี่ของอัลเลนคาร์ เป็นต้น โดยส่วนใหญ่เป็นการนำทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory or Stage of change model) ของโปรเจสกาและไดคลีเมนกา [13] มาประยุกต์ใช้ในการออกแบบกิจกรรมในโปรแกรมหรือรูปแบบที่พัฒนาขึ้น

หากโปรแกรมการปรับพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของวัยทำงานมีประสิทธิภาพ ชุมชนตำบลนายมจะมีรูปแบบในการปรับพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่สำหรับกลุ่มวัยทำงานและเป็นต้นแบบให้กับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลอื่น ๆ ในจังหวัดเพชรบูรณ์ต่อไป ซึ่งจะส่งผลให้จำนวนผู้ที่สูบบุหรี่ลดน้อยลง สอดคล้องกับเป้าหมายขององค์การอนามัยโลกที่ต้องการลดการสูบบุหรี่ให้ได้ร้อยละ 30 ภายในปี พ.ศ. 2568 หรือลดจำนวนผู้สูบบุหรี่ลง 33,000 คนต่อปี เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อรังลง (ศรัณญา เบญจกุล, 2554)

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ สมรรถภาพปอดของวัยทำงานก่อนและหลังการใช้โปรแกรมฯ

2. เพื่อเปรียบเทียบกระบวนการคิดเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ของวัยทำงานในระยะก่อนเลิกสูบบุหรี่ระหว่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมฯ

3. เพื่อศึกษากระบวนการคิดเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ของวัยทำงานในระยะหลังเลิกสูบบุหรี่หลังใช้โปรแกรมฯ

4. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ของวัยทำงานภายหลังใช้โปรแกรมฯ

5. เพื่อศึกษาอัตราการเลิกสูบบุหรี่ของวัยทำงานหลังใช้โปรแกรมฯ

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) ชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (One Group Pretest-Posttest Design) มีระยะเวลาในการทดลองจำนวน 6 สัปดาห์ ในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษา ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นประชาชนวัยทำงานที่สูบบุหรี่ และมีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลนายม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์

กลุ่มตัวอย่าง เลือกแบบการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง เป็นวัยทำงานที่สูบบุหรี่และมีภูมิลำเนาอยู่ในตำบลนายม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ โดยมีการกำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่าง เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง เข้าศึกษาคือ เป็นวัยทำงานอายุระหว่าง 25-59 ปี สูบบุหรี่มานานอย่างน้อย 3 เดือน เป็นผู้สูบบุหรี่ที่มีการติดนิโคตินระดับน้อยและปานกลาง มีพฤติกรรมการสูบบุหรี่อยู่ในขั้นตอนพร้อมที่จะตัดสินใจและเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ (Preparation stage) และสามารถอ่าน เขียนและสื่อสารด้วยภาษาไทยได้ดี กำหนดขนาดของกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป G*Power 3.1 โดยใช้สถิติทดสอบความแตกต่างของข้อมูล (t-test) ชนิดทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ย 2 กลุ่มไม่เป็นอิสระต่อกัน คำนวณค่าขนาดอิทธิพล (effect size) จากผลการวิจัยของภานิสา ระยา, ศรัณญา เบญจกุล, มณฑา เก่งการพานิช, ธราดล เก่งการพานิช, และกรกนก ลัธธนันท์ (2558) เรื่อง ผลของโปรแกรมส่งเสริมการเลิกสูบบุหรี่ตามแบบจำลองขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของประชาชนในตำบลวังวน อำเภอกันตัง จังหวัดตรัง ซึ่งเป็นการวิจัยแบบกึ่งทดลองชนิดกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 32 คน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการปฏิบัติตัวในการเลิกบุหรี่ก่อนการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 11.4 คะแนน (S.D. = 3.90) หลังการทดลองมีคะแนนเฉลี่ย 21.50 คะแนน (S.D. = 3.60) คำนวณขนาดอิทธิพลได้ 2.69 จึงใช้อิทธิพลขนาดกลาง คือ 0.5 (Medium effect size) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติ (α) .05 อำนาจการทดสอบ (Power of test) 0.89 คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 35 คน คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจากจำนวนอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการซึ่งมีคุณลักษณะตามเกณฑ์การคัดเข้าศึกษารวม 60 คน ทำการสุ่มอย่างง่ายโดยการจับฉลากมา 35 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการทดลอง ประกอบด้วยโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของวัยทำงานและคู่มือเลิกสูบบุหรี่และบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวัน ดังนี้

1) โปรแกรมการปรับพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของวัยทำงาน เป็นโปรแกรมฯ ที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นโดยใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory or Stage of change model) ของโปรเจสกาและไดคลีเมนกา [13] และแนวคิดการเลิกสูบบุหรี่ของอัลเลนคาร์ [11]

2) ขั้นปฏิบัติในการเลิกสูบบุหรี่ กิจกรรมประกอบด้วย การตั้งเป้าหมาย การเลิกสูบบุหรี่ โดยการหักดิบ การปรับความคิดเพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ และการปรับพฤติกรรมเพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ เครื่องมือที่ใช้เป็น มะนาว หญ้าดอกขาวและอุปกรณ์ในการชงเป็นชาหญ้าดอกขาว

3) ขั้นทำต่อเนื่องคงไว้ซึ่งพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ มีกิจกรรม 3 ประการ คือการเสริมแรง การควบคุมสิ่งยั่วยุ และการช่วยเหลือกลุ่มตัวอย่างโดยสมาชิกครอบครัวเฝ้าระวังพฤติกรรมการสูบบุหรี่ ให้กำลังใจโดยใช้คำพูดเชิงบวก และช่วยขจัดอาการถอนนิโคตินและอาการอยากสูบบุหรี่ เครื่องมือที่ใช้เป็น

เกียรติบัตรแก่บุคคลต้นแบบที่ลงนามโดยสาธารณสุขอำเภอเมืองเพชรบูรณ์ รางวัลสำหรับบุคคลต้นแบบที่เลิกสูบบุหรี่ได้ ได้แก่ ชุดของขวัญ

2) คู่มือเลิกสูบบุหรี่และบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวัน เครื่องมือ ประกอบด้วย 1) ใบสำคัญการเลิกสูบบุหรี่ 2) ความรู้เรื่องสารประกอบในบุหรี่ 1 มวน 3) แบบประเมินสภาวะการติดนิโคตินของผู้สูบบุหรี่ (Fagerstrom test for nicotine dependence)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล มีดังนี้

2.1 แบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามเรื่อง ประสิทธิผลของโปรแกรมการปรับพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ของวัยทำงานในตำบลนายม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ ประกอบด้วย 6 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลและประวัติการสูบบุหรี่ ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ ส่วนที่ 3 การรับรู้เกี่ยวกับโรคจากการสูบบุหรี่ ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นตามทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา [12]

2.2 เครื่องมือวัดสมรรถภาพปอด (Pulmonary Function Tests) ใช้เครื่องมือ ในการตรวจสมรรถภาพปอดสไปโรมิเตอร์ (Spirometer) ชนิด Flow type เป็นการตรวจวัดอัตราการไหลของอากาศที่หายใจออกมาหรือหายใจเข้าไปในปอด และนำค่าอัตราการไหลที่ได้มาคำนวณเป็นปริมาตร เป็นการตรวจวัดที่ได้จากการทำ Spirometry เพื่อดูความสามารถในการทำหน้าที่ของปอดในด้านต่าง ๆ เช่น ดูว่าปริมาตรและความจุของปอดเป็นปกติหรือไม่ อากาศสามารถผ่านเข้าและออกจากปอดได้ดีเพียงใด ปอดมีความสามารถในการแลกเปลี่ยนแก๊สได้ดีเพียงใด เป็นต้น สามารถบ่งถึงการเสื่อมของการทำงานของปอดก่อนที่อาการแสดงทางคลินิกจะเริ่มปรากฏ เนื่องจากปอดเป็นอวัยวะที่มีความสามารถสำรองสูงในการวัดปริมาตรอากาศของปอด โดยการเลือกสมการอ้างอิง Dejsomritrutai 2000 ในการแปลผล (มูลนิธิสัมมาอาชีวะ, 2561) จากการแปลผลค่า FEV1/FVC ให้นำค่าการตรวจ FEV1 ที่ได้จริง กับค่าการตรวจ FVC ที่ได้จริงมาคำนวณเป็นค่าร้อยละ (Percent of measured value; % Measured) โดยในผู้เข้ารับการตรวจที่อายุน้อยกว่า 50 ปี ให้ถือว่าค่าการตรวจนั้นผิดปกติเมื่อมีค่าตั้งแต่ 75 % Measured ลงไป และในผู้เข้ารับการตรวจที่อายุตั้งแต่ 50 ปีขึ้นไป ให้ถือว่าค่าการตรวจนั้นผิดปกติ เมื่อมีค่าตั้งแต่ 70% Measured ลงไป

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยประเมินสมรรถภาพปอดโดยใช้ค่า FEV1 / FVC เนื่องจากพื้นที่ตำบลนายม มีอุตสาหกรรมโรงโม่หินอยู่ในพื้นที่ และมีค่าฝุ่นละอองที่ฟุ้งกระจาย จึงเลือกค่า FEV1 / FVC ซึ่งเป็นค่าที่เหมาะสมในการตรวจสมรรถภาพปอดในวัยทำงาน

3. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย นำเครื่องมือที่ใช้ในการทดลองและเครื่องมือที่ใช้ในเก็บรวบรวมข้อมูล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือด้วยวิธี Content Validity Index ได้ค่าความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถามส่วนที่ 2, 3, 4, 5 และ 6 ได้เท่ากับ 0.95, 0.95, 0.92, 0.99 และ 1.00 ตามลำดับ โดยเฉลี่ยทั้งฉบับเท่ากับ 0.96 นำไปทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่คล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างมากที่สุด คือ วัยทำงานที่สูบบุหรี่ในตำบลท่าพล อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ จำนวน 30 คน แล้วนำมาวิเคราะห์หาค่าความเที่ยงตามลักษณะของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ หาค่าความเที่ยงของแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ด้วยวิธีคูเดอร์-ริชาร์ดสัน (Kuder-Richardson) KR-20 ได้ค่าความเชื่อมั่น 0.86 วิเคราะห์ความเที่ยงของแบบสอบถาม ส่วนที่ 3 การรับรู้ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่และการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ ส่วนที่ 4 การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ส่วนที่ 5 กระบวนการคิดเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ และส่วนที่ 6 พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ โดยคำนวณหาค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาคของแบบสอบถามส่วนที่ 3 เท่ากับ 0.75 และ 0.87 ตามลำดับ ส่วนที่ 4 เท่ากับ 0.95 ส่วนที่ 5 เท่ากับ 0.86 ส่วนที่ 6 เท่ากับ 0.78 ตามลำดับ

การดำเนินการวิจัย

1 ระยะก่อนใช้โปรแกรม ดำเนินการดังนี้

1.1 จัดทำโปรแกรมและเครื่องที่ใช้ในการวิจัย ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะ และจัดทำเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยฉบับสมบูรณ์

1.2 เสนอโครงการวิจัยและเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ให้คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ของสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช เพื่อขอเอกสารรับรอง

จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ได้รับเอกสารรับรองโดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ 015/2562

1.3 ขอหนังสือขอความอนุเคราะห์ให้นักศึกษาเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อการวิจัย จากประธานกรรมการประจำสาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช

1.4 ประสานงานขอความอนุเคราะห์ในการใช้เครื่องสไปโรมิเตอร์ เพื่อวัดสมรรถภาพปอด จ

1.5 ติดต่อประสานงานกับมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ เพื่อขอสนับสนุนข้อมูลทางด้านวิชาการ

1.6 พบกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษา เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ วิธีการดำเนินการวิจัยและระยะเวลาในการวิจัย

1.7 การประเมินสมรรถภาพปอด ประกอบด้วย กิจกรรมการตรวจสมรรถภาพปอด ให้กลุ่มตัวอย่าง

1.8 การเตรียมความพร้อมของสมาชิกครอบครัว นัดสมาชิกครอบครัวที่ดูแลกลุ่มตัวอย่างขณะเลิกสูบบุหรี่มาพบกันที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายม

2 ระยะใช้โปรแกรม ดำเนินการดังนี้

ผู้วิจัยนัดหมายกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตามโปรแกรมการปรับพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของวัยทำงาน โดยจัดกิจกรรมที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายม อำเภอเมือง จังหวัดเพชรบูรณ์ การวิจัยครั้งนี้ใช้ระยะเวลาดำเนินกิจกรรม 6 สัปดาห์ สัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง (ระยะเวลา 2 - 3 ชั่วโมง) ทุกวันจันทร์หรือวันศุกร์

สัปดาห์ที่ 1 ครั้งที่ 1 แนะนำโครงการ และสร้างความรู้เกี่ยวกับบุหรี่และพิษภัยของบุหรี่

สัปดาห์ที่ 2 ครั้งที่ 2 สร้างการรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 1 (ครั้งที่ 3) การปรับความคิด (ล้างสมอง) เกี่ยวกับการติดบุหรี่ภายใต้จิตใต้สำนึก การตั้งเป้าหมายและการชั่งน้ำหนักข้อดี-ข้อเสียของการเลิกสูบบุหรี่

สัปดาห์ที่ 3 ครั้งที่ 2 (ครั้งที่ 4) การเลิกสูบบุหรี่ และแนวทางการจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างและการเตรียมความพร้อมของสมาชิกครอบครัว

สัปดาห์ที่ 4 (ครั้งที่ 5) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับปัญหาและอุปสรรคในการเลิกสูบบุหรี่

สัปดาห์ที่ 5 กิจกรรมเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 2 การติดตามประเมินผลการเลิกสูบบุหรี่ที่บ้าน

สัปดาห์ที่ 6 การเสริมแรงและการประเมินพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่

3 ระยะหลังใช้โปรแกรม ดำเนินการดังนี้

3.1 การประเมินสมรรถภาพปอด นำกลุ่มตัวอย่างทั้ง 35 คน ไปตรวจสมรรถภาพปอดที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ โดยมีรถองค์การบริหารส่วนตำบลนายมรับ-ส่ง และแจ้งผลกับกลุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคลในสัปดาห์ที่ 7

3.2 การกล่าวขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือในการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ในส่วนข้อมูลการเปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และสมรรถภาพปอด ก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ โดยใช้สถิติการทดสอบทีชนิดไม่อิสระ (Paired t-test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (α=.05) และข้อมูลการเปรียบเทียบกระบวนการคิดเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ของวัยทำงานในระยะก่อนเลิกสูบบุหรี่ระหว่างก่อนและหลังเข้าโปรแกรมฯ โดยใช้สถิติการทดสอบวิลคอกซันซายแรงค์ (Wilcoxon Signed Ranks Test) และสถิติการทดสอบทีชนิดคู่ (Paired t-test) โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (α=.05)

พิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

โดยผู้วิจัยขอการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาขาวิชาพยาบาลศาสตรมหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช ได้รับเอกสารรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เลขที่ 015/2562

ผลการวิจัย

1. เปรียบเทียบความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ สมรรถภาพปอดของวัยแรงงานก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ ผลเปรียบเทียบพบว่า หลังใช้โปรแกรม

ฯ กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ การรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่และสมรรถภาพปอด (จากค่า FEV1/FVC%) มากกว่า/ดีกว่าก่อนใช้โปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (p-value =.000)

2. เปรียบเทียบกระบวนการคิดเพื่อการเลิกบุหรี่ในระยะก่อนเลิกสูบบุหรี่ พบว่า กระบวนการคิดในระยะก่อนเลิกบุหรี่หลังเข้าโปรแกรมฯ ดีกว่าก่อนเข้าโปรแกรม ฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p-value=.003)

3. กระบวนการคิดเพื่อการเลิกบุหรี่ในระยะหลังเลิกสูบบุหรี่ พบว่า กระบวนการคิดในระยะหลังเลิกสูบบุหรี่ภายหลังใช้โปรแกรมที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดคือ การเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ดี ไม่ต้องเอาสารพิษเข้าสู่ร่างกาย และไม่ต้องติดนิโคติน (M=4.63, SD=0.49) และอยู่ในระดับมากที่สุด รองลงมาเป็น ตนเองจะไม่หยิบหรือจับบุหรี่ขึ้นมาสูบอีกแม้ว่าจะเจอกับเหตุการณ์ที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ (M=4.60, SD=0.50) และหลังหยุดสูบบุหรี่ได้ 3 สัปดาห์ รู้สึกว่ามีความเปลี่ยนแปลง เช่น มีพลังมากขึ้น มีความมั่นใจ ผ่อนคลาย มีสมาธิมากขึ้น ไอน้อยลง อยากออกกำลังกาย เป็นต้น (M=4.60, SD=0.50) ซึ่งอยู่ในระดับมากที่สุดเช่นกัน ที่เหลืออีก 7 ประเด็นอยู่ในระดับมาก ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยน้อยที่สุดคือ ต้องไม่ไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่มีการสูบบุหรี่หรือมีคนจุดบุหรี่ให้สูบ (M=4.00, SD=0.69) ซึ่งยังอยู่ในระดับมาก

4. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของวัยแรงงานภายหลังใช้โปรแกรม พบว่า กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีการตั้งเป้าหมายและกำหนดวันในการเลิกสูบบุหรี่ โดยประกาศให้ครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานทราบ มีการแยกแยะข้อดีและข้อเสียของการเลิกสูบบุหรี่ มีการปรับความคิดตัวเองโดยคิดว่า “การสูบบุหรี่เป็นนิสัยเคยชิน ไม่มีประโยชน์อย่างแท้จริง บุหรี่มีแต่ความสกปรกและทำให้เจ็บป่วยตลอดชีวิต และชีวิตมีความสุขได้แม้จะปราศจากบุหรี่” เลิกสูบบุหรี่ด้วยการหักดิบโดยไม่พกพาบุหรี่และอุปกรณ์การสูบบุหรี่ เช่น ไฟแช็ค บุหรี่ กระดาษมวนยาสูบ เป็นต้น มีการปรับความคิดเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำอีก โดย “ตั้งใจว่าจะไม่หยิบบุหรี่ขึ้นมาสูบอีก การไม่สูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ดีที่สุด ไม่ต้องเอาสารพิษเข้าสู่ร่างกาย และการสูบบุหรี่เพียงมวนเดียวก็เป็นการติดยาเสพติดไปตลอดชีวิตซึ่งเป็นการทำร้ายตัวเองไม่สิ้นสุด” เมื่ออยากสูบบุหรี่ ก็นำมะนาวชิ้นติดเปลือกมาอม และดูดความเปรี้ยวของมะนาวช้าๆ ประกอบกับการชงชาหญ้าดอกขาว แล้วนำมาดื่มช้า ๆ นอกจากนั้นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ยัง หลีกเลี่ยงสถานการณ์ตึงเครียดหรือวิตกกังวล เช่น เหตุการณ์สะเทือนใจ ความล้มเหลวในธุรกิจหรือการทำงาน การทะเลาะเบาะแว้งกับคนรอบข้าง เป็นต้น เพื่อป้องกันความอยากสูบบุหรี่ ร้อยละ94.30 หลีกเลี่ยงงานเลี้ยงสังสรรค์หรืองานรื่นเริงซึ่งมักมีคนจุดบุหรี่ให้สูบ ร้อยละ85.70 รวมทั้งการหลีกเลี่ยงการเสวนากับเพื่อนหรือญาติพี่น้องที่สูบบุหรี่ ร้อยละ57.10 และเมื่อเกิดความรู้สึกเหงา เครียด หงุดหงิด หรือเบื่อจากการไม่ได้สูบบุหรี่ก็จะทดแทนโดยดูรายการโทรทัศน์ ฟังเพลง หรือทำงานบ้าน ร้อยละ100 ออกกำลังกาย ร้อยละ85.70 เข้าไลน์กลุ่ม เฟซบุ๊ค หรือโทรศัพท์คุยกับเพื่อน ร้อยละ 77.10 การทำสมาธิ ร้อยละ68.60

5. อัตราการเลิกสูบบุหรี่ของวัยแรงงานหลังใช้โปรแกรม ฯ พบว่า หลังจากเข้าร่วมโปรแกรม ฯ แล้ว วัยแรงงานทั้ง 35 คน สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จจำนวน 33 คน หรืออัตราการเลิกสูบบุหรี่ร้อยละ 94.3 อีก 2 คนยังสูบบุหรี่อยู่ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างอยู่บ้านคนเดียว ทำให้ขาดแรงสนับสนุนจากสมาชิกในครอบครัว แต่สามารถลดการสูบบุหรี่ลงจาก 10-20 มวนต่อวัน เหลือเพียง 1-2 มวนต่อวัน

สรุปและอภิปรายผล

1. ความแตกต่างของความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังใช้โปรแกรมผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับบุหรี่หลังใช้โปรแกรมอยู่ในระดับสูง (M=13.23, S.D.=1.17) ซึ่งสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม (M=9.71, S.D.=2.76) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ.001 เป็นไปตามสมมุติฐาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมมีการให้ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่แก่กลุ่มตัวอย่าง โดยวิธีการให้ความรู้แบบกลุ่มใหญ่ และกลุ่มย่อย โดยการบรรยายประกอบสื่อพาวเวอร์พ้อยท์ (Power point) และใช้สื่อในการให้ความรู้ที่หลากหลาย เช่น สื่อวีดิทัศน์ ภาพพลิกโปสเตอร์ ซึ่งมีทั้งภาพและเสียงที่กระตุ้นให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความสนใจ และเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มตัวอย่างโดยตรง จึงเกิดความตั้งใจที่จะเรียนรู้ทั้งในเรื่องความรู้เกี่ยวกับสารประกอบบุหรี่ 1 มวน ผลกระทบต่อสุขภาพของผู้สูบบุหรี่

รวมถึงการสร้างจิตนาการในการสูบบุหรี่ที่เป็นเชิงลบ ประกอบกับในโปรแกรมนี้มีกิจกรรมเยี่ยมบ้านรายบุคคลในสัปดาห์ที่ 4 และสัปดาห์ที่ 5 โดยพยาบาลวิชาชีพโดยพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลนายม ซึ่งมีการทบทวนเกี่ยวกับบุหรี่ เป็นแบบสรุปและเข้าใจง่ายต่อการเรียนรู้ จากการบรรยายประกอบภาพพลิก โปสเตอร์ จึงส่งผลให้หลังใช้โปรแกรมความรู้เกี่ยวกับบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่างสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม แต่ความรู้เกี่ยวกับชนิดของสารพิษในบุหรี่ที่ทำให้เกิดโรคถุงลมโป่งพองไม่เปลี่ยนแปลง โดยก่อนและหลังใช้โปรแกรมตอบถูกเพียงร้อยละ 42.90 เท่ากัน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างไม่คุ้นเคยและไม่สามารถจำชื่อสาร “ไนโตรเจนไดออกไซด์” ซึ่งค่อนข้างยาว ทำให้จำได้ยาก ประกอบกับตัวเลือกอื่น เช่น นิโคติน ทาร์ คาร์บอนมอนอกไซด์ เป็นต้น ก็เป็นสารพิษที่คุ้นเคยมากกว่า โดยนิโคตินเป็นสารที่กลุ่มตัวอย่างเลือกมาก (ร้อยละ 18.6) รองลงมาจากไนโตรเจนไดออกไซด์ ประกอบกับกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาเพียงระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 62.90) จึงทำให้ความรู้ในประเด็นนี้ยังไม่เพิ่มขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ธนารัตน์ จันดา (2551)[7] ซึ่งพบว่าค่าเฉลี่ยความรู้เกี่ยวกับบุหรี่หลังการทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังได้รับความรู้และข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องบุหรี่ สารประกอบในบุหรี่ โทษของบุหรี่ ประโยชน์จากการหลีกเลี่ยงควันบุหรี่ ในการบรรยายประกอบสื่อการสอน

2. การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงของโรคจากการสูบบุหรี่หลังใช้โปรแกรมอยู่ในระดับสูง (M=4.46, S.D.=0.37) ซึ่งสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม (M=4.06, S.D.=0.49) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่อยู่ในระดับสูง (M=4.40, S.D.=0.32) ซึ่งสูงกว่าก่อนการใช้โปรแกรม (M=4.05, S.D.=0.51) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมมีการให้ความรู้แก่ลุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม โดยให้กลุ่มตัวอย่างชมวีดีทัศน์เรื่อง “บุหรี่และพิษภัยของบุหรี่” ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่ (2553) และเอกสารโปรเตอร์ความรู้เกี่ยวกับบุหรี่เรื่อง “การสูบบุหรี่ทำให้เกิดโรคต่างๆ” และเรื่องข้อมูลที่ควรรู้: โรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่” ของมูลนิธิรณรงค์เพื่อการไม่สูบบุหรี่และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (2557)[2] ซึ่งผู้วิจัยบรรยายและสรุป ประกอบกับผู้วิจัยได้เชิญบุคคลต้นแบบในการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จด้วยวิธีหักดิบมาเล่าประสบการณ์ตรง เกี่ยวกับวิธีการเล่าเรื่องให้มองเห็นภาพภายใต้จินตนาการ จากนั้นให้กลุ่มตัวอย่างทำการตั้งเป้าหมายในการเลิกบุหรี่ของตนเอง และการชั่งน้ำหนักข้อดี-ข้อเสียของการเลิกสูบบุหรี่ โดยให้กลุ่มตัวอย่างมองเห็นข้อดีมากกว่าข้อเสียในการเลิกสูบบุหรี่ เพื่อให้เกิดแรงบันดาลใจและเป็นตัวอย่างในการเลิกสูบบุหรี่ จึงทำให้การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรงของโรคจากการสูบบุหรี่หลังใช้โปรแกรมมากกว่าก่อนใช้โปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ โสมรัตน์ บัณฑิตเลิศรักษ์ (2551)[8] พบว่าหลังการทดลองกลุ่มตัวอย่างมีการเปลี่ยนแปลงการรับรู้โอกาสเสี่ยงจากการเกิดโรคและอันตรายจากการสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 หลังได้จัดกิจกรรมกระตุ้นเตือนเรื่องโทษและพิษภัยของการสูบบุหรี่ ที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ด้วยวีดิทัศน์และหุ่นจำลองรูปคนสูบบุหรี่ เป็นสื่อช่วยกระตุ้นให้เกิดความ กลัว และเกิดการรับรู้ความรุนแรงของอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่และการรับรู้ต่อโอกาสเสี่ยง ของโรคที่เกิดจากการสูบบุหรี่ และกลุ่มตัวอย่างรับรู้ถึงพิษภัยของบุหรี่ที่มีต่อตนเอง และบุคคลรอบข้าง เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคที่มีสาเหตุจากการสูบบุหรี่จะทุกข์ทรมาน และทำให้สูญเสียค่าใช้จ่ายในการซื้อบุหรี่ และการรักษาโรคเพิ่มขึ้น

3. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ก่อนใช้โปรแกรมอยู่ในระดับมาก (M=3.97, S.D.=0.45) หลังใช้โปรแกรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นและอยู่ในระดับมากเช่นเดิม (M=4.38, S.D.=0.27) โดยหลังใช้โปรแกรมการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่มากกว่าก่อนใช้โปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t=-4.128, p-value = .000) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมมีการให้ความรู้ สาธิตการจัดการอาการอยากบุหรี่ด้วยการชงชาหญ้าดอกขาวและการหั่นมะนาวเป็นชิ้นพร้อมอธิบายวิธีการดื่มและการอมหรือเคี้ยวอย่างถูกวิธี และฝึกทักษะเกี่ยวกับการเลิกสูบบุหรี่ การปรับกระบวนการคิดก่อนและหลังเลิกสูบบุหรี่ตามแนวคิดการเลิกสูบบุหรี่ของอัลเลน คาร์ (Allen Carr's Model)

โดยมีกิจกรรมในโปรแกรมฯ ครอบคลุมสิ่งที่ทำให้เกิดการรับรู้ความสามารถตนเอง 4 วิธีตามทฤษฎีการรับรู้ความสามารถตนเองของแบนดูรา ได้แก่ ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ ประสบการณ์จากการกระทำของบุคคลอื่น การชักจูงโดยใช้คำพูด และภาวะทางกายและอารมณ์ โดยกิจกรรมในโปรแกรมฯ ประกอบด้วย 4 กิจกรรม ดังนี้

1) ประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ เป็นประสบการณ์ตรงจากบุคคลต้นแบบที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเสร็จมาเป็นแบบอย่างเชิงบวก และนำประสบการณ์ที่ผ่านมาของตนเองหรือเพื่อนในกลุ่มที่เลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ นำมาเป็นแนวทางในการเลิกสูบบุหรี่ของตนเองอย่างมีความเชื่อและมั่นใจความสามารถในการกระทำพร้อมลงมือปฏิบัติเลิกบุหรี่ด้วยวิธีหักดิบ จากการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ และนำหลักการวิธีตั้งใจมั่นของอัลเลนคาร์ [11] มาใช้เสริมสร้างความพร้อมในการเลิกสูบบุหรี่อย่างมั่นใจ

2) ประสบการณ์จากการกระทำของบุคคลอื่น เป็นวิธีการใช้ตัวแบบเชิงบวกมาเป็นบุคคลต้นแบบ มีเป้าหมายให้กลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินความสามารถของตนเองจากการเรียนรู้พฤติกรรมและประสบการณ์ที่ได้จากตัวแบบที่มีลักษณะการสูบบุหรี่ และเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จคล้ายคลึงของตนเอง ซึ่งเป็นการเรียนรู้จากการสังเกตพฤติกรรมของบุคคลอื่นซึ่งมีลักษณะคล้ายตนเอง โดยใช้บุคคลอื่นเป็นตัวแบบ เมื่อเรียนรู้แล้วบุคคลก็จะเกิดความหวังว่าตนเองจะได้รับผลเช่นเดียวกันหากปฏิบัติพฤติกรรมนั้นๆ ประกอบกับการให้ข้อมูลย้อนกลับการมองข้อดีการเลิกสูบบุหรี่ มากกว่าข้อเสียนำมาเปรียบเทียบการกระทำของตนเอง และได้เทียบเคียงการกระทำกับสิ่งที่ได้คาดหวังในผลการกระทำ รวมถึงความสามารถทางกายและทักษะในพฤติกรรมต่าง ๆ จะทำให้สามารถแสดงพฤติกรรมที่เลียนแบบออกมาได้ดีและตรง จากการวิเคราะห์ ข้อมูลในการเลิกสูบบุหรี่ในการปฏิบัติพฤติกรรม กลุ่มตัวอย่างมีการจดบันทึกข้อมูลจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบลงในคู่มือเลิกสูบบุหรี่และบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันของตนเอง และมีแนวทางการจัดการเมื่อมีความต้องการอยากสูบบุหรี่ 5 วิธีที่แก้ไข ได้แก่ หลังตื่นนอน หลังรับประทานอาหาร ขณะเข้าห้องน้ำ รู้สึกเหงาอยู่คนเดียว และรู้สึกเครียด หงุดหงิด จึงทำให้การรับรู้ความสามารถตนเองหลังใช้โปรแกรมมากกว่าก่อนใช้โปรแกรม ซึ่งเป็นไปตามทฤษฎีความสามารถตนเองของแบนดูรา (Bandura, 1997) ที่ว่า การที่บุคคลได้เห็นผู้อื่นกระทำพฤติกรรมแล้วประสบความสำเร็จ

3) การชักจูงด้วยคำพูด ผู้วิจัยใช้การชักจูงด้วยการพูดเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างปฏิบัติพฤติกรรมนั้น ๆ และให้กำลังใจว่าเขาสามารถทำสิ่งนั้นด้วยตนเองได้และพูดส่งเสริมให้เห็นประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรมที่ถูกต้องและต่อเนื่องในการเลิกสูบบุหรี่ เป็นการดูแลตนเองในอันจะนำไปสู่ผลลัพธ์ที่คาดหวังไว้ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีกำลังใจ มีความเชื่อมั่นในความสามารถของตัวเองเพิ่มขึ้น เกิดความเชื่อมั่นว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำกิจกรรมต่าง ๆ ได้แม้ว่าจะไม่เคยกระทำมาก่อนก็ตาม ซึ่งผู้วิจัยได้ใช้บุคคลในครอบครัว บุคคลต้นแบบ และพยาบาลเป็นการพูดชักจูงโน้มน้าว เพื่อให้เกิดความเชื่อและมั่นใจว่าตนเองมีความสามารถที่จะกระทำพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่

4) การกระตุ้นทางอารมณ์ ผู้วิจัยใช้วิธีการกระตุ้นทางอารมณ์ที่มีผลต่อการรับรู้ความสามารถตนเองด้วยการใช้เสียงน้ำไหลเป็นการฝึกสมาธิในการกระตุ้นเตรียมความพร้อมการปรับความคิด(ล้างสมอง) เกี่ยวกับการติดบุหรี่ภายใต้จิตใต้สำนึก ซึ่งประกอบด้วยเนื้อหา 5 ประเด็นได้แก่ 1) การสูบบุหรี่เป็นนิสัยเคยชิน 2) การลบล้างความเชื่อผิดๆเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ 3) ผลเสียต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ 4) อันตรายจากการสูบบุหรี่ต่อสิ่งแวดล้อม และ5) ผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ตามแนวคิดของอัลเลนคาร์ และผู้วิจัยบรรยายด้วยน้ำเสียงสูงๆ ต่ำประกอบการเล่าในเนื้อหาให้กับกลุ่มตัวอย่างฟังอย่างสนใจ สอดคล้องกับของ ศุลีวงศ์ สนสุผล (2551) พบว่ากลุ่มทดลองมีการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังการกลุ่มทดลองชมวีดีทัศน์เรื่อง ปอดถูกตัดเพราะอัดบุหรี่ เป็นสื่อให้เห็นภาพความทุกข์ทรมานจากการเจ็บป่วย และการอภิปรายกลุ่มในประเด็นสารพิษและผลกระทบที่เกิดจากบุหรี่ สอดคล้องกับการศึกษาของ ปิยมาศ สวนกูล (2552) พบว่าการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่สูงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 หลังจากการเชิญวิทยากรต้นแบบที่สามารถเลิกบุหรี่ได้สำเร็จมาเล่าประสบการณ์ในการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีการหักดิบ และจัดกิจกรรมกลุ่มย่อยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นภายในกลุ่มถึงผลจากการสูบบุหรี่และปัญหาที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ในการเปลี่ยนแปลง

พฤติกรรมในการรับรู้ความสามารถของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่

4. สมรรถภาพปอดของวัยแรงงานก่อนและหลังการใช้โปรแกรมการปรับพฤติกรรมเลิกสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่า FEV1/FVC% (ร้อยละของปริมาตรของอากาศที่เป่าออกมาได้ในวินาทีที่ 1 ต่อปริมาตรของอากาศที่เป่าออกมาได้มากที่สุดอย่างเร็วและแรง) หลังใช้โปรแกรม (M= 89.63%, S.D.= 4.94) มีค่าสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม (M=85.99%, S.D.= 4.98) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 (t =-6.229, p-value = .000) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมคือ การให้กลุ่มตัวอย่างเลิกสูบบุหรี่ โดยการหักดิบตั้งแต่สัปดาห์ที่3 ทำให้ร่างกายได้รับนิโคตินและสารไนโตรเจนไดออกไซด์ น้อยลงหรือไม่ได้รับเลย ส่งผลให้ให้ปอดที่ทำหน้าที่ฟอกเลือด ถ่ายออกซิเจนให้เลือดดำในร่างกายซึ่งจะมีถุงลมเล็ก ๆ ที่กระจายอยู่ทั่วปอดมีพื้นผิวเนื้อเยื่อภายในปอดที่รับออกซิเจนเข้าสู่ร่างกาย ทำให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้นโดยไม่ถูกกดพื้นที่ในปอด จึงทำให้การหายใจได้รับออกซิเจนเข้าสู่ร่างกายมากขึ้นและเพียงพอ จึงทำให้สมรรถภาพปอดซึ่งวัดจากร้อยละของปริมาตรของอากาศที่เป่าออกมาได้ในวินาทีที่ 1 ต่อปริมาตรของอากาศที่เป่าออกมาได้มากที่สุดอย่างเร็วและแรงหลังใช้โปรแกรมสูงกว่าก่อนใช้โปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ สุทิน พิศาลวาปี (2551)[9] พบว่าค่าเฉลี่ยของอัตราไหลสูงสุดของอากาศขณะหายใจออกและปริมาตรอากาศที่หายใจออกอย่างแรงใน 1 วินาทีของกลุ่มทดลองหลังเข้าร่วมโปรแกรมการจัดการตนเองสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังจากการให้ความรู้และการปฏิบัติตน การออกกำลังกาย การติดตามเยี่ยมบ้านเป็นระยะ และมีบุคคลในครอบครัวเป็นกำลังใจเป็นแรงสนับสนุน

5. กระบวนการคิดเพื่อการเลิกบุหรี่

5.1 กระบวนการคิดเพื่อการเลิกบุหรี่ในระยะก่อนเลิกสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่ากระบวนการคิดในระยะก่อนเลิกสูบบุหรี่หลังเข้าโปรแกรม (M=4.49, SD=0.30) มากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม (M=4.25, SD=0.38) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 (p=.003) ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐาน เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมก่อนหักดิบเป็นการนำบุคคลต้นแบบในการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จด้วยวิธีหักดิบมาเล่าประสบการณ์ตรงโดยวิธีการเล่าเรื่องให้มองเห็นภาพภายใต้จินตนาการและนำการปรับความคิด (ล้างสมอง) เนื้อหา 5 ประเด็นของอัลเลนคาร์ จากนั้นทำการตั้งเป้าหมายในการเลิกบุหรี่กำหนดวันในการเลิกบุหรี่อย่างชัดเจนในการหักดิบระยะเวลาอันใกล้ที่สุดของตนเอง และการการวิเคราะห์ชั่งน้ำหนักข้อดีและข้อเสียของการเลิกสูบบุหรี่ในการแลกเปลี่ยนความคิดภายในกลุ่ม จึงทำให้กระบวนการคิดเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ในระยะก่อนเลิกบุหรี่หลังเข้าโปรแกรมมากกว่าก่อนเข้าโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษา ธนารัตน์ จันดา (2551)[7] พบว่าความตั้งใจที่จะไม่สูบบุหรี่หลังกลุ่มทดลองมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 หลังกลุ่มทดลองได้รับความรู้ในโปรแกรมสุขศึกษาเรื่อง ความรู้เรื่องบุหรี่ เพื่อสร้างการรับรู้เกี่ยวกับโทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่ ความตั้งใจของการไม่สูบบุหรี่ การวาดภาพสะท้อนความคิดที่มีต่อบุหรี่ และร่วมกับมีแรงสนับสนุนทางสังคมคือ ผู้ปกครอง

5.2 กระบวนการคิดเพื่อการเลิกสูบบุหรี่ในระยะหลังเลิกสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่า กระบวนการคิดในระยะหลังเลิกสูบบุหรี่เป็นการปรับความคิด (ล้างสมอง) เพื่อป้องกันการกลับไปสูบบุหรี่ใหม่ ประเด็นที่มีค่าเฉลี่ยสูงที่สุดและอยู่ในระดับมากที่สุดคือ การคิดว่าการเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ดี ไม่ต้องเอาสารพิษเข้าสู่ร่างกาย และไม่ต้องติดนิโคติน (M=4.63, SD=0.49) รองลงมาเป็น การคิดว่าตนเองจะไม่หยิบหรือจับบุหรี่ขึ้นมาสูบอีกแม้ว่าจะเจอกับเหตุการณ์ที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ (M=4.60, SD=0.50) นอกจากนั้น กระบวนการคิดเมื่อคิดจะกลับไปสูบบุหรี่อีกก็ให้คิดหลาย ๆ แนวทาง ได้แก่ การกลับไปสูบบุหรี่ใหม่แม้เพียงมวนเดียวก็ติดได้ หรือกลายเป็นคนติดบุหรี่และเป็นทาสบุหรี่ไปตลอดชีวิต การนึกถึงกลิ่นและรสชาติแย่ ๆ ของบุหรี่มวนสุดท้าย การคิดถึงการถูกรังเกียจจากคนรอบข้างเพราะมีกลิ่นปากและลมหายใจที่มีกลิ่นเหม็นบุหรี่ การมองเห็นภาพชีวิตตัวเองและครอบครัวที่หม่นหมอง สุขภาพไม่ดี ไร้ความสุข และยากจนลง เป็นต้น ซึ่งกระบวนการคิดในประเด็นดังกล่าวมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับมาก ส่วนกระบวนคิดเกี่ยวกับสิ่งที่ต้องหลีกเลี่ยงได้แก่ การไม่คลุกคลีกับเพื่อนที่สูบบุหรี่ การไม่ไปงานเลี้ยงสังสรรค์ที่มีการสูบบุหรี่หรือมีคนจุดบุหรี่ให้สูบ และการหลีกเลี่ยงสถานการณ์ตึงเครียดหรือวิตกกังวลเพื่อป้องกันความอยากสูบบุหรี่ก็อยู่ในระดับมากเช่นกัน

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ ซึ่งกิจกรรมในโปรแกรมได้ปรับความคิดของกลุ่มตัวอย่างตามแนวคิดของอัลเลนคาร์ กล่าวคือ การเน้นกับกลุ่มตัวอย่างให้ตระหนักถึงสารพิษในบุหรี่ได้แก่ นิโคติน ทาร์หรือน้ำมันดิน คาร์บอนมอนอกไซด์ ไฮโดรเจนไซยาไนด์ และไนโตรเจนไดออกไซด์ ที่มีผลกระทบต่อร่างกายและปอดโดยตรงในการเกิดโรคต่างๆจากการสูบบุหรี่ กลุ่มตัวอย่างจึงมีกระบวนการคิดที่มุ่งมั่นที่จะเลิกสูบบุหรี่ เมื่อคิดหรืออยากสูบบุหรี่ให้นำแนวทางการจัดการความอยากสูบบุหรี่ 5 วิธีแก้ไข ได้แก่ 1)หลังตื่นนอน 2)หลังรับประทานอาหาร 3)ขณะเข้าห้องน้ำ 4)รู้สึกเหงาอยู่คนเดียว และ 5) รู้สึกเครียด หงุดหงิด โดยเลือกวิธีที่เหมาะสมกับตนนเอง ผู้วิจัยเตรียมมะนาวหั่นเป็นชิ้นๆ และชาหญ้าดอกขาวสำหรับแจกฟรีให้กับกลุ่มตัวอย่างนำไปพกติดตัวเมื่อภาวะฉุกเฉินเมื่ออยากสูบบุหรี่ และหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ เช่น สถานการณ์ตึงเครียด งานเลี้ยงร่าเริงที่ต้องพึ่งบุหรี่ ความกลัวเมื่อเข้าสังคม เพื่อนชวนสูบบุหรี่ เป็นต้น จึงทำให้กระบวนการคิดเพื่อการเลิกสูบบุหรี่อยู่ในระดับมากและมากที่สุด

6. พฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ ผลการศึกษาพบว่าตัวอย่างมีทุกคนมีการตั้งเป้าหมายและกำหนดวันในการเลิกสูบบุหรี่ โดยประกาศให้ครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานทราบ มีการแยกแยะข้อดีและข้อเสียของการเลิกสูบบุหรี่ มีการปรับความคิดตัวเองโดยคิดว่า “การสูบบุหรี่เป็นนิสัยเคยชิน ไม่มีประโยชน์อย่างแท้จริง บุหรี่มีแต่ความสกปรกและทำให้เจ็บป่วยตลอดชีวิต และชีวิตมีความสุขได้แม้จะปราศจากบุหรี่” เลิกสูบบุหรี่ด้วยการหักดิบโดยไม่พกพาบุหรี่และอุปกรณ์การสูบบุหรี่ เช่น ไฟแช็ค บุหรี่ กระดาษมวนยาสูบ เป็นต้น มีการปรับความคิดเพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำอีก โดย “ตั้งใจว่าจะไม่หยิบบุหรี่ขึ้นมาสูบอีก การไม่สูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ดีที่สุด ไม่ต้องเอาสารพิษเข้าสู่ร่างกาย และการสูบบุหรี่เพียงมวนเดียวก็เป็นการติดยาเสพติดไปตลอดชีวิตซึ่งเป็นการทำร้ายตัวเองไม่สิ้นสุด” เมื่ออยากสูบบุหรี่ ก็นำมะนาวชิ้นติดเปลือกมาอม และดูดความเปรี้ยวของมะนาวช้าๆ ประกอบกับการชงชาหญ้าดอกขาว แล้วนำมาดื่มช้า ๆ และเมื่อรู้สึกเหงา ก็ดูรายการโทรทัศน์ ฟังเพลง หรือทำงานบ้านทดแทนการสูบบุหรี่ ร้อยละ 100 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมในโปรแกรมฯ กิจกรรมในโปรแกรมประกอบด้วย กิจกรรมวิธีแบบหยุดแสนง่ายแนวคิดของอัลเลนคาร์ [11] ด้วยวิธีการหักดิบโดยนำหลักการวิธีตั้งใจมั่น (Willpower Method) มาใช้เสริมสร้างความพร้อมการเลิกสูบบุหรี่ 5 ขั้นตอน คือ 1) การตั้งเป้าหมายการเลิกสูบบุหรี่ 2) ชั่งน้ำหนักข้อดีและข้อเสียของการสูบบุหรี่ 3) ปรับความคิดใหม่ (ล้างสมอง) เกี่ยวกับการติดบุหรี่ภายใต้จิตใต้สำนึกได้แก่ การสูบบุหรี่เป็นนิสัยเคยชิน การลบล้างความเชื่อผิดๆเกี่ยวกับการสูบบุหรี่ ผลเสียต่อสุขภาพจากการสูบบุหรี่ อันตรายจากการสูบบุหรี่ต่อสิ่งแวดล้อม และผลดีของการเลิกสูบบุหรี่ 3) ใช้วิธีการหักดิบ 4) การปรับความคิด (ล้างสมอง) เพื่อป้องกันการกลับมาสูบซ้ำ ได้แก่ 1)ปฏิญาณตนไม่หยิบหรือจับบุหรี่ขึ้นมาสูบอีกแม้ว่าจะเจอกับเหตุการณ์ที่ทำให้อยากสูบบุหรี่ 2) ปรับความคิดตัวเองโดยคิดว่าการสูบบุหรี่เป็นนิสัยเคยชิน ไม่มีประโยชน์อย่างแท้จริง บุหรี่มีแต่ความสกปรกและทำให้เจ็บป่วยตลอดชีวิต และชีวิตมีความสุขได้แม้จะปราศจากบุหรี่ 3) สร้างความตระหนักว่า ต้องเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จ 4) สามารถแยกแยะข้อดีและข้อเสียของการเลิกสูบบุหรี่แล้วเลือกได้ว่าอะไรดีกว่ากัน 5) สร้างความเข้าใจว่าการสูบบุหรี่ เท่ากับ “การเสพยาเสพติด” 6) การสูบบุหรี่เป็นนิสัยทางสังคม แต่เป็นการทำร้ายตัวเอง 7) ปรับความคิดเพื่อป้องกันตัวเองกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำอีก โดยตั้งใจว่าจะไม่หยิบบุหรี่ขึ้นมาสูบอีก การไม่สูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ดีที่สุด ไม่ต้องเอาสารพิษเข้าสู่ร่างกาย และการสูบบุหรี่เพียงมวนเดียวก็เป็นการติดยาเสพติดไปตลอดชีวิต สอดคล้องกับการศึกษาของ ศิราณี อิ่มน้ำขาว (2555)[10] พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ด้วยวิธีหักดิบร้อยละ 83.3 และมีความตั้งใจจริงร้อยละ 83.3 รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเลิกบุหรี่ตามแบบจาลองข้ามทฤษฎีกลุ่มทดลองที่อยู่ในขั้นตัดสินใจและเตรียมตัวเลิกสูบบุหรี่ทันที ร้อยละ40.0 หลังกลุ่มทดลองมีการประเมินความพร้อมความตั้งใจในการเลิกบุหรี่ การให้ความรู้และการสร้างแรงจูงใจในการเลิกบุหรี่ การให้คำปรึกษาตามกระบวนการพื้นฐานที่สอดคล้องกับขั้นตอนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการ และมีความเชื่อมั่นตนเองว่าสามารถเลิก และสอดคล้องกับการศึกษาของดิกสทรา ซุยดีมาวอสและคาลเคน (Dijkstra, Zuidema, Vos and Kalken, 2014) พบว่ากลุ่มทดลองที่ใช้วิธีการเลิกสูบบุหรี่ตามแนวคิดของอัลเลนคาร์สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 41.1 และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพบว่า กลุ่มตัวอย่าเลิกสูบบุหรี่ตามแบบอัลเลนคาร์สามารถเลิกสูบบุหรี่ได้

มากกว่ากลุ่มควบคุมถึง 6.52 เท่า (Odd ratio = 6.52, 95% confidence interval 3.1-13.72, p < .001) หลังเป็นการฝึกอบรมผ่านทาง e-mail ผู้วิจัยจะใช้ e-mail ในการติดต่อสื่อสารในการให้ความรู้ประชาสัมพันธ์ผ่านทางหนังสือพิมพ์ท้องถิ่นในการสมัครเข้าร่วมฝึกอบรม 13 สัปดาห์ ในการเลิกบุหรี่แบบหักดิบและยืนยันผลด้วยการวัดระดับคาร์บอนมอนอกไซด์ในลมหายใจออกในผู้ที่เลิกบุหรี่ได้ ระดับ CO จะต่ำกว่า 10 ppm ในการเลิกสูบบุหรี่ตามแบบอัลเลนคาร์

7. อัตราการเลิกสูบบุหรี่ของวัยทำงานภายหลังใช้โปรแกรมฯ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอัตราการเลิกสูบบุหรี่ได้สำเร็จร้อยละ 94.3 เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมกิจกรรมโดยโปรแกรมนี้ประยุกต์ใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ของโปรเจสกาและไดคลีเมนกา [13] ซึ่งกลุ่มตัวอย่างอยู่ในขั้นพร้อมปฏิบัติ (Preparation stage) และเป็นระยะที่ต้องการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างจริงจังภายในในช่วงเวลา 30 วันข้างหน้า เป็นระยะที่ผู้สูบบุหรี่มีความตั้งใจมากที่สุดที่จะเลิกสูบบุหรี่ด้วยตนเอง ให้คำมั่นสัญญาที่จะเลิกสูบบุหรี่และเชื่อมั่นว่าตนเองสามารถทำได้ ซึ่งบุคลากรสุขภาพต้องส่งเสริมศักยภาพในการกระทำของเขา (พรนภา หอมสินธุ์, 2558; ผ่องศรี ศรีมรกต และศศิธร ภะระตะศิลปิน, 2549) ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดการเลิกสูบบุหรี่ของอัลเลนคาร์ (Allen Carr's Model, 1997) นำมาใช้กับกลุ่มตัวอย่างโดยทำการปรับความคิดก่อนและหลังเลิกสูบบุหรี่เพื่อป้องกันการกลับมาสูบบุหรี่ซ้ำอีก และทำการหยุดสูบบุหรี่แบบหักดิบ มีการตั้งเป้าหมายและกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่อย่างชัดเจน พร้อมประกาศให้ครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานทราบลงบันทึกในสมุดคู่มือเลิกสูบบุหรี่และบันทึกการสูบบุหรี่ประจำวันอย่างต่อเนื่อง ผู้วิจัยได้เชิญวิทยากรซึ่งเป็นบุคคลต้นแบบในชุมชนที่เลิกสูบบุหรี่ด้วยวิธีหักดิบได้สำเร็จ มาพูดจูงใจและโน้มน้าวเชิงบวกจากการเล่าประสบการณ์และปัญหาด้านสุขภาพจากการสูบบุหรี่ และพูดเกี่ยวกับผลดีของการไม่สูบบุหรี่ อธิบายถึงวิธีการเลิกสูบบุหรี่ที่สำเร็จอย่างแท้จริงคือ การเลิกแบบหักดิบ ซึ่งหมายถึงการไม่ถือ ไม่พกอุปกรณ์การสูบบุหรี่ ทั้งในบ้านและที่ทำงาน การปรับความคิดเพื่อป้องกันตนเองกลับมาสูบซ้ำ ได้แก่ การไม่หยิบบุหรี่ขึ้นมาสูบและทิ้งอุปกรณ์ทั้งหมด มองเห็นสุขภาพตนเองในการเลิกสูบบุหรี่เป็นสิ่งที่ดีที่สุด มั่นใจกับตนเองในการรับรู้ความสามารถเลิกสูบบุหรี่ และมองถึงผลเสียว่าการสูบบุหรี่เป็นการทำร้ายตนเองในการเจ็บป่วยในการเกิดโรคต่างๆ และมองถึงผลดีของตนเองในการเลิกสูบบุหรี่ ทิ้งบุหรี่ใช้คำว่า"การสูบบุหรี่มวนสุดท้ายในชีวิต" กลุ่มตัวอย่างมีวิธีการจัดการเมื่ออยากสูบบุหรี่ 5 วิธี ได้แก่ 1) ตื่นเช้ากว่าปกติ รีบล้างหน้าทันทีและแปรงฟันนานๆ ดื่มน้ำมากๆ 8-10 แก้วต่อวัน และออกกำลังกายที่เหมาะสม 2) หลังรับประทานอาหารเลือกใช้สิ่งทดแทนการสูบบุหรี่ เมื่อกินอาหารอิ่มให้ลุกจากที่นั่งรับประทานอาหารทันที ตามด้วยดื่มน้ำผลไม้ที่มีรสเปรี้ยว หรือน้ำมะนาว/มะขามป้อม ถ้ามื้อหลังอาหารมีความรู้สึกอยากสูบบุหรี่ให้หั่นมะนาวเป็นชิ้นเล็กๆ ให้มีเปลือกติด อมในปาก แล้วค่อยๆ ดูดความเปรี้ยวจากนั้นเคี้ยวช้าๆนาน 3-5 นาที แล้วดื่มน้ำตาม หรือการชงชาหญ้าดอกขาวดื่มช้า ๆ ลิ้นจะมีความรู้สึกขมและเฝื่อน และงดเครื่องดื่มกาแฟ และแอลกอฮอล์ 3) ขณะเข้าห้องน้ำ เลือกใช้ทดแทนการสูบบุหรี่ เช่น อาบน้ำนานๆ อ่านหนังสือที่ชื่นชอบ หรือหาสิ่งทดแทนถือลูกบอลเล็กๆไว้ในมือ เป็นต้น 4) เมื่อรู้สึกเหงา ดูรายการโทรทัศน์ ฟังเพลง เข้าไลน์กลุ่ม เฟซบุ๊ค โทรศัพท์คุยกับเพื่อน หรือทำงานบ้านทดแทนการสูบบุหรี่ และเมื่อเกิดความเบื่อ เคี้ยวหมากฝรั่งหรือกัดฟันแน่นๆ สบฟันทดแทนการสูบบุหรี่ 5) เมื่อรู้สึกเครียดหรือหงุดหงิด ให้ใช้หนังยางดีดที่แขนเพื่อเตือนสติตนเองว่าไม่นานก็จะประสบความสำเร็จในการเลิกบุหรี่ ฉันทำได้ หรือการไปออกกำลังกายที่เหมาะสมกับตนเอง สอดคล้องกับการศึกษาของ นิรันตา ไชยพาน (2552) ศึกษาการประยุกต์แนวคิดการรับรู้ความสามารถของตนเองตามขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสำหรับโปรแกรมเลิกบุหรี่ของนักเรียนชายมัธยม พบว่าค่าเฉลี่ยของการรับรู้ความสามารถในการเลิกสูบบุหรี่ความคาดหวังในผลลัพธ์การปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่หลังโปรแกรมมากกว่าก่อนใช้โปรแกรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (<0.001) หลังได้รับความรู้จากการบรรยายเนื้อหาบุหรี่และอันตราย โทษที่เกิดจากการสูบบุหรี่การปฏิบัติตัวในการเลิกสูบบุหรี่ วีดีทัศน์ เกทส์ ตัวแบบ โดยผ่านขบวนการกลุ่มและมีคู่มือการเลิกสูบบุหรี่ประกอบด้วยเนื้อหา สารประกอบในบุหรี่ที่เป็นอันตรายต่อร่างกาย ประโยชน์ที่ได้รับจากการเลิกสูบบุหรี่ วิธีการเลิกสูบบุหรี่ และแบบบันทึกประจำวันของตนเอง นักเรียนสามารถหยุดสูบบุหรี่ได้ร้อยละ 22.6 และลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูบลงร้อยละ 32. และสอดคล้องกับการศึกษาของ ชะอ้อน สุทธิคณะ (2557) พบว่าผลเชิงกระบวนการเป็น

กิจกรรมที่สำคัญต่อการส่งเสริมการเลิกบุหรี่ประกอบด้วย ก) การสร้างความตระหนักถึงอันตรายที่เกิดจากการสูบบุหรี่ด้วยการสะท้อนข้อมูลเชิงคลินิก ข) การเตรียมความพร้อมของกลุ่มเป้าหมายและครอบครัว โดยการกำหนดวันเลิกสูบบุหรี่ ให้สอดคล้องกับบริบทและวิถีชีวิตของคนในชุมชน ค) การวางแผนรับมือกับอาการถอนนิโคติน เพื่อเพิ่มความมั่นใจให้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยเน้นบทบาทของสมาชิกในครอบครัวในการกระตุ้นให้ทำกิจกรรมต่างๆ ง) การติดตามเยี่ยมบ้านของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน และมีความตั้งใจในการเลิกบุหรี่อยู่ในขั้นตั้งใจเลิกบุหรี่จำนวน 6 คนร้อยละ 75

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. การจัดโปรแกรมการปรับพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ของวัยทำงานในตำบลซึ่งอยู่ในชุมชน ควรมีผู้นำในองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นให้เข้ามามีบทบาทสำคัญในการประกาศนโยบายและข้อกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับบุหรี่ภายในตำบลให้กับประชาชนรับทราบ

2. ควรเสริมทักษะในการให้คำปรึกษาของแรงสนับสนุนบุคคลในครอบครัว หรือบุคคลที่เกี่ยวข้องการเลิกสูบบุหรี่ ควรให้เป็นแนวทางเดียวกันในการเลิกสูบบุหรี่คือ วิธีหักดิบ และการเก็บอุปกรณ์ที่เกี่ยวข้องการการสูบบุหรี่ โดยมีมาตรการเฝ้าระวังการกลับไปสูบบุหรี่ซ้ำ

3. ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการนำโปรแกรมการปรับพฤติกรรมในการเลิกบุหรี่ของวัยทำงานโดยใช้ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical Theory or Stage of change model) ของโปรเจสกาและไดคลีเมนกา [13] และแนวคิดการเลิกสูบบุหรี่ของอัลเลนคาร์ [11] มาประยุกต์ในการเลิกสูบบุหรี่แบบหักดิบ ควรมีการพัฒนาและศึกษาการเลิกสูบบุหรี่ในช่วงวัยที่ยังไม่มีการศึกษา ได้แก่ วัยรุ่น และผู้สูงอายุ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. การวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยใช้เวลาในการศึกษาวิจัยเพียง 6 สัปดาห์ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการเลิกสูบบุหรี่ และความคงทนของพฤติกรรมในการเลิกสูบบุหรี่ให้คงถาวรและต่อเนื่องควรมีการติดตามอย่างน้อย 6 เดือนหรือ 1 ปี ในการศึกษาครั้งต่อไปจึงควรใช้ระยะเวลาในการศึกษาอย่างน้อย 6 เดือน ขึ้นไป

2. ในการศึกษาครั้งนี้ บางครั้งในกิจกรรมเยี่ยมบ้านพยาบาลที่ไปเยี่ยมไม่พบสมาชิกในครอบครัวที่เป็นบุคคลใกล้ชิดของกลุ่มตัวอย่าง ทำให้เสียโอกาสในการให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีการให้กำลังใจ ช่วยเหลือและจัดการกับอาการอยากสูบบุหรี่ของกลุ่มตัวอย่าง ในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการนัดหมายทั้งกลุ่มตัวอย่างและบุคคลใกล้ชิดของกลุ่มตัวอย่างก่อนเข้าเยี่ยมบ้านทุกครั้ง

3. ในการศึกษาครั้งนี้ กลุ่มตัวอย่างต้องเดินทางไปตรวจสมรรถภาพปอดที่โรงพยาบาลเพชรบูรณ์ ทำให้ไม่สะดวกในการเดินทางและมีค่าใช้จ่ายสูง ในการวิจัยครั้งต่อไปควรประสานงานกับแพทย์ผู้ตรวจหรือเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบเพื่อให้เดินทางเข้าไปตรวจในชุมชนจะสะดวกและประหยัดกว่า

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 5 ท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์และเสียสละเวลาอันมีค่าของท่านในการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และขอขอบพระคุณ รศ. ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา ที่ได้ตรวจสอบข้อบกพร่องต่าง ๆ ตลอดจนให้ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ ส่งผลให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. ลักขณา เติมศิริกุลชัย, และศรัณญา เบญจกุล. การคุ้มครองสุขภาพจากควันบุหรี่มือสอง : ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ; 2550.
2. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ. (2557). รายงานสถานการณ์โรค NCDs วิกฤตสุขภาพวิกฤตสังคม. สืบค้นจากออนไลน์ http://goo.gl/VuSCZY วันที่ค้นข้อมูล 10 มกราคม 2561.
3. สำนักควบคุมการบริโภคยาสูบ และศูนย์วิจัยและจัดการความรู้เพื่อการควบคุมยาสูบ. รายงานสรุป สถานการณ์เฝ้าระวังเพื่อควบคุมการบริโภคยาสูบ 5 มิติ. กรุงเทพฯ: เจริญดีมั่นคงการพิมพ์; 2558

4. รัชนา ศานติยานนท์. บทความ : นโยบายการค้าเสรี และผลกระทบต่อปริมาณการดื่มเครื่องดื่มที่มี. วารสารสาธารณสุขศาสตร์; 2550. 37(2), 143-147.

5. กรองจิต วาทีสาธกกิจ. พยาบาลกับบุหรี่. เครือข่ายพยาบาลเพื่อการควบคุมยาสูบแห่งประเทศ ไทยสมาคมพยาบาลแห่งประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพิมพ์ดี; 2549.

6. อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินธร กลัมพากร, สุนีย์ ละกำปั่น, ขวัญใจ อำนาญสัตย์ซื่อ. การสร้างเสริม สุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. ขอนแก่น: โรงพิมพ์คลัง นานาวิทยา; 2554.

7. ธนารัตน์ จันดา. ศึกษาประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาโดยการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้าน สุขภาพร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมการป้องกันการสูบบุหรี่ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 3 โรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดหนองคาย. 2551. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

8. โสมรัตน์ บัณฑิตเลิศรักษ์. ประสิทธิผลของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการสูบบุหรี่ของบุคลากร ชายโรงพยาบาลวชิระภูเก็ต. 1551. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). มหาวิทยาลัยราชภัฏภูเก็ต: ภูเก็ต.

9. สุทิน พิศาลวาปี. ศึกษาผลของการพยาบาลโดยใช้โปรแกรมการจัดการตนเองต่อสมรรถภาพปอดและ ค่า C-reactive protein ของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. 2551. (วิทยานิพนธ์ปริญญามหาบัณฑิต ไม่ได้ตีพิมพ์). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: กรุงเทพฯ.

10. ศิราณี อิ่มน้ำขาว. ศึกษารูปแบบพฤติกรรมการเลิกบุหรี่ของผู้สูบบุหรี่ที่เข้ารับการบำบัดในคลินิกเลิก บุหรี่ โรงพยาบาลมหาสารคาม. 2555. (รายงานผลการวิจัย). มหาสารคาม: วิทยาลัยพยาบาลศรีมหาสารคาม.

11.Allen Carr. (1997). Allen Carr's Easy Way to Stop Smoking. American: Penguin Random House.

12.Becker, M. , Drachman, R. , & Kirscht, J. (1974). A New Approach to Explain in Sick-Role Behavior in Low-Income Population. American Journal of Public Health, 64, 205-215

13.Prochaska, J. , & Diclemente, C. , (1983) Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of chang. Journol of Consulting and Clincal Psychology, 51, 390-359.

14.West, B.Sc., (2010). Behavior Change Techniques Used in Group-Based Behavioral Support by the English Stop-Smoking Services and Preliminary Assessment of Association with Short-term Quit Outcomes. Nicotine & Tobacco Research, Dec;13(12), 1316-20

การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคปลาวงศ์ตะเพียนและผลิตภัณฑ์ของผู้บริโภคในจังหวัดขอนแก่น

A Study on Consumption Behavior of Cyprinoid Fish and Products among Consumers in Khon Kaen Province

ผกาภรณ์ พวงมาลัย[1], เยาวรัตน์ ศรีวรานันท์

Phakaporn Phoungmalai, Yaowarat Sriwaranan

(Received: October 23,2020; Accepted: November 18,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาพฤติกรรมการบริโภคปลาวงศ์ตะเพียนและผลิตภัณฑ์ของผู้บริโภคในจังหวัดขอนแก่น มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้บริโภคปลาวงศ์ตะเพียนและผลิตภัณฑ์ ศึกษาพฤติกรรมการบริโภค ความรู้ การรับรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของผู้บริโภค ในจังหวัดขอนแก่น เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเพื่อสัมภาษณ์ผู้บริโภคจำนวน 80 ราย การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) อย่างง่ายในการวิเคราะห์เพื่ออธิบายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation : S.D.) ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้บริโภคส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุอยู่ระหว่าง 41-50 ปี ผู้บริโภคส่วนใหญ่เคยรับประทานปลาวงศ์ตะเพียนดิบหรือสุกๆดิบๆ (ร้อยละ 61.25) เหตุผลที่รับประทานเนื่องมาจากญาติหรือเพื่อนชวน (ร้อยละ 95.92) ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับ พบว่า ผู้บริโภคไม่รู้ว่าการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี นอกจากนั้นผู้บริโภคส่วนใหญ่มีการรับรู้มากที่สุดในเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับสามารถป้องกันได้โดยการไม่รับประทานปลาน้ำจืดวงศ์ตะเพียนดิบหรือปลาสุกๆดิบๆ ด้านทัศนคติพบว่าทัศนคติที่ผู้บริโภคต้องพึงระวังคือผู้บริโภคมีทัศนคติเห็นด้วยในเรื่องการนำปลาร้าดิบมาปรุงส้มตำทำให้มีรสชาติอร่อยกว่าปลาร้าที่ปรุงสุก และการรับประทานก้อย/ลาบปลาดิบเป็นเรื่องปกติของคนในหมู่บ้าน เป็นทัศนคติที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

คำสำคัญ: พฤติกรรมการบริโภค, ปลาวงศ์ตะเพียน, ความรู้, การรับรู้, ทัศนคติ

ABSTRACT

This research is Study on Consumption Behavior of Cyprinoid Fish and Products among Consumers in Khon Kaen Province Aims to study the general information of the Cyprinoid fish's and products' consumers and to study the consumers' knowledge, perception, attitude and behavior towards the opisthorchiasis viverrini in Khon Kaen province. The data was collected by using the questionnaire gathering with the 80 consumers. Data analysis uses simple descriptive statistics in analyzing the sample data such as Frequency, Percentage, Mean and Standard Deviation. The result found that most of consumers were female with aged 40-51 years old. Most consumers were used to consume raw cyprinoid fish (61.25 per cent). The factors influenced the consumer to consume the Cyprinoid fish were their family, friends or their relatives invited them (95.92%). The consumer's knowledge about the opisthorchiasis viverrini's result had shown that the consumers do not know that the opisthorchiasis viverrini infection would increase the chance of getting infected by the Cholangiocarcinoma (CCA). The consumers' perception result had shown that most of the consumers have the high rate about the acknowledgement that the opisthorchiasis viverrini could be prevented by not consuming the uncooked or half-cooked fish. The attitude towards the opisthorchiasis viverrini's result had shown that the consumers agreed that using the uncooked pickled fish as the ingredient for the papaya salad make the dish taste better than the cooked pickled and consuming the Koi pla or the spicy minced uncooked white raw fish salad is the normality habit in the village, these attitudes are the risk attitude that might make the consumer get infected.

Keywords: Consumption Behavior, Cyprinoid Fish, Knowledge, Perceptions, Attitudes.

[1] สาขาวิชาเศรษฐศาสตร์เกษตร คณะเกษตรศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น 123 ต. ในเมือง อ. เมือง จ.ขอนแก่น 40002 E-mail: syaowa@kku.ac.th

บทนำ

จังหวัดขอนแก่นเป็นจังหวัดหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือที่มีผู้ป่วยติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (Opisthorchis viverrini) อยู่ในเกณฑ์ที่สูง เนื่องจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทปลาดิบหรือสุกๆดิบๆ จากกลุ่มปลาที่เป็นพาหะของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ นั่นคือ ปลาวงศ์ตะเพียนซึ่งเป็นปลาน้ำจืดมีเกล็ดสีขาว ได้แก่ ปลาตะเพียนทราย ปลาตะเพียนขาว ปลาสร้อย ปลาสูตร ปลากระมัง เป็นต้น ที่มีตัวอ่อนของพยาธิใบไม้ตับอาศัยอยู่ใต้เกล็ดหรือครีบปลา [1, 2, 3, 4] ประกอบกับพื้นที่จังหวัดขอนแก่นมีหลายชุมชนที่ตั้งอยู่ใกล้ชิดกับแหล่งน้ำจืดขนาดใหญ่ อาทิเช่น ลุ่มน้ำชี ลุ่มน้ำพอง แก่งละว้า และมีอ่างเก็บน้ำอื่นๆ ซึ่งอุดมสมบูรณ์ไปด้วยปลาวงศ์ตะเพียนจำนวนมาก [2, 4] และผู้บริโภคมีพฤติกรรมนิยมนำปลาวงศ์ตะเพียนมารับประทานโดยการปรุงดิบหรือสุกๆดิบๆต่อเนื่องจนเกิดเป็นวัฒนธรรมการกิน เช่น ก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาส้มดิบ ปลาร้าดิบ เป็นต้น ทำให้ผู้บริโภคติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้ง่าย [5, 6, 7] ถึงแม้ว่าผู้บริโภคจะเคยรับประทานปลาที่มีเชื้อพยาธิใบไม้ตับเพียงครั้งเดียวก็สามารถติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับสู่ตนเองได้ [8]

จากสถานการณ์อัตราความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของจังหวัดขอนแก่น ปี 2559 - 2560 ที่ผ่านมา พบว่า จังหวัดขอนแก่นมีอัตราความชุกของการติดเชื้อร้อยละ 8.15 และ 7.54 ตามลำดับ ซึ่งมีค่าสูงกว่าที่กำหนดไว้ซึ่งไม่ควรเกินร้อยละ 5 [9] แสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในจังหวัดขอนแก่นยังเป็นปัญหาสำคัญและรุนแรงอย่างมาก ควรได้รับการแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน ทั้งนี้ หากผู้บริโภคติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับเรื้อรังเป็นระยะเวลานานๆ เชื้อพยาธิใบไม้ตับสามารถก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ [10, 11, 12] ซึ่งเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้คนไทยเสียชีวิตจากการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก [6] และจังหวัดขอนแก่นก็เคยเกิดอุบัติการณ์ของมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดสูงที่สุดในโลกมาแล้วในปี 2555 [13]

ปัจจุบันมีรายงานว่าคนไทยกว่า 6 ล้านคน เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยมีอัตราความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับทั้งประเทศร้อยละ 8.7 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า มีความชุกของการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในคนมากที่สุดของประเทศ รองลงมาคือภาคเหนือ โดยมีอัตราความชุกร้อยละ 18 และ 10 ตามลำดับ และพบว่าในบางพื้นที่ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราความชุกสูงมากถึง ร้อยละ 85 และภาคเหนือมีอัตราความชุกสูงมากถึงร้อยละ 46 [14] ส่วนใหญ่ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับพบในเพศชายมากว่าเพศหญิง [10, 11, 12] จากข้อมูลดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของผู้บริโภคเป็นปัญหาที่สำคัญและอาจก่อให้เกิดความสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ สังคม คุณภาพชีวิตของประชาชน ตลอดจนความมั่นคงของประเทศในอนาคตหากไม่สามารถหาวิธีป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้

ดังนั้น เพื่อให้ผู้บริโภคได้ตระหนักถึงภัยจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นต้นเหตุของการเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีและเสียชีวิตในที่สุด ผู้ศึกษาจึงมีความสนใจที่จะศึกษาถึงพฤติกรรมการบริโภคปลาวงศ์ตะเพียนและผลิตภัณฑ์ของผู้บริโภคในจังหวัดขอนแก่น โดยนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการขยายผลให้ผู้บริโภคได้รับรู้พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และรับรู้ความรุนแรงของโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งจะช่วยให้ผู้บริโภคสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการบริโภคที่ถูกต้องได้มากขึ้นและสามารถป้องกันการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจากพฤติกรรมการบริโภคด้วยตนเองได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานทั่วไปของผู้บริโภคปลาวงศ์ตะเพียนและผลิตภัณฑ์
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการบริโภคปลาวงศ์ตะเพียนและผลิตภัณฑ์ของผู้บริโภค
3. เพื่อศึกษาความรู้ และการรับรู้ ทัศนคติที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของผู้บริโภค

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามด้วยวิธีการสัมภาษณ์โดยตรง (Personal interview หรือ Face to face interview) จากกลุ่มตัวอย่างเคยรับประทานปลาวงศ์ตะเพียนและผลิตภัณฑ์ที่มีอายุ 20

ปี ขึ้นไป ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 80 ตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบไม่ใช้ความน่าจะเป็นแบบเจาะจง (Purposive Sampling) การสุ่มตัวอย่างลักษณะนี้ เนื่องจากไม่ทราบจำนวนประชากรที่แท้จริงในพื้นที่ตลาดอำเภอเมืองจังหวัดขอนแก่น [15] โดยแบ่งพื้นที่ศึกษาออกเป็น 5 พื้นที่ ได้แก่ ตลาดบ้านโนนม่วง ตลาดคำไฮ ตลาดเทศบาล ตลาดบางลำพู และตลาดบ้านสันติสุข โดยกำหนดให้แต่ละพื้นที่มีจำนวนประชากรกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 16 คน เท่ากัน

สำหรับแบบสอบถาม (Questionnaire) ที่ใช้เป็นเครื่องมือในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 5 ส่วน ดังนี้ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ส่วนที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคปลาวงศ์ตะเพียนและผลิตภัณฑ์แปรรูป ส่วนที่ 3 ความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับผู้บริโภค ส่วนที่ 4 ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคปลาดิบ และส่วนที่ 5 พฤติกรรมของผู้บริโภคที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยในคำถามที่เกี่ยวกับพฤติกรรม ความรู้และการรับรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงเกี่ยวกับพยาธิใบไม้ตับนั้นจะใช้การวัดของลิเคอร์ต (Likert Scale) มาประยุคใช้วัดระดับความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถาม โดยจะแบ่งการวัดความคิดเห็นออกเป็น 5 ระดับ ต่อแบบสอบถามข้อนั้นๆ จะมีตั้งแต่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือมากที่สุด(Favorable) ไปจนถึงไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งหรือไม่เห็นด้วยที่สุด(Unfavorable) โดยให้ 5 แสดงค่าสูงสุด และ 1 แสดงค่าต่ำที่สุด เมื่อได้ผลการวัดแบบสอบถามตามลิเคอร์ต (Likert Scale)แล้ว ก็จะนำผลการวัดมาหาค่าเฉลี่ย(หาค่า X Bar) ซึ่งจะสามาถแปลผลความคิดเห็นของผู้ตอบแบบสอบถามได้ ตามแนวคิดของลิเคอร์ต [16]

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistics) อย่างง่ายในการวิเคราะห์เพื่ออธิบายข้อมูลของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าความถี่ (Frequency) ค่าร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation : S.D.)

ผลการวิจัย

4.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้บริโภค จากการสำรวจผู้บริโภคจำนวน 80 ตัวอย่าง พบว่า กลุ่มผู้บริโภคส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 70.00) มีอายุอยู่ในระหว่างช่วง 41 – 50 ปี (ร้อยละ 30.00) สถานภาพสมรส/อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 82.50) มีสมาชิกภายในครัวเรือนมากกว่า 4 คนขึ้นไป (ร้อยละ 50.00) อาศัยอยู่ในเมือง (ร้อยละ 78.75) ส่วนใหญ่อาศัยอยู่มาแล้ว 31 – 40 ปี (ร้อยละ 21.25) ผู้บริโภคเคยมีญาติป่วยเป็นโรคมะเร็งท่อน้ำดีหรือโรคมะเร็งตับ (ร้อยละ 22.50) เคยมีประวัติการได้รับการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 46.25) ผู้บริโภคส่วนใหญ่เคยได้รับการตรวจหาไข่พยาธิจำนวน 1 – 2 ครั้ง (ร้อยละ 37.84) เคยตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับเพียง 1 ราย (ร้อยละ 2.86) ผู้บริโภคส่วนใหญ่ไม่เคยกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 71.25) ครั้งสุดท้ายที่ผู้บริโภคส่วนใหญ่กินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ คือ 2 – 5 ปี (ร้อยละ 34.78) ผู้บริโภคไม่เคยตรวจอุจจาระก่อนกินยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 95.65) ผู้บริโภครับยาถ่ายพยาธิใบไม้ตับมาจากร้านขายยา (ร้อยละ 91.30) ผู้บริโภคทั้งหมดรู้จักพยาธิใบไม้ตับและเคยรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 100.00) เคยได้รับข่าวสารเรื่องโรคพยาธิใบไม้ตับจากเจ้าหน้าสาธารณสุข (ร้อยละ 85.00) มีความกังวลเกี่ยวกับโรคมะเร็งท่อน้ำดี (ร้อยละ 42.50) สาเหตุของความกังวลเนื่องมาจากเคยกินปลาดิบ (ร้อยละ 55.98)

2. พฤติกรรมการบริโภคปลาวงศ์ตะเพียนและผลิตภัณฑ์

2.1 พฤติกรรมการบริโภคปลาวงศ์ตะเพียน ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้บริโภคส่วนใหญ่เคยรับประทานอาหารประเภทปลาวงศ์ตะเพียนแบบดิบหรือปลาสุกๆดิบๆ (ร้อยละ 61.25) เหตุผลที่รับประทานเนื่องมาจากครอบครัว/เพื่อน/ญาติชวนกิน (ร้อยละ 95.92) รองลงมาคือรสชาติอร่อยกว่าแบบสุก (ร้อยละ 81.63) อาหารประเภทปลาปรุงดิบหรือสุกๆดิบๆที่ผู้บริโภคเคยรับประทานส่วนใหญ่คือ ปลาร้าดิบ (ร้อยละ 100) แจ่วบองปลาร้าดิบ และปลาส้มดิบ(ร้อยละ 97.96 และ 83.67 ตามลำดับ) สำหรับชนิดปลาน้ำจืดวงศ์ตะเพียนที่ผู้บริโภคเคยรับประทานแบบดิบหรือแบบสุกๆดิบๆส่วนใหญ่คือ ปลาตะเพียนขาว และ

ปลาขาวนา (ร้อยละ 100 เท่ากัน) รองลงมาคือ ปลาสร้อย และ ปลาตะเพียนทราย (ร้อยละ 91.84 และร้อยละ 89.80 ตามลำดับ) ในด้านความถี่ในการรับประทานปลาน้ำจืดวงศ์ตะเพียนดิบหรือแบบสุกๆดิบๆ ส่วนใหญ่รับประทานนานๆครั้ง (ร้อยละ 95.56) แหล่งที่มาของปลาที่นำมารับประทานได้มาจากการซื้อ (ร้อยละ 66.25) สถานที่รับประทานปลาน้ำจืดวงศ์ตะเพียนแบบดิบหรือแบบสุกๆดิบๆ ที่ไร่/นา (ร้อยละ 53.06)

2.2 พฤติกรรมการบริโภคปลาส้ม ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้บริโภคส่วนใหญ่เคยรับประทานปลาส้ม (ร้อยละ 97.50) และมีความชอบรับประทานปลาส้ม (ร้อยละ 88.46) โดยชนิดของปลาที่นำมาทำปลาส้มส่วนใหญ่คือ ปลาตะเพียน (ร้อยละ 97.44) เหตุผลที่ผู้บริโภครับประทานปลาส้มเนื่องจากมีกลิ่นหอม และมีรสชาติอร่อย (ร้อยละ 96.15 และ 91.03 ตามลำดับ) สำหรับรูปแบบการรับประทานปลาส้ม ผู้บริโภคส่วนใหญ่รับประทานแบบสุกๆ (ร้อยละ 97.44) มีความถี่ในการรับประทานเป็นครั้งคราว (ร้อยละ 96.15) แหล่งที่มาของปลาส้มส่วนใหญ่ได้มาจากการซื้อ (ร้อยละ 98.72) สถานที่รับประทานปลาส้มคือที่บ้าน (ร้อยละ 100)

2.3 พฤติกรรมการบริโภคปลาร้าผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้บริโภคส่วนใหญ่เคยรับประทานปลาร้า (ร้อยละ 98.75) และชอบรับประทานปลาร้า (ร้อยละ 94.94) ชนิดของปลาที่นำมาทำปลาร้าส่วนใหญ่คือ ตะเพียน (ร้อยละ 96.20) รองลงมาคือ ปลาขาว และปลากระดี่ (ร้อยละ 92.41 และ 89.87 ตามลำดับ) เหตุผลที่ผู้บริโภครับประทานปลาร้าเนื่องจากมีรสชาติอร่อย (ร้อยละ 97.47) สำหรับรูปแบบการรับประทานปลาร้า ผู้บริโภคทั้งหมดรับประทานปลาร้าแบบสุกๆ (ร้อยละ 100) และเคยรับประทานปลาร้าแบบดิบ (ร้อยละ 62.03) มีความถี่ในการรับประทานปลาร้าเป็นประจำ (ร้อยละ 94.94) แหล่งที่มาของปลาร้าได้มาจากการซื้อ (ร้อยละ 86.08) สถานที่รับประทานปลาร้าส่วนใหญ่คือที่บ้าน (ร้อยละ 98.73)

3. ความรู้ และการรับรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับผู้บริโภค

3.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับผู้บริโภคผลการศึกษา พบว่า ประเด็นที่กลุ่มผู้บริโภคตอบถูกมากที่สุด คือ การรับประทานปลาน้ำจืดวงศ์ตะเพียนแบบสุกๆดิบๆ ทำให้เกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ พยาธิใบไม้ตับพบได้ในปลาน้ำจืดที่มีเกล็ดในวงศ์ตะเพียน เช่น ปลาขาว ปลาตะเพียน ปลากราย ปลาสร้อย และปลาซิว (ร้อยละ 98.75) และการถ่ายอุจจาระลงในส้วมที่ถูกสุขลักษณะสามารถลดการแพร่กระจายการติดเชื้อพยาธิใบไม้การตับ (ร้อยละ 91.35) สำหรับประเด็นที่ผู้บริโภคตอบผิดมากที่สุดคือ การรับประทานปลาร้าดิบหรือ ส้มตำใส่ปลาร้าดิบ เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 18.75) และการรับประทานปลาส้มดิบมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ (ร้อยละ 15.00) และประเด็นที่ผู้บริโภคตอบไม่รู้มากที่สุดคือ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือพบโรคพยาธิใบไม้ตับมากที่สุดในประเทศ (ร้อยละ 56.25) รองลงมาคือ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี และอาการเบื้องต้นของโรคมะเร็งท่อน้ำดี เริ่มต้นด้วยอาการเบื่ออาหาร ท้องผูก แน่นท้อง รู้สึกอ่อนเพลีย ปวดและเสียดชายโครงด้านขวา น้ำหนักลดและมีไข้ต่ำๆ (ร้อยละ 40.0 และ 33.75 ตามลำดับ)

สรุปได้ว่า ผู้บริโภคมีความรู้ดีว่าการรับประทานปลาน้ำจืดวงศ์ตะเพียนแบบสุกๆดิบๆทำให้เกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้ แต่มีความรู้ค่อนข้างน้อยว่าการรับประทานปลาร้าดิบ หรือปลาส้มดิบที่มีเชื้อพยาธิใบไม้ในตับปนเปื้อนอยู่นั้นมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับและมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีได้และอาการของโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งแสดงให้เห็นว่าผู้บริโภคอาจไม่ทราบว่าปลาที่นำมาทำปลาร้าหรือปลาส้มนั้นเป็นปลาวงศ์ตะเพียนและไม่รู้ว่ากระบวนการแปรรูปในการหมักปลาแล้วบริโภคแบบดิบนั้นยังไม่สามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับได้ และผู้บริโภคยังมีความรู้น้อยในด้านสาเหตุของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งจะส่งผลให้ผู้บริโภคมีความพร้อมในการแสดงออกของพฤติกรรมเพื่อให้ตนเองห่างไกลจากการเกิดโรค

3.2 การรับรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้บริโภคผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้บริโภคส่วนใหญ่มีการรับรู้มากที่สุดในด้านโรคพยาธิใบไม้ตับสามารถป้องกันได้โดยการไม่รับประทานปลาน้ำจืดวงศ์ตะเพียนดิบหรือปลาสุกๆดิบๆ ($\bar{x}$ =4.49 , S.D.= 0.55) ผู้บริโภคมีการรับรู้มากในด้านคนที่เคยรับประทานปลาน้ำจืดวงศ์ตะเพียนดิบควรเข้ารับการตรวจหาเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ($\bar{x}$ = 4.08, S.D.= 0.69) และพบว่ากลุ่มผู้บริโภคส่วนใหญ่มีการรับรู้ในระดับปานกลางด้านการล้างมือให้สะอาดทุกครั้งก่อนรับประทานอาหาร สามารถทำลายเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้ ($\bar{x}$ = 3.19, S.D.=0.90) และด้านโรคพยาธิใบไม้ตับสามารถก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้และเสียชีวิตได้ ($\bar{x}$ = 2.93, S.D.=1.09)

สำหรับการรับรู้ของผู้บริโภคในด้านการรับประทานเหล้า/เบียร์ไม่สามารถทำให้พยาธิใบไม้ตับตายได้ และการบีบน้ำมะนาวใส่ก้อยปลาดิบ หรือใส่ตัวมดแดงไม่สามารถทำให้พยาธิใบไม้ตับตายได้ ($\bar{x}$ = 2.76, S.D.=1.69 และ $\bar{x}$ = 2.71, S.D.=1.69) ตามลำดับ) นั้นพบว่าผู้บริโภคแบ่งออกเป็น 2 กลุ่มชัดเจนคือคือมีการรับรู้เรื่องดังกล่าวมากที่สุดและน้อยที่สุด ซึ่งแสดงให้เห็นว่ายังมีกลุ่มผู้บริโภคเป็นจำนวนไม่น้อยที่ยังมีการรับรู้และความเชื่อมที่ไม่ถูกต้องที่ว่าแอลกอฮอร์และความเป็นกรดสามารถทำให้พยาธิตายได้ (ตาราง 1)

4.4 ทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคปลาดิบ พบว่ากลุ่มผู้บริโภคส่วนใหญ่มีทัศนคติเห็นด้วยอย่างยิ่งในด้านการปรุงปลาให้สุกก่อนรับประทานสามารถฆ่าพยาธิใบไม้ตับได้ ($\bar{x}$ = 4.80, S.D.= 0.56) และพบว่าผู้บริโภคมีทัศนคติเห็นด้วยมากที่สุดในเรื่องของคนที่รับประทานส้มตำปลาร้าดิบ มีโอกาสป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับได้ ($\bar{x}$ = 3.69 ,S.D.= 0.85) การนำปลาร้าดิบมาปรุงส้มตำทำให้มีรสชาติอร่อยกว่าปลาร้าที่ปรุงสุก ($\bar{x}$ = 3.54, S.D.= 1.08) และการรับประทานก้อย/ลาบปลาดิบ เป็นเรื่องปกติของคนในหมู่บ้าน ($\bar{x}$ = 3.50, S.D.= 1.03) นอกจากนี้ยังพบว่าผู้บริโภคมีทัศนคติไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งมากที่สุดด้านการรับประทานปลาดิบวงศ์ตะเพียนเป็นวัฒนธรรมการกินลูกหลานต้องรักษาวัฒนธรรมไว้ ($\bar{x}$ = 1.45, S.D.= 0.73) ส่วนผู้บริโภคที่มีทัศนคติไม่เห็นด้วยนั้นจะเป็นด้านการรับประทานปลาดิบทำให้ร่างกายแข็งแรงมีอายุยืนยาว ด้านปลาที่ปรุงดิบมีรสชาติและคงคุณค่าทางโภชนาการทางอาหารสูงกว่าปลาที่ปรุงสุก ด้านการชิมปลาดิบวงศ์ตะเพียนเพียงเล็กน้อยไม่ทำให้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ และการรับประทานปลาดิบวงศ์ตะเพียนนาน ๆ ครั้งไม่ทำให้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ, และการรับประทานปลาดิบร่วมกับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ช่วยให้เลือดไหลเวียนดีร่างกายกระปรี้กระเปร่า ($\bar{x}$ = 1.98, S.D.= 0.89; $\bar{x}$ = 2.23, S.D.= 0.98; $\bar{x}$ = 2.43, S.D.= 0.65; $\bar{x}$ = 2.40, S.D.= 0.76; $\bar{x}$ = 2.39, S.D.= 0.77 ตามลำดับ)

สรุปได้ว่า ทัศนคติที่ผู้บริโภคพึงระวังและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับแก่ผู้บริโภคได้คือผู้บริโภคมีทัศนคติเห็นด้วยในด้านส้มตำที่ใส่ปลาร้าดิบทำให้มีรสชาติอร่อยกว่าปลาร้าที่ปรุงสุก และคนในชุมชนยังมีทัศคติว่าการรับประทานก้อย/ลาบปลาดิบ เป็นเรื่องปกติ

4.5 พฤติกรรมของผู้บริโภคที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มผู้บริโภคส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับอยู่ในระดับต่ำ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานปลาร้าดิบ ส้มตำปลาร้าดิบ แจ่วบองปลาร้าดิบ รับประทานปลาน้ำจืดวงศ์ตะเพียนแบบสุกๆดิบๆ และส้มปลาดิบ เป็นต้น ($\bar{X}$ = 2.31, S.D. = 1.09; $\bar{X}$ = 2.29, S.D. = 1.13; $\bar{X}$ = 2.09, S.D. = 0.92; $\bar{X}$ = 1.64, S.D. = 0.56; และ $\bar{X}$ = 1.60, S.D. = 0.61 ตามลำดับ) และพบว่าผู้บริโภคส่วนใหญ่มีพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงสูงเฉพาะในเรื่องของถ่ายอุจจาระลงส้วม($\bar{X}$ = 4.99, S.D. = 0.11)

สรุปและอภิปลายผล

การศึกษาพฤติกรรมการบริโภคปลาวงศ์ตะเพียนและผลิตภัณฑ์ของผู้บริโภคในจังหวัดขอนแก่น พบว่ากลุ่มผู้บริโภคที่ทำการสำรวจส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงอายุระหว่าง 41-50 ปี ผู้บริโภคประมาณครึ่งหนึ่งเคยมีประวัติการได้รับการตรวจหาไข่พยาธิใบไม้ตับ ผู้บริโภคทั้งหมดรู้จักพยาธิใบไม้ตับและเคยรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจากเจ้าหน้าสาธารณสุข

ด้านพฤติกรรมการบริโภคปลาวงศ์ตะเพียนและผลิตภัณฑ์ พบว่า กลุ่มผู้บริโภคส่วนใหญ่เคยรับประทานอาหารประเภทปลาวงศ์ตะเพียนดิบหรือปลาสุกๆดิบๆ เนื่องจากเคยรับประทานร่วมกับครอบครัวหรือเพื่อนอีกทั้งรสชาติหอมและอร่อยกว่าแบบสุก ผู้บริโภคนิยมบริโภคปลาวงศ์ตะเพียน ได้แก่ ปลาร้าดิบ แจ่วบองปลาร้าดิบ ปลาส้มดิบ ส่วนใหญ่รับประทานเป็นครั้ง ชนิดปลาที่นิยมบริโภคสำหรับปลาส้มได้แก่ปลาตะเพียน ส่วนปลาร้าคือปลาตะเพียน ปลาขาว และปลากระดี่ เป็นต้น จากการศึกษาแสดงให้เห็นว่าผู้บริโภคมียังมีพฤติกรรมที่มีความเสียงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจากพฤติกรรมการกินปลาดิบหรือปลาสุกๆดิบๆโดยเริ่มจากครอบครัวนำมาสู่วัฒนธรรมการกินของผู้บริโภคในปัจจุบัน(17) หากผู้บริโภคยังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารประเภทปลาวงศ์ตะเพียนดิบหรือปลาสุกๆดิบๆต่อเนื่องก็อาจจะส่งผลทำให้เกิดการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้หรือเกิดการติดเชื้อซ้ำซากจนก่อให้เกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีและเสียชีวิตในที่สุด

ด้านความรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับผู้บริโภค พบว่า ยังมีกลุ่มผู้บริโภคประมาณร้อยละ 40 ที่ไม่ทราบว่าการติดเชื้อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดี อีกทั้งยังไม่ทราบอาการเบื้องต้นของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีและวงจรของพยาธิใบไม้ตับที่มีปลาน้ำจืดมีเกล็ดที่ตัวนำมาติดคนได้ นอกจากนั้นผู้บริโภคประมาณหนึ่งในห้าที่ยังมีความรู้ที่ผิดที่คิดว่าการรับประทานปลาร้าดิบปลาส้มดิบนั้นไม่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ ด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคพยาธิใบไม้ตับของผู้บริโภค พบว่า ผู้บริโภคส่วนใหญ่มีการรับรู้ในเรื่องของ โรคพยาธิใบไม้ตับสามารถป้องกันได้โดยการไม่รับประทานปลาน้ำจืดวงศ์ตะเพียนดิบหรือปลาสุกๆดิบๆ แต่ผู้บริโภคส่วนใหญ่ยังมีการรับรู้ไม่มากนักว่าหากติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับแล้วมีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดีได้ อีกทั้งผู้บริโภคประมาณหนึ่งในสามยังมีคิดที่ไม่ถูกต้องในประเด็นที่ว่าการบริโภคเหล้า/เบียร์หรือการบีบมะนาวใส่ปลาดิบสามารถทำให้พยาธิใบไม้ตับตายได้

ด้านทัศนคติเกี่ยวกับการบริโภคปลาดิบ พบว่า มีประเด็นที่ผู้บริโภคมีทัศนคติพึงระวัง ได้แก่ การรับประทานปลาดิบ ทำให้ร่างกายแข็งแรง มีอายุยืนยาว, การรับประทานปลาดิบวงศ์ตะเพียนนานๆครั้ง ไม่ทำให้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ, การชิมปลาดิบวงศ์ตะเพียนเพียงเล็กน้อย ไม่ทำให้ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ, ปลาที่ปรุงดิบ มีรสชาติ และคงคุณค่าทางโภชนาการทางอาหารสูงกว่าปลาที่ปรุงสุก, การนำปลาร้าดิบมาปรุงส้มตำทำให้มีรสชาติอร่อยกว่าปลาร้าที่ปรุงสุก, การรับประทานปลาดิบร่วมกับเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ช่วยให้เลือดไหลเวียนดี ร่างกายกระปรี้กระเปร่า, การรับประทานก้อย/ลาบปลาดิบ เป็นเรื่องปกติของคนในหมู่บ้าน และการรับประทานปลาดิบวงศ์ตะเพียน เป็นวัฒนธรรมการกิน ลูกหลานต้องรักษาวัฒนธรรมไว้ เนื่องจากยังมีผู้บริโภคบางรายที่มีทัศนคติเห็นด้วย ซึ่งเป็นทัศนคติที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับแก่ผู้บริโภคได้ ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ควรเข้าไปให้บริการคำแนะนำผู้บริโภคในด้านความรู้ในวิชาการด้านวงจรของการพยาธิใบไม้ตับและการติดต่อสู่คน การติดเชื้อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับมีความเสี่ยงต่อการเกิดมะเร็งท่อน้ำดีได้และอาการเบื้องต้นของการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี อีกทั้งควรให้ข้อมูลข่าวสารประชาสัมพันธ์ให้ทั่วถึง ถูกต้อง เพื่อให้ผู้บริโภคมีทัศนคติที่ดีนำมาสู่พฤติกรรมที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ

ด้านพฤติกรรมของผู้บริโภคที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ พบว่า กลุ่มผู้บริโภคมีพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงอยู่ในระดับสูงในพฤติกรรมการถ่ายอุจจาระลงในส้วมทุกครั้ง และพบว่ากลุ่มผู้บริโภคยังมีพฤติกรรมการป้องกันความเสี่ยงอยู่ในระดับต่ำคือยังมีการปฏิบัติบางครั้งหรือนาน ๆ ครั้ง ในด้านพฤติกรรมการรับประทานปลาน้ำจืดวงศ์ตะเพียนแบบสุกๆดิบๆ ได้แก่ พฤติกรรมการรับประทานปลาร้าดิบ ส้มตำปลาร้าดิบ แจ่วบองปลาร้าดิบ รับประทานปลาน้ำจืดวงศ์ตะเพียนแบบสุกๆดิบๆ และส้มปลาดิบ เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับ [18, 19] พบว่าแม้ว่าผู้บริโภคจะทราบว่าการบริโภคปลาที่ปรุงสุกจะทำให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ แต่

ผู้บริโภคก็ยังเข้าใจผิดว่าการบริโภคปลาดิบเพียงเล็กน้อยหรือการบริโภคนาน ๆ ครั้งหรือเพียงครั้งเดียว จะทำให้ไม่ติดโรคพยาธิใบไม้ตับ ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ผิด ดังนั้นหน่วยงานสาธารณสุข และหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้องควรเข้ามาส่งเสริมให้ความรู้ที่ถูกต้อง โดยการสร้างค่านิยมให้ผู้บริโภครับประทานปลาปรุงสุก ลด ละ เลิก การรับประทานปลาดิบ จะช่วยให้ผู้บริโภคสามารถป้องกันความเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับได้

เอกสารอ้างอิง

1.ธนาพร หล่อปิยานนท์. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2552. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข; 2552.

2.สุรเกียรติ อาชานุภาพ. ตำราการรักษาโรคทั่วไป 2: 350 โรคกับการดูแลรักษาและการป้องกัน. พิมพ์ครั้งที่ 4 กรุงเทพฯ: โฮลิสติก พับบิชชิ่ง; 2551.

3.Keawpitul, N., & Keawitul, S. Liver Fluke in Thailand. Journal of Conservation.2010;12(1):49-63.

4.กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์กำจัดใบไม้ตับ ลดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน. นนทบุรี: สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข; 2555.

5.อินทิรา เทียมแสน. ปัจจัยเสี่ยงของการเกิดโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชนตำบลน้ำรัด อำเภอหนองม่วงไข่ จังหวัดแพร่. เชียงใหม่: ภาคนิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2551.

6.ธนาพร หล่อปิยานนท์. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2552. สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี: 2552.

7.สัญชัย ปิยะพงษ์กุล. การพัฒนาศักยภาพประชาชนในการป้องกันโรคมะเร็งท่อน้ำดี จังหวัดอุดรธานี ปี 2552. อุดรธานี: สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุดรธานี; 2552.

8.Sripa, B., Sithithaworn, P., & Sirisinha, S. Opisthorchis viverrini and Opisthorchiasis The 21th Century review. Acta Tropica. 2003;(88):169-169.

9.รายงานผลการตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. การส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค และการจัดการสุขภาพ. ขอนแก่น: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น; 2561.

10.Kurathong, S., Lerdverasirikul, P., Wongpaitoon, V., Pramoolsinsap, C., Kanjanapitak, A.,Varavithya, W., Phuapradit, P., Bunyaratvej, S., Upatham, E., Brockelman, W.[Opisthorchis viverrini infection and cholangiocarcinoma]. A prospective, case-controlled study. Gastroenterology. 1985;(89):151-156.

11.Parkin, D., Srivatanakul, P., Khlat, M., Chenvidhya, D., Chotiwan, P., Insiripong, S., L'Abbe, A., Wild, C. Liver Cancer in Thailand. I. A case-control study of cholangiocarcinoma. Int J Cencer. 1991;48:323-8. 12IARC. Infection with liver flukes (Opisthorchis viverrini, Opisthorchis felineus and Clonorchis sinensis). IARC Monong Eval Carcinong Risks Hum. 1994;6:121-75.

12.Banales,J. M. et al. (2016) Cholangiocarcinoma: current knowledge and future perspectives consensus stalement from the European Network for the study of cholangiocarcinoma (ENS-CCA). Nat. Rev. Gastroenterol. Hepatol. Doi:10.1038/nrgastro.2016.51

14.พีระ อารีรัตน์. สสจ.ขอนแก่น เฝ้าระวังป้องกันและกำจัดโรคพยาธิใบไม้ตับ:สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ; 2561.

15. Srisuntisuk, S. Research Methods in Social Sciences Department of Sociology and Anthropology. Khon Kaen: \ Faculty of Humanities and Social Sciences, Khon kaen University; 1995.

16.Likert, R.A. Technique for the Measurement of Attitudes, Arch Psychological. 1932;25(140) : 1 – 55.

17.ณัฏฐวุฒิ แก้วพิทูลย์. พยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย. วารสารวิชาการ ม.อบ. 2553;12:49-63.

18.Chokphanichpong, W., Sarkarn, U., Sangkrajang, S. Survey of behavior and attitude of raw fish consumption and the occurrence of bile duct cancer. Cancer Journal. 2009;29(4): October - December 2009.

19.Sripa, B., Sithithaworn, P., & Sirisinha, S. Opisthorchis viverrini and Opisthorchiasis The 21th Century review. Acta Tropica. 2003;88:169-169.

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

Development of chronic psychiatric patients care process Kuchinarai Hospital Crown Prince Hospital health network.

สิริชัย นามทรรศนีย์[1]

Sirichai Namtusnee[1]

(Received: October 19,2020; Accepted: November 30,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง และพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ โดยศึกษาระหว่าง เดือน ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562 รวมทั้งสิ้น 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ จำนวน 1,353 คน เก็บข้อมูลโดยแบบบันทึกสภาวะสุขภาพ และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน F-test ด้วยเทคนิค Two way ANOVA และ Dependent t-test ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ประกอบด้วย การพัฒนาระบบการจัดการจิตเวชผ่านรูปแบบ Total Manager การแบ่งประเภทผู้ป่วย การพัฒนาระบบการส่งต่อ การปรับมุมมองกระบวนการเยี่ยมบ้านใหม่ การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน และการพัฒนาทีมชุมชนให้เข้มแข็ง การเปรียบเทียบความเข้าใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการมีความเข้าใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง มากกว่าก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ : การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง

ABSTRACT

This research was action research aimed to studied situation of chronic care service and developed processes of care for chronic psychiatric patients Kuchinarai Hospital Crown Prince Hospital health network. Studied during October 2018 - September 2019, totaling 12 months. Sample size were 1,353 Kuchinarai Hospital Crown Prince Hospital health network. Data were collected by health status record , questionnaire. Data were analyzed by frequency, percentage, mean and standard deviation F-test using two way ANOVA techniques and Dependent t-test. The qualitative data were analyzed by Content Analysis.

The study found that the development of chronic psychiatric patients care process Kuchinarai Hospital Crown Prince Hospital health network consists of Development of psychiatric management system through Total Manager model , Patient classification ,Development of the forwarding system , Perspective adjustment of home visitation process

, Development of guidelines for the care of patients with complex problems and Developing a strong community team. Comparison of understanding and ability to care for chronic psychiatric patients of Kuchinarai Hospital Crown Prince Hospital health network before and after the operation. It was found that there was a statistically significant difference at the .05 level, with after the operation understanding and competence in the care of chronic psychiatric patients more than before proceeding .

Keyword : Development of chronic psychiatric patients care process

[1] พบ. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

บทนำ

ปัญหาสุขภาพจิตและจิตเวชเป็นปัญหาด้านสุขภาพที่พบบ่อย มีการคาดการณ์ว่าประชากรทั่วโลกถึง 1 ใน 4 หรือจำนวน 450 ล้านคนมีปัญหาจิตเวชในช่วงใดช่วงหนึ่งของชีวิต ปัญหาสุขภาพจิตนั้นเกิดผลกระทบต่อความสามารถในการใช้ชีวิตการอยู่ร่วมในสังคมและส่งผลต่อคุณภาพชีวิต นอกจากนี้ยังพบว่า โรคซึมเศร้า โรคสุราและยาเสพติด โรคจิตเภทติดอันดับ 1 ใน 10 ของโรคที่ทำให้เกิดภาวะทุพพลภาพสูงสุด (YLD) ส่งผลต่อความพิการเรื้อรัง การเป็นภาระทางสังคม และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย จากข้อมูลของกรมสุขภาพจิต พบว่า การเข้าถึงบริการของโรคจิต และโรคซึมเศร้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 43.75 และร้อยละ 36.76 ในปี 2557 เป็นร้อยละ 67.80 และร้อยละ 44.14 ในปี 2558 ตามลำดับ ถึงแม้ภาพของการเข้าถึงบริการมีแนวโน้มสูงขึ้น แต่ก็ยังอยู่ในระดับต่ำกว่าเกณฑ์ ยิ่งไปกว่านั้นจากการศึกษาเกี่ยวกับการเข้าถึงบริการโรคจิตในพื้นที่ระดับอำเภอนำร่อง พบว่า มีเพียงร้อยละ 11 ที่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาโดยชุมชน ร้อยละ 21 ที่ได้รับยาแล้วอาการทางจิตดีขึ้น สำหรับการติดตามต่อเนื่องพบว่า มีเพียงร้อยละ 39 เท่านั้น และขาดการมีส่วนร่วมในการดูแลที่บ้านโดยชุมชนมีส่วนร่วม ซึ่งส่งผลให้เกิดการกำเริบของโรคจิตเวชเรื้อรังได้ [4],[5]

สำหรับการจัดบริการดูแลผู้ป่วยยุ่งยาก ซับซ้อนเรื้อรัง (Supra Specialist Service) จากการปรับบทบาทโครงสร้างการบริหารงบประมาณด้านสาธารณสุขระดับประเทศ เพื่อให้ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการและได้รับบริการที่เป็นธรรมมากขึ้น หน่วยบริการในสังกัดกรมสุขภาพจิตจึงต้องปฏิรูประบบบริการสุขภาพจิตให้สามารถบริการผู้ป่วยจิตเวชที่รุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อนที่เหนือกว่าระดับตติยภูมิ โดยได้ดำเนินการพัฒนาความเป็นเลิศบริการจิตเวชรุนแรง ยุ่งยาก ซับซ้อน ตั้งแต่ปี 2557 เป็นต้นมา ได้แก่ จัดทำแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตระดับยุ่งยากซับซ้อน Super Specialist Service (3S) : จิตเวชทั่วไปและจิตเวชเด็กและวัยรุ่นให้หน่วยงานประเมินตนเองตามแนวทางการพัฒนาคุณภาพระบบบริการสุขภาพจิตระดับยุ่งยากซับซ้อน (3S) ดำเนินงานตามแผนพัฒนาเพื่อปิดช่องว่างและเพิ่มความเชี่ยวชาญของการดูแลผู้ป่วยจิตเวชรุนแรงยุ่งยากซับซ้อน รวมทั้งสนับสนุนให้หน่วยงานจัดบริการจิตเวชที่พื้นที่ไม่สามารถทำได้ โดยให้ความสำคัญด้านระบบบริการต้นแบบ ได้แก่ บริการนิติจิตเวช บริการจิตเวชเด็กและวัยรุ่น โรคร่วมที่มีภาวะความรุนแรงสูง โรคร่วมสุรายาเสพติด จัดบริการจิตเวชที่ตอบสนองหรือเป็นไปตามบริบทของพื้นที่ เช่น บริการโรคจิตเภทยุ่งยากซับซ้อน บริการจิตเวชสูงอายุ รวมทั้งจัดบริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีความเสี่ยงสูงต่อการก่อความรุนแรง (Serious Mental Illness With High Risk to Violence) [4],[5]

ผลการดำเนินงานในการให้บริการงานสุขภาพจิต ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ปี 2561 ของจังหวัดกาฬสินธุ์พบว่า ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม มีจำนวนทั้งสิ้น 98,032 ราย แบ่งเป็น โรคจิต จำนวน39,897 ราย โรคประสาท ความผิดปกติที่สัมพันธ์กับความเครียด จำนวน 15,719 ราย โรคจิตที่เกิดจากการใช้สารเสพติด จำนวน 14,407 ราย ความผิดปกติทางอารมณ์ จำนวน 11,038 ราย กลุ่มอาการทางพฤติกรรมที่พบร่วมกับความผิดปกติทางสรีรวิทยาและปัจจัยทางจิตเวชมากขึ้น ทางกายภาพ จำนวน 8,851 ราย ความผิดปกติทางจิตและอาการทางจิตที่เกิดจากโรคทางกาย จำนวน2,119 ราย ความผิดปกติทางอารมณ์และพฤติกรรมที่มักเริ่มต้นในวัยเด็กและวัยรุ่น จำนวน 1,953 ราย ความผิดปกติทางจิตที่ไม่ระบุรายละเอียด จำนวน 1,664 ราย ความผิดปกติของพัฒนาการทางจิต จำนวน 1,384 ราย ภาวะปัญญาอ่อน จำนวน 859 ราย และความผิดปกติทางบุคลิกภาพและพฤติกรรมของผู้ใหญ่ จำนวน 141 ราย [6]

โรคจิตเวชเป็นโรคเรื้อรังที่หากเกิดอาการกำเริบไม่ได้อันตรายแก่ผู้ป่วยเพียงผู้เดียวแต่ยังส่งผลอย่างมากแก่ผู้ดูแลคนในครอบครัว คนรอบข้างกระทั่งรวมถึงชุมชน ที่ต้องได้รับอันตรายเสี่ยงต่อชีวิตและทรัพย์สิน รวมกระทั่งปัญหาสภาพจิตที่จะเกิดตามมา จะเห็นได้จาก ในสื่อต่างๆปัจจุบันมีข่าวผู้ป่วยจิตเวช คนใช้สารเสพติดคลุ่มคลั่ง คนเมาเหล้าอาละวาด ทำลายทรัพย์สิน กระทั่งทำร้ายผู้อื่นจนเสียชีวิต สร้างบาดแผลทางจิตใจให้แก่ผู้ถูกกระทำและผู้รับข่าวสาร ซึ่งอำเภอกุฉินารายณ์เป็นพื้นที่หนึ่งที่ปฏิเสธไม่ได้ว่า เป็นพื้นที่ที่มีผู้ป่วยจิตเวชที่เกิดภาวะจิตเวชฉุกเฉินจำนวนมาก จากข้อมูล ปี 2559 มีผู้ป่วยจิตเวชขึ้นทะเบียนการรักษาจำนวน 825 ราย โดยมีกลุ่มเสี่ยงจำนวน 245 ราย พบว่ามีผู้ป่วยที่มีภาวะจิต

เวชฉุกเฉิน 40 ราย ในปี 2560 มีผู้ป่วยจิตเวชขึ้นทะเบียนการรักษาจำนวน 945 ราย โดยมีกลุ่มเสี่ยงจำนวน 245 ราย เป็นผู้ป่วยจิตเวชฉุกเฉินจำนวน 21 ราย ปี 2561 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวช 1,053 ราย พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง 209 ราย กลุ่มจิตเวชฉุกเฉินจำนวน 29 ราย กลุ่มเหลือง 273 ราย เขียว 501 ราย

จากสถานการณ์ของปัญหาสุขภาพจิตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและทวีความรุนแรงมากขึ้น จากการที่ผู้มีความผิดปกติทางจิตไม่ได้รับการดูแลรักษา หรือได้รับการรักษาแต่ไม่ต่อเนื่อง จนนำไปสู่ปัญหาสังคม ซึ่งเป็นอันตรายต่อตัวผู้มีความผิดปกติทางจิต บุคคลอื่น ตลอดจนทรัพย์สิน ผู้วิจัยในฐานผู้รับผิดชอบ จึงได้ทำการศึกษา การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เพื่อเป็นการทราบถึงสถานการณ์การให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง และมีกระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

2. เพื่อพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

วิธีการดำเนินการวิจัย

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ประกอบด้วย 6 กระบวนการหลัก ได้แก่ การพัฒนาระบบการจัดการจิตเวชผ่านรูปแบบ Total Manager การแบ่งประเภทผู้ป่วย การพัฒนาระบบการส่งต่อ ปรับมุมมองกระบวนการเยี่ยมบ้านใหม่ การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน และการพัฒนาทีมชุมชนให้เข้มแข็ง ผ่านการคืนข้อมูลที่มีคุณภาพ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง ผ่านการควบคุมทางวิชาการโดยทีมนำ คือ สหวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำทีมทำหน้าที่รับผิดชอบเป็นที่ปรึกษาใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยที่พบปัญหาอย่างต่อเนื่อง , นักจิตวิทยา, นักสังคมสงเคราะห์, พยาบาลวิชาชีพ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ มีประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ดังต่อไปนี้

2.1 ประชากร ได้แก่ ภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2.2 กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ทั้งหมด 12 ตำบล 145 หมู่บ้าน ประกอบด้วย กำนัน พยาบาลประจำรพ.สต. ตำรวจชุมชน นักพัฒนาชุมชน ตำบลละ1 คน ส่วนผู้ใหญ่บ้าน อสม. และจิตอาสา หมู่บ้านละ 3 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 1,353 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้และ การทำcase conference ระหว่างทีมนำ คือ สหวิชาชีพ ได้แก่ จิตแพทย์, แพทย์เวชศาสตร์ครอบครัวประจำทีมทำหน้าที่รับผิดชอบเป็นที่ปรึกษาใหญ่ในการดูแลผู้ป่วยที่พบปัญหาอย่างต่อเนื่อง , นักจิตวิทยา, นักสังคมสงเคราะห์, พยาบาลวิชาชีพจิตเวช , พยาบาลจิตเวช , พยาบาลวิชาชีพประจำคลินิกจิตเวช , เภสัชกรจิตเวช ร่วมกับภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ทั้งหมด ประกอบด้วย กำนัน พยาบาลประจำรพ.สต. ตำรวจชุมชน นักพัฒนาชุมชน ผู้ใหญ่บ้าน อสม.และจิตอาสา ตาม 6 กระบวนการหลัก ได้แก่ การพัฒนาระบบการจัดการจิตเวชผ่านรูปแบบ Total Manager การแบ่งประเภทผู้ป่วย การพัฒนาระบบการส่งต่อ ปรับมุมมองกระบวนการเยี่ยมบ้านใหม่ การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน และการพัฒนาทีมชุมชนให้เข้มแข็ง ผ่านการคืนข้อมูลที่มีคุณภาพ โดยยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์

จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้านความเข้าใจ ซึ่งเป็นแบบ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีมีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มากที่สุด
3.41 – 4.20	มาก
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	น้อย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด

2.2 แบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ด้านความสามารถของตนเอง ซึ่งเป็นแบบ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	เหมาะสมมาก
3.41 – 4.20	เหมาะสม
2.61 – 3.40	พอใช้
1.81 – 2.60	ต้องปรับปรุง
1.00 - 1.80	ไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ

ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง ของแบบประเมินความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของภาคีเครือข่ายระดับอำเภอ เท่ากับ .615 และ ระดับตำบล เท่ากับ .679

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ มีขั้นตอนการดำเนินการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. ศึกษาสถานการณ์การให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

2. พัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ประกอบด้วย

2.1 การพัฒนาระบบการจัดการจิตเวชผ่านรูปแบบ Total Manager เป็นการกระจายความรับผิดชอบให้เหมาะสม และเป็นการดึงศักยภาพทักษะเด่นของแต่ละสหสาขาอาชีพมาออกแบบการรักษาที่ดีที่สุดผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ตัดสินใจร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การทำงานแทนกันได้ มีความไว้เนื้อเชื่อใจกัน ไม่โดดเดี่ยว ไร้รอยต่อ

2.2 การแบ่งประเภทผู้ป่วย เป็นประโยชน์อย่างมากในการวางแผนให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายซึ่งแบ่งตามความยุ่งยากซับซ้อนของผู้ป่วย

2.3 การพัฒนาระบบการส่งต่อ โดยเปลี่ยนจาก “ส่งต่อ” เป็น “ทำงานด้วยกัน” อำเภอกุฉินารายณ์ แบ่งเขตพื้นที่เยี่ยมบ้านตาม รพ.สต ออกเป็น 17 พื้นที่

2.4 ปรับมุมมองกระบวนการเยี่ยมบ้านใหม่เน้นการดูแลทุกมิติเริ่มตั้งแต่แก้ไขปัจจัยพื้นฐานของชีวิตไปจนถึงการช่วยเหลือให้ดำเนินชีวิตอย่างมีเป้าหมาย

2.5 การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน โดยการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน

2.6 การพัฒนาทีมชุมชนให้เข้มแข็ง ผ่านการคืนข้อมูลที่มีคุณภาพ เปิดโอกาสให้ทุกฝ่ายร่วมแรงร่วม

3. ติดตามผลการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติ

อนุมาน ได้แก่ F-test ด้วยเทคนิค Two way ANOVA และ Dependent t-test

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2561 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวช 1,053 ราย พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง 209 ราย กลุ่มจิตเวชฉุกเฉินจำนวน 29 ราย กลุ่มเหลือง 273 ราย เขียว 501 ราย โดยปัญหาหลักคือ เกิดจากกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชขาดยาทำให้อาการทางจิตกำเริบ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชไม่ขาดยาแต่ใช้สารเสพติดร่วม และกลุ่มที่ใช้สารเสพติด เกิดภาวะทางจิตเฉียบพลัน

2. บุคลากรในการให้บริการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ประกอบด้วย กลุ่มวิชาชีพ ทีมผู้ประสานงานระบบคุณภาพ ปฐมภูมิมีและชุมชน

3. ความพร้อมของเครือข่ายสุขภาพระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ

3.1 ระดับความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังของภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง

3.2 ระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังของภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับ ต้องปรับปรุง

3.3 ความเข้าใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ ของตำบลและตำแหน่งที่ต่างกัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

4. การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ประกอบด้วย การพัฒนาระบบการจัดการจิตเวชผ่านรูปแบบ Total Manager การแบ่งประเภทผู้ป่วย การพัฒนาระบบการส่งต่อ การปรับมุมมองกระบวนการเยี่ยมบ้านใหม่ การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน และการพัฒนาทีมชุมชนให้เข้มแข็ง

5. ผลการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังเครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

5.1 ระดับความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังของภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ก่อนดำเนินการ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง หลังดำเนินการโดยรวมอยู่ในระดับมาก

5.2 ระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังของภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า ก่อนดำเนินการ โดยรวมอยู่ในระดับ ต้องปรับปรุง หลังดำเนินการ อยู่ในระดับเหมาะสม

5.4 การเปรียบเทียบความเข้าใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ ของตำบลและตำแหน่งที่ต่างกัน พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

5.5 การเปรียบเทียบความเข้าใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ *(Dependent t – test)*

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความเข้าใจ	2.80	0.24	3.50	0.46	1,352	-49.819	.000	-.72999	-.67468
ความสามารถ	2.25	0.61	3.86	0.47	1,352	-57.937	.000	-1.7006	-1.58927

จากตาราง 1 การเปรียบเทียบความเข้าใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนและหลังดำเนินการ *พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังดำเนินการมีความเข้าใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง มากกว่าก่อนดำเนินการ (t มีค่าเป็นลบทุกค่า)*

สรุปและอภิปรายผล

จากสถานการณ์ผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ปี 2561 มีจำนวนผู้ป่วยจิตเวช 1,053 ราย พบว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง 209 ราย กลุ่มจิตเวชฉุกเฉินจำนวน 29 ราย กลุ่มเหลือง 273 ราย เขียว 501 ราย โดยปัญหาหลักคือ เกิดจากกลุ่มผู้ป่วยจิตเวชขาดยาทำให้อาการทางจิตกำเริบ กลุ่มผู้ป่วยจิตเวชไม่ขาดยาแต่ใช้สารเสพติดร่วม และกลุ่มที่ใช้สารเสพติด เกิดภาวะทางจิตเฉียบพลัน ประกอบกับ*ระดับความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังของภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ ก่อนดำเนินการ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง* และ ระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรังของภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า โดยรวมอยู่ในระดับ ต้องปรับปรุง จึงได้มีการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง เครือข่ายสุขภาพโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ประกอบด้วย

การพัฒนาระบบการจัดการจิตเวชผ่านรูปแบบ Total Manager ตามแนวคิดเรื่องสุขภาพแบบองค์รวม ซึ่งครอบคลุมเรื่องสุขภาพจิตไว้ในความหมายของสุขภาวะทางอารมณ์และสังคม รวมถึงจิตวิญญาณและสิ่งแวดล้อม (เช่น ผืนแผ่นดินและสถานที่) และยังกล่าวถึงปัจจัยทางกายภาพ สังคม (เช่น ชุมชนและวัฒนธรรม) และทางจิตใจอีกด้วย ปัจจัยเหล่านี้มีปฏิสัมพันธ์กันอย่างซับซ้อน โดยมีสมมติฐานว่า เกิดจากกลไกทางสรีรวิทยาและจิตวิทยาข้อมูลล่าสุดพบว่าโรคจิตเวชบางโรคส่งผลเสียต่อพยากรณ์โรคหัวใจและการเสียชีวิต (Bunker et al. 2003) เป็นการกระจายความรับผิดชอบให้เหมาะสมและเป็นการดึงศักยภาพทักษะเด่นของแต่ละสหสาขาอาชีพมาออกแบบการรักษาที่ดีที่สุดผ่านกระบวนการเรียนรู้ร่วมกัน ตัดสินใจร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การทำงานแทนกันได้ มีความไว้เนื้อเชื่อใจกัน ไม่โดดเดี่ยว ไร้รอยต่อ โดยทุกคนในทีมจะทุ่มความคิด ทุ่มแรงกายเพื่องานหรือเพื่อความสำเร็จของงาน (Suthichai, 2013) มีรูปแบบในการจำแนกประเภทผู้ป่วย และการพัฒนาระบบการส่งต่อ ตามแนวคิดการจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การปรับมุมมองกระบวนการเยี่ยมบ้านใหม่ โดยมุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของเป็นการเปิดโอกาสให้ชุมชนได้มีส่วนช่วยเหลือระหว่างกัน ในการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมตัดสินใจ ร่วมปฏิบัติงานและร่วมรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ ที่มีผลกระทบต่อส่วนรวมในการบริหารจัดการ เพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมาย ทำให้เกิดแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน และการพัฒนาทีมชุมชนให้เข้มแข็ง โดยมุ่งเน้นไปที่การพัฒนากระบวนการเสริมพลัง สร้างความรู้สึกเป็นเจ้าของและความรับผิดชอบต่อสังคมให้เกิดขึ้นแก่สมาชิกในชุมชน ตัวอย่างมาตรการระดับชุมชนได้แก่ โปรแกรม Communities that Care (CTC) (Hawkins et al. 2002) ซึ่งนำไปใช้อย่างประสบผลสำเร็จในหลายร้อยชุมชนในสหรัฐอเมริกา และนำไปปรับใช้และทำซ้ำ ในประเทศเนเธอร์แลนด์ อังกฤษ สกอตแลนด์ รวมทั้งเวลส์และออสเตรเลีย CTC เป็นวิธีการการทดลองในสถานที่จริงเพื่อกระตุ้นชุมชนให้นำระบบการป้องกันความรุนแรงและความก้าวร้าวไปใช้ (Hawkins et al. 2002) วิธีการนี้ช่วยให้ชุมชนใช้ข้อมูลในพื้นที่เพื่อพัฒนางานอย่างต่อเนื่องในหลายระดับได้แก่ (1) ระดับชุมชน เช่น การขับเคลื่อน สื่อ การเปลี่ยนแปลงนโยบาย (2) ระดับโรงเรียน เช่น การเปลี่ยนโครงสร้างการบริหารของโรงเรียน หรือวิธีการสอน (3) ระดับครอบครัว เช่น วิธีการฝึกทักษะ การเลี้ยงดูเด็ก (4) ระดับบุคคล เช่น วิธีการส่งเสริมทักษะสังคม (Hawkins et al. 1997) ส่งผลให้ระดับความเข้าใจในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่า หลังดำเนินการโดยรวมอยู่ในระดับมาก ระดับความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของภาคีเครือข่ายระดับตำบล อำเภอกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์ หลังดำเนินการ อยู่ในระดับเหมาะสม และภายหลังการดำเนินงานความเข้าใจและความสามารถในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง มากกว่าก่อนดำเนินการ สอดคล้องกันกับการศึกษาของกุนตี โตโพธิ์ไทย(2558)[12] ได้ศึกษาการสร้าง

สุข โดยการบูรณาการงานสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดนครปฐม พบว่า ผลการวิจัย ระยะที่ 1 ได้แนวทางการบูรณาการงานสุขภาพจิตชุมชน ในการสร้างสุขในชุมชน ซึ่งประกอบด้วย ด้านการบริหาร และด้านการบริการ ระยะที่ 2 การพัฒนาโครงการสร้างสุข ได้กิจกรรมสร้างสุข ในรูปแบบตำบลสร้างสุข จำนวน 10 ตำบล และ อำเภอสร้างสุข จำนวน 5 อำเภอ ครอบคลุมประชาชนทุกช่วงวัย ได้แก่ เด็กและเยาวชน วัยทำงาน และวัยสูงอายุ ระยะที่ 3 การติดตามประเมินโครงการสร้างสุข พบว่า โครงการสร้างสุขได้ดำเนินการตามแผน ร้อยละ 100 ความสุขของกลุ่มเป้าหมายก่อนเข้าร่วมโครงการอยู่ในระดับปกติ มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 30.27 ความสุขหลังเข้าร่วมโครงการอยู่ในระดับดี มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 35.34 และคะแนนความสุขของกลุ่มเป้าหมายก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (Z = 39.92) ผลการวิจัยสนับสนุนแนวทางการบูรณาการงานสุขภาพจิตชุมชน ในการสร้างสุขในชุมชน โดยการมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายภาคประชาชน ทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งในการสร้างเสริมสุขภาพจิต และสอดคล้องกับการศึกษาของ อรสา วัฒเนศิริ (2556)[13] ได้ทำการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและเครือข่ายผู้ดูแล โรงพยาบาลกำแพงเพชร ผลการวิจัยพบว่า ภายหลังการพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทมีอาการกำเริบซ้ำและอาการกำเริบรุนแรงต้องส่งต่อลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ผลลัพธ์ของการใช้กระบวนการดูแลต่อเนื่อง ได้แก่ การรับประทานยาสม่ำเสมอ การเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชน ระดับความสามารถโดยรวม และคุณภาพชีวิต เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนการใช้ยาและสารเสพติดลดลงแต่ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ จากผลการวิจัยและพัฒนากระบวนการดูแลดังกล่าว ส่งเสริมให้ผู้ป่วยโรคจิตเภทมีคุณภาพชีวิตและระดับความสามารถโดยรวมดีขึ้น ลดอาการกำเริบและการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรง ดังนั้น ผลการวิจัยนี้สามารถนำไปเป็นตัวอย่างกระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยโรคจิตเภทในสถานบริการอื่น ๆ ทุกระดับ และการศึกษาของกนกศรี จาดเงินและ เกศิรินทร์ เชื่อภักดี (2562)[17] ได้ศึกษาการพัฒนาแนวทางการลดอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลบางปะกงพบว่า ภายหลังการนำแนวทางการลดอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชในชุมชน ตำบลบางปะกงที่พัฒนาขึ้นไปใช้ อาสาสมัครสาธารณสุขมีความรู้หลังการอบรมเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 อาสาสมัครสาธารณสุขมีคะแนนทักษะการประเมินผู้ป่วยผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 ทุกคน และอัตราลดลงของอาการกำเริบซ้ำในผู้ป่วยโรคจิตเวชมีเพิ่มสูงขึ้น คิดเป็นร้อยละ 94.33 และสูงกว่าเกณฑ์มาตรฐาน ที่ร้อยละ 80

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ในการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ของภาคีเครือข่ายระดับตำบล จะต้องส่งเสริมให้ชุมชนได้เล็งเห็นความสำคัญ เข้าใจในบทบาทหน้าที่ มีความร่วมแรงร่วมใจ เข้าใจระบบการส่งต่อ ปรับมุมมองกระบวนการเยี่ยมบ้านใหม่ ศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยจิตเวชที่มีปัญหาซับซ้อน และสร้างทีมชุมชนให้เข้มแข็ง ร่วมกันกับสหวิชาชีพที่มีการจัดการระบบจิตเวชผ่านรูปแบบ Total Manager เป็นการกระจายความรับผิดชอบให้เหมาะสมและเป็นการดึงศักยภาพทักษะเด่นของแต่ละสหสาขาอาชีพมาออกแบบการรักษาที่ดีที่สุด

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาการดูแลผู้ป่วยจิตเวชเรื้อรัง ในระยะยาว เพื่อการสร้างชุมชนเข้มแข็งและยั่งยืนในการดูแลต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.พัฐปณิตา จันกลิ่น , วันวิสา พิทักษ์พินิจนันท์, ศิวนาถ รักการงาน. ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ความสามารถของตนเองในการออกกำลังกาย การซึมซับจากวัฒนธรรมสังคมและความไม่พึงพอใจในรูปลักษณ์กับเจตนาที่จะออกกำลังกาย. จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. คณะจิตวิทยา. 2556)

2.ณัฐิกา ราชบุตร และคณะ. “การศึกษาโปรแกรมส่งเสริมสุขภาพจิตและป้องกันโรคซึมเศร้าเชิงสังคมและวัฒนธรรมในผู้สูงอายุ ตำบลดอนมนต์ อำเภอสตึก จังหวัดบุรีรัมย์”. วารสาร มฉก.วิชาการ. 20(40) : 115-125, 2560.

3.กันต์ฤทัย ปานทอง และ เพ็ญนภา แดงด้อมยุทธ. “ผลของโปรแกรมการสร้างความเข้มแข็งทางใจที่เน้นการฝึกสติต่อภาวะซึมเศร้าในผู้สูงอายุโรคซึมเศร้า”. วารสารเกื้อการุณย์. 25(2) : 105-118, 2561.

4.แผนงานพัฒนานวัตกรรมเชิงระบบเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพจิต. การส่งเสริมสุขภาพจิต: แนวคิด หลักฐาน และแนวทางปฏิบัติ. เชียงใหม่: หจก.วนิดาการพิมพ์; 2560

5.กรมสุขภาพจิต. แผนพัฒนาสุขภาพจิตแห่งชาติฉบับที่ 1 (พ.ศ. 2561 - 2580). กองยุทธศาสตร์และ แผนงานกรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข; 2560

6.โรงพยาบาลกาฬสินธุ์. รายงานผลการให้บริการงานสุขภาพจิต ความผิดปกติทางจิตและพฤติกรรม ปี 2561 ของจังหวัดกาฬสินธุ์. กาฬสินธุ์: งานสุขภาพจิตและจิตเวช โรงพยาบาลกาฬสินธุ์; 2561.

7.Tezera, D. Factors for the Successful Implementation of Polices ;Merit Research Journal of Education Vol 7; 2019 pp 092-095

8.Bandura, A. Self-Efficacy: The Exercise of Control. New York: W.H. Freeman and Company, 1977.

9.Bandura. A. Social foundations of thought and action : A Social Cognitive Theory ; New Jersey: Prentice-Hall Inc., Englewood Cliffs; 1986.

10.ภาสิต ศิริเทศ และ ณพวิทย์ ธรรมสีหา. ทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองกับพฤติกรรมการดูแล สุขภาพของผู้สูงอายุ. วารสารพยาบาลทหารบก 2562; 20(2): 58 – 65

11.Nadler, Leonard. Developing Human Resources. Houston: Gulf Publish ing Company. (1970).

12. กุนตี โตโพธิ์ไทย. การสร้างสุข โดยการบูรณาการงานสุขภาพจิตชุมชน จังหวัดนครปฐม. วารสารพยาบาล กระทรวงสาธารณสุข 2558; 166-177

13.อรสา วัฒนศิริ เสาวภา ศรีภูสิตโต. การพัฒนากระบวนการดูแลต่อเนื่องผู้ป่วยจิตเภทโดยทีมสหสาขาและ เครือข่ายผู้ดูแลโรงพยาบาลกำแพงเพชร. วารสารกองการพยาบาล 2556; 40(1); 67-83

14.วินัย รอบคอบ, ศรีประไพ อินทร์ชัยเทพ และ วรภรณ์ ทินวัง. รูปแบบการส่งเสริมการรู้เท่าทัน สุขภาพจิต เพื่อป้องกันและลดความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าในประชาชนของจังหวัดลำปาง. วารสารวิจัย และพัฒนาระบบสุขภาพ 2562; 12(3); 11-22

15.ฉวีวรรณ ชมภูเขา. การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวแบบมีส่วนร่วม อำเภอท่าคันโท จังหวัด กาฬสินธุ์. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2561 ; 11(1); 110-117

16.จุฑามาศ เวชพานิช. ผลของการพัฒนากระบวนการมีส่วนร่วมในการส่งเสริมสุขภาพผู้สูงอายุกลุ่มติดสังคม ตำบลทุ่งขวาง อำเภอกำแพงแสน จังหวัดนครปฐม. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ 2561 ; 12(2); 414-422

17.กนกศรี จาดเงิน, เกศรินทร์ เชื่อภักดี. การพัฒนาแนวทางการลดอัตราการกำเริบซ้ำของผู้ป่วยจิตเวชใน ชุมชน ตำบลบางปะกง. วารสารสุขภาพและสิ่งแวดล้อมศึกษา 2562; 4(4) 106-113

18.ศิริพร วีระเกียรติ บุญพา ณ นคร นพรัตน์ ไชยชำนิ. การพัฒนาโปรแกรมการพยาบาลแบบเกื้อกูลบน พื้นฐานของหลักพุทธศาสนาสำหรับผู้ป่วยจิตเภทที่ใช้สารเสพติด. ว.พยาบาลสงขลานครินทร์ 2558; 35(1); 85-100

19.วิโรจน์ นรชาญ. การสร้างและพัฒนากลไกการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสำหรับองค์กรชุมชน ในการจัดการปัญหาการบริโภคยาสูบ ตำบลหนองไผ่ อำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด.วารสารอนามัยสิ่งแวดล้อม และ สุขภาพชุมชน 2562; 4(2); 107-118

การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

Rehabilitation of patients with stroke Home-bound and bed-bound in the community of Kuchinarai Hospital Crown Prince Hospital.

สิริชัย นามทรรศนีย์

Sirichai Namtusnee[1]

(Received: October 19,2020; Accepted: November 25,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัย เชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพตลอดจนแนวทางการฟื้นฟู ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ติดบ้าน และติดเตียงในชุมชน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ กลุ่มตัวอย่างได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ติดบ้าน และติดเตียงในชุมชน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ที่มารับบริการระหว่างเดือน ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562 จำนวน 105 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน แบบประเมินทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลตามแนวทางการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ F – test ด้วยเทคนิค repeated measurement เปรียบเทียบรายคู่โดย LSD และข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการวิจัยพบว่า ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่เป็นปัญหา ได้แก่ Stairs , Mobility Toilet use และ Transfer การเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วย โดย Barthel's ADL index ระหว่างก่อนดำเนินการ และ เดือนที่ 1 – 6 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ เดือนที่ 6 มีค่า ADL สูงที่สุด และการเปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลตามแนวทางการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ระหว่างก่อนดำเนินการ และ เดือนที่ 1 – 6 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ เดือนที่ 6 มีทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลตามแนวทางการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) โดยรวมและรายด้าน

คำสำคัญ : ผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง การฟื้นฟู

ABSTRACT

This research was action research aimed to studied health status as well as recovery guidelines of stroke patient Home-bound and bed-bound in the community of Kuchinarai Hospital Crown Prince Hospital. Sample size were 105 Stoke patient Home-bound and bed-bound in the community of Kuchinarai Hospital Crown Prince Hospital between October 2018 - September 2019. Data were collected by stroke patient Home-bound and bed-bound record , Barthel's ADL index , Barthel's ADL index skill evaluation of caregiver. Data were analyzed by descriptive statistics such as frequency, percentage, mean and standard deviation. Inferential statistics were F-test by repeated measurement technique, dual comparison by LSD and qualitative data by Content analysis.

[1] โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ จังหวัดกาฬสินธุ์

The research results were found that Activities of Daily Living problem namely Stairs , Mobility Toilet use and Transfer. Compare of stoke patient Activities of Daily Living between before and months 1-6, there was a statistically significant difference at the .05 level by month 6 had ADL was highest. Compare of total and aspect Barthel's ADL index skill evaluation of caregiver between before and months 1-6, there was a statistically significant difference at the .05 level by month 6 had ADL skill evaluation of caregiver was highest.

Keyword : Stoke patient , Rehabilitation

บทนำ

โรคหลอดเลือดสมองเป็นปัญหาที่สำคัญในปัจจุบัน เนื่องจากเป็นโรคที่พบบ่อยและมีอัตราความพิการสูง ข้อมูลจากองค์การอนามัยโลก (World Health Organization) ระบุว่ามีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองสูงถึง 15 ล้านคนต่อปี หนึ่งในสามของผู้ป่วยดังกล่าวจะเสียชีวิต ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 10 ของสาเหตุการตายทั้งหมด นอกจากนั้นผู้ป่วยที่รอดชีวิตส่วนใหญ่ต้องทนทุกข์ทรมานจากภาวะทุพพลภาพเรื้อรัง และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้เกิดภาวะอัมพาติหรืออัมพฤกษ์ เป็นโรคที่พบบ่อยและเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศไทย จากสถิติสาธารณสุข พ.ศ.2557 (Public Health Statistics A.D.2015) พบว่า ความดันเลือดสูงและโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคที่เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 2 ในประชากรไทย นอกจากนี้ยังพบว่าเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year) ปี พ.ศ.2554 ที่สำคัญอันดับที่ 3 ในเพศชายและอันดับ 2 ในเพศหญิง ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิต ส่วนใหญ่มักมีความพิการหลงเหลืออยู่ และเกิดความบกพร่องด้านการเคลื่อนไหวและการทรงตัว ด้านประสาทการรับรู้และการเรียนรู้ ด้านการสื่อความหมายด้านพฤติกรรมและอารมณ์ รวมทั้งอาจมีปัญหาด้านครอบครัวและสังคม

สำหรับในประเทศไทยพบผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง 1.88 รายต่อ100 ราย ในประชากรอายุ 45-80 ปี การศึกษาเพื่อประเมินคุณภาพการรักษาโดยรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยกว่า 1,000 รายจากสถาบันทั่วประเทศพบว่า ณ วันที่จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองจะเสียชีวิตประมาณร้อยละ 5 และพิการร้อยละ 70 ซึ่งเมื่อคำนวณโดยใช้ดัชนีปีสุขภาวะที่ปรับด้วยความบกพร่องทางสุขภาพหรือการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life years: DALYs) พบว่าภาระโรคจากปัญหาหลอดเลือดสมองสูงเป็นอันดับ 1 ในเพศหญิงและเป็นอันดับ 4 ในเพศชาย โดยจะมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นอีกในอนาคตเนื่องจากจำนวนประชากรผู้สูงอายุที่มากขึ้น ข้อมูลจากสถิติย้อนหลัง 10 ปี (พ.ศ. 2547-2556) ของโรงพยาบาลศิริราช พบว่า จำนวนผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการรักษาแบบผู้ป่วยในมีประมาณ 800-1,100 รายต่อปี และมีจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆจาก 759 รายในปี พ.ศ. 2549 เพิ่มเป็น 1,073 รายในปี พ.ศ. 2555 โดยร้อยละ 60 ของจำนวนดังกล่าวจะได้รับการดูแลในหอผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่เหลือร้อยละ 40 จะกระจายอยู่ตามหอผู้ป่วยต่างๆในตึกอัษฎางค์และหอผู้ป่วยพักค้างระยะสั้น ทำให้มีความแตกต่างกันในด้านคุณภาพการรักษา อีกทั้งขาดการประสานงานกันอย่างต่อเนื่องของฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

รูปแบบการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแบ่งเป็น 2 ลักษณะ (ชื่นชม ชื่อลือชา,2555) คือ 1) การฟื้นตัวของระบบประสาท (neurological recovery) ขึ้นอยู่กับสาเหตุของโรคหลอดเลือดสมองและตำแหน่งของรอยโรค โดยทั่วไปการฟื้นตัวของระบบประสาทในรายที่สมองขาดเลือดมักจะเกิดขึ้นภายในช่วง 3 เดือนแรก ในขณะที่การฟื้นตัวในรายที่มีเลือดออกในเนื้อสมองมักใช้เวลานานกว่า 2) การฟื้นความสามารถ (functional recovery) ขึ้นอยู่กับแรงจูงใจที่จะฝึกฝนและพัฒนาความสามารถของตนเองจนสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ ตลอดจนสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวย ซึ่งกระบวนการฟื้นฟูสมรรถภาพสามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ช่วง ได้แก่ การฟื้นฟูในระยะเฉียบพลัน (Acute stroke Rehabilitation) การฟื้นฟูภายหลังระยะ

เฉียบพลัน (Post-acute stroke Rehabilitation) และการฟื้นฟูในระยะเข้าสู่สังคม (Community phase)

ศูนย์โฮมสุขกาฬสินธุ์ เป็นรูปแบบหนึ่งของการให้การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟูหรือการฟื้นฟูสมรรถภาพ เป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ มีวัตถุประสงค์ คือ ให้ผู้ป่วยมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ให้มีความพิการเหลือน้อยที่สุดหรือช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ได้แม้มีความพิการหลงเหลืออยู่ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยปัจจุบันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่หลังระยะเฉียบพลันจำนวนหนึ่งยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษาด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากปัญหาขาดแคลนบุคลากรด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูปัญหาค่าใช้จ่าย จึงทำให้ผู้ป่วยเมื่อได้รับการรักษาเบื้องต้นจนพ้นขีดอันตรายมักได้รับการจำหน่ายให้กลับไปอยู่บ้านและขาดโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพและกลายเป็นผู้ไร้สมรรถภาพในที่สุด มุ่งให้เกิดการดูแล ช่วยเหลือสนับสนุนและฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชนและในครอบครัวหรือการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยชุมชนเป็นฐาน Community Base Rehabilitation : CBR สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต (Quality of life(QOL) ที่ดีที่สุด โดยการดำเนินงาน จะเริ่มจากการประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลทั้งทางด้านทางการแพทย์และการฟื้นฟูเหมาะสมพร้อมที่จะกลับไปใช้ชีวิตประจำวันและเข้าสู่สังคม การประเมินความพร้อมสำหรับเข้าสู่สังคมโดยประเมินว่าผู้ป่วยได้รับการฝึกอย่างเต็มความสามารถ ญาติผู้ดูแลได้รับการสอนถึงการดูแลและแนวทางการรักษาต่อเนื่อง และได้มีการปรับบ้านให้เหมาะกับผู้ป่วยหากในกรณีที่โรคหลอดเลือดสมองมีความรุนแรงมากผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลืออย่างมาก ญาติผู้ดูแลมีบทบาทที่สำคัญที่จะต้องได้รับการสอนถึงการป้องกันไม่ให้เกิดโรคหลอดเลือดสมองซ้ำ ทราบถึงอาการและอาการแสดงต่าง ๆ ของภาวะแทรกซ้อนภาวะทางด้านจิตใจ การบริหารยา การช่วยเหลือในกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ เทคนิคในการกลืนและการให้อาหาร และเทคนิคทางกายภาพบำบัดเพื่อป้องกันภาวะที่เกิดจากการนอนนานหลังจากการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ควรมีการติดตามประเมินผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในเรื่องความดัน น้ำหนัก การพัฒนาการของความสามารถ กิจกรรมที่ผู้ป่วยสามารถทำได้เพิ่มมากขึ้น รายงานจากผู้ดูแลและบุคลากรทางการแพทย์ ปัญหาทางด้านจิตใจและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น (ชื่นชม ชื่อลือชา,2555)

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองอำเภอกุฉินารายณ์

จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงมีความสนใจที่จะทำการศึกษาการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดบ้านติดเตียงในชุมชน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ขึ้น เพื่อเป็นการศึกษาสถานการณ์สภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่บ้านที่เป็นผู้ป่วยติดบ้านและติดเตียงในชุมชน และแนวทางการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่ติดบ้าน และติดเตียงในชุมชน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่บ้านที่เป็นผู้ป่วยติดบ้าน และติดเตียงในชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์
2. เพื่อศึกษาแนวทางการฟื้นฟู ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ติดบ้าน และติดเตียงในชุมชน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์
3. เพื่อศึกษาผลของการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ติดบ้านและติดเตียงในชุมชน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

วิธีการวิจัย

การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ไขสันหลังบาดเจ็บและบาดเจ็บที่ศีรษะที่ติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ติดบ้าน และติดเตียงในชุมชน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ที่มารับบริการระหว่างเดือน ตุลาคม 2561 – กันยายน 2562 จำนวน 105 ราย 1) ตรวจพบระดับ HbA1c = 7 – 9 และมีระดับน้ำตาลมากกว่า 160 mg%

จริยธรรมงานวิจัย

ได้รับการรับรองจริยธรรมงานวิจัย จากคณะกรรมการจริยธรรมงานวิจัย จังหวัดกาฬสินธุ์

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบบันทึกการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน

2.2 แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index)

2.3 แบบประเมินทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลตามแนวทางการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้น โดยประยุกต์เนื้อหาจาก แบบประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) เป็นแบบ Rating Scale 3 ระดับ ดังต่อไปนี้

1 หมายถึง ทักษะการปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ตามหลักวิชาการ

2 หมายถึง ทักษะการปฏิบัติสามารถปฏิบัติได้ตามหลักวิชาการแต่ยังมีข้อผิดพลาดอยู่บ้าง

3 หมายถึง ทักษะการปฏิบัติไม่สามารถปฏิบัติได้ตามหลักวิชาการ

มีเกณฑ์ในการแปลผล ดังต่อไปนี้ [3]

คะแนน ต่ำกว่า 1.66 หมายถึง ทักษะการปฏิบัติต้องปรับปรุง

คะแนน ระหว่าง 1.67 – 2.33 หมายถึง ทักษะการปฏิบัติพอใช้

คะแนน มากกว่า 2.34 หมายถึง ทักษะการปฏิบัติเหมาะสม

แบบประเมินทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลตามแนวทางการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) มีค่าความเที่ยง (Reliability) เท่ากับ .783

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ประกอบด้วย

1. การศึกษาประวัติการเจ็บป่วยของ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่บ้านที่เป็นผู้ป่วยติดบ้าน และติดเตียงในชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์

2. การประเมินวิเคราะห์ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วยและผู้ดูแล โดยสหวิชาชีพ

3. การวางแผนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายในชุมชน ผู้ป่วยและผู้ดูแล

4. การติดตามเยี่ยมและประเมินสภาพผู้ป่วย โดยสหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายในชุมชน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ F – test ด้วยเทคนิค repeated measurement ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา

1. ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ได้รับการส่งต่อไปรักษาที่บ้านที่เป็นผู้ป่วยติดบ้าน และติดเตียงในชุมชนในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกุฉินารายณ์ ส่วนใหญ่ เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.2 อายุ เฉลี่ย 64.19 + 12.68 ปี ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง เป็น Ischemic Stroke ร้อยละ 68.6 อ่อนแรงแบบ Hemiparesis ร้อยละ 70.5 ข้างขวา ร้อยละ 55.2 ถนัดขวา ร้อยละ 97.1 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.7 ไม่มีศูนย์โฮมสุข ร้อยละ 67.6 การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยนักกายภาพบำบัด มาก

ที่สุดได้แก่ Strengthening Exercise ร้อยละ 88.6 รองลงมาคือ Ambulation training ร้อยละ 87.6 และ ROM Exercise ร้อยละ 70.5 ตามลำดับ การให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพโดยหมอโฮมสุข (กรณีมีศูนย์โฮมสุข) มากที่สุดได้แก่ Strengthening Exercise ร้อยละ 30.5 รองลงมาคือ Ambulation training ร้อยละ 26.7 และ ROM Exercise ร้อยละ 25.7 ความถี่ของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ กรณีมีศูนย์โฮมสุข 1 ครั้งต่อเดือน ครั้งละ 20 – 90 นาที กรณี ไม่มีศูนย์โฮมสุข 1 – 4 ครั้ง ต่อเดือน ครั้งละ 30 – 60 นาที เครื่องมืออื่นๆที่ใช้ในการฟื้นฟู (อุปกรณ์ศูนย์โฮมสุข) ได้แก่ Parallel Bars Quardricep board ไม้ยืดน่องและ ถุงทราย หรือ ดรัมเบล การใช้อุปกรณ์อื่น ได้แก่ Walker , Tripod cane , Single cane และ Wheel chair ปัญหาก่อนการฟื้นฟูสมรรถภาพ ได้แก่ Mobility problem ร้อยละ 80.0 รองลงมาคือ Communication problem ร้อยละ 46.7 และ Cognitive function ร้อยละ 37.1 ปัญหาทางครอบครัวและสังคม ได้แก่ไม่มี Financial problem ร้อยละ 27.6 และ Caregivers ร้อยละ 15.2 ภาวะอื่นๆที่พบมากที่สุด ได้แก่ Spasticity ร้อยละ 42.9 รองลงมา คือ Facial palsy ร้อยละ 25.7 และ Depression ร้อยละ 20.0 มีภาวะแทรกซ้อน ได้แก่ Pneumonia ร้อยละ 15.2 UTI และ Re-admission ร้อยละ 13.3 เท่ากัน และการวิเคราะห์โดย Barthel's ADL index พบว่า ไม่เป็นการพึ่งพา ร้อยละ 43.8 รองลงมาคือ ภาวะพึ่งพาโดยสมบูรณ์ ร้อยละ 33.3 และภาวะพึ่งพาปานกลาง ร้อยละ 15.2

2. การวางแผนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย โดยการประชุมเชิงปฏิบัติการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง สหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายในชุมชน ผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง รูปแบบและระดับความเข้มข้นของการติดตาม ซึ่งผลการประชุม สรุปให้มีการจัดทำกิจกรรม ได้แก่ แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง บทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชน แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมองของญาติ/ผู้ดูแล

3. ทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลตามแนวทางการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ในเดือนที่ 6 อยู่ในระดับเหมาะสม ส่วนด้านที่มีปัญหาในเดือนแรกๆ ได้แก่ Transfer Mobility และ Stairs

4. ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่เป็นปัญหา ได้แก่ Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ขั้น) Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) และ Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้)

5. การเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วย โดย Barthel's ADL index ระหว่างก่อนดำเนินการ และ เดือนที่ 1 – 6

ตาราง 1 เปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วย โดย Barthel's ADL index ระหว่างก่อนดำเนินการ และ เดือนที่ 1 – 6 (F-test ด้วยเทคนิค Repeated Measurement)

ตัวแปร	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	p-value	Epsilon		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
BADL	.003	584.819	20	.000	.359	.367	.167

จากตาราง 1 การเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วย โดย Barthel's ADL index ระหว่างก่อนดำเนินการ และ เดือนที่ 1 – 6 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่เดือนที่ 6 มีค่า ADL สูงที่สุด

6. การเปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลตามแนวทางการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ระหว่างก่อนดำเนินการ และ เดือนที่ 1 – 6

ตาราง 2 เปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลตามแนวทางการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ระหว่างก่อนดำเนินการ และ เดือนที่ 1 – 6 (F-test ด้วยเทคนิค Repeated Measurement)

ตัวแปร	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	p-value	Epsilon		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
1.Feeding	.015	427.346	20	.000	.473	.487	.167
2.Transfer	.019	405.274	20	.000	.522	.540	.167
3.Grooming	.016	420.715	20	.000	.495	.511	.167
4.Toilet Use	.010	465.544	20	.000	.441	.453	.167
5.Bathing	.017	417.664	20	.000	.503	.520	.167
6.Mobility	.020	398.960	20	.000	.521	.539	.167
7.Stairs	.025	374.695	20	.000	.515	.533	.167
8. Dressing	.025	374.695	20	.000	.515	.533	.167
9. Bowels	.012	450.072	20	.000	.475	.489	.167
10. Bladder	.010	472.666	20	.000	.463	.477	.167
รวม	.019	405.132	20	.000	.542	.562	.167

จากตาราง 4.8 การเปรียบเทียบทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลตามแนวทางการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ระหว่างก่อนดำเนินการ และ เดือนที่ 1 – 6 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ เดือนที่ 6 มีทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลตามแนวทางการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) โดยรวมและรายด้าน สูงที่สุด ดังตาราง 4.9 – 4.19

สรุปและอภิปรายผล

จากการเปรียบเทียบความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ของผู้ป่วย โดย Barthel's ADL index ระหว่างก่อนดำเนินการ และ เดือนที่ 1 – 6 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ เดือนที่ 6 มีค่า ADL สูงที่สุด ซึ่งเป็นผลมาจากการวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยที่พบว่าเป็นเพศชาย ร้อยละ 55.2 อายุ เฉลี่ย 64.19 + 12.68 ปี ประเภทของโรคหลอดเลือดสมอง เป็น Ischemic Stroke ร้อยละ 68.6 อ่อนแรงแบบ Hemiparesis ร้อยละ 70.5 ข้างขวา ร้อยละ 55.2 ถนัดขวา ร้อยละ 97.1 มีโรคประจำตัว ร้อยละ 64.7 ซึ่งเป็นไปตามพยาธิสภาพของโรค (เติมให้ด้วย ถ้ามี) ความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ที่เป็นปัญหา ได้แก่ Stairs (การขึ้นลงบันได 1 ขั้น) Mobility (การเคลื่อนที่ภายในห้องหรือบ้าน) Toilet use (ใช้ห้องน้ำ) และ Transfer (ลุกนั่งจากที่นอน หรือจากเตียงไปยังเก้าอี้) และยังพบว่า ทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลตามแนวทางการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ในเดือนที่ 6 อยู่ในระดับเหมาะสม ส่วนด้านที่มีปัญหาในเดือนแรกๆ ได้แก่ Transfer Mobility และ Stairs สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ปิยนุช ภิญโยและคณะ(2558)[2] ได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการวิจัยพบว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย วัยสูงอายุ มีความรู้

เกี่ยวกับโรคและการปฏิบัติตัวในด้านการออกกำลังกายและการทำกายภาพบำบัดในการฟื้นฟูสภาพด้วยตนเองน้อยและมีระดับ BI ในระดับเล็กน้อย ปานกลาง มากที่สุด และมาก ร้อยละ 65.4, 15.4, 15.4 และ 3.9 ตามลำดับและ ระดับ NIHSS ในระดับเล็กน้อย ปานกลาง มากที่สุด และมาก ร้อยละ 57.7, 23.1, 15.4 และ 3.9 ตามลำดับ

ดังนั้น จึงได้การวางแผนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง สหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายในชุมชน ผู้ป่วยและผู้ดูแล ในการกำหนดบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วย แนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง รูปแบบและระดับความเข้มข้นของการติดตาม ซึ่งผลการประชุม สรุปให้มีการจัดทำกิจกรรมดังต่อไปนี้ ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยหลอดเลือดสมอง ได้มีการทบทวนแนวทางการดูแล จากคู่มือและองค์ความรู้ต่างๆ ได้แก่ แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Clinical Practice Guidelines for Stroke Rehabilitation) จัดทำโดย ราชวิทยาลัยแพทย์เวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย สภากายภาพบำบัด สมาคมนักกิจกรรมบำบัด/อาชีวบำบัดแห่งประเทศไทย สถาบันประสาทวิทยา สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา และกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 3 พ.ศ.2559 เอกสารประกอบการสอน วิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู รายวิชา 380 421 สาหรับนักศึกษาแพทย์ปี 4 เรื่องเวชศาสตร์ฟื้นฟูในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง (Stroke rehabilitation) โดย อ.พญ. จิตติมา แสงสุวรรณภาควิชาเวชศาสตร์ฟื้นฟู คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ปี 2560 การพัฒนางานการดูแลผู้ป่วยระยะฟื้นฟู (Subacute Rehabilitation)และถอดบทเรียนการดำเนินงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข โดย สมาคมเวชศาสตร์ฟื้นฟูแห่งประเทศไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สถาบันสิรินธรเพื่อการฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์แห่งชาติ กระทรวงสาธารณสุข ปี 2558 และคู่มือในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองแตก โดยสถาบันประสาทวิทยา ฉบับครั้งที่ 1 พ.ศ. 2561 ประกอบกับการบทบาทหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนมีการจัดตั้งศูนย์โฮมสุข เป็นรูปแบบหนึ่งของการให้การรักษาทางเวชศาสตร์ฟื้นฟู หรือการฟื้นฟูสมรรถภาพเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมโดยทีมสหวิชาชีพ มีวัตถุประสงค์ คือ ให้ผู้ป่วยมีความสามารถช่วยเหลือตนเองได้ ให้มีความพิการเหลือน้อยที่สุดหรือช่วยให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตอยู่ได้แม้มีความพิการหลงเหลืออยู่ เพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ป่วยปัจจุบันผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองส่วนใหญ่หลังระยะเฉียบพลันจำนวนหนึ่งยังไม่สามารถเข้าถึงการรักษาด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟูอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากปัญหาขาดแคลนบุคลากรด้านเวชศาสตร์ฟื้นฟู ปัญหาค่าใช้จ่าย จึงทำให้ผู้ป่วยเมื่อได้รับการรักษาเบื้องต้นจนพ้นขีดอันตรายมักได้รับการจำหน่ายให้กลับไปอยู่บ้านและขาดโอกาสในการฟื้นฟูสมรรถภาพและกลายเป็นผู้ไร้สมรรถภาพในที่สุด มุ่งให้เกิดการดูแล ช่วยเหลือ สนับสนุนและฟื้นฟูสมรรถภาพในระดับชุมชนและในครอบครัวหรือการบริการฟื้นฟูสมรรถภาพ โดยชุมชนเป็นฐาน Community Base Rehabilitation : CBR สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิต (Quality of life(QOL) ที่ดีที่สุด (ชื่นชม ชื่อลือชา,2555) จะเห็นได้ว่าจากการศึกษาพบว่า ความถี่ของการให้บริการฟื้นฟูสมรรถภาพ กรณีมีศูนย์โฮมสุข 1 ครั้งต่อเดือน ครั้งละ 20 – 90 นาที ซึ่งให้เวลาได้มากกว่ากรณี ไม่มีศูนย์โฮมสุข 1 – 4 ครั้ง ต่อเดือน ครั้งละ 30 – 60 นาที ทำให้สหวิชาชีพมีเวลาในการให้บริการผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ นอกจากนี้ยังสามารถพัฒนาทักษะการปฏิบัติของผู้ดูแลตามแนวทางการประเมินความสามารถในการดำเนินชีวิตประจำวัน ดัชนีบาร์เธลเอดีแอล (Barthel ADL index) ในเดือนที่ 6 ให้อยู่ในระดับเหมาะสม สามารถดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ปราณี เกษรสันติ์ (2558)[1] ได้ศึกษารูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาผลของรูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ผลการวิจัย พบว่า ค่าเฉลี่ยคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองกลุ่มทดลองภายหลังได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านสูงกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ในด้านความรู้ของผู้ป่วยในกลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยความรู้หลังการใช้รูปแบบการดูแลเพิ่มขึ้น มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และระดับความพึงพอใจในการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ดูแลผู้ป่วยกลุ่มทดลองที่ได้รับการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่าน พบว่า ในภาพรวมทั้งหมดอยู่ในระดับมากที่สุดและ

มากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และได้มีการค้นหาปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไข จาก ผู้ป่วย ผู้ดูแล ภาคีเครือข่าย และ สหวิชาชีพ ทำให้สามารถตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างเต็มที่ สอดคล้องกันกับการศึกษาของ ปิยนุช ภิญโยและคณะ(2558)[2] ได้ศึกษาการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีวัตถุประสงค์เพื่อ วิเคราะห์สถานการณ์และพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน ผลการวิจัย ระยะวิเคราะห์สถานการณ์ พบว่า ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพน้อย ผู้ดูแลและ อสม.ขาดความรู้ ทักษะและความมั่นใจในการดูแล เทศบาลและผู้นำชุมชน ขาดการรับรู้สถานการณ์ปัญหา และหน่วยงานบริการสุขภาพ ไม่มีแนวทางในการดูแลที่บ้าน การพัฒนาการดูแลโดยการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนของภาคีหุ้นส่วนในชุมชน ซึ่งมีลักษณะการมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือในแต่ละขั้นตอนของการพัฒนาการดูแล จะขึ้นอยู่ตำแหน่งหรือบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน การส่งเสริมศักยภาพในการดูแล และการสร้างการดูแลที่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพที่บ้านอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยแต่ละกลุ่มตามระดับความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันและตามระดับความรุนแรงของโรคหลอดเลือดสมอง ได้รับการดูแลที่ครอบคลุมปัญหาหรือความต้องการที่หลากหลายมิติทั้งด้านสุขภาพ และด้านสังคม ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ผู้ดูแล อสม. และผู้นำชุมชนมีความพึงพอใจ ข้อเสนอแนะ หน่วยบริการสุขภาพและองค์กรภาคีหุ้นส่วนในชุมชน ควรสร้างการรับรู้สถานการณ์ปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย โดยการเรียนรู้ข้อมูลชุมชนร่วมกัน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ควรกำหนดนโยบายและพัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองของตำบล เจ้าหน้าที่ในหน่วยบริการสุขภาพปฐมภูมิ ควรร่วมกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผู้ป่วยและผู้ดูแลที่เป็นต้นแบบในการดูแลตนเอง และการช่วยเหลือฟื้นฟูสภาพผู้ป่วยที่ได้ผลดี ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยที่บ้านอย่างต่อเนื่องตามแนวทางการติดตามเยี่ยมบ้านที่ได้ร่วมกันพัฒนาขึ้น และร่วมเรียนรู้ในการวางแผนและการจัดการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

การฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน ควรมีการ วิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วย การวางแผนการฟื้นฟูสภาพผู้ป่วย เป็นการประชุมเชิงปฏิบัติการ แลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง สหวิชาชีพ ภาคีเครือข่ายในชุมชน ผู้ป่วยและผู้ดูแลทั้งในเชิงวิชาการและประสบการณ์ แสวงหาโอกาสและใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างเหมาะสม

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง ที่ติดบ้าน ติดเตียงในชุมชน ในระยะยาวเพื่อการดูแลที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.ปราณี เกษรสันติ์. ศึกษารูปแบบการดูแลตามระยะเปลี่ยนผ่านของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลเจ้าพระยายมราช. วารสารพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข 25(1) : มกราคม-เมษายน 2558

2.ปิยนุช ภิญโย, กิตติภูมิ ภิญโย, เพชรไสว ลิ้มตระกูล, สมศักดิ์ เทียมเก่า, จิราพร วรวงศ์, วิฑูรย์ เชื้อสวน, และคณะ. การพัฒนาการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์ 35: 93-95. 2558.

3.Best, J. W. & Kahn, J. V. Research in Education. 7th ed. Boston : Allyn & Bacon. 1993.

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

Development of diabetes care system Nakhonchaisri Hospital Nakhon Pathom Province

นเรศ มณีเทศ[1]

Nared Maneeted

(Received: October 21,2020; Accepted: November 19,2020)

บทคัดย่อ

งานวิจัยเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม เป็นงานวิจัยและพัฒนา มี**วัตถุประสงค์ เพื่อ**ศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวาน ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน และพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบและมารับบริการที่โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ระหว่างปี 2560 – 2562 ได้แก่ ปี 2560 จำนวน 2,516 ราย ปี 2561 จำนวน 2,522 ราย และปี 2562 จำนวน 2,878 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกสภาวะสุขภาพ วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ Logistic Regression ร่วมกับ Adjust ODDs Ratio ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลและ HbA1C Dependent t-test ในการวิเคราะห์ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย FBS , HbA1C , การรับประทานอาหาร , การจัดการความเครียด และการออกกำลังกายระหว่าง ปี 2560 กับ ปี 2561 และF-test ด้วยเทคนิค Repeated Measurement ในการเปรียบเทียบระหว่าง ปี 2560 ปี 2561 และปี2562 และเปรียบเทียบรายคู่ โดย LSD ส่วนข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษาพบว่า พฤติกรรมสุขภาพและสภาวะสุขภาพ ระหว่าง ปี 2560 ปี 2561 และปี 2562 ได้แก่ FBS , HbA1C , การรับประทานอาหาร , การจัดการความเครียด และการออกกำลังกาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2562 มีค่า FBS , HbA1C , การรับประทานอาหาร , การจัดการความเครียด และการออกกำลังกาย ดีที่สุด

คำสำคัญ : การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ABSTRACT

The development of diabetes care system Nakhonchaisri Hospital Nakhon Pathom Province was research and development. Aimed to studied the situation of diabetes patients Diabetic care system And develop a care system for diabetes patients Nakhonchaisri Hospital Nakhon Pathom Province. Sample size were diabetes patients in the area of responsibility and come to service at Nakhonchaisri Hospital Nakhon Pathom Province during the year 2017 - 2019, including the year 2017 amount 2,516 the year 2018 amount 2,522 and in 2019 amount 2,878. Data were collected by health status record. Data were analyzed by descriptive statistics including frequency, percentage, mean, standard deviation. Inferential statistics were Logistic Regression with Adjust ODDs Ratio to analyze factors affecting FBS levels and HbA1C , Dependent t-test for analysis the difference of mean FBS, HbA1C, diet, stress management And exercise between 2017 and 2018. And F-test with Repeated Measurement techniques in comparison between 2017, 2018 and 2019, and comparison by LSD. The qualitative data were analyzed by Content Analysis.

The study found that Health behaviors and health conditions between 2017, 2018 and 2019 were FBS, HbA1C, diet, stress management. And exercise There was a statistically significant difference at the .05 level.In 2019 there was FBS, HbA1C, diet, stress management And exercise is the best.

Keyword : diabetes care system development

[1] พบ. โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก เป็นภัยคุกคามที่ลุกลามอย่างรวดเร็วไปทั่วโลก ส่งผลกระทบต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจอย่างมาก องค์การอนามัยโลกรายงานว่าผู้ป่วยเบาหวานเพิ่มจาก 108 ล้านคน ใน ค.ศ. 1980 เป็น 422 ล้านคน ใน ค.ศ. 2014 อัตราการเกิดโรค (prevalence) ในคนอายุ 18 ปี ขึ้นไป เพิ่มจาก ร้อยละ 4.70 ใน ค.ศ. 1980 เป็น ร้อยละ 8.50 ใน ค.ศ. 2014 คาดว่า ค.ศ. 2025 จะมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 300 ล้านคน จำนวนผู้ป่วยเบาหวานจะเพิ่มมากในประเทศกำลังพัฒนา เนื่องจากการเพิ่มของประชากรสูงอายุ โภชนาการที่ไม่เหมาะสม ภาวะอ้วน และวิถีชีวิตที่นั่ง ๆ นอน ๆ ผู้ป่วยเบาหวานในประเทศพัฒนาส่วนใหญ่จะมีอายุ 65 ปี หรือมากกว่า ส่วนในประเทศกำลังพัฒนาจะมีอายุ 45-64 ปี จึงส่งผลกระทบต่อผลผลิตของชาติ [16] ค.ศ. 2015 ชาวอเมริกัน 30.30 ล้านคน หรือร้อยละ 9.40 ของประชากรเป็นเบาหวาน โดย 23.10 ล้านคน ได้รับการวินิจฉัย อีก 7.20 ล้านคน ยังไม่ได้รับการวินิจฉัย เด็กและผู้ใหญ่ประมาณ 1.25 ล้านคน เป็นเบาหวานชนิดที่ 1 และผู้สูงอายุมากกว่า 65 ปี ร้อยละ 25.20 หรือ 12 ล้านคน เป็นเบาหวาน และทุกปีจะมีผู้ป่วยรายใหม่ 1.50 ล้านคน มีคนอายุ 18 ปีและมากกว่า จำนวน 84.10 ล้านคน กำลังจะเป็นเบาหวาน (prediabetes) และเบาหวานมีอัตราตายเป็นอันดับ 7 ของประเทศสหรัฐอเมริกา [12] ผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่ชาวเอเชียใต้มีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก ร้อยละ 27.3 หลอดเลือดขนาดใหญ่ ร้อยละ 15.7 ส่วนชาวยุโรปมีภาวะแทรกซ้อนของหลอดเลือดขนาดเล็ก ร้อยละ 16.5 และหลอดเลือดขนาดใหญ่ ร้อยละ 9.4 (Arambewela et al., 2018) สถานการณ์เบาหวานในประเทศไทยคล้ายกับต่างประเทศ

ประเทศไทยมีผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐในปี พ.ศ. 2558 สะสมรวม 1,219,161 ราย ความชุก 1,863.39 ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิต 12,074 ราย อัตราตาย 18.45 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 393,887 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 602.03 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีแนวโน้มคงที่ไม่ลดลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 228,040 ราย อัตราป่วย 685.07 ต่อแสนประชากร เพศชาย 165,847 ราย อัตราป่วย 516.02 ต่อแสนประชากร อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1:1.3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราป่วยสูงสุด 697.22 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ ภาคเหนือ 690.45 ต่อแสนประชากร ภาคกลาง 523.61 ต่อแสนประชากร และภาคใต้ 451.88 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน 41,897 ราย คิดเป็น ร้อยละ 10.64 มีภาวะแทรกซ้อนทางไตสูงสุด 14,091 ราย คิดเป็น ร้อยละ 33.63 รองลงมา มีภาวะแทรกซ้อนทางตา (diabetic retinopathy) 9,112 ราย คิดเป็น ร้อยละ 21.75 มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท 7,200 ราย คิดเป็น ร้อยละ 17.19 มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดง 5,289 ราย คิดเป็น ร้อยละ 12.62 (สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2558)

การดูแลและการควบคุมโรคเบาหวาน หมายถึง การที่ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการดูแลที่เหมาะสมและสามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในระดับที่เหมาะสมได้ ประกอบด้วย[11] 1) ระดับ Fasting blood sugar ในผู้ป่วยเบาหวานอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ ($\geq$ 70 mg/dl และ $\leq$ 130 mg/dl) หมายถึง การตรวจระดับน้ำตาลในเลือดหลังการอดอาหารอย่างน้อย 8 ชั่วโมงอยู่ในเกณฑ์ที่ควบคุมได้ 2) การตรวจ HbA1C ประจำปี หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวนได้รับการตรวจ HbA 1C อย่างน้อย 1 ครั้งต่อปี 3) ระดับ HbA1C น้อยกว่า 7% หมายถึง ผู้ป่วยเบาหวานที่ได้รับการตรวจค่าระดับน้ำตาลที่จับกับ Hemoglobin ในเม็ดเลือด ที่เรียกว่า HbA1C มีค่าน้อยกว่า 7% 4) การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเนื่องจากภาวะแทรกซ้อนเฉียบพลันจากโรคเบาหวาน หมายถึง การที่ผู้ป่วยเบาหวานต้องรับไว้รักษาในโรงพยาบาล เนื่องจากภาวะฉุกเฉินในผู้ป่วยเบาหวาน ได้แก่ ภาวะฉุกเฉินที่มีระดับน้ำตาลในเลือดสูง (Hyperglycemia เช่น ภาวะคีโตซีส, ภาวะโคม่าจากน้ำตาลในเลือดสูง และภาวะเป็นกรดในเลือด) และภาวะฉุกเฉินที่มีระดับน้ำตาลในเลือดต่ำ (Hypoglycemia) ยกเว้นผู้ป่วยเบาหวานที่รับส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น 5) การป้องกันและการตรวจประเมินภาวะแทรกซ้อน หมายถึงการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ตามแนวทางเวชปฏิบัติ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเกณฑ์ชี้วัดผลการดำเนินงานเบาหวาน โดยใช้ เป็นเครื่องชี้ทิศทางกำหนดเป้า เร่งเร้าพัฒนา ได้ให้ความสำคัญเพราะเป็นกลไกที่

จะตอบสนองความต้องการ ที่จะพัฒนาคุณภาพ การดูแลผู้ป่วย โดยใช้ clinical condition เป็นจุดเริ่มต้น มีจุดมุ่งหมายชัดเจนที่จะยกระดับคุณภาพการดูแล และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วย โดยใช้แนวคิดการพัฒนาคุณภาพต่อเนื่อง มุ่งเน้นผลลัพธ์ควบคู่กับการพัฒนากระบวนการทำงาน ใช้การประเมินตนเองและเปรียบเทียบเพื่อกระตุ้นการพัฒนา ผสานกับการจัดการความรู้เพื่อนำความรู้ที่จำเป็นมาใช้ในการปฏิบัติงาน ทั้งความรู้ชัดเจน (explicit knowledge) และความรู้ฝังลึก (tacit knowledge) [11]

การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังเริ่มขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมในประเทศสหรัฐอเมริกา พัฒนาขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2541 – 2545 โดย Mac Coll Institute for Healthcare Innovation ซึ่งเป็นกลุ่มนักวิจัยนำโดยเอ็ดเวิ์ด การ์ดเนอร์ [14] เพื่อสร้างความชัดเจนเกี่ยวกับประเภทมาตรการและสร้างต้นแบบการดูแลโรคเรื้อรัง โดยต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังฉบับเดิมเป็นการสรุปแง่มุมโดยทั่วไปของโปรแกรมการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังที่มีประสิทธิภาพและผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยจริง โดยแง่มุมเหล่านี้ประกอบด้วย 1) คู่มือแนวปฏิบัติการใช้แผนและรูปแบบการดูแลผู้ป่วยที่มีรูปแบบชัดแจ้ง 2) การปรับแผนการปฏิบัติใหม่ เพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยที่ต้องการเวลามากขึ้น ใช้ทรัพยากรหลากหลาย และต้องมีการติดตามอย่างใกล้ชิดยิ่งขึ้น 3) สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย การใส่ใจอย่างเป็นระบบด้านความต้องการข้อมูลและด้านการปรับพฤติกรรมของผู้ป่วย 4) ระบบผู้เชี่ยวชาญ การเพิ่มการฝึกอบรมและสนับสนุนการตัดสินใจของผู้ให้บริการ โดยใช้คู่มือแนวปฏิบัติและเครื่องมืออื่น ๆ 5) ข้อมูล ระบบข้อมูลข่าวสารที่สนับสนุนการดูแลผู้ป่วยเชิงกลุ่ม ระบบการแจ้งเตือนหรือย้ำเตือน และการป้อนข้อมูล ย้อนกลับให้กับผู้รับบริการ แต่ต้นแบบการดูแลฉบับดั้งเดิมมิได้มีการบ่งชี้เกี่ยวกับกลวิธีที่ระบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังนี้จะทำให้กระบวนการดูแลผู้ป่วยดีขึ้น และส่งผลดีต่อสุขภาพของผู้ป่วยอย่างไร รวมทั้งคณะกรรมการ ที่ปรึกษาของการพัฒนาต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง ได้เสนอแนะเพิ่มเติมด้วยการเพิ่มความสำคัญของชุมชนที่ระบบอาศัยอยู่ องค์กรที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วย เช่น ภาวะผู้นำและแรงจูงใจ และโปรแกรมการสนับสนุนการดูแลตนเองที่ต้องมีหลากหลายแง่มุม เช่น โปรแกรมการให้ความรู้ที่มีประสิทธิภาพ และการกระตุ้นให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง แทนระบบการสอนสุขศึกษาแบบเก่า จึงนำไปสู่การปรับปรุงต้นแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรังขึ้นใหม่

ในการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง จะต้องมีการประเมินผลการดูแลเป็นระยะ นำผลที่ได้จากการประเมินมาพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเบาหวานที่มีระสิทธิภาพซึ่งเกิดจากการผสมผสานขององค์ประกอบทั้ง 6 องค์ประกอบของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเรื้อรัง ได้แก่ (1)การจัดการระบบบริการสุขภาพ (2) การประสานงานกับชุมชน (3) การสนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วย (4) การออกแบบระบบบริการสุขภาพใหม่ (5) การมีระบบฐานข้อมูลทางคลินิก (6) การมีระบบสนับสนุนการตัดสินใจทางคลินิกของคณะผู้บริการ และการประเมินกิจกรรมดำเนินการให้เกิดผลในทางปฏิบัติ ในแบบประเมินจึงประเมินกิจกรรมในส่วนที่ (7) การบูรณาการทุกองค์ประกอบของการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง [8]

โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม เป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาด 30 เตียง มีผู้ป่วยมารับบริการตรวจรักษาที่งานผู้ป่วยนอก จำแนกประเภทโรคเป็นตรวจโรคทั่วไป คลินิกเฉพาะโรค ได้แก่ โรคเบาหวานโรคความดันโลหิตสูง โรคหอบหืด และคลินิกให้คำปรึกษาเพื่อตรวจเลือดหาเชื้อโรคเอดส์

ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม โดยการศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม และดำเนินการระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานให้ได้รับการดูแลตามความต้องการที่จำเป็นอย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

2. เพื่อศึกษาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

3. เพื่อศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

รูปแบบงานวิจัย

การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and development) โดยตั้งแต่ เดือน ตุลาคม 2560 – กันยายน 2562 รวม 24 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบและมารับบริการที่โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ระหว่างปี 2560 – 2562 ได้แก่ ปี 2560 จำนวน 2,516 ราย ปี 2561 จำนวน 2,522 ราย และปี 2562 จำนวน 2,878 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ประกอบด้วย การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การระดมสมอง การควบคุม กำกับ การติดตามประเมินผล

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกสภาวะสุขภาพ

ขั้นตอนการวิจัย

1. การศึกษาสถานการณ์ ผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

2. การศึกษาและวิเคราะห์ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

3. การทบทวนระบบและกำหนดแนวทางระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรี

4. การดำเนินการระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรี

5. การเก็บข้อมูล ติดตามประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรี

6. การทบทวนสถานการณ์ และระบบการดูแล

7. การติดตามประเมินผลระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรีและสรุปผลการดำเนินงาน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดย

1. สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติอนุมาน ได้แก่

2.1 Logistic Regression ร่วมกับ Adjust ODDs Ratio ในการวิเคราะห์ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลและ HbA1C

2.2 Dependent t-test ในการวิเคราะห์ ความแตกต่างของค่าเฉลี่ย FBS , HbA1C , การรับประทานอาหาร , การจัดการความเครียด และการออกกำลังกายระหว่าง ปี 2560 กับ ปี 2561

2.3 F-test ด้วยเทคนิค Repeated Measurement ในการเปรียบเทียบระหว่าง ปี 2560 ปี 2561 และปี2562 และเปรียบเทียบรายคู่ โดย LSD

ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

สรุปผล

1. สถานการณ์ผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม พบว่า

ปี2560 FBS ผิดปกติ ร้อยละ 76.4 HbA1C ผิดปกติ ร้อยละ 52.3 การรับประทานอาหาร ไม่เหมาะสม ร้อยละ 49.9 การจัดการความเครียด ไม่เหมาะสม ร้อยละ 52.2 และ การออกกำลังกาย ไม่เหมาะสม ร้อยละ 42.3

ปี 2561 FBS ผิดปกติ ร้อยละ 74.8 HbA1C ผิดปกติ ร้อยละ 37.8 การรับประทานอาหาร ไม่เหมาะสม ร้อยละ 50.2 การจัดการความเครียด ไม่เหมาะสม ร้อยละ 47.8 และ การออกกำลังกาย ไม่เหมาะสม ร้อยละ 48.0

ปี 2562 พบว่า FBS ผิดปกติ ร้อยละ 46.1 HbA1C ผิดปกติ ร้อยละ 34.1 การรับประทานอาหาร ไม่เหมาะสม ร้อยละ 38.0 การจัดการความเครียด ไม่เหมาะสม ร้อยละ 38.2 และ การออกกำลังกาย ไม่เหมาะสม ร้อยละ 46.1

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

ปี 2560 พบว่า การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ส่งผลต่อระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ การรับประทานอาหารที่

เหมาะสมทำให้ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานปกติดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่รับประทานอาหารไม่เหมาะสม 34.048 เท่า และการออกกำลังกายที่เหมาะสมทำให้ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานปกติดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่การออกกำลังกายไม่เหมาะสม 3.122 เท่า

ปี 2561 พบว่า การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียดและการออกกำลังกาย ส่งผลต่อระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมทำให้ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานปกติดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่รับประทานอาหารไม่เหมาะสม 2.404 เท่า การจัดการความเครียดที่เหมาะสมทำให้ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานปกติดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่จัดการความเครียดไม่เหมาะสม 2.775 เท่า และการออกกำลังกายที่เหมาะสมทำให้ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานปกติดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่การออกกำลังกายไม่เหมาะสม 9.967 เท่า

ปี 2562 พบว่า การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียดและการออกกำลังกาย ส่งผลต่อระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมทำให้ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานปกติดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่รับประทานอาหารไม่เหมาะสม 1.532 เท่า และการออกกำลังกายที่เหมาะสมทำให้ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานปกติดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่การออกกำลังกายไม่เหมาะสม 1.428 เท่า

3. ปัจจัยที่ส่งผลต่อ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม

ปี 2560 พบว่า การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ส่งผลต่อ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมทำให้ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานปกติดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่รับประทานอาหารไม่เหมาะสม 16.494 เท่า และการออกกำลังกายที่เหมาะสมทำให้ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานปกติดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่การออกกำลังกายไม่เหมาะสม 10.811 เท่า

ปี 2561 พบว่า การออกกำลังกาย ส่งผลต่อ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ การออกกำลังกายที่เหมาะสมทำให้ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานปกติดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่การออกกำลังกายไม่เหมาะสม 2137 เท่า

ปี 2562 ไม่มีปัจจัยที่ส่งผลต่อ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรี

4. การทบทวนระบบและกำหนดแนวทางระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรี

4.1 จัดให้มีคลินิกโภชาการ โดยมีกิจกรรม การให้โภชนศึกษา การออกแบบการกินที่เหมาะสมร่วมกันกับผู้ป่วย การเปรียบเทียบอาหารทดแทน และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์ วิชาการ จากสหวิชาชีพ และบุคคลต้นแบบ โดยกำหนดให้โรงพยาบาลนครชัยศรี เป็นคลีนิกโภชาการหลัก และให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบเป็นเครือข่ายในการคัดกรองและให้คำปรึกษาเบื้องต้น

4.2 จัดให้มีการให้บริการการออกแบบวิธีการออกกำลังกายที่เหมาะสม โดยแพทย์เฉพาะทางและนักกายภาพบำบัด วางแผนการดูแลและติดตามประเมินผลร่วมกับบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลและส่งต่อข้อมูลให้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตรับผิดชอบ กำหนดรูปแบบการออกกำลังกายในชุมชน ทั้งการออกกำลังกายแบบกลุ่มและรายบุคคล ตลอดจนออกติดตามประเมินผลและให้คำปรึกษาเบื้องต้น

5. การปรับปรุงระบบและกำหนดแนวทางระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรี โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ทั้งจากโรงพยาบาลนครชัยศรี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พร้อมด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนญาติผู้ป่วย และผู้ป่วย ร่วมกำหนดทิศทางและกรอบการดำเนินงาน ตามแนวคิดแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 4 Excellence ได้ดังนี้

Promotion, Prevention & Protection Excellence

กลยุทธ์ที่ 1 เสริมสร้างความร่วมมือในการดุแลสุขภาพชุมชน

กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานความดันในคลินิกบริการ

กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบส่งต่อ

กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาระบบสารสนเทศทุกระดับ

People Excellence
กลยุทธ์ที่ 5 พัฒนาศักยภาพบุคลากร
Government Excellence
กลยุทธ์ที่ 6 พัฒนาระบบบริหารจัดการโรคเบาหวาน
กลยุทธ์ที่ 7 พัฒนาศูนย์เรียนรู้

6. ผลการเปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะสุขภาพ ระหว่าง ปี 2560 ปี 2561 และปี 2562

ตาราง 1 เปรียบเทียบพฤติกรรมสุขภาพและสภาวะสุขภาพ ระหว่าง ปี 2560 ปี 2561 และปี 2562 (F-test ด้วยเทคนิค Repeated Measurement)

ตัวแปร	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	p-value	Epsilon		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
FBS	.986	35.404	2	.000	.986	.987	.500
HbA1C	.986	35.404	2	.000	.986	.987	.500
อาหาร	.471	1890.820	2	.000	.654	.654	.500
ความเครียด	.535	1572.839	2	.000	.682	.683	.500
ออกกำลังกาย	.544	1529.594	2	.000	.687	.687	.500

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 พบว่า FBS , HbA1C , การรับประทานอาหาร , การจัดการความเครียด และการออกกำลังกาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2562 มีค่า FBS , HbA1C , การรับประทานอาหาร , การจัดการความเครียด และการออกกำลังกาย ดีที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษาพบว่า ปี2560 FBS ผิดปกติ ร้อยละ 76.4 HbA1C ผิดปกติ ร้อยละ 52.3 การรับประทานอาหาร ไม่เหมาะสม ร้อยละ 49.9 การจัดการความเครียด ไม่เหมาะสม ร้อยละ 52.2 และ การออกกำลังกาย ไม่เหมาะสม ร้อยละ 42.3 การรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ส่งผลต่อระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมทำให้ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานปกติดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่รับประทานอาหารไม่เหมาะสม 34.048 เท่า และการออกกำลังกายที่เหมาะสมทำให้ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานปกติดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่การออกกำลังกายไม่เหมาะสม 3.122 เท่า และการรับประทานอาหาร และการออกกำลังกาย ส่งผลต่อ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมทำให้ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานปกติดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่รับประทานอาหารไม่เหมาะสม 16.494 เท่า และการออกกำลังกายที่เหมาะสมทำให้ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานปกติดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่การออกกำลังกายไม่เหมาะสม 10.811 เท่า สอดคล้องกับการศึกษาของ ณิชารีย์ ใจคำวัง (2558)[2] ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากคะยาง จังหวัดสุโขทัย จำนวน 270 คน ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูงในภาพรวมอยู่ในระดับเสี่ยงปานกลาง (x = 2.76, SD = 1.89) พฤติกรรมการออกกำลังกายมีระดับเสี่ยงมากที่สุด (x = 1.87, SD = 1.02) ส่วนมากไม่ได้ออกกำลังกาย เนื่องจากใช้เวลาส่วนใหญ่ในการประกอบอาชีพ พฤติกรรมเสี่ยงรองลงมาคือ การบริโภคอาหาร ที่เสี่ยงต่อโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง (x = 2.45, SD = 0.95) เนื่องจากบริโภคนิสัยและวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ส่วนใหญ่ชอบอาหารรสเค็ม หวาน เผ็ด นิยมปรุงอาหารด้วยการเติมผงปรุงรส น้ำปลา น้ำตาล มีพฤติกรรมเสี่ยงทางอารมณ์ การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ มีระดับเสี่ยงปานกลาง (x = 3.20, SD = 1.09) (x = 3.13, SD = 1.48) (x = 3.17, SD = 1.62) ส่วนใหญ่สูบยาเส้นเป็นประจำหลังรับประทานอาหารเพราะเชื่อว่าทำให้ดับ

กลิ่นคาวปากและช่วยคลายความเครียด ดื่มสุราภายหลังจากการทำงาน เพื่อให้เจริญอาหารและช่วยให้หายจากการปวดเมื่อยตัว และสอดคล้องกับการศึกษาของ ทัศนีย์ เทอดจิตไพศาล (2557)[4] ศึกษาพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง จำนวน 160 คน พบว่า พฤติกรรมการควบคุมอาหาร การออกกำลังกาย การใช้ยาและการจัดการความเครียดที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสมุทรปราการ โดยภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง (เฉลี่ย= 2.29, S.D.=0.21) เมื่อนำมาวิเคราะห์เปรียบเทียบพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยง ตามความแตกต่างของ เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนและระยะเวลาที่เป็นโรคพบว่า ในกลุ่มเสี่ยงที่มี เพศ อายุ ระดับการศึกษา รายได้ต่อเดือนและระยะเวลาที่เป็นโรคแตกต่างกัน มีพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่แตกต่างกันและสอดคล้องกับการศึกษาของ Si D, และคณะ (2005)[15] ได้ทำการสำรวจคุณภาพบริการผู้ป่วยโรคเบาหวานในศูนย์บริการสุขภาพชุมชน 12 แห่งที่ดูแลคนพื้นเมืองในมณฑล Northem Territory ประเทศออสเตรเลียไม่ระบุปีที่สำรวจ โดยการประเมินตนเองด้วยแบบประเมินการบริบาลโรคเรื้อรัง (ACIC) พบว่าพัฒนาการด้านต่าง ๆ ของรูปแบบจำลองการบริบาลเรื้อรัง (Organisational influence, Community linkage, Self- management support, Clinical decision support, Delivery system design, Clinical information system และ Component integration) อยู่ในระดับต่ำถึงปานกลาง ผลการประเมินคุณภาพการดูแลผู้ป่วย โรคเบาหวานพบว่าค่าเฉลี่ยของระดับ HbA 1C เท่ากับ 9.3 จำนวนผู้ป่วยที่มีค่า HbA 1C< 8 เท่ากับร้อยละ 26 ผู้ป่วยที่มีระดับแรงดันเลือด<140/90 มม.ปรอท เท่ากับร้อยละ 54 และจำนวนผู้ป่วยที่มีระดับโคลเลสเตอรอลรวม< 5.5 มิลลิโมล/ลิตร เท่ากับร้อยละ 41 โดยพบว่าระดับคะแนนผลการประเมินตาม ACIC ด้าน Organisational influence, Community linkage และ Clinical information system ที่เพิ่มขึ้น 1 คะแนนมีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของการปฏิบัติตามเกณฑ์มาตรฐานการดูแลผู้ป่วย ร้อยละ 4.3 ร้อยละ3.8 และร้อยละ 4.5 ตามลำดับ และระดับการพัฒนาด้าน และระบบสารสนเทศเวชกรรมมีความสัมพันธ์กับระดับการควบคุมระดับ HbA 1C แรงดันเลือด และระดับโคเลสเตอรอลในเลือด อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทำให้ FBS ผิดปกติ ร้อยละ 74.8 HbA1C ผิดปกติ ร้อยละ 37.8 การรับประทานอาหาร ไม่เหมาะสม ร้อยละ 50.2 การจัดการความเครียด ไม่เหมาะสม ร้อยละ 47.8 และ การออกกำลังกาย ไม่เหมาะสม ร้อยละ 48.0 การรับประทานอาหาร การจัดการความเครียดและการออกกำลังกาย ส่งผลต่อระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ การรับประทานอาหารที่เหมาะสมทำให้ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานปกติดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่รับประทานอาหารไม่เหมาะสม 2.404 เท่า การจัดการความเครียดที่เหมาะสมทำให้ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานปกติดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่จัดการความเครียดไม่เหมาะสม 2.775 เท่า และการออกกำลังกายที่เหมาะสมทำให้ระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานปกติดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่การออกกำลังกายไม่เหมาะสม 9.967 เท่า และการออกกำลังกาย ส่งผลต่อ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ การออกกำลังกายที่เหมาะสมทำให้ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานปกติดีกว่าผู้ป่วยเบาหวานที่การออกกำลังกายไม่เหมาะสม 2137 เท่า

นอกจากนี้ยังได้ดำเนินการปรับปรุงระบบและกำหนดแนวทางระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรี โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างแพทย์เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ทั้งจากโรงพยาบาลนครชัยศรี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พร้อมด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนญาติผู้ป่วย และผู้ป่วย สอดคล้องกันกับแนวคิดของ (การแลกเปลี่ยนเรียนรู้) และ การมีส่วนร่วม[1][7][10] เพื่อกำหนดทิศทางและกรอบการดำเนินงาน ตามแนวคิดแผนยุทธศาสตร์กระทรวงสาธารณสุข 4 Excellence ได้ดังนี้ 1) Promotion, Prevention & Protection Excellence ประกอบด้วย กลยุทธ์ที่ 1 เสริมสร้างความร่วมมือในการดูแลสุขภาพชุมชน กลยุทธ์ที่ 2 พัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดันในคลินิกบริการ [5] กลยุทธ์ที่ 3 พัฒนาระบบส่งต่อ กลยุทธ์ที่ 4 พัฒนาระบบสารสนเทศทุกระดับ [3] 2) People Excellence ประกอบด้วย กลยุทธ์ที่ 5 พัฒนาศักยภาพบุคลากร 3) Government Excellence ประกอบด้วย กลยุทธ์ที่ 6 พัฒนาระบบบริหารจัดการโรคเบาหวาน กลยุทธ์ที่ 7 พัฒนาศูนย์เรียนรู้ ซึ่งจากกิจกรรมดังกล่าว ส่งผลให้พฤติกรรมสุขภาพและสภาวะ

สุขภาพ ระหว่าง ปี 2560 ปี 2561 และปี 2562 พบว่า FBS, HbA1C, การรับประทานอาหาร, การจัดการความเครียด และการออกกำลังกาย มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2562 มีค่า FBS, HbA1C, การรับประทานอาหาร, การจัดการความเครียด และการออกกำลังกาย ดีที่สุด สอดคล้องกับการศึกษาของ Bernstien, S.J. (2008)[13] ศึกษารูปแบบใหม่ในการดูแลโรคเรื้อรังที่สามารถเปลี่ยนการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยโรคเรื้อรังได้ดีมีประสิทธิภาพ และเกิดความร่วมมือในกระบวนการรักษาร่วมกันมากขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับทีมสุขภาพ เกิดความเป็นระบบในการดูแลสุขภาพแก่ผู้ป่วยโรคเรื้องรัง มีฐานข้อมูลที่ดีในการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย การติดตามผลการรักษาระหว่างผู้ป่วยและทีมสุขภาพ นำไปประกอบติดสินใจบริการเชิงรุก สอดคล้องกับงานวิจัยของ ปาหนัน พิชยภิญโญ และคณะ (2558)[9] ศึกษาปัจจัยจำแนกพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำและกลุ่มเสี่ยงสูงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด โดยการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพ จำนวน 228 คน และพัฒนาเครื่องมือการปฏิบัติพฤติกรรมสุขภาพนำไปใช้กับผู้ป่วยกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำและกลุ่มเสี่ยงสูงมีพฤติกรรมสุขภาพด้านการรับประทานอาหาร การปฏิบัติพฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมการออกกำลังกายไม่แตกต่างกัน และปัจจัยการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือด การรับรู้อุปสรรคการในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดและแรงสนับสนุนทางสังคมสามารถร่วมกันทำนายการเกิดพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 19 ในการสำรวจพฤติกรรมสุขภาพในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงโรคหัวใจ และหลอดเลือดในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา จำนวน 566 คน ในปี พ.ศ. 2557 พบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มีพฤติกรรมการออกกำลังกายน้อยที่สุดเมื่อเปรียบเทียบกับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การดื่มสุราและสูบบุหรี่ และการรับประทานยาและตรวจตามนัด ข้อเสนอแนะจากงานวิจัยคือการจัดสิ่งที่เอื้อและปัจจัยเกื้อหนุนให้ผู้ป่วยลดอุปสรรคในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรค ร่วมกับการสร้างความเชื่อมั่นในความสามารถของตนเองในการป้องกันโรค ให้ผู้ป่วยนั้นสำคัญที่สุดในการส่งเสริมพฤติกรรมสุขภาพและการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัว และสอดคล้องกับการศึกษาของนงลักษณ์ เทศนา และคณะ (2558)[6] ได้ทำการศึกษาการพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพแบบเข้มข้นในกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวาน ใช้หลักการมีเพื่อนช่วยเพื่อน กระตุ้นเตือนให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์ โดยมีบุคลากรสาธารณสุขเป็นพี่เลี้ยง ในกลุ่มตัวอย่างที่เสี่ยงโรคเบาหวาน จำนวน 60 คน พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 73.3 อายุเฉลี่ย 51.2 ปี BMI เฉลี่ย 28.40 กก./ม2 เกือบทั้งหมดมีเส้นรอบเอวเกินมาตรฐาน ร้อยละ 90.0 ระดับน้ำตาลเฉลี่ย 95.3 มก./ดล. หลังสิ้นสุดโปรแกรม วิเคราะห์ผลลัพธ์โดยการควบคุม (Adjusted) ด้วยค่าก่อนจัดโปรแกรม (Baseline) ของตัวแปรนั้น พบว่า ระดับน้ำตาลในเลือด และ BMI ของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่แตกต่างกัน เส้นรอบเอวของกลุ่มทดลองลดลงมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (ความต่างเฉลี่ย –5.9 ซม.; 95%CI = (–9.4, –2.4; p=0.001) คะแนนพฤติกรรมสุขภาพ (ความต่างเฉลี่ย 3.6 คะแนน; 95%CI = 0.3, 6.9; p=0.035) และความรู้ (ความต่างเฉลี่ย 2.0 คะแนน; 95%CI = 0.6, 3.4; p=0.006) เพิ่มขึ้นมากกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะเห็นว่าโปรแกรมมีประสิทธิผลในการลดเส้นรอบเอว มีพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย และความรู้เพิ่มขึ้น

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ควรจัดให้มีการทบทวนระบบและกำหนดแนวทางระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรี และการปรับปรุงระบบและกำหนดแนวทางระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโรงพยาบาลนครชัยศรี โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่าง แพทย์ เภสัชกร นักโภชนาการ นักกายภาพบำบัด พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข ทั้งจากโรงพยาบาลนครชัยศรี และโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล พร้อมด้วย ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ตัวแทนญาติผู้ป่วย และผู้ป่วย

2. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลนครชัยศรี จังหวัดนครปฐม ซึ่งมุ่งเน้นเฉพาะการบริหารจัดการระบบการดูแล ความศึกษารายละเอียดพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยเพื่อประกอบการให้บริการที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.ชินรัตน์ สมสืบ. การมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท.สำนักพิมพ์. มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช, 2539

2.ณิชารีย์ ใจคำวัง. พฤติกรรมเสี่ยงของกลุ่มเสี่ยงโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษาโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านปากคะยาง จังหวัดสุโขทัย.คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี มหาวิทยาลัยราชภัฏอุตรดิตถ์. วารสารการพัฒนาชุมชนและคุณภาพชีวิต 2558; 3: 173-184.

3.ดารณี พิมพ์ช่างทอง. ระบบสารสนเทศในองค์กร. กรุงเทพฯ: ทริปเพิ้ล กรุ๊ป, 2552.

4.ทัศนีย์ เทอดจิตไพศาล อโนทัย ผลิตนนท์เกียรติ ศศิธร เพชรเผือก. พฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยโรคเบาหวานในกลุ่มเสี่ยงโรงพยาบาลแห่งหนึ่ง ในจังหวัดสมุทรปราการ.มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ, 2557: 260-72.

5.ธัญญพร จารุกิตติคุณ และ นันทกานต์ ทองวานิช. คู่มือการการออกแบบบริการ (Service Design Workbook). กรุงเทพ ฯ. : ศูนย์สร้างสรรค์งานออกแบบ, 2557.

6.นงลักษณ์ เทศนา จมาภรณ์ ใจภักดี บุญทนากร พรหมภักดี กนกพร พินิจลึก. รายงานการวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการป้องกันการป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 2558: 49-55.

7.นิตย์ ทัศนนิยม. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาสุขภาพแนวคิดและกลวิธี. ขอนแก่น: ภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2546.

8.ปัทมา โกมุทบุตร ต้นแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง: นวัตกรรมเพื่อความแข็งแกร่งของระบบสุขภาพปฐมภูมิ.2551. (ออนไลน์) เข้าถึงได้จาก: http://www.thaiccm.com (วันที่ค้นข้อมูล 20 ตุลาคม 2558)

9.ปาหนัน พิชยภิญโญ สุนีย์ ละกาปั่น ดุสิต สุจิรารัตน์ วันเพ็ญ แก้วปาน. รายงานวิจัยเรื่อง ปัจจัยจำแนกพฤติกรรมสุขภาพและภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่ำและกลุ่มเสี่ยงสูงของการเกิดโรคหัวใจและหลอดเลือด. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.); 2558: 58-62.

10.ไพรัตน์ เตชะรินทร์. นโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนาปัจจุบันในการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชนบท. กรุงเทพฯ : ศักดิ์โสภาการพิมพ์, 2546

11.สถาบันวิจัยและประเมินเทคโนโลยีทางการแพทย์.(2552). TCEN เบาหวานชี้ทิศกำหนดเป้าเร่งเร้าพัฒนา. กรุงเทพฯ: อุดมรัตน์การพิมพ์และดีไซน์, 2552.

12.American Diabetes Association. Diagnosis and classification of diabetes mellitus. Diabetes care. 2012; 35: S64–71.

13.Bernstien, S.J. (2008). A new model for chronic care Delivery. Frontiers of Health Services Management, 25(2), 31-39.

14.Edward's W. Deming institute. The PDSA Cycle systemic: steps for gaining valuable learning and knowledge for the continual improvement of a product or process. New York: Theories & Teachings; 2016: Available from URL: https://www.deming.org/theman/theories/pdsacycle.

15.Si D, Bailie R, Connor C, Dowden M, Stewart A, Robiinson G, et al. Assessing health center systems for guiding improvement in diabetes care. BMC health Res 2005;5:56.

16.World Health Organization. (2008). Country and regional data world prevalence

รูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนจังหวัดบึงกาฬ

Public participation development model in community Garbage Management Buengkan Province.

สมชัย คำหงษา[1] และสุนันท์ สาคร[1]

Somchai Khamhongsa[1] and Sunan sakorn[1]

(Received: October 21,2020; Accepted: November 19,2020)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development) มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์ในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน ศึกษารูปแบบ ติดตามและประเมินผลการใช้รูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จังหวัดบึงกาฬ กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนครัวเรือนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนและอาศัยอยู่ในตำบลนาสะแบง อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 1,909 หลังคาเรือน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม และวิเคราะห์ข้อมูลโดยข้อมูลเชิงปริมาณ คือ สถิติเชิงพรรณา (Descriptive Statistics) ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ส่วนการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ปริมาณขยะมูลฝอยของครัวเรือนในตำบลนาสะแบง อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ มีแนวโน้มลดลงและไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม พ.ศ.2562 เป็นต้นไป ส่วนค่าเฉลี่ยเดือนสุดท้าย (ประมาณ 52 ตัน/เดือน เฉลี่ย 27.24 กิโลกรัม/ครัวเรือน คิดเป็น 0.91 กิโลกรัม/ครัวเรือน/วัน ระดับการมีส่วนร่วม โดยรวมและรายด้าน และระดับพฤติกรรมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนตำบลนาสะแบง อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ก่อนหลัง และหลังการดำเนินงาน 12 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงาน 12 เดือนมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด

คำสำคัญ : การมีส่วนร่วมของประชาชน การจัดการขยะมูลฝอยชุมชน

ABSTRACT

This research was research and development. Aimed to studied the situation in the management of community solid waste, the model, follow up and evaluate the used of the development model for public participation in the management of community solid waste Buengkan Province. Sample size were 1,909 representatives of households in the management of community solid waste and residing in Nasabaeng Sub-district, Sriwilai District, Buengkan Province. Data were collected by questionnaire and analyzed by quantitative data were descriptive statistics such as frequency distribution, percentage (Percentage), arithmetic mean ($\bar{x}$) and standard deviation (SD) and Inferential statistics with a level of significance at 0.05. The qualitative data analysis was the content analysis.

The analysis of the data showed that The amount of household waste in Nasabeng Sub-district, Sriwilai District, Buengkan Province trend down and does not exceed the standard. From May 2019 onwards, the average of the last month (approximately 52 tons / month, mean 27.24 kg / household, or 0.91 kg / household / day). Total and aspect participation level and the behavioral level of people in the management of solid waste in the community, Nasabaeng Subdistrict,

[1] สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบึงกาฬ

Sriwilai District, Buengkan Province, before, after and after the operation of 12 months, there were statistically significant differences at the .05 level. By after the operation of 12 months was the most average.

บทนำ

ปัญหาขยะมูลฝอยเป็นปัญหาสำคัญที่อยู่คู่กับสังคมไทยมายาวนานและนับวันยิ่งมีแนวโน้มทวีความรุนแรงมากขึ้นเนื่องจากปัจจุบันความเจริญก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีส่งผลให้มีวัสดุและผลิตภัณฑ์จำนวนมากที่ช่วยให้ชีวิตมีความสะดวกสบายได้มีการอุปโภคและบริโภคมากขึ้นเรื่อยๆ ในปัจจุบัน จากเดิมที่เคยใช้ตะกร้าเวลาไปจ่ายตลาด ใช้ปิ่นโตใส่อาหารใช้ใบตองหรือใบบัวซึ่งเป็นวัสดุที่ย่อยสลายได้ง่ายห่ออาหาร แต่ปัจจุบันมีการใช้สินค้าที่มีบรรจุภัณฑ์จำพวกพลาสติก โฟม แก้ว กระดาษ โลหะ อลูมิเนียม เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เกิดมูลฝอยสูงขึ้นตามไปด้วย ผลกระทบที่จะตามมามีทั้งความสูญเสียทางด้านสิ่งแวดล้อ ก่อให้เกิดมลพิษทางน้ำ ดินเสื่อมสภาพ การใช้สิ่งเหล่านี้ล้วนเพื่อตอบสนองต่อจำนวนประชากรที่เพิ่มขึ้นตลอดจนความต้องการอุปโภคของมนุษย์ที่ไร้ขีดจำกัด จนนำไปสู่ปัญหาสิ่งแวดล้อม อย่างไรก็ตามขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้นมีสัดส่วนองค์ประกอบที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ใหม่ ได้ในอัตราที่ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80 ของปริมาณขยะมูลที่เกิดขึ้น โดยสามารถนำขยะจำพวก พลาสติก แก้ว กระดาษ โลหะ อลูมิเนียม มารีไซเคิลได้ร้อยละ 30 - 35 และนำขยะอินทรีย์หรือขยะที่สามารถย่อยสลายได้มาหมักทำปุ๋ยได้ร้อยละ 45 - 50 แต่ปัจจุบันอัตราการนำขยะกลับมาใช้ประโยชน์ใหม่มีเพียงร้อยละ 22 ของปริมาณขยะมูลฝอยที่เกิดขึ้น ซึ่งยังคงเป็นอัตราที่ต่ำมากเมื่อเปรียบเทียบกับขยะมูลฝอยที่มีศักยภาพในการกลับมาใช้ประโยชน์ได้ดังนั้นหากทุกคนเข้ามามีส่วนร่วมในการลดคัดแยกและใช้ประโยชน์จากขยะมูลฝอยโดยเริ่มจากตนเองครอบครัว หมู่บ้านหรือชุมชน สถานประกอบการต่างๆ เช่นร้านอาหาร โรงแรม ห้างสรรพสินค้าร้านสะดวกซื้อ รวมทั้งองค์กรต่างๆเช่น โรงเรียน สถานที่ราชการอาคารสำนักงาน ก็จะสามารถช่วยแก้ไขปัญหาขยะมูลฝอยได้และยังช่วยให้ประหยัดงบประมาณและทรัพยากรธรรมชาติอีกด้วย [1]

ในขณะที่องค์กรและหน่วยงานต่าง ๆ ได้พยายามที่จะเข้ามาจัดการกับปัญหาขยะ แต่ยังไม่เกิดประสิทธิภาพสูงสุด โดยพบว่ามีผลกระทบในด้านต่าง ๆ เกิดขึ้นมาให้เห็นอยู่เสมอ ทั้งระบบเก็บขนขยะและการกำจัดขยะที่ยังไม่สามารถรองรับปริมาณขยะ ที่มีปริมาณมากขึ้นการคัดแยกขยะที่ยังไม่เห็นผลชัดเจน องค์ประกอบของขยะมีส่วนที่สามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ใหม่ประมาณร้อยละ 30 ค่าใช้จ่ายในการจัดการขยะสูงกว่าค่าธรรมเนียมที่จัดเก็บได้อย่างมาก การปนเปื้อนของขยะอันตรายจากบ้านเรือนและขยะติดเชื้อจากโรงพยาบาลทำให้เกิดการปนเปื้อนของสารพิษ เช่น สารตะกั่ว สารปรอทลงสู่พื้นดินและแหล่งน้ำกองขยะที่เป็นแหล่งเพาะพันธุ์สัตว์และแมลงนำโรคต่าง ๆ เช่น หนู แมลงสาบ แมลงวัน ทั้งยังเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคเป็นแหล่งมลพิษทางอากาศจากการเผา เช่น ฝุ่นละออง เขม่าควัน การเกิดกาซมีเทน จากการฝังกลบขยะขยะบางชนิดไม่ย่อยสลาย และกำจัดได้ยาก เช่น โฟม พลาสติก ทำให้เกิดมลพิษตกค้าง สู่สิ่งแวดล้อม [2]

สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดบึงกาฬ สำรวจข้อมูลด้านการจัดการขยะมูลฝอยในปี พ.ศ. 2559 พบว่า จังหวัดบึงกาฬมีปริมาณขยะมูลฝอยชุมชน ประมาณ 844 ตันต่อวัน แบ่งเป็นขยะมูลฝอยที่เกิดจากเทศบาลจำนวน 520 ตันต่อวัน และเป็นขยะมูลฝอยที่เกิดในเขต อบต. จำนวน 324 ตันต่อวัน องค์ประกอบของขยะมูลฝอยในจังหวัดบึงกาฬนั้น จากการศึกษาองค์ประกอบของมูลฝอยที่ศูนย์กำจัดขยะมูลฝอย มีผลการศึกษา ดังนี้ ลักษณะคุณสมบัติทางกายภาพ องค์ประกอบของมูลฝอยส่วนใหญ่ เป็นเศษอาหาร เศษผัก อยู่ในช่วง 69.44 – 84.24 % ขององค์ประกอบทั้งหมด อันดับที่ 2 คือ พลาสติก ส่วนอันดับ 3 เป็นกระดาษ ลักษณะทางเคมี ได้ทำการวิเคราะห์องค์ประกอบต่าง ๆ ที่

สำคัญ มีค่าความร้อนสูงสุดอยู่ระหว่าง 3896.7 – 3952.1 กิโลแคลอรี / กิโลกรัม มีค่าความชื้นอยู่ระหว่าง 51.23 – 55.78 % ปริมาณสารเผาไหม้ได้ (Volatile Solids) อยู่ระหว่าง 72.66 – 76.41 % และค่าปริมาณเถ้า (Ash) ระหว่าง 27.87 – 29.22 % [3]

ในปี 2559 ผู้ว่าราชการจังหวัดบึงกาฬ ร่วมกับหน่วยงานที่รับผิดชอบด้านสิ่งแวดล้อม เช่น สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมจังหวัดบึงกาฬ ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกแห่ง ได้ส่งเสริมและรณรงค์ให้ประชาชนคัดแยกของเสียอันตรายจากชุมชน ภายใต้โครงการการจัดการขยะต้นทาง การรวบรวมและการกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ โดยส่วนใหญ่โรงพยาบาลให้เอกชนดำเนินการเก็บขนและกำจัดมูลฝอยติดเชื้อ จำนวน 9 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 100 % จากข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นจะเห็นว่าปริมาณขยะที่กำจัดไม่หมดในแต่ละวัน ทำให้มีปริมาณขยะเหลือสะสมเกิดขึ้นทุกวัน ทำให้เป็นปัญหาซึ่งสาเหตุมาจากท้องถิ่นขาดความชัดเจนในเรื่องกระบวนการมีส่วนร่วมของประชาชน ในการส่งเสริมและรักษาคุณภาพสิ่งแวดล้อม ขาดบุคลากรที่มีความรู้ในการบริหารจัดการขยะมูลฝอย ประชาชนขาดจิตสำนึก ขาดความตระหนัก ไม่มีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอย และมีการนำวัสดุเหลือใช้กลับมาใช้ประโยชน์น้อย[3]

ด้วยความสำคัญของปัญหาในการจัดการขยะในเขตจังหวัดบึงกาฬ ที่ได้กล่าวมาข้างต้น จะเห็นได้ว่า กลวิธีในการดำเนินการจัดการขยะที่ผ่านมามีแนวโน้มที่จะทำให้ขยะเพิ่มมากขึ้น ส่วนหนึ่งมาจากการดำเนินการที่เกิดขึ้นในภาคส่วนของรัฐเป็นหลัก ในส่วนของภาคประชาชนที่จะเพิ่มจำนวนมากขึ้นในอนาคต กลับยังไม่มีช่องทางที่จะเข้าไปมีส่วนร่วมที่ชัดเจน ถึงแม้ภาคส่วนที่ดำเนินงานเป็นองค์การที่เกิดโดยประชาชน เช่น องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น แต่ในการเกิดการมีส่วนร่วมจากประชาชนจริง ๆ กลับไม่มีความชัดเจนในลักษณะปฏิบัติ ดังนั้น ผู้วิจัยในฐานะนักวิชาการด้านสุขภาพ และเป็นประชาชนที่มีหน้าที่รับผิดชอบด้านสิ่งแวดล้อม จึงมีความสนใจที่จะศึกษาวิจัย หาปัจจัยสาเหตุของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จังหวัดบึงกาฬ สร้างรูปแบบการพัฒนา และนำรูปแบบการพัฒนาที่สร้างขึ้นไปทดลอง เพื่อนำผลการวิจัยไปสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น เป็นประโยชน์ต่อประชาชน ชุมชน และประเทศชาติ และเป็นต้นแบบในการนำไปพัฒนาชุมชนในด้านการมีส่วนร่วมในการจัดการขยะมูลฝอยต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาสถานการณ์ในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

2. เพื่อศึกษารูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

3. เพื่อติดตามและประเมินผลการใช้รูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

วิธีการวิจัย

รูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จังหวัดบึงกาฬ เป็นการศึกษาแบบวิจัยและพัฒนา (Research and Development)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ประชาชนที่เกี่ยวข้องในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนที่เป็นตัวแทนครัวเรือนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนและอาศัยอยู่ในตำบลนาสะแบง อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ จำนวน 1,909 หลังคาเรือน เนื่องจากมีค่าเฉลี่ยของปริมาณขยะต่อคน/วัน เกินกว่าเกณฑ์มาตรฐานและมากที่สุดในจังหวัดบึงกาฬ คือประมาณ 1.62 กิโลกรัม/ครัวเรือน/วัน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ รูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชน
ในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบสอบถามการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย จังหวัดบึงกาฬ เป็นแบบ Rating

scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มากที่สุด
3.41 – 4.20	มาก
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	น้อย
1.00 - 1.80	น้อยที่สุด

2.2 แบบสอบถามระดับพฤติกรรมการปฏิบัติในการจัดการขยะมูลฝอย จังหวัดบึงกาฬ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ (Best, 1991)

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	เหมาะสมมาก
3.41 – 4.20	เหมาะสม
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	ไม่เหมาะสม
1.00 - 1.80	ต้องปรับปรุง

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยงแบบสอบถามการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย จังหวัดบึงกาฬ เท่ากับ.606 และแบบสอบถามระดับพฤติกรรมการปฏิบัติในการจัดการขยะมูลฝอย จังหวัดบึงกาฬ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาสถานการณ์ในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

ขั้นตอนที่ 2 สร้างและทดลองรูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จังหวัดบึงกาฬ โดยทดสอบในประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

ระยะที่ 2 สร้างรูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

ระยะที่ 3 การทดลองและประเมินผลการใช้รูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จังหวัดบึงกาฬ

ขั้นตอนที่ 3 การใช้รูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนและการประเมินผลได้แก่ ระดับการมีส่วนร่วม พฤติกรรมการปฏิบัติตัวของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จังหวัดบึงกาฬ และปริมาณขยะ ถอดบทเรียนการใช้รูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชน จังหวัดบึงกาฬและกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ข้อมูลที่ได้นำมาประมวลผลทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป คำนวณโดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. รูปแบบการพัฒนาการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอย จังหวัดบึงกาฬ ที่ได้ผ่านกระบวนการวิจัย กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ และ

กระบวนการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ได้กิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรม ขยะมูลฝอยต้นทาง กิจกรรม ศึกษาดูงาน กิจกรรม ตั้งกลุ่มจัดการขยะมูลฝอย กิจกรรม เปลี่ยนขยะมูลฝอยเป็นประโยชน์ กิจกรรม เปลี่ยนขยะมูลฝอยเป็นรายได้ กิจกรรม ขยะมูลฝอยคือคุณค่าของชีวิต กิจกรรม การจัดการขยะมูลฝอยอย่างเป็นระบบ และการทิ้งถังและเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบว่าโดยรวมและรายด้าน ได้แก่ ด้านการตัดสินใจ ด้านการรับผลประโยชน์ และ ด้านการประเมินผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

2. ปริมาณขยะมูลฝอยของครัวเรือนในตำบลนาสะแบง อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ มีแนวโน้มลดลงและไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม พ.ศ.2562 เป็นต้นไป ส่วนค่าเฉลี่ยเดือนสุดท้าย (กันยายน 2562) มีค่าเฉลี่ยของปริมาณขยะต่อคน/วัน ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน ประมาณ 52 ตัน/เดือน เฉลี่ย 27.24 กิโลกรัม/ครัวเรือน คิดเป็น 0.91 กิโลกรัม/ครัวเรือน/วัน

3. ระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนตำบลนาสะแบง อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลัง อยู่ในระดับมาก ส่วนหลังการดำเนินงาน 12 เดือนอยู่ในระดับมากที่สุด

4. ระดับพฤติกรรมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนตำบลนาสะแบง อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ โดยรวม ก่อนและหลัง อยู่ในระดับมาก ส่วนหลังการดำเนินงาน 12 เดือนอยู่ในระดับมากที่สุด

5. ระดับการมีส่วนร่วม โดยรวมและรายด้าน และระดับพฤติกรรมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนตำบลนาสะแบง อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ก่อน หลัง และหลังการดำเนินงาน 12 เดือน

ตาราง 1 การเปรียบเทียบระดับการมีส่วนร่วมและระดับพฤติกรรมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนตำบลนาสะแบง อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ก่อน หลัง และหลังการดำเนินงาน 12 เดือน

ตัวแปร	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	p - value	Epsilon[b]		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
ด้านการตัดสินใจ	.000	21798.709	2	.000	.500	.500	.500
ด้านการปฏิบัติการ	.000	14981.018	2	.000	.500	.500	.500
ด้านการได้รับผลประโยชน์	.000	17618.181	2	.000	.500	.500	.500
ด้านการประเมินผล	.000	14963.577	2	.000	.500	.500	.500
ระดับการมีส่วนร่วมรวม	.000	14870.725	2	.000	.500	.500	.500
ระดับพฤติกรรม	.001	13706.264	2	.000	.500	.500	.500

จากตาราง 1 พบว่า ระดับการมีส่วนร่วม โดยรวมและรายด้าน และระดับพฤติกรรมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนตำบลนาสะแบง อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ก่อน หลัง และหลังการดำเนินงาน 12 เดือน มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงาน 12 เดือน มีค่าเฉลี่ยมากที่สุด

สรุปและอภิปรายผล

ปริมาณขยะมูลฝอยของครัวเรือนในตำบลนาสะแบง อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ มีแนวโน้มลดลงและไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน ตั้งแต่เดือน พฤษภาคม พ.ศ.2562 เป็นต้นไป ส่วนค่าเฉลี่ยเดือนสุดท้าย (กันยายน 2562) มีค่าเฉลี่ยของปริมาณขยะต่อคน/วัน ไม่เกินเกณฑ์มาตรฐาน

ประมาณ 52 ตัน/เดือน เฉลี่ย 27.24 กิโลกรัม/ครัวเรือน คิดเป็น 0.91 กิโลกรัม/ครัวเรือน/วัน และระดับการมีส่วนร่วมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนตำบลนาสะแบง อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ โดยรวมและรายด้าน ก่อนและหลัง อยู่ในระดับมาก ส่วนหลังการดำเนินงาน 12 เดือนอยู่ในระดับมากที่สุด ระดับพฤติกรรมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนตำบลนาสะแบง อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ โดยรวม ก่อนและหลัง อยู่ในระดับมาก ส่วนหลังการดำเนินงาน 12 เดือนอยู่ในระดับมากที่สุด สอดคล้องกันกับการศึกษาของภาวิน เหิดขุนทด (2554)[4] ได้ศึกษาพฤติกรรมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลสานักตะคร้ออำเภอเทพารักษ์จังหวัดนครราชสีมา พบว่า เขตพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลสำนักตะคร้อได้พบปัญหาเกี่ยวกับการไม่คัดแยกขยะก่อนทิ้งให้ถูกวิธีโดยนำไปทิ้งรวมใส่ถังขยะทำให้การจัดการขยะในพื้นที่ไม่มีประสิทธิภาพดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องศึกษาพฤติกรรมของประชาชนในการจัดการขยะในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลสำนักตะคร้อจังหวัดนครราชสีมาวัตถุประสงค์ของงานวิจัยนี้คือเพื่อศึกษาพฤติกรรมของประชาชนในการจัดการขยะในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลสานักตะคร้องานวิจัยนี้ใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับการลดปริมาณขยะการนำขยะกลับมาใช้ใหม่และการคัดแยกขยะก่อนทิ้งผู้ที่ตอบแบบสอบถามมีจานวน 380 คนจากนั้นวิเคราะห์ผลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปในการคำนวณหาค่าเฉลี่ยส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและค่าร้อยละ ผลการศึกษาพบว่าคะแนนของการลดปริมาณขยะการนำขยะกลับมาใช้ใหม่และการคัดแยกขยะก่อนทิ้งอยู่ในระดับสูงโดยทั่วไปแล้วประชาชนมีการคัดแยกขยะก่อนทิ้งยกเว้นขยะประเภทแบตเตอรี่โทรศัพท์ดังนั้นองค์การบริหารส่วนตำบลสำนักตะคร้อควรจัดการอบรมประชาชนในพื้นที่เกี่ยวกับการคัดแยกขยะก่อนทิ้ง ระดับการมีส่วนร่วม โดยรวมและรายด้าน และระดับพฤติกรรมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยชุมชนตำบลนาสะแบง อำเภอศรีวิไล จังหวัดบึงกาฬ ก่อน หลัง และหลังการดำเนินงาน 12 เดือนมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังการดำเนินงาน 12 เดือนมีค่าเฉลี่ยมากที่สุด เนื่องจากมีกระบวนการวิจัย กระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการ และกระบวนการพิจารณาของผู้เชี่ยวชาญ ทำให้ได้กิจกรรมทั้งหมด 8 กิจกรรม ได้แก่ กิจกรรม ขยะมูลฝอยต้นทาง กิจกรรมศึกษาดูงาน กิจกรรม ตั้งกลุ่มจัดการขยะมูลฝอย กิจกรรมเปลี่ยนขยะมูลฝอยเป็นประโยชน์ กิจกรรม เปลี่ยนขยะมูลฝอยเป็นรายได้ กิจกรรม ขยะมูลฝอยคือคุณค่าของชีวิต กิจกรรม การจัดการขยะมูลฝอยอย่างเป็นระบบ และการทิ้งถัง สอดคล้องกับการศึกษาของกิ่งแก้ว ปะติตังโข (2552)[5] ได้ศึกษาการจัดการขยะมูลฝอยในเขตพื้นที่เทศบาลตำบลอิสาณอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์ พบว่าแนวทางการจัดการขยะมูลฝอยในเขตพื้นที่เทศบาลอิสาณในเขตชุมชนเมืองมีแนวทางดังนี้ เลือกเทคโนโลยีในการกำจัดขยะมูลฝอยที่เหมาะสม ร่วมทุนกับเอกชนเพื่อการบริการให้ทั่วถึงและต่อเนื่อง ด้านการรณรงค์ให้ประชาชนมีส่วนร่วมโดยสร้างกิจกรรด้านอบรมความรู้ด้านการจัดการขยะ จัดหาถังขยะแยกสีตามประเภทของขยะ สร้างต้นแบบหมู่บ้านการจัดการขยะแบบมีส่วนร่วม โครงการเสริมสร้างผู้นำด้านการรักษาสิ่งแวดล้อม ปรับปรุงนโยบายคิดค่าบริการเก็บขยะมูลฝอยโดยใช้หลักการ“ผู้ก่อมลพิษเป็นผู้จ่ายอย่างยุติธรรมและเสมอภาค”ในเขตชุมชนกึ่งเมืองกึ่งชนบทมีแนวทางคือกำหนดกฎระเบียบข้อบังคับเกี่ยวกับการจัดการขยะมูลฝอยที่เกิดจากการก่อสร้าง และเมื่อเปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับการมีส่วนร่วมก่อนการทดลองกับหลังการทดลอง พบว่าโดยรวมและรายด้านได้แก่ ด้านการตัดสินใจ ด้านการรับผลประโยชน์ และด้านการประเมินผล มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 สอดคล้องกันกับการศึกษาของ มาลัย เอี่ยมจำเริญ (2557)[6] ได้ศึกษาการบริหารจัดการขยะมูลฝอยในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลบางโฉลงอำเภอบางพลีจังหวัดสมุทรปราการ พบว่า วิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการบริหารจัดการขยะมูลฝอยและปัญหาในการบริหารจัดการขยะมูลฝอยขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในเขตอำเภอบางพลีจังหวัดสมุทรปราการซึ่งรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างที่เป็นประชาชนที่มีภูมิลำเนาอยู่ใน

พื้นที่อำเภอบางพลีจานวน 400 คนการศึกษาเป็นการศึกษาเชิงสำรวจ (Survey Research) โดยใช้ข้อมูลเชิงคุณภาพ (Qualitative data) ผลการศึกษาพบว่า การบริหารจัดการขยะมูลฝอยในด้านการทิ้งขยะมูลฝอยพบว่ามีจำนวนถังขยะอย่างเหมาะสมมีการจัดทำข้อบัญญัติในด้านการจับปรับในการทิ้งขยะไม่ถูกที่และประชาชนมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการขยะในด้านการจัดการขยะมูลฝอยมีเจ้าหน้าที่ทำการเก็บขยะอย่างเพียงพอเจ้าหน้าที่ปฏิบัติต่อประชาชนด้วยความสุภาพและสามารถแก้ปัญหาร้องเรียนเรื่องขยะได้เป็นอย่างดีและมีการกำหนดช่วงเวลาในการให้บริการเก็บขยะในด้านการเก็บรวบรวมและการขนส่งมีการกำหนดเส้นทางการจัดเก็บขยะครอบคลุมทุกพื้นที่จัดเก็บขยะตรงเวลาและสม่ำเสมอมีการกำหนดเวลาและจำนวนเที่ยวรถเก็บขยะและมีการตรวจสอบและจัดเก็บขยะที่ตกหล่นจากการขนย้ายไปกำจัดและสุดท้ายในด้านการกำจัดขั้นสุดท้ายมีสถานที่ทำลายขยะมูลฝอยมีการกำจัดขยะถูกสุขลักษณะมีการแปรสภาพขยะมูลฝอยเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ด้านอื่นและมีการแยกทำลายตามลักษณะของขยะ

ข้อเสนอแนะ

1. ประชาชนส่วนหนึ่งไม่ให้ความร่วมมือ ควรมีการการลงพื้นที่เข้าไปคลุกคลีกับชุมชนร่วมประชุมหมู่บ้านทำความเข้าใจให้ประชาชนในพื้นที่รักหมู่บ้านตนเองสนในสิ่งแวดล้อมหมู่บ้านตนเอง สร้างจิตสำนึกให้ประชาชนรักบ้านตัวเอง

2. งบประมาณไม่เพียงพอ ควรมีการขอสนับสนุนงบประมาณจากองค์กรภายนอกและดำเนินกิจกรรมที่เหมาะสมกับพื้นที่และเหมาะสมกับงบประมาณ

3. ประชาชนบางส่วนขาดความรู้ ในการจัดการขยะ ควรมีการให้ความรู้เพิ่มเติมโดยการจัดประชุม อบรม ประชาสัมพันธ์ สร้างแนวทางการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ในรูปแบบอื่นๆ จากประชาชนไม่ฟังประกาศอาจจะดำเนินการทำเพลงรณรงค์การจัดการขยะให้ผู้ใหญ่บ้านเปิด ทำสปอร์ตประชาสัมพันธ์ให้ความรู้แก่ประชาชน

4. การดำเนินการไม่ครอบคลุมทุกพื้นี่ ควรมีกระบวนการสร้างภาคีเครือข่าย ตำบลนาสะแบง ร่วมด้วยช่วยกันทั้งตำบลทั้ง ราชการและเอกชน ดำเนินการเคาะประตูบ้าน โดยดำเนินกิจกรรมโดยคณะ อสม ที่ดูแลครัวเรือน แทรกความรู้ความเข้าใจในการจัดการสิ่งแวดล้อม

เอกสารอ้างอิง

1.กรมควบคุมมลพิษ. คู่มือแนวทางการลดคัดแยกและใช้ประโยชน์ขยะมูลฝอยสำหรับอาสาสมัครพิทักษ์ทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อมหมู่บ้าน.พิมพ์ครั้งที่ 1 ปีที่พิมพ์ 2551 สถานที่พิมพ์:บริษัทรุ่งศิลป์การพิมพ์ (1977) จำกัด. 2551.

2.สมศักดิ์ ทะนวนรัมย์ รังสรรค์ สิงหเลิศ ชาตรี ศิริสวัสดิ์. รูปแบบการพัฒนาการจัดการขยะของประชาชน จังหวัดบุรีรัมย์ วารสารช่อพะยอม ปีที่ 29 ฉบับที่ 1 2561

3.สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมจังหวัดบึงกาฬ. อมูลด้านการจัดการขยะมูลฝอยจังหวัดบึงกาฬ ประจำปี 2559 บึงกาฬ: สำนักงานทรัพยากรธรรมชาติ และสิ่งแวดล้อมจังหวัดบึงกาฬ. 2560 (เอกสารอัดสำเนา)

4.ภาวิน เหิดขุนทด. พฤติกรรมของประชาชนในการจัดการขยะมูลฝอยในชุมชนขององค์การบริหารส่วนตำบลสานักตะคร้ออำเภอเทพารักษ์จังหวัดนครราชสีมา. สานักวิชาวิศวกรรมศาสตร์มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี. 2554.

5.กิ่งแก้ว ปะติตังโข. การจัดการขยะมูลฝอยในเขตพื้นที่ เทศบาลตำบลอิสาณอำเภอเมืองจังหวัดบุรีรัมย์. 4(2) กรกฎาคม-ธันวาคม 2552.วารสารวิจัยและพัฒนามหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์. 2552.

6.มาลัย เอี่ยมจำเริญ. การบริหารจัดการขยะมูลฝอยในพื้นที่องค์การบริหารส่วนตำบลบางโฉลงอำเภอบางพลีจังหวัดสมุทรปราการ. วารสารวิชาการมหาวิทยาลัยธนบุรี. 8(15) มกราคม – เมษายน. 2557.

7.John W. Best James V. Kahn. RESEARCH IN EDUCATION. 8th. Allyn and Bacon. 1991.

กระบวนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

Process of developing dengue surveillance and control system Samphran District, Nakhon Pathom Province

ทินกร ชื่นชม[1]

Tinnakorn Chuenchom [1]

(Received: November 4,2020; Accepted: November 27,2020)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์โรคไข้เลือดออก และพัฒนาระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม มีระยะเวลาการศึกษาระหว่าง เดือน มกราคม 2562 – ธันวาคม 2562 รวมทั้งสิ้น 12 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ประชาชนในเขตรับผิดชอบของอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม จำนวน 22,950 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบรายงานโรค รง.506 และ แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก วิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติเชิงพรรณา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้แก่ สถิติ F-test ด้วยเทคนิค Two – way ANOVA เปรียบเทียบรายคู่ โดย Duncan สถิติ F - test ด้วยเทคนิค One – way ANOVA เปรียบเทียบรายคู่ โดย Duncan และ Dependent t-test และ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการศึกษา พบว่า สถานการณ์โรคไข้เลือดออก อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ปี 2560 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก แต่ไม่เกินค่า median ส่วนปี 2561 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก เกินค่า median และในปี 2562 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเกินค่า median จาก เดือน ม.ค. – เม.ย.62 และลดลงมาจนไม่เกินค่า median ตั้งแต่ เดือน พ.ค. – ธ.ค.62 ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำชุมชนและ ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชน ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการ มีค่าคะแนนเฉลี่ย มากกว่าก่อนดำเนินการ

คำสำคัญ : กระบวนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก

ABSTRACT

This research was action research aimed to Studied the situation of dengue fever and develop a surveillance and control system for dengue fever in Samphran District, Nakhon Pathom Province. The study period is between January 2019 - December 2019, totaling 12 months. Sample size were 22,950 people in Samphran District, Nakhon Pathom Province. Data were collected by Ror. 506 Disease Report Form and assessment form of prevention and control behavior of dengue fever. Data were analyzed by Descriptive Statistics namely Frequency , Percentage , Mean and Standard Deviation. Inferential Statistics with a level of significance at 0.05 as follows namely F-test by Two – way ANOVA technique comparison by Duncan , F - test by One – way ANOVA technique comparison by Duncan and Dependent t-test. Qualitative data analysis including content analysis.

The study found that the situation of dengue fever in Samphran District, Nakhon Pathom Province, in 2017 there were dengue cases but not more than median value. And in 2019, there were more than median cases of dengue fever from January to April 2019 and decreased until the median was not exceeded from May-Dec 2019. Level of dengue fever prevention and control behavior of community

[1] พบ. โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

leaders and Level of dengue fever prevention and control behavior of people before and after found there was a statistically significant difference at the .05 level. Average rating than before proceeding.

Keyword : Process of developing dengue surveillance and control system

บทนำ

ไข้เลือดออก (Dengue Fever) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสเดงกี่ (Dengue) จึงพบได้มากในประเทศเขตร้อนในทวีปเอเชีย แอฟริกา อเมริกากลางและใต้ ตอนเหนือของออสเตรเลีย และตามหมู่เกาะในมหาสมุทรแปซิฟิก จากการแพร่ระบาดในวงกว้างอย่างรวดเร็ว ไข้เลือดออกจึงเป็นหนึ่งในโรคที่องค์การอนามัยโลก (WHO) ให้ความสนใจ และประกาศให้เป็นโรคที่ควรเฝ้าระวัง ไข้เลือดออกเป็นโรคติดต่อที่นำโดยยุงลายบ้าน (Aedes aegypti) เป็นตัวนำสำคัญจัดอยู่ ในกลุ่ม Mosquito bonedisease เป็นเชื้อไวรัสเดงกี่ ที่ระบาดครั้งแรกที่ประเทศฟิลิปปินส์ ใน ปี พ.ศ. 2497 สำหรับในประเทศไทยพบว่ามีรายงานการป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก ปี พ.ศ.2501 ที่กรุงเทพมหานคร มีรายงานผู้ป่วย 2,706 ราย เสียชีวิต 296 ราย คิดเป็นอัตราป่วยและอัตราตาย 2 เท่ากับ 10.6 และ 1.2 ต่อแสนประชากร ในระยะ 5 ปี ต่อจากนั้นมาก็มีรายงานผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกทุกปีและได้แพร่กระจายไปตามจังหวัดต่างๆ โดยเฉพาะที่เป็นหัวเมืองใหญ่มีประชากรหนาแน่น และการคมนาคมสะดวก โรคไข้เลือดออกแพร่กระจายอย่างรวดเร็วจนในที่สุดก็พบว่ามีรายงาน ผู้ป่วยด้วยโรคนี้ในทุกจังหวัดของประเทศไทย รูปแบบการระบาดเป็นแบบ 2 ปีแล้วลดต่ำลง หรือ ลดต่ำลง 2 ปี แล้วเพิ่มสูงขึ้น [2]

โรคไข้เลือดออกเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทยนานกว่า 40 ปี รัฐบาลได้พยายามหาแนวทางแก้ไขมาอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออกในระยะแรก ส่วนใหญ่รัฐเป็นผู้ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แต่ยังไม่สามารถควบคุมโรค ไข้เลือดออกได้ จากปัญหาการแพร่ระบาดของโรคไข้เลือดออกที่มีมาอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวคิดในการปฏิบัติงาน จากการตั้งรับไปสู่นย์นโยบายเชิงรุก ซึ่งวิธีลดอัตราป่วยของโรคไข้เลือดออก ให้ได้ผลสำเร็จจะต้องมีองค์ประกอบหลายปัจจัย จึงจะทำให้พฤติกรรมการป้องกัน โรคบรรลุเป้าหมาย เช่นการลด หรือทำลายแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย จะต้องผสมผสานหลายๆ วิธีทั้ง กายภาพและชีวภาพเข้าด้วยกัน รวมทั้งปฏิบัติโดยให้ความครอบคลุมมากที่สุด ความร่วมมือของชุมชนก็เป็นส่วนที่สำคัญในการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก การควบคุมโรคจะไม่ประสบผลสำเร็จหากการดำเนินการต้องอาศัยเจ้าหน้าที่ของรัฐ แต่เพียงฝ่ายเดียวโดยเจ้าหน้าที่มีบทบาทช่วยสนับสนุน กระตุ้น และส่งเสริม ให้ประชาชนมีส่วนร่วมในการควบคุมยุงลายอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ สำหรับประชาชน ต้องมี บทบาทในการมีส่วนร่วมในการควบคุมยุงลายเพื่อควบคุม ป้องกันโรคไข้เลือดออก และพบปัจจัยแห่งความสำเร็จเกิดจากการสร้างการมีส่วนร่วม ของชุมชนจนเกิดความร่วมมือจากทุกภาคส่วน สำหรับแนวทางการปฏิบัติงานควบคุมโรค ไข้เลือดออกของกรมควบคุมโรค มีเป้าหมายลดอัตราป่วย ไม่เกิน 50 ต่อแสนประชากร ค่าดัชนีลูกน้ำยุงลายในชุมชน (House Index ; HI) น้อยกว่าหรือเท่ากับ 10 (สมจิตต์ วิชา, 2555)

สถานการณ์โรคไข้เลือดออกในประเทศไทย มีการระบาดต่อเนื่อง ต่างไปจากทฤษฎีเดิมที่เคยระบาดปีเว้นปี หรือปีเว้น 2 ปี ซึ่งเหตุอาจมาจากภาวะโลกร้อน ทำให้ไข้ยุงฟักเป็นตัวเร็วขึ้น นายแพทย์ประดิษฐ์ สินธวณรงค์ รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ระบุว่า จากการติดตามผู้ที่ป่วยด้วยไข้เลือดออกตั้งแต่ต้นปี 2556 จนถึงวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2556 รวม 40 วัน ทั่วประเทศ มีรายงาน ผู้ป่วยสะสมแล้ว 2,824 ราย เสียชีวิต 4 ราย ผู้ป่วยร้อยละ 70 อยู่ในภาคกลาง มีทั้งเด็ก ผู้ใหญ่และ ผู้สูงอายุ เมื่อเทียบช่วงเดียวกัน ในปี 2555 ซึ่งมีผู้ป่วยเพียง 1,702 ราย ไม่มีรายงานเสียชีวิต พบว่า จำนวนผู้ป่วยปีนี้เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 66 โดยตลอดปี 2555 มีผู้ป่วยไข้เลือดออกประมาณ 60,000 ราย เสียชีวิต 29 ราย และมีสัญญาณว่าโรคน่าจะพบในเด็กโตมากขึ้น การพบผู้ป่วยเพียง 1 ราย เป็นสัญญาณบอกเหตุว่าในหมู่บ้านหรือชุมชนนั้นๆ อาจมีคนติดเชื้อโดยที่ไม่มีอาการอีกนับ 100 คน แนวโน้มโรคนี้รุนแรงและจะมีการระบาดในวงกว้างเนื่องจากผลจากโลกร้อนสภาพอากาศเปลี่ยน ทำให้ยุงลายพัฒนาตัวเองไข่จะฟักเป็นตัวเร็วขึ้น และทนแล้งได้นานขึ้น

จากปัญหาภาวะโลกร้อน ทำให้วงจรการเจริญเติบโตของยุงลายเร็วขึ้นเป็นเท่าตัว จากเดิมที่ใช้เวลา 10-14 วัน ในการพัฒนา จากไข่เป็นตัวแก่ แต่ปัจจุบันใช้เวลาแค่ 7 วัน ก็พร้อมแพร่พันธุ์ได้ทันที ปกติยุงลาย 1 ตัว สามารถออกไข่ได้อย่างน้อย 200 ฟอง แต่เมื่อระยะเวลาวงจรชีวิตลดน้อยลง ยุงลายสามารถฟักไข่ได้ เพิ่มขึ้นเป็นล้านๆ ฟอง [1]

จากสภาพปัญหาดังกล่าวจึงมีความสนใจที่จะศึกษากระบวนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์โรคไข้เลือดออก อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม การถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กำหนดข้อตกลงร่วมกัน ดำเนินการตามแนวทางและมาตรการที่เป็นข้อตกลงร่วมกัน ติดตามประเมินผลของกระบวนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม เพื่อให้เกิดระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐมที่มีประสิทธิภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. ศึกษาสถานการณ์โรคไข้เลือดออก อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

2. พัฒนาระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

รูปแบบการวิจัย

กระบวนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research)

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ ประชาชนในเขตรับผิดชอบของอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนครัวเรือน ในเขตรับผิดชอบของอำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม โดยกำหนดอัตราส่วน ระหว่าง อาสาสมัครสาธารณสุข กับ ตัวแทนครัวเรือน เท่ากับ 1 : 10 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เท่ากับ **2,295 คน**

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

กระบวนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม มีเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ดังต่อไปนี้

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ กระบวนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม ประกอบด้วย การถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กำหนดข้อตกลงร่วมกัน และการติดตามประเมินผลร่วมกัน

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 แบบรายงานโรค รง.506

2.2 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สำหรับประชาชน ประยุกต์มาจาก ชาญชัย คำไสว (2553) มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .737 เป็นแบบ rating scale มี 4 ระดับ แปลผลระดับพฤติกรรมโดย Best (1981) ดังนี้

คะแนน ต่ำกว่า 2.00 หมายถึง ต้องปรับปรุง

คะแนน ระหว่าง 2.01 – 3.00 หมายถึง พอใช้

คะแนน มากกว่า 3.00 หมายถึง เหมาะสม

2.3 แบบวัดพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สำหรับแกนนำชุมชน มีค่าความเที่ยงเท่ากับ .977 เป็นแบบ rating scale มี 4 ระดับ แปลผลระดับพฤติกรรมโดย Best (1981) ดังนี้

คะแนน ต่ำกว่า 2.00 หมายถึง ต้องปรับปรุง

คะแนน ระหว่าง 2.01 – 3.00 หมายถึง พอใช้

คะแนน มากกว่า 3.00 หมายถึง เหมาะสม

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาวิเคราะห์ สถานการณ์โรคไข้เลือดออก อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

2. การถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ กำหนดข้อตกลงร่วมกัน

3. ดำเนินการตามแนวทางและมาตรการที่เป็นข้อตกลงร่วมกัน

4. ติดตามประเมินผลของกระบวนการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยมีสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล ได้แก่ สถิติเชิงพรรณา (Descriptive Statistics) ได้แก่ ได้แก่ การแจกแจงความถี่ (Frequency Distribution) ร้อยละ (Percentage) ค่าเฉลี่ยเลขคณิต ($\bar{x}$) และ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (S.D.) สถิติเชิงอนุมาน (Inferential Statistics) โดยกำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 ได้แก่ สถิติ F-test ด้วยเทคนิค Two – way ANOVA เปรียบเทียบรายคู่ โดย Duncan สถิติ F - test ด้วยเทคนิค One – way ANOVA เปรียบเทียบรายคู่ โดย Duncan และ Dependent t-test

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. สถานการณ์โรคไข้เลือดออก อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม พบว่า ปี 2560 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก แต่ไม่เกินค่า median ส่วนปี 2561 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก เกินค่า median และในปี 2562 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออกเกินค่า median จาก เดือน ม.ค. – เม.ย.62 และลดลงมาจนไม่เกินค่า median ตั้งแต่ เดือน พ.ค. – ธ.ค.62 ส่วนตำบลที่ยังควบคุมได้ไม่ค่อยดี จำนวน 6 ตำบล ได้แก ตำบลทรงคนอง ตำบลหอมเกร็ด ตำบลไร่ขิง ตำบลกระทุ่มล้ม ตำบลยายชา และตำบลอ้อมใหญ่ อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม

2. ก่อนดำเนินการระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของแกนนำชุมชน อยู่ในระดับ ต้องปรับปรุงและระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชน อยู่ในระดับ ต้องปรับปรุง ภายหลังการดำเนินงานระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของแกนนำชุมชน อยู่ในระดับ เหมาะสม และเมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของแกนนำชุมชน ที่อยู่ชุมชนที่ต่างกัน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน ส่วนตำแหน่งที่ต่างกันมีระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value เท่ากับ .000) โดยที่อาสาสมัครสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายมีระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดีกว่าผู้นำชุมชน ส่วนระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชน อยู่ในระดับ เหมาะสมและเมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชน ที่อยู่ชุมชนตามสถานบริการต่างกัน พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value เท่ากับ .000) (ตาราง 1) โดยที่ รพ.สต.ท่าข้าม บ้านโรงหีบ รพ.สต.ทรงคนอง บ้านคลองประดู่ รพ.สต.หอมเกร็ด บ้านบางพิกุล รพ.สต.หอมเกร็ด บ้านบางพิกุล (แห่งที่ 2) รพ.สต.บางเตย บ้านคลองสามบาท รพ.สต.ไร่ขิง บ้านคลองท่าพูด รพ.สต.บ้านหนองถั่วผี รพ.สต.บ้านหนองตามล รพ.สต.ยายชา บ้านใต้วัด รพ.สต.บ้านเทียนดัด รพ.สต.บ้านสวนผัก รพ.สต.อ้อมใหญ่ บ้านคลองอ้อมใหญ่ และรพ.สต.บ้านดงเกตุ มีค่าคะแนนต่ำที่สุด และ PCU เทศบาลเมืองสามพราน มีค่าคะแนนสูงที่สุด

ตาราง 1 การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชน ที่อยู่ชุมชนตามสถานบริการต่างกัน(สถิติ F - test ด้วยเทคนิค One – way ANOVA)

พฤติกรรม	Sum of Squares	df	Mean Square	F	p-value
Between Groups	217.817	23	9.470	48.085	.000*
Within Groups	4515.223	22926	.197		
Total	4733.040	22949			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

3. การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของแกนนำชุมชนและ ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชน ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการ มีค่าคะแนนเฉลี่ย มากกว่าก่อนดำเนินการ (ตาราง 2)

ตาราง 2 การเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของแกนนำชุมชนและ ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชน ก่อนและหลังดำเนินการ (Dependent t-test)

ตัวแปร	ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
แกนนำ	1.75	0.32	2.84	0.61	3441	-81.748	.000*	-1.11572	-1.06346
ประชาชน	1.78	0.32	3.08	0.45	22949	-661.483	.000*	-1.30160	-1.29391

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษา พบว่า ก่อนดำเนินการระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของแกนนำชุมชน อยู่ในระดับ ต้องปรับปรุงและระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชน อยู่ในระดับ ต้องปรับปรุง เนื่องจาก ของแกนนำชุมชน และประชาชน ยังขาดความรู้ความเข้าใจ ในการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก สอดคล้องกับการศึกษาของนารถลดา ขันธิกุล และคณะ (2557)[8] ศึกษา การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของ ประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคในเขตภาคเหนือตอนบน พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการควบคุมและป้องกันโรคอยู่ในระดับที่ต้องแก้ไข ร้อยละ 71.4 (ค่าคะแนนเฉลี่ยต่ำกว่าร้อยละ 80) ปัจจัยที่มีผลต่อความรู้เกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค คือ อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ต่อเดือน และการรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกต่างกัน ก็จะมีความรู้เรื่องการควบคุม และป้องกันโรคต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และสถานการณ์โรคไข้เลือดออก อำเภอสามพราน จังหวัดนครปฐม พบว่าปี 2560 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก แต่ไม่เกินค่า median ส่วนปี 2561 มีผู้ป่วยโรคไข้เลือดออก เกินค่า median ดังนั้นเพื่อให้การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก มีประสิทธิภาพ จึงได้จัดให้มีการถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้ จนนำไปสู่กำหนดข้อตกลงร่วมกันในชุมชน ซึ่งในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ครั้งนี้ประกอบไปด้วย บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนครัวเรือน และภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสามารถสรุปเป็นข้อตกลงร่วมกันในชุมชน คือ การสำรวจแหล่งเพาะพันธุ์ยุงลาย ที่อยู่รอบบริเวณบ้านและละแวกที่บ้าน แกนนำชุมชนติดตามประเมิน เฝ้าระวังลูกน้ำยุงลายทุกสัปดาห์ และมีการประเมินไขว้ระหว่างหมู่บ้านโดยหมุนเวียนสลับปรับเปลี่ยนตามความเหมาะสม หรืออาจจับสลาก การประชาสัมพันธ์เมื่อพบคนป่วยที่สงสัยว่าเป็นโรคไข้เลือดออก ให้พาไปโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือไปพบแพทย์ พร้อมกับสอบสวนโรคในพื้นที่ จัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทุกระดับโดยใช้การมีส่วนร่วม การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และการจัดทำมาตรการชุมชน ส่งผลให้ ภายหลังการดำเนินงานระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของแกนนำชุมชน อยู่ในระดับ เหมาะสม และเมื่อ เปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของแกนนำชุมชน ที่อยู่ชุมชนที่ต่างกัน พบว่า ไม่มีความแตกต่างกัน เนื่องจากมีการดำเนินนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ไปในทิศทางเดียวกันและมีการติดตามประเมินผลและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ในทุกเดือน สอดคล้องกันกับการศึกษาของจีระศักดิ์ ทัพผา และดิเรก ดิษฐเจริญ (2556)[4] ได้ทำการการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาชุมชนบ้านท่าโพธิ์ หมู่ที่ 8 ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก พบว่ารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่พัฒนาขึ้นมี 1 รูปแบบ มี 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนที่ 1 การสร้างความตระหนักถึงปัญหาและสาเหตุโรคไข้เลือดออกของชุมชน ขั้นตอนที่ 2 การจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ขั้นตอนที่ 3 การดำเนินงานป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก ขั้นตอนที่ 4 การ

ติดตามและประเมินผลป้องกันและควบคุมไข้เลือดออก เมื่อนำรูปแบบไปทดลองใช้กับประชาชน พบว่า ประชาชนในชุมชนทุกครัวเรือน ได้ดำเนิน กิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกใน 4 ขั้นตอน ทุกกิจกรรม และผลการประเมินรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนใน การป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ทั้ง 4 ขั้นตอน พบว่า มีความสอดคล้อง มีความเหมาะสม มีความเป็นไปได้ และมีการยอมรับได้ และเมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของแกนนำชุมชนและ ระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชน ก่อนและหลังดำเนินการ พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่หลังดำเนินการ มีค่าคะแนนเฉลี่ย มากกว่าก่อนดำเนินการ ทั้งนี้เนื่องจาก การจัดให้มีการถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้จนนำไปสู่กำหนดข้อตกลงร่วมกันในชุมชน ส่วนตำแหน่งที่ต่างกันมีระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p – value เท่ากับ .000) โดยที่อาสาสมัครสาธารณสุขและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคีเครือข่ายมีระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ดีกว่าผู้นำชุมชน ทั้งนี้เนื่องมาจากบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบที่ต่างกัน ทำให้ความเข้มข้นในการปฏิบัติตามแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ไม่เท่ากัน ส่วนระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชน อยู่ในระดับ เหมาะสมและเมื่อเปรียบเทียบระดับพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก ของประชาชน ที่อยู่ชุมชนตามสถานบริการต่างกัน พบว่ามีความแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value เท่ากับ .000) ทั้งนี้เนื่องมาจากบริบทในพื้นที่การใช้ชีวิตมีความแตกต่างกัน สอดคล้องกันกับการศึกษาของ หาญณรงค์ แสงแก (2559)[5] ได้ศึกาผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือน ตำบลเมืองผ่ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว ผลการศึกษาพบว่า แกนนำครัวเรือนหลังได้รับโปรแกรมสุขศึกษาในการควบคุมและป้องกันโรคไข้เลือดออกของแกนนำครัวรเรือนมีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการเกิดโรคไข้เลือดออก การรับรู้ความรุนแรงของโรคไข้เลือดออก การรับรู้ประโยชน์ในการปฏิบัติตนป้องกันโรคไข้เลือดออก การรับรู้อุปสรรค ในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคไข้เลือดออก และการปฏิบัติตนในการป้องกัน และควบคุมโรคไข้เลือดออก ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรม

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

ในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกให้มีประสิทธิภาพ ควรจัดให้มีการถอดบทเรียน แลกเปลี่ยนเรียนรู้จนนำไปสู่กำหนดข้อตกลงร่วมกันในชุมชน ซึ่งในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ประกอบไปด้วย บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้นำชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุข ตัวแทนครัวเรือน และภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการส่วนร่วมและเป็นเจ้าของในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกต่อไป

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

ควรส่งเสริมให้มีการศึกษาการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกในระยะยาว เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคไข้เลือดออกเดงกี่. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2556.

2.กองสนับสนุนภาคประชาชน. พฤติกรรมการป้องกันไข้เลือดออกของกลุ่มแม่บ้านในตำบลท่ามะตูม. วารสารสุขภาพภาคประชาชน, ฉบับที่ 4: 2: 9-19, 2557.

3.ชาญชัย คำไสว. ผลโปรแกรมให้สุขศึกษาเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรคไข้เลือดออก ในแกนนำสุขภาพประจำครอบครัว อำเภอนาคู จังหวัดกาฬสินธุ์. วิทยานิพนธ์ สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต 2553

4.จีระศักดิ์ ทัพผา และดิเรก ดิษฐเจริญ (2556) ได้ทำการการพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก กรณีศึกษาชุมชนบ้านท่าโพธิ์ หมู่ที่ 8 ตำบลจอมทอง อำเภอเมือง จังหวัดพิษณุโลก ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อนำโดยแมลงที่ 2.1 จังหวัดพิษณุโลก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 2 จังหวัดพิษณุโลก กรมควบคุมโรค

5.หาญณรงค์ แสงแก. ผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของแกนนำครัวเรือนตำบลเมืองผ่ อำเภออรัญประเทศ จังหวัดสระแก้ว วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร ปีที่ 10 ฉบับที่ 1 มกราคม - มิถุนายน 2558

6.บุญชม ศรีสะอาด และสมนึก ภัททิยธานะ. เอกสารการสอน การวัดและประเมินผลการศึกษาหลักสูตร ประกาศนียบัตรบัณฑิตทางการสอน. เชียงใหม่ : โครงการตำราสถาบันราชภัฏ, 2540.

7.บุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. การวิจัย การวัดและประเมินผล รวมบทความ. กรุงเทพฯ:พิมพ์ครั้งที่ 2. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2543.

8.นารถลดา ขันธิกุล และคณะ. การรับรู้ข้อมูลข่าวสารของประชาชนเกี่ยวกับการป้องกันควบคุมโรค และภัยสุขภาพ ในเขตภาคเหนือตอนบน. วารสารสาธารณสุขล้านนา. ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2548) : 63-74, 2557.

9.สมจิตต์ วิชา, การศึกษาผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออก อำเภอเมือง แม่ฮ่องสอนปีงบประมาณ 2552-2554, วารสารสาธารณสุขล้านนา. ฉบับที่ 1 (มกราคม-เมษายน 2555): 60-73, 2555.

ผลของการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

Effect of DM patient care process development Sam Phran Hospital service network Nakhonpathom Province.

ทินกร ชื่นชม[1]

Tinnakorn Chuenchom [1]

(Received: November 4,2020; Accepted: November 27,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ทำการศึกษาระหว่าง เดือนตุลาคม 2560 – กันยายน 2562 รวมทั้งสิ้น 24 เดือน มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน ศึกษาแนวทางการดูแลและพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ระหว่างปี 2560 – 2562 โดยแบ่งเป็น ปี 2560 จำนวน 3,452 ราย ปี 2561 จำนวน 4,917 ราย และปี 2562 จำนวน 5,132 ราย เครื่องมือในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมเชิงปฏิบัติการ และ AAR (After Action Review) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกสภาวะสุขภาพ และวิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน และการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา

ผลการศึกษา พบว่า ค่า FBS และ HbA1C ไม่ปกติ มีแนวโน้มลดลง และค่า FBS และ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ระหว่างปี 2560 ปี 2561 และ ปี 2562 มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2562 มีค่า FBS และ HbA1C น้อยที่สุด

คำสำคัญ : กระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน

ABSTRACT

This research was research and development study between October 2017 – September 2019 total 24 months. Aimed to studied the health status of people with diabetes. Studied pt.care guidelines and pt.diabetes care development Samphran Hospital Nakhon Pathom Province. Sample size were pt.DM who come to receive services in the area of responsibility of Samphran Hospital Nakhon Pathom Province during the year 2017 - 2019, divided into Year 2017, 3,452 cases, Year 2018, 4,917 cases and Year 2019, 5,132 cases. Intervention include developing diabetes care processes Samphran Hospital Nakhon Pathom Province consists of an exchange of knowledge Workshop and AAR (After Action Review). Data were collected by medical record and data were analyzed by descriptive statistic namely frequency , percentage , mean , standard deviation , inferential statistic and content analysis.

The study found that FBS and HbA1C abnormal, there was a downward trend. FBS and HbA1C of pt.DM Samphran Hospital Service Network Nakhon Pathom Province between Year 2017, Year 2018, and Year 2019 had statistically significant difference at the .05 level, with the lowest FBS and HbA1C in 2019.

Keyword : DM patient care process

[1] พบ. โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

บทนำ

โรคเบาหวาน หมายถึง ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ [2] ความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมซึ่งมีลักษณะสำคัญ คือ ระดับน้ำตาลสูงในเลือด [3] เป็นความผิดปกติทางเมตาบอลิซึมที่ทำให้ร่างกายมีระดับน้ำตาลในเลือดสูงกว่าปกติ สมาคมเบาหวานแห่งอเมริกา [9] ร่วมกับองค์การอนามัยโลก [10] จัดประเภทของโรคเบาหวานไว้ 4 ประเภท ได้แก่ โรคเบาหวานชนิดที่ 1 (Diabetes mellitus type 1) โรคเบาหวานชนิดที่ 2 (Diabetes mellitus type 2) โรคเบาหวานที่มีสาเหตุจำเพาะอื่น ๆ (Other specifics type of diabetes) และโรคเบาหวานขณะตั้งครรภ์ (Gestational diabetes mellitus) ในที่นี้จะกล่าวเฉพาะโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ซึ่งพบมากในประเทศไทย ประมาณร้อยละ 95 ของโรคเบาหวานทุกชนิด [4]

สถานการณ์โรคเบาหวานของประเทศไทย พบว่า ในปี 2558 มีผู้ป่วยเบาหวานที่มารับบริการในสถานพยาบาลของรัฐสะสมรวม 1,219,161 ราย ความชุก 1,863.39 ต่อแสนประชากร มีผู้เสียชีวิต 12,074 ราย อัตราตาย 18.45 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ขึ้นทะเบียนเป็นผู้ป่วยรายใหม่ 393,887 ราย คิดเป็นอุบัติการณ์ 602.03 ต่อแสนประชากร ซึ่งมีแนวโน้มคงที่ไม่ลดลง ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง 228,040 ราย อัตราป่วย 685.07 ต่อแสนประชากร เพศชาย 165,847 ราย อัตราป่วย 516.02 ต่อแสนประชากร อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 1:1.3 ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีอัตราป่วยสูงสุด 697.22 ต่อแสนประชากร รองลงมา คือ ภาคเหนือ 690.45 ต่อแสนประชากร ภาคกลาง 523.61 ต่อแสนประชากร และภาคใต้ 451.88 ต่อแสนประชากร ผู้ป่วยเบาหวานที่มีภาวะแทรกซ้อน 41,897 ราย คิดเป็น ร้อยละ 10.64 มีภาวะแทรกซ้อนทางไตสูงสุด 14,091 ราย คิดเป็น ร้อยละ 33.63 รองลงมา มีภาวะแทรกซ้อนทางตา (diabetic retinopathy) 9,112 ราย คิดเป็น ร้อยละ 21.75 มีภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาท 7,200 ราย คิดเป็น ร้อยละ 17.19 มีภาวะแทรกซ้อนทางหลอดเลือดแดง 5,289 ราย คิดเป็น ร้อยละ 12.62 [5]

แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน มีจุดมุ่งหมายสำคัญในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้ใกล้เคียงปกติหรือชะลอการเกิดโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ ด้วยการปรับพฤติกรรม และการให้ยา เป้าหมายสำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง ต้องดูแลต่อเนื่องตลอดชีวิต เพื่อให้ผู้ป่วยมีอายุยืนยาว มีคุณภาพชีวิตที่ดี ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะตามมา โดยมุ่งเน้นให้เกิดเครือข่ายบริการสุขภาพ ซึ่งเป็นกระบวนการทำงานที่มุ่งเพิ่มประสิทธิภาพทั้งบทบาทการให้บริการการรักษาพยาบาล การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันและควบคุมโรคและการฟื้นฟู เพื่อให้เกิดความเสมอภาคและลดความเหลื่อมล้ำ สามารถจัดระบบบริการที่มีคุณภาพมาตรฐาน มีความเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายแทนการขยายโรงพยาบาลเป็นแห่งๆ โดยใช้หลักการ “เครือข่ายบริการที่ไร้รอยต่อ” ที่สามารถเชื่อมโยงบริการระดับปฐมภูมิ ทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อให้เกิดผลลัพธ์การบริการที่ดีขึ้น (service outcome) ลดเวลารอคอยลดคิวในการรับบริการ ขยายความครอบคลุมการบริการลดปัญหาการส่งต่อผู้ป่วย [1]

จากสถานการณ์ดังกล่าวผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษา ผลของการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพรานจังหวัดนครปฐม เพื่อทราบถึงสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน เครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม มีแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัด ดี่ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาสภาวะสุขภาพของผู้ป่วยเบาหวาน เครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม
2. เพื่อศึกษาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม
3. เพื่อศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน เครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

วิธีการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ผลของการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม เป็น

การวิจัยและพัฒนา (Research and Development) ทำการศึกษาระหว่าง เดือนตุลาคม 2560 – กันยายน 2562 รวมทั้งสิ้น 24 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

1. ประชากร ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวานที่มาขึ้นทะเบียนที่โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ระหว่างปี 2560 – 2562

2. กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ป่วยเบาหวาน ที่มารับบริการในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ระหว่างปี 2560 – 2562 โดยแบ่งเป็น ปี 2560 จำนวน 3,452 ราย ปี 2561 จำนวน 4,917 ราย และปี 2562 จำนวน 5,132 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมเชิงปฏิบัติการ และ AAR (After Action Review)

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ แบบบันทึกสภาวะสุขภาพ

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. ศึกษาสภาวะสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

2. ศึกษาและกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยของเครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมเชิงปฏิบัติการ และ AAR (After Action Review) ของสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ นักวิชาการสาธารณสุข และบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

3. ศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยของเครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม

4. ทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยของเครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมเชิงปฏิบัติการ และ AAR (After Action Review) ของสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ นักวิชาการสาธารณสุข และบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล

5. ศึกษาผลการดูแลผู้ป่วยของเครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ที่ผ่านการทบทวน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลเชิงปริมาณวิเคราะห์ข้อมูลโดย สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ข้อมูลเชิงคุณภาพวิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปและสภาวะสุขภาพผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม พบว่า

ปี 2560 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.5 อายุเฉลี่ย (ปี) 61.61 $\pm$ 11.38 ปี และอายุสูงกว่า 50 ปี ร้อยละ 84.2 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.4 ระยะเวลาเจ็บป่วย (ปี) 9.76 $\pm$ 6.03 ปี และเป็นมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 69.7 ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 65.6 Systolic Blood Pressure ไม่ปกติ ร้อยละ 94.6 Diastolic Blood Pressure ปกติ ร้อยละ 65.8 FBS ไม่ปกติ ร้อยละ 82.1 HbA1C ไม่ปกติ ร้อยละ 61.5 และ BMI ไม่ปกติ ร้อยละ 82.5

ปี 2561 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.5 อายุเฉลี่ย (ปี) 62.61+11.38 ปี และอายุสูงกว่า 50 ปี ร้อยละ 84.2 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.4 ระยะเวลาเจ็บป่วย (ปี) 10.76+6.03 ปี และเป็นมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 74.5 ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 65.6 Systolic Blood Pressure ไม่ปกติ ร้อยละ 94.8 Diastolic Blood Pressure ปกติ ร้อยละ 36.2 FBS ไม่ปกติ ร้อยละ 81.2 HbA1C ไม่ปกติ ร้อยละ 55.8 และ BMI ไม่ปกติ ร้อยละ 82.6

ปี 2562 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.5 อายุเฉลี่ย (ปี) 63.61+11.38 ปี และอายุสูงกว่า 50 ปี ร้อยละ 90.1 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.4 ระยะเวลาเจ็บป่วย (ปี) 11.38+6.03 ปี และเป็นมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 85.0 ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 65.6 Systolic Blood Pressure ไม่ปกติ ร้อยละ 95.4 Diastolic Blood

Pressure ปกติ ร้อยละ 31.7 FBS ไม่ปกติ ร้อยละ 77.9 HbA1C ไม่ปกติ ร้อยละ 41.1 และ BMI ไม่ปกติ ร้อยละ 82.8

2. ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่า HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวาน เครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม พบว่า

ปี 2560 ผู้ป่วยที่มีอายุมากกว่า 50 ปี มีโอกาสที่ ค่า HbA1C จะสูงกว่า อายุน้อยกว่า 50 ปี 1.907 เท่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วย มากกว่า 5 ปี มีโอกาสที่ ค่า HbA1C จะสูงกว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วย ไม่เกิน 5 ปี 1.480 เท่า ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม มีโอกาสที่ ค่า HbA1C จะสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม 1.212 เท่า ผู้ป่วยที่มีค่า FBS ผิดปกติมีโอกาสที่ ค่า HbA1C จะสูงกว่าผู้ป่วยที่มีค่า FBS ปกติ 3.729 เท่า ผู้ป่วยที่มีค่า BMI ผิดปกติมีโอกาสที่ ค่า HbA1C จะสูงกว่าผู้ป่วยที่มีค่า BMI ปกติ 1.257 เท่า และผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิง มีโอกาสที่ ค่า HbA1C จะสูงกว่าผู้ป่วยที่เป็นเพศชาย 1.331 เท่า

ปี 2561 ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วย มากกว่า 5 ปี มีโอกาสที่ ค่า HbA1C จะสูงกว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วย ไม่เกิน 5 ปี 1.239 เท่า ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม มีโอกาสที่ ค่า HbA1C จะสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม 1.625 เท่า ผู้ป่วยที่มี BP Diastolic ผิดปกติ มีโอกาสที่ ค่า HbA1C จะสูงกว่าผู้ป่วย BP Diastolic 1.224 เท่า ผู้ป่วยที่มีค่า FBS ผิดปกติมีโอกาสที่ ค่า HbA1C จะสูงกว่าผู้ป่วยที่มีค่า FBS ปกติ 2.117 เท่า ผู้ป่วยที่มีค่า BMI ผิดปกติมีโอกาสที่ ค่า HbA1C จะสูงกว่าผู้ป่วยที่มีค่า BMI ปกติ 1.214 เท่า และผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิง มีโอกาสที่ ค่า HbA1C จะสูงกว่าผู้ป่วยที่เป็นเพศชาย 1.165 เท่า

ปี 2562 ปัจจัยที่ส่งผลต่อค่า HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ได้แก่ ผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิง มีโอกาสที่ ค่า HbA1C จะสูงกว่าผู้ป่วยที่เป็นเพศชาย 1.224 เท่า

3. กำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยของเครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ปี 2561 ได้แก่ เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานในผู้ใหญ่(TYPE 2 DM) การแปลผลค่าพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (FPG) การคัดกรองโรคเบาหวาน การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสามพราน การตรวจคัดกรองและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไต การประเมิน Microalbuminuria / Urine Protein และแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางตาและแนวทางการรักษา

4. การทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยของเครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ปี 2561 ได้แก่ ประสิทธิภาพในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของการรักษาวิธีต่างๆ และข้อพิจารณา การกำหนดเป้าหมายการควบคุมเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่ การวินิจฉัยและรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน การให้บริการและการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการคลินิกเฉพาะทาง แนวปฏิบัติการส่งผู้ป่วยจาก รพ.สต. เพื่อปรึกษาอายุรแพทย์ โรงพยาบาลสามพราน การสั่งยาและการนัดติดตามการรักษาของคลินิกอายุรกรรม แนวปฏิบัติการส่งผู้ป่วยจากรพ.สต. เพื่อปรึกษาหมอครอบครัว โรงพยาบาลสามพราน การกำหนดหมอครอบครัวที่รับ Consult ประจำโซน การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานตามความเสี่ยง และเกณฑ์การปรึกษาอายุรกรรม

5. ค่า FBS และ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ระหว่างปี 2560 ปี 2561 และ ปี 2562

ตาราง 1 เปรียบเทียบค่า FBS และ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ระหว่างปี 2560 ปี 2561 และ ปี 2562 (F – test ด้วยเทคนิค Repeated Measures)

ตัวแปร	Mauchly's W	Approx. Chi-Square	df	p-value	Epsilon[a]		
					Greenhouse-Geisser	Huynh-Feldt	Lower-bound
FBS	.163	6252.638	2	.000*	.544	.544	.500
HbA1C	.009	16068.546	2	.000*	.502	.502	.500

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง 1 เปรียบเทียบค่า FBS และ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ระหว่างปี 2560 ปี 2561 และ ปี 2562 พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2562 มีค่า FBS และ HbA1C น้อยที่สุด ดังตาราง 4.17 และ 4.18

สรุปและอภิปรายผล

จากการศึกษา พบว่า ปี 2560 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.5 อายุเฉลี่ย (ปี) 61.61 $\pm$ 11.38 ปี และอายุสูงกว่า 50 ปี ร้อยละ 84.2 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.4 ระยะเวลาเจ็บป่วย (ปี) 9.76 $\pm$ 6.03 ปี และเป็นมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 69.7 ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 65.6 Systolic Blood Pressure ไม่ปกติ ร้อยละ 94.6 Diastolic Blood Pressure ปกติ ร้อยละ 65.8 FBS ไม่ปกติ ร้อยละ 82.1 HbA1C ไม่ปกติ ร้อยละ 61.5 และ BMI ไม่ปกติ ร้อยละ 82.5 ซึ่งเป็นไปตามแนวคิดของสภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเบาหวาน จึงได้มีการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยของเครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ปี 2561 ได้แก่ เกณฑ์การวินิจฉัยโรคเบาหวานในผู้ใหญ่(TYPE 2 DM) การแปลผลค่าพลาสมากลูโคสขณะอดอาหาร (FPG) การคัดกรองโรคเบาหวาน การคัดกรองภาวะแทรกซ้อนผู้ป่วยเบาหวาน โรงพยาบาลสามพราน การตรวจคัดกรองและดูแลรักษาภาวะแทรกซ้อนทางไต การประเมินMicroalbuminuria / Urine Protein และแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวานเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนทางตาและแนวทางการรักษา ตามแนวทางการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย และคณะ, 2551). ซึ่งส่งผลให้ปี 2561 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 63.5 อายุเฉลี่ย (ปี) 62.61+11.38 ปี และอายุสูงกว่า 50 ปี ร้อยละ 84.2 อาชีพรับจ้าง ร้อยละ 31.4 ระยะเวลาเจ็บป่วย (ปี) 10.76+6.03 ปี และเป็นมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 74.5 ไม่มีโรคร่วม ร้อยละ 65.6 Systolic Blood Pressure ไม่ปกติ ร้อยละ 94.8 Diastolic Blood Pressure ปกติ ร้อยละ 36.2 FBS ไม่ปกติ ร้อยละ 81.2 HbA1C ไม่ปกติ ร้อยละ 55.8 และ BMI ไม่ปกติ ร้อยละ 82.6 และปัจจัยที่ส่งผลต่อค่า HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน ได้แก่ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วยมากกว่า 5 ปี มีโอกาสที่ ค่า HbA1C จะสูงกว่า ผู้ป่วยที่มีระยะเวลาเจ็บป่วย ไม่เกิน 5 ปี 1.239 เท่า ผู้ป่วยที่มีโรคร่วม มีโอกาสที่ ค่า HbA1C จะสูงกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีโรคร่วม 1.625 เท่า ผู้ป่วยที่มี BP Diastolic ผิดปกติ มีโอกาสที่ ค่า HbA1C จะสูงกว่าผู้ป่วย BP Diastolic 1.224 เท่า ผู้ป่วยที่มีค่า FBS ผิดปกติมีโอกาสที่ ค่า HbA1C จะสูงกว่าผู้ป่วยที่มีค่า FBS ปกติ 2.117 เท่า ผู้ป่วยที่มีค่า BMI ผิดปกติมีโอกาสที่ ค่า HbA1C จะสูงกว่าผู้ป่วยที่มีค่า BMI ปกติ 1.214 เท่า และผู้ป่วยที่เป็นเพศหญิง มีโอกาสที่ ค่า HbA1C จะสูงกว่าผู้ป่วยที่เป็นเพศชาย 1.165 เท่า แต่ยังพบว่ามีปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดในการให้บริการจึงได้มีการทบทวนแนวทางการดูแลผู้ป่วยของเครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ปี 2561โดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมเชิงปฏิบัติการ และ AAR (After Action Review) ของสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ นักวิชาการสาธารณสุข และบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล มีประเด็นในการแก้ไข คือ ประสิทธิภาพในการลดระดับน้ำตาลในเลือดของการรักษาวิธีต่างๆ และข้อพิจารณา การกำหนดเป้าหมายการควบคุมเบาหวานสำหรับผู้ใหญ่ การวินิจฉัยและรักษาภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำในผู้ป่วยเบาหวาน การให้บริการและการส่งต่อผู้ป่วยเพื่อรับบริการคลินิกเฉพาะทาง แนวปฏิบัติการส่งผู้ป่วยจากรพ.สต. เพื่อปรึกษาอายุรแพทย์ โรงพยาบาลสามพราน การสั่งยาและการนัดติดตามการรักษาของคลินิกอายุรกรรม แนวปฏิบัติการส่งผู้ป่วยจากรพ.สต. เพื่อปรึกษาหมอครอบครัว โรงพยาบาลสามพราน การกำหนดหมอครอบครัวที่รับConsult ประจำโซน การแบ่งกลุ่มผู้ป่วยเบาหวานตามความเสี่ยง และเกณฑ์การปรึกษาอายุรกรรม (เพิ่มเติม) ส่งผลให้ค่า FBS และ HbA1C ของผู้ป่วยเบาหวานเครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ระหว่างปี 2560 ปี 2561 และ ปี 2562 พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ปี 2562 มีค่า FBS และ HbA1C น้อยที่สุด ทั้งนี้เนื่องจากมีการการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมเชิงปฏิบัติการ และ AAR (After Action Review) โดยกระบวนการมีส่วนร่วม [6] ของสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ นักวิชาการสาธารณสุข และบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล สอดคล้องกันกับการศึกษาของวิโรจน์ รัตนอมรกุ และคณะ

(2556)[7] ศึกษาการจัดบริการคลินิกโรคเบาหวานที่เหมาะสมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลในเขตอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี พบว่า ผู้มารับบริการได้รับความสะดวก ใกล้บ้าน และผู้ให้บริการเห็นว่ามีความเป็นไปได้ทุกองค์ประกอบ เพราะมีระบบบริการและระบบฐานข้อมูลที่ดี มีการเชื่อมโยงและใช้ประโยชน์จากทรัพยากรที่อยู่ในชุมชน สนับสนุนการดูแลตนเองของผู้ป่วยดีขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของนันทพร บุษราคัมวดี และ ยุวมาลย์ ศรีปัญญาวุฒิศักดิ์ (2555)[8] ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลนครนายก พบว่า ระยะที่ 1 บุคลากรมีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยไม่ดีพอ ไม่มีรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ชัดเจน ระยะที่ 2 หลังพัฒนารูปแบบบริการโดยการเสริมพลังอำนาจผู้ป่วย และทีมบุคลากร ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น บุคลากรมีความพึงพอใจในงาน อย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ 0.05 ระยะที่ 3 ผู้ป่วยมีความรู้และพฤติกรรมดูแลสุขภาพตนเองดีกว่าก่อนดำเนินการพัฒนารูปแบบ ค่าระดับน้ำตาลในเลือดต่ำกว่าก่อนดำเนินการ อย่างมีนัยสำคัญสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

1. ควรศึกษาสภาวะสุขภาพผู้ป่วยและแนวทางการดูแลผู้ป่วยของเครือข่ายบริการโรงพยาบาล เพื่อเป็นข้อมูลในการประกอบการกำหนดแนวทาง

2. .ในการกำหนดแนวทางการดูแลผู้ป่วยของเครือข่ายบริการโรงพยาบาลสามพราน จังหวัดนครปฐม ควรส่งเสริมให้มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การประชุมเชิงปฏิบัติการ และ AAR (After Action Review) ของสหวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักกายภาพบำบัด เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ นักวิชาการสาธารณสุข และบุคลากรโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดแนวคิดที่รอบด้านและสามารถนำไปสู่การปฏิบัติงานได้โดยแท้จริง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

แนวทางการดูแลผู้ป่วยของเครือข่ายบริการโรงพยาบาลในระยะยาว เพื่อความยั่งยืนในการให้บริการต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (2558) การสาธารณสุขไทย 2554-2558

2.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย. (2551). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน. กรุงเทพฯ: บริษัทรุ่งศิลป์การพิมพ์ จำกัด.

3.อุระณี รัตนพิทักษ์. (2556). ความรู้เบื้องต้นเกี่ยวกับเบาหวาน ใน สมเกียรติ โพธิสัตย์, วรรณี นิธิยานันท์, อัมพา สุทธิจำรูญ และยุพิน เบ็ญจสุรัตน์วงศ์ (บรรณาธิการ). การให้ความรู้เพื่อจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเอง (พิมพ์ครั้งที่ 5, น. 19-25). กรุงเทพฯ: ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

4.สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, สมาคมต่อมไร้ท่อแห่งประเทศไทย, กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. (2551). แนวทางเวชปฏิบัติสำหรับโรคเบาหวาน พ.ศ. 2551. นนทบุรี: รุ่งศิลป์การพิมพ์

5.สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2558). รายงานสถานการณ์โรคไม่ติดต่อที่สำคัญ. นนทบุรี: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก ในพระบรมราชูปถัมภ์.

6.พีรพงษ์ บุญสวัสดิ์กุลชัย, ขนิษฐา นันทบุตร และบำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2554). ศึกษากระบวนการใช้ข้อมูลในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยชุมชนมีส่วนร่วม ในตำบลน้ำพอง อำเภอน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น. วารสารสภาการพยาบาล, 5(2), 29-40.

7.วิโรจน์ รัตนอมรกุล, เสาวนันท์ บำเรอราช และนวลฉวี เพิ่มทองชูชัย. (2556). ศึกษาการจัดบริการคลินิกโรคเบาหวานที่เหมาะสมในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล ในเขตอำเภอท่าหลวง จังหวัดลพบุรี.วารสารพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น,1(2), 59-68.

8.นันทพร บุษราคัมวดี และ ยุวมาลย์ ศรีปัญญาวุฒิศักดิ์. (2555). ศึกษาการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ในโรงพยาบาลนครนายก. การพยาบาลและการศึกษา, 5(2), 114-129.

9.American Diabetes Association. (2008).Diabetes Care 2008 Jan; 31(Supplement 1): S12- S54 S54.https://doi.org/10.2337/dc08-S012

10.World Health Organization. (2006). Diabetes facts. Retrieved June 8, 2018 from http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/en/2/2/2010

การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข

Personal health record system development of Ministry of public health

กนกวรรณ มาป้อง[1]

Kanokwan Mapong[1]

(Received: November 5,2020; Accepted: November 30,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนาระบบการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข และเพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน กันยายน 2561 – ตุลาคม 2562 รวม 14 เดือน กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในทดลองระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา และกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการ ขยายผล ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 34 โรงพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป 85 โรงพยาบาล และโรงพยาบาลชุมชน 778 โรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวมรวมข้อมูล ได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ และแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดย การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05 ได้แก่ Dependent t-test

ผลการศึกษา พบว่า การเปรียบเทียบความคาดหวัง (ก่อนการอบรม) กับความเหมาะสม (หลังการอบรม)ของระบบการให้บริการข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Personal Health Profiles :PHPs) มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ความเหมาะสม(หลังการอบรม) มีค่ามากกว่า ความคาดหวัง (ก่อนการอบรม) นอกจากนี้ การขยายผล พบว่า จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดที่ติดตั้ง H4U ผ่าน HIS GATEWAY พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ ขอใช้ร้อยละ 94.12 ผ่าน ร้อยละ 90.63 โรงพยาบาลทั่วไป ขอใช้ร้อยละ 96.47 ผ่าน ร้อยละ 93.90 โรงพยาบาลชุมชน ขอใช้ร้อยละ76.61 ผ่าน ร้อยละ92.28

คำสำคัญ : ระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคล

ABSTRACT

This research was research and development aimed to personal health record system development of Ministry of public health. And studied effect of personal health record system development of Ministry of public health. The duration of the study is 14 months between September 2018 - October 2019. Sample size namely Sample size used in experiment the personal health information system of the Ministry of Public Health were Hospital in Phra Nakhon Si Ayutthaya Province. And sample size used for the expansion were 34 hospital centers, 85 general hospitals, and 778 community hospitals. Data were analyzed by The qualitative data were analyzed namely content analysis. Quantitative data analysis, ie frequency, percentage, mean and standard deviation. And inferred statistics Significant level at .05, namely Dependent t-test.

The study found that expectations comparison (Before training) with suitability (after training) there was statistically significant difference in the Personal Health Profiles (PHPs) system at the .05 level by suitability (after training) better than expectations (Before training). In addition expanding results showed that the total of hospitals that installed H4U through HIS

[1] นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการพิเศษ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

GATEWAY found that 94.12% of the hospitals in the center request for use through 90.63% of the general hospital requests for 96.47% through 93.90% of community hospitals request to use 76.61 percent through 92.28 percent.

Keyword : Personal health record system

บทนำ

ในประเทศไทย ได้มีการจัดการเพื่อการพัฒนาระบบสาธารณสุข ตามกรอบระบบสุขภาพ (Health Systems Framework) องค์การอนามัยโลก ซึ่งมีองค์ประกอบที่พึงประสงค์หลัก 6 ส่วน (6 Building Blocks of Health System) ได้แก่ การออกแบบและสร้างความเข้มแข็งระบบบริการ และส่งมอบบริการ (Service Delivery) การจัดการกำลังคนด้านสุขภาพทั้งเชิงปริมาณและความรู้ทักษะและความสามารถของบุคลากร (Health Workforce) การจัดการและใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อสุขภาพอย่างเป็นระบบ (Health Information System) มีกลไกในระบบสุขภาพที่เอื้อให้ประชาชนเข้าถึงยาวัคซีน และเทคโนโลยีที่จำเป็น ที่มีคุณภาพและความคุ้มค่ากับราคา (Access To Essential Medicines) การจัดการกลไกทางการเงินเพื่อให้เอื้อต่อการปกป้องประชาชนถ้วนหน้าไม่ประสบความยากลำบาก มีความเสี่ยงทางการเงิน ทางสังคมอันเนื่องมาจากปัญหาสุขภาพ และส่งเสริมให้มีบริการที่ครอบคลุม เข้าถึงได้ง่าย ให้บริการอย่างมีคุณภาพ ปลอดภัย (Financing) และการสร้างภาวะผู้นำและธรรมาภิบาลแก่ระบบบริการสาธารณสุขทั้งระบบ (Leadership / Governance) [1]

ข้อมูลเป็นวัตถุดิบที่มีความสำคัญ ข้อมูลที่มีคุณภาพควรมีคุณสมบัติดังต่อไปนี้ [3] ถูกต้อง ข้อมูลที่ดีต้องมีความถูกต้องและปราศจากความคลาดเคลื่อน โดยที่ความถูกต้องจะช่วยส่งเสริมให้สารสนเทศที่ได้มาเกิดความน่าเชื่อถือมากขึ้น ทันเวลา ข้อมูลจะต้องทันต่อเหตุการณ์และไม่ล้าสมัย สอดคล้องกับงาน ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อผู้บริหารต้องได้มาจากการประมวลผลของข้อมูลที่มีสาระตรงกันและสามารถตรวจสอบได้ ข้อมูลบางประเภทอาจมาจากแหล่งข้อมูลที่ซับซ้อนและหลากหลาย ผู้ใช้ต้องทำการตรวจสอบความถูกต้อง และความน่าเชื่อถือได้ก่อนนำมาใช้งาน

กระบวนการบันทึก จัดเก็บ และเชื่อมโยงข้อมูลตั้งแต่หน่วยบริการ ในรูปแบบแฟ้มข้อมูลมาตรฐาน 43 แฟ้ม เป็นการจัดเก็บข้อมูลการให้บริการผู้ป่วยนอก ผู้ป่วยใน การให้บริการสร้างเสริมป้องกันโรค โดยมีฐานข้อมูลประชากรในเขตรับผิดชอบของแต่ละหน่วยบริการเป็นข้อมูลสำคัญในการให้บริการและบริหารจัดการทั้งเชิงระบบ ปัจจุบันพบปัญหาการจัดเก็บข้อมูลประชากรตามแฟ้มมาตรฐาน Person คือการจัดเก็บที่ซ้ำซ้อนกันในแต่ละหน่วยบริการโดยที่ข้อมูลบุคคล 1 คน ถูกจัดเก็บและระบุเป็นประชากรในความรับผิดชอบมากกว่า 1 หน่วยบริการ การจัดเก็บข้อมูลบุคคลโดยที่ไม่มีรายละเอียดข้อมูลสำคัญอ้างอิงตัวบุคคล เช่น หมายเลขประจำตัว 13 หลัก หรือมีการกำหนดหมายเลข 13 หลักทดแทน หมายเลขประจำตัว 13 หลัก ตามบัตรประชาชน รวมถึงการกำหนดรหัสประจำตัวบุคคลสำหรับประชากรต่างด้าว และด้วยข้อกำหนดการจัดเก็บข้อมูลประชากรตามแฟ้มมาตรฐาน Person ไม่ได้กำหนดให้ เขตข้อมูลเลขที่บัตรประชาชน (CID) ต้องเป็นหมายเลขที่ถูกต้องตามการกำหนดให้เฉพาะบุคคลของกระทรวงมหาดไทย ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญสำหรับการติดตามให้การรักษาที่ต่อเนื่อง การแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างหน่วยบริการเพื่อบันทึกความครอบคลุมบริการในการให้บริการสร้างเสริมป้องกันโรค [2]

การกำหนดหมายเลขประจำตัวสำหรับประชากร และผู้รับบริการด้านการแพทย์และสุขภาพ (MOPHID) โดยการขึ้นทะเบียนผ่านระบบกลางครอบคลุมประชากรทั้งหมดจากการบันทึก จัดเก็บ และเชื่อมโยงมายังระบบระบบ HDC กระทรวงสาธารณสุข และผ่านกระบวนการสอบทานตรวจสอบความถูกต้องจากฐานข้อมูลประชากรทะเบียนราษฎร์ ของกระทรวงมหาดไทยเรียบร้อยแล้ว ประกอบกับการใช้เทคโนโลยีทางด้านชีวภาพและทางการแพทย์ กับเทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์ ทำการจัดเก็บข้อมูลทางชีวภาพลายพิมพ์นิ้วมือ หรือ ข้อมูลเรตินา่ ภายในดวงตาเพื่อระบุทราบบุคคลที่ไม่มีหมายเลขประจำตัว 13 หลัก และประชากรต่างด้าว จึงเป็นแนวคิด และกระบวนการที่จะแก้ไขปัญหาด้านฐานข้อมูลประชากรผู้รับบริการด้านการแพทย์และ

สุขภาพของประเทศไทยได้อย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด นับเป็นกระบวนการพัฒนาเริ่มต้นจากการวิเคราะห์ระบุปัญหาที่เกิดขึ้นในระบบอย่างแท้จริง ประกอบกับกระบวนการพัฒนาในปัจจุบันที่เน้นย้ำด้านการพัฒนาความครอบคลุม ถูกต้อง ครบถ้วน ทันเวลา จะทำให้ระบบข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพในทุกระดับมีความสมบูรณ์ ก่อเกิดประโยชน์ต่อประชาชน ไปพร้อม ๆ กับการบริหารจัดการและการจัดบริการของบุคลากรด้านการแพทย์ และสาธารณสุข

การให้บริการข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Personal Health Profile :PHP) เป็นเป้าหมายสำคัญต่อเนื่องของการพัฒนาระบบข้อมูลสาธารณสุข มีหน่วยงานภายนอกหลายหน่วยงานให้ความสนใจที่จะพัฒนาในส่วนนี้ โดยมีประเด็นการพัฒนาเฉพาะด้านใดด้านหนึ่ง ไม่ครอบคลุมทั้งด้านเทคโนโลยี และด้านระบบข้อมูลที่มีการบันทึก จัดเก็บ และเชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ มีความซับซ้อนหลายประเด็นเป็นประเด็นเฉพาะทาง มีความละเอียดอ่อน มีกฎระเบียบวิธีปฏิบัติ รวมทั้งกฎหมายเข้ามาเกี่ยวข้อง มีองค์ความรู้เกี่ยวข้องหลายมิติ กระทรวงสาธารณสุขในฐานะผู้รับผิดชอบการบริหารจัดการระบบข้อมูลดังกล่าว จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทำการศึกษาและสร้างต้นแบบมาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ และมาตรฐานด้านความปลอดภัยในการให้บริการ ด้วยความพร้อมด้านฐานข้อมูลสารสนเทศด้านสุขภาพที่เชื่อถือได้ มีกลไกควบคุม กำกับ และการตรวจสอบที่มีประสิทธิภาพโดยกระทรวงสาธารณสุขอย่างเร่งด่วน

จากสถานการณ์ดังกล่าว จึงได้ทำการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของกระทรวงสาธารณสุขขึ้น เพื่อเชื่อมโยงระบบสารสนเทศด้านบริการสุขภาพ ให้เกิดเป็นศูนย์ข้อมูลที่มีการไหลเวียนของข้อมูลเป็นปัจจุบันอย่างต่อเนื่อง รองรับความสามารถวิเคราะห์ สังเคราะห์ ผลงานการให้บริการ สถานะสุขภาพ สถานการณ์ให้บริการ ผลผลิตทางด้านสุขภาพในประชาชน ดัชนีสุขภาพต่าง ๆ รวมไปถึงข้อมูลเพื่อการบริหาร การจัดทำแผนงานและยุทธศาสตร์ การสนับสนุนทรัพยากรต่าง ๆที่สอดคล้องกับสถานะ และผลงานบริการ ที่แม่นยำถูกต้องรองรับการตัดสินใจที่ทันต่อเหตุการณ์ในภาพรวมใหญ่ของระบบสุขภาพของประเทศ และมีความพร้อมสำหรับให้บริการข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพแก่ประชาชน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาระบบการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วย

1.1 ระบบขึ้นทะเบียนหมายเลขประจำตัวผู้รับบริการด้านการแพทย์และสุขภาพ (MOPHID) สำหรับเป็นตัวแทนบุคคลทดแทนหมายเลขประจำตัวบุคคล 13 หลัก ของผู้รับบริการด้านการแพทย์และสุขภาพในหน่วยบริการ เป้าหมายครอบคลุมไม่น้อยกว่าร้อยละ 95 กลุ่มผู้รับบริการต่างด้าว ผู้ป่วยฉุกเฉิน และเด็กแรกเกิด ครอบคลุมร้อยละ 100 สำหรับผู้รับบริการที่มีเลข 13 หลัก

1.2. ระบบให้บริการข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Personal Health Profiles :PHPs) เพิ่มประสิทธิภาพการให้บริการด้านส่งเสริมป้องกันโรคของประชาชนด้านการติดตามความครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข

วิธีการวิจัย

การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development Research) โดยมีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่างเดือน กันยายน 2560 – ตุลาคม 2562 รวม 26 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ใน ทดลองระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลในจังหวัดพระนครศรีอยุธยา

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการ ขยายผล ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์ 34 โรงพยาบาล โรงพยาบาลทั่วไป 85 โรงพยาบาล โรงพยาบาลชุมชน 778 โรงพยาบาล

จริยธรรมงานวิจัย

การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข ได้รับดำเนินการตามหลักจริยธรรมงานวิจัย และได้แจ้งสิทธิในกาเข้าร่วมและออกจากโครงการให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ

2.2 แบบประเมินความคาดหวังในประโยชน์ต่อระบบการให้บริการข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Personal Health Profiles :PHPs) เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ท่านมีความคาดหวังในประโยชน์ต่อหัวข้อนั้นในระดับมากที่สุด

มาก หมายถึง ท่านมีความคาดหวังในประโยชน์ต่อหัวข้อนั้นในระดับมาก

ปานกลาง หมายถึง ท่านมีความคาดหวังในประโยชน์ต่อหัวข้อนั้นในระดับปานกลาง

น้อย หมายถึง ท่านมีความคาดหวังในประโยชน์ต่อหัวข้อนั้นในระดับน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ท่านความคาดหวังในประโยชน์ต่อหัวข้อนั้นในระดับน้อยที่สุด

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ [6]

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	มีความคาดหวังมากที่สุด
3.41 – 4.20	มีความคาดหวังมาก
2.61 – 3.40	มีความคาดหวังปานกลาง
1.81 – 2.60	มีความคาดหวังน้อย
1.00 - 1.80	มีความคาดหวังน้อยที่สุด

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .668 (รายละเอียดในภาคผนวก)

2.3 แบบประเมินความเหมาะสมต่อระบบการให้บริการข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Personal Health Profiles :PHPs) เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ ดังนี้

มากที่สุด หมายถึง ระบบในหัวข้อดังกล่าวท่านเห็นว่าความเหมาะสมต่อระบบมากที่สุด

มาก หมายถึง ระบบในหัวข้อดังกล่าวท่านเห็นว่าความเหมาะสมต่อระบบมาก

ปานกลาง หมายถึง ระบบในหัวข้อดังกล่าวท่านเห็นว่าความเหมาะสมต่อระบบปานกลาง

น้อย หมายถึง ระบบในหัวข้อดังกล่าวท่านเห็นว่าความเหมาะสมต่อระบบน้อย

น้อยที่สุด หมายถึง ระบบในหัวข้อดังกล่าวท่านเห็นว่าความเหมาะสมต่อระบบน้อยที่สุด

มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ [6]

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	เหมาะสมมาก
3.41 – 4.20	เหมาะสม
2.61 – 3.40	พอใช้
1.81 – 2.60	ต้องปรับปรุง
1.00 - 1.80	ไม่เหมาะสม

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้

แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยง เท่ากับ .814 (รายละเอียดในภาคผนวก)

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

1. กิจกรรมเพื่อพัฒนา MOPHID ให้เป็นตัวแทนบุคคลทดแทน CID ของประชากร และรับบริการด้านการแพทย์และสุขภาพ

1.1 ศึกษา ค้นคว้า เอกสารวิชาการ ข้อมูลทางเทคนิค เกี่ยวข้องกับการกำหนดหมายเลขเพื่อให้มีความเป็นเอกลักษณ์ (Unique) และมีตรรกะที่เหมาะสมสำหรับการบริหารจัดการด้านเสถียรภาพ

1.2 ศึกษาเทคโนโลยีทางด้านชีวภาพและทางการแพทย์ กับเทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์ ทำการจัดเก็บข้อมูลทางชีวภาพ ลายพิมพ์นิ้วมือ และข้อมูลเรตินาภายในดวงตา เพื่อระบุทราบบุคคล และศึกษาความเป็นไปได้ และผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากการนำเทคโนโลยีชีวภาพทางการแพทย์มาใช้

1.3 ศึกษา และพัฒนาระบบต้นแบบเชื่อมโยงฐานทะเบียนราษฎร์ กับคลังข้อมูล

1.4 ประมวลผลฐานข้อมูลประชากรระดับประเทศเพื่อค้นหาลักษณะ รูปแบบข้อมูลประชากร และจำแนกความผิดปกติของข้อมูลที่ใช้ระบุแทนบุคคลเป็นเอกลักษณ์

1.5 จัดเตรียมระบบเครื่องแม่ข่ายเพื่อให้บริการระบบขึ้นทะเบียนหมายเลขประจำตัวสำหรับประชากร และผู้รับบริการด้านการแพทย์และสุขภาพ (MOPHID)

1.6 พัฒนาระบบขึ้นทะเบียนหมายเลขประจำตัวสำหรับประชากร และผู้รับบริการด้านการแพทย์และสุขภาพ (MOPHID) และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีทางด้านชีวภาพและทางการแพทย์ กับเทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์ ทำการจัดเก็บข้อมูลทางชีวภาพ ลายพิมพ์นิ้วมือ หรือ ข้อมูลเรตินาภายในดวงตา หรือภาพถ่ายบุคคลเพื่อระบุทราบบุคคลจัดเก็บเป็นคลังข้อมูลบุคคล

1.7 กำหนดขอบเขตและรายละเอียดการพัฒนาซอฟต์แวร์การขึ้นทะเบียน MOPHID ผ่านระบบอินเตอร์เน็ต เป็นการกำหนดคุณลักษณะซอฟต์แวร์การขึ้นทะเบียน MOPHID ผ่านระบบอินเตอร์เน็ต ในลักษณะเว็บแอปพลิเคชั่น ทำการติดตั้งระบบ บนระบบ Cloud Data Center กระทรวงสาธารณสุข

1.8 จ้างเหมาพัฒนาซอฟต์แวร์การขึ้นทะเบียน MOPHID ผ่านระบบอินเตอร์เน็ต ตามข้อกำหนดขอบเขตและรายละเอียดการพัฒนา

1.9 ประสาน และประชุมร่วมเพื่อเตรียมพื้นที่จังหวัดต้นแบบดำเนินการขึ้นทะเบียนหมายเลขประจำตัวสำหรับประชากร และผู้รับบริการด้านการแพทย์และสุขภาพ (MOPHID) จังหวัดตาก, จังหวัดหนองคาย ประกอบด้วย รพ.สต. 1 แห่ง และรพ.ชุมชน 1 แห่ง

1.10 ลงพื้นที่จังหวัดต้นแบบดำเนินการขึ้นทะเบียน

2. กิจกรรมเพื่อพัฒนาระบบให้บริการข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Personal Health Profiles :PHPs)

2.1 ศึกษาค้นคว้าเกี่ยวกับมาตรฐานการแลกเปลี่ยนข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ

2.2 ศึกษาข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ ได้แก่ ประเด็นทางกฎหมาย การอนุญาตสิทธิในการเข้าถึงข้อมูล ขอบเขตการเข้าถึง และให้บริการแลกเปลี่ยนข้อมูลของหน่วยบริการบุคลากรที่เกี่ยวข้อง รวบรวมประเด็นร่วมพิจารณากับผู้เกี่ยวข้อง และผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย โดยให้ภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการประชุมให้ข้อคิดเห็น

2.3 กำหนดกลุ่มข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ หรือรายการข้อมูลสำหรับให้บริการ และมาตรฐานด้านความปลอดภัยในการให้บริการ

2.4 พัฒนาระบบคลังข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ ให้บริการผ่านระบบ ซอฟต์แวร์ที่ช่วยในการ

แลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างคอมพิวเตอร์ผ่านระบบอินเตอร์เน็ต (Web Service)

2.5 กำหนดขอบเขตและรายละเอียดของซอฟต์แวร์ให้บริการข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Personal Health Profiles :PHPs)

2.6 พัฒนาซอฟต์แวร์ให้บริการข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Personal Health Profiles :PHPs)

2.7 ติดตั้ง อบรมและใช้งานระบบ ในพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด

2.8 ประเมินผล กำกับติดตามผลตามแผน จัดทำรายงานนำเสนอ

2.9 วางแผนขยายผล สรุปผลการดำเนินโครงการ จัดทำรายงานการดำเนินการ วางแผนการพัฒนาต่อเนื่อง และกำหนดแนวทางการขยายผลการดำเนินการให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ F – test ด้วยเทคนิค Multi way ANOVA Independent t-test และ F – test ด้วยเทคนิค repeated measurement ในการเปรียบเทียบระดับน้ำตาลของผู้ป่วยเบาหวานรายเดือน

ผลการวิจัย

1. กิจกรรมเพื่อพัฒนา MOPHID ให้เป็นตัวแทนบุคคลทดแทน CID ของประชากร และรับบริการด้านการแพทย์และสุขภาพ ประกอบด้วย

1.1 การศึกษา ค้นคว้า เอกสารวิชาการ ข้อมูลทางเทคนิค เกี่ยวข้องกับการกำหนดหมายเลขเพื่อให้มีความเป็นเอกลักษณ์ (Unique) และมีตรรกะที่เหมาะสมสำหรับการบริหารจัดการด้านเสถียรภาพ

1.2 ศึกษาเทคโนโลยีทางด้านชีวภาพและทางการแพทย์ กับเทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์

1.3 ศึกษา และพัฒนาระบบต้นแบบเชื่อมโยงฐานทะเบียนราษฎร์ กับคลังข้อมูลบุคคล

1.4 ประมวลผลฐานข้อมูลประชากร ระดับประเทศ

1.5 จัดเตรียมระบบเครื่องแม่ข่ายเพื่อให้บริการระบบขึ้นทะเบียนหมายเลขประจำตัวสำหรับประชากร และผู้รับบริการด้านการแพทย์และสุขภาพ (MOPHID)

1.6 พัฒนาระบบขึ้นทะเบียนหมายเลขประจำตัวสำหรับประชากร ผู้รับบริการด้านการแพทย์และสุขภาพ (MOPHID) และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีทางด้านชีวภาพและทางการแพทย์ กับเทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์

1.7 กำหนดขอบเขตและรายละเอียดการพัฒนาซอฟต์แวร์การขึ้นทะเบียน MOPHID ผ่านระบบอินเตอร์เน็ต

1.8 พัฒนาซอฟต์แวร์การขึ้นทะเบียน MOPHID ผ่านระบบอินเตอร์เน็ต

2. การนำไปใช้

2.1 กำหนดแนวทางการบริหารโครงการ

2.2 กำหนดอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของทีมบริหารโครงการ

3. ผลการพัฒนาระบบให้บริการข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Personal Health Profiles :PHPs) ติดตั้ง อบรมและใช้งานระบบ ในพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมายที่กำหนดประสาน เตรียมพื้นที่ และลงพื้นที่จังหวัดต้นแบบการให้บริการข้อมูลส่วนบุคคลด้านแพทย์และสุขภาพ ที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อติดตั้งแอปพลิเคชั่น และอบรมการใช้งาน ระบบให้บริการข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย บุคลากรจากหน่วยบริการ และกลุ่มเป้าหมายประชาชนอาสาสมัคร ในพื้นที่ พบว่า

3.1 ความคาดหวังต่อระบบการให้บริการข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Personal Health Profiles :PHPs) (ก่อนการอบรม) อยู่ในระดับ ปานกลาง ทั้งโดยรวมและรายข้อ

3.2 ความเหมาะสมของระบบการให้บริการข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Personal Health Profiles :PHPs) (หลังการอบรม) พบว่า อยู่ในระดับ มาก ทั้งโดยรวมและรายข้อ

3.3 การเปรียบเทียบความคาดหวัง (ก่อนการอบรม) กับความเหมาะสม (หลังการอบรม)ของระบบการให้บริการ

ข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Personal Health Profiles :PHPs)

ตาราง 1 การเปรียบเทียบความคาดหวัง (ก่อนการอบรม) กับความเหมาะสม(หลังการอบรม) ของระบบการให้บริการข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Personal Health Profiles :PHPs) (Dependent t-test)

ก่อน		หลัง		df	t	p-value	95%CI	
ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
2.94	**0.31**	**4.14**	**0.56**	159	-21.878	.000	-1.30787	-1.09129

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

จากตาราง การเปรียบเทียบความคาดหวัง (ก่อนการอบรม) กับความเหมาะสม(หลังการอบรม) ของระบบการให้บริการข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Personal Health Profiles :PHPs) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value มีค่าเท่ากับ .000) โดยที่ ความเหมาะสม(หลังการอบรม) มีค่ามากกว่าความคาดหวัง (ก่อนการอบรม) (t มีค่าเป็นลบ)

4. การขยายผลโดยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ตาราง 2 จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดที่ติดตั้ง H4U ผ่าน HIS GATEWAY

ประเภท โรงพยาบาล	จำนวนทั้งหมด	ขอใช้		ผ่าน	
		จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
โรงพยาบาลศูนย์	34	32	94.12	29	90.63
โรงพยาบาลทั่วไป	85	82	96.47	77	93.90
โรงพยาบาลชุมชน	778	596	76.61	550	92.28

จากตาราง จำนวนโรงพยาบาลทั้งหมดที่ติดตั้ง H4U ผ่าน HIS GATEWAY พบว่า โรงพยาบาลศูนย์ ขอใช้ร้อยละ 94.12 ผ่าน ร้อยละ 90.63 โรงพยาบาลทั่วไป ขอใช้ร้อยละ 96.47 ผ่าน ร้อยละ 93.90 โรงพยาบาลชุมชน ขอใช้ร้อยละ 76.61 ผ่าน ร้อยละ92.28

สรุปและอภิปรายผล

ผลการพัฒนาระบบให้บริการข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Personal Health Profiles :PHPs) ติดตั้งอบรมและใช้งานระบบ ในพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด ประสาน เตรียมพื้นที่ และลงพื้นที่จังหวัดต้นแบบการให้บริการข้อมูลส่วนบุคคลด้านแพทย์และสุขภาพ ที่จังหวัดพระนครศรีอยุธยา เพื่อติดตั้งแอปพลิเคชั่น และอบรมการใช้งาน ระบบให้บริการข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ กลุ่มเป้าหมายประกอบด้วย บุคลากรจากหน่วยบริการและกลุ่มเป้าหมายประชาชนอาสาสมัคร ในพื้นที่ พบว่าความคาดหวังต่อระบบการให้บริการข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Personal Health Profiles :PHPs) (ก่อนการอบรม) อยู่ในระดับ ปานกลาง ทั้งโดยรวมและรายข้อ ความเหมาะสมของระบบการให้บริการข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Personal Health Profiles :PHPs) (หลังการอบรม) พบว่า อยู่ในระดับ มาก ทั้งโดยรวมและรายข้อและการเปรียบเทียบความคาดหวัง (ก่อนการอบรม) กับความเหมาะสม (หลังการอบรม)ของระบบการให้บริการข้อมูลส่วนบุคคลด้านการแพทย์และสุขภาพ (Personal Health Profiles :PHPs) พบว่า มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ ความเหมาะสม(หลังการอบรม) มีค่ามากกว่าความคาดหวัง (ก่อนการอบรม) ทั้งนี้เนื่องมาจากกิจกรรมเพื่อพัฒนา MOPHID ให้เป็นตัวแทนบุคคลทดแทน CID ของประชากร และรับบริการด้านการแพทย์และสุขภาพ ที่ประกอบด้วย การศึกษา ค้นคว้า เอกสารวิชาการ ข้อมูลทาง

เทคนิค เกี่ยวข้องกับการกำหนดหมายเลขเพื่อให้มีความเป็นเอกลักษณ์ (Unique) และมีตรรกะที่เหมาะสมสำหรับการบริหารจัดการด้านเสถียรภาพ การศึกษาเทคโนโลยีทางด้านชีวภาพและทางการแพทย์ กับเทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์ การศึกษา และพัฒนาระบบต้นแบบเชื่อมโยงฐานทะเบียนราษฎร์ กับคลังข้อมูลบุคคล การประมวลผลฐานข้อมูลประชากร ระดับประเทศ การจัดเตรียมระบบเครื่องแม่ข่ายเพื่อให้บริการระบบขึ้นทะเบียนหมายเลขประจำตัวสำหรับประชากร และผู้รับบริการด้านการแพทย์และสุขภาพ (MOPHID) การพัฒนาระบบขึ้นทะเบียนหมายเลขประจำตัวสำหรับประชากร ผู้รับบริการด้านการแพทย์และสุขภาพ (MOPHID) และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีทางด้านชีวภาพและทางการแพทย์ กับเทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์ การกำหนดขอบเขตและรายละเอียดการพัฒนาซอฟต์แวร์การขึ้นทะเบียน MOPHID ผ่านระบบอินเตอร์เน็ต และพัฒนาซอฟต์แวร์การขึ้นทะเบียน MOPHID ผ่านระบบอินเตอร์เน็ต นอกจากนี้ การนำไปใช้ ยังกำหนดแนวทางการบริหารโครงการ และอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของทีมบริหารโครงการ สอดคล้องกันกับการศึกษาสิรยา สิทธิสาร และสุวิมล จุงจิตร์ (2550)[4] การพัฒนาเว็บเซอร์วิสสำหรับบริการข้อมูลด้านบุคลากรของมหาวิทยาลัยทักษิณ ผลการศึกษาพบว่าเว็บเซอร์วิสสำหรับบริการข้อมูลด้านบุคลากรของมหาวิทยาลัยทักษิณมีประสิทธิภาพอยู่ในระดับดีมากทำให้กระบวนการพัฒนาเว็บแอพลิเคชั่นด้านงานบุคลากรพัฒนาได้รวดเร็วยิ่งขึ้น เนื่องจากมีการเรียกใช้เว็บเซอร์วิสมาประกอบเป็นระบบงานที่สมบูรณ์ รวมทั้งประหยัดเวลาลดจำนวนบรรทัดในการเขียนโปรแกรมและลดการจัดการกับฐานข้อมูลด้วยเช่นกัน และสอดคล้องกับการศึกษาของมาลีวัลย์ ศรีวิลัย (2560)[5] ได้ทำการพัฒนารูปแบบระบบฐานข้อมูลสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย พบว่าความถูกต้องของการจัดเก็บและการบันทึกข้อมูลเพิ่มขึ้นร้อยละ 7.07 ความครบถ้วนของการจัดเก็บและส่งระบบฐานข้อมูลของหน่วยบริการไปยังศูนย์ข้อมูลอำเภอ พบว่าหน่วยบริการดำเนินการจัดเก็บและส่งระบบฐานข้อมูลไปยังศูนย์ข้อมูลอำเภอครบทุกแห่ง สำหรับความครบถ้วนของการส่งระบบฐานข้อมูลพบว่า หน่วยบริการสามารถส่งแฟ้มระบบฐานข้อมูลได้ 31 แฟ้ม เพิ่มขึ้นร้อยละ 12.82 ส่งได้26-30 แฟ้ม เพิ่มขึ้นร้อยละ 71.80 และส่งได้ 21-25 แฟ้ม เพิ่มขึ้นร้อยละ 6.41 ทั้งนี้หลังการเปลี่ยนรูปแบบระบบฐานข้อมูลไม่พบการส่งแฟ้มระบบฐานข้อมูลที่น้อยกว่า 15 แฟ้ม สำหรับความทันเวลาของการจัดเก็บและส่งระบบฐานข้อมูลของหน่วยบริการเพิ่มมากขึ้นร้อยละ 0.43 ความพึงพอใจต่อการดำเนินงานพัฒนารูปแบบระบบฐานข้อมูลของผู้บริหาร คณะทำงานพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพและผู้รับผิดชอบงานระบบฐานข้อมูลในระดับหน่วยบริการอยู่ในระดับมาก และมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$)

ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้

ในกิจกรรมเพื่อพัฒนา MOPHID ให้เป็นตัวแทนบุคคลทดแทน CID ของประชากร และรับบริการด้านการแพทย์และสุขภาพ ควรมีการศึกษา ค้นคว้า เอกสารวิชาการข้อมูลทางเทคนิค เกี่ยวข้องกับการกำหนดหมายเลขเพื่อให้มีความเป็นเอกลักษณ์ (Unique) และมีตรรกะที่เหมาะสมสำหรับการบริหารจัดการด้านเสถียรภาพ การศึกษาเทคโนโลยีทางด้านชีวภาพและทางการแพทย์ กับเทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์ การศึกษา และพัฒนาระบบต้นแบบเชื่อมโยงฐานทะเบียนราษฎร์ กับคลังข้อมูลบุคคล การประมวลผลฐานข้อมูลประชากร ระดับประเทศ การจัดเตรียมระบบเครื่องแม่ข่ายเพื่อให้บริการระบบขึ้นทะเบียนหมายเลขประจำตัวสำหรับประชากร และผู้รับบริการด้านการแพทย์และสุขภาพ (MOPHID) การพัฒนาระบบขึ้นทะเบียนหมายเลขประจำตัวสำหรับประชากร ผู้รับบริการด้านการแพทย์และสุขภาพ (MOPHID) และประยุกต์ใช้เทคโนโลยีทางด้านชีวภาพและทางการแพทย์ กับเทคโนโลยีทางคอมพิวเตอร์ การกำหนดขอบเขตและรายละเอียดการพัฒนาซอฟต์แวร์การขึ้นทะเบียน MOPHID ผ่านระบบอินเตอร์เน็ต และพัฒนาซอฟต์แวร์การขึ้นทะเบียน MOPHID ผ่านระบบอินเตอร์เน็ต นอกจากนี้ ยังต้องกำหนดแนวทางการบริหารโครงการ และอำนาจหน้าที่และความรับผิดชอบของทีมบริหารโครงการ

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาปัญหาอุปสรรค จุดอ่อนจุดแข็ง ของการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้สนองตอบความต้องการของผู้รับบริการได้สูงสุด

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.การสาธารณสุขไทย 2554 – 2558. กรุงเทพ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก. 2559

2.คณะทำงานพัฒนาโปรแกรมคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. ความเป็นมาของระบบคลังข้อมูลการแพทย์และสุขภาพ Health Data Center : HDC. การอบรมเชิงปฏิบัติการพัฒนาระบบ Health Data Center (HDC on Cloud) ตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข(สำหรับผู้ดูแลระบบ);27-29 กรกฎาคม 2559; Data Center อาคารสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. นนทบุรี : ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์; 2559.

3.ไพบูลย์ เกียรติโกมล และณัฏฐพันธ์ เขจรนันทน์. ระบบสารสนเทศเพื่อการจัดการ. กรุงเทพมหานคร:ซีเอ็ดยูเคชั่น.2551.

4.สิรยา สิทธิสาร และสุวิมล จุงจิตร์. การพัฒนาเว็บเซอร์วิสสำหรับบริการข้อมูลด้านบุคลากรของมหาวิทยาลัยทักษิณ. การประชุมวิชาการและเสนอผลงานวิจัย (การวิจัยเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน) มหาวิทยาลัยทักษิณ ครั้งที่ 17 ประจำปี 2550.2550.

5.มาลีวัลย์ ศรีวิลัย. การพัฒนารูปแบบระบบฐานข้อมูลสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย. วารสารสาธารณสุขล้านนา ปีที่ 13 ฉบับที่ 1. 2560

6.John W. Best James V. Kahn. RESEARCH IN EDUCATION. 8th. Allyn and Bacon. 1991.

ประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหานนา อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น

THE EFFECTS OF SELF-MANAGEMENT PROGRAMS IN ELDERY WITH TYPE 2 DIABETES ON BLOOD SUGAR LEVELS AT LAHANNA SUB-DISTRICT, WAENGNOI DISTRICT, KHONKAEN PROVINCE

โศธิดา ปะสี[1], จุฬาภรณ์[2] โสตะ , สนใจ ไชยบุญเรือง[3]

Sothida Pasee[1] , Chulaphorn Sota[2] , Sonjai Chaiboonruang[3]

(Received: November 17,2020; Accepted: December 10,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi – Experimental Research) แบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ไม่เท่าเทียมกัน หรือ แบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The non-Equivalent Control Group Design หรือ Two group Pretest-Posttest Design) โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาประสิทธิผลของการใช้โปรแกรมการจัดการตนเอง ในผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อระดับน้ำตาลในเลือด โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหานนา อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น ได้ดำเนินการ 3 ระยะ ระยะที่ 1 ระยะการเตรียมความพร้อมศึกษาสภาพปัญหา ระยะที่ 2 ระยะการจัดการด้วยตนเอง ระยะที่ 3 ระยะการติดตามผล และประเมินผลการปฏิบัติ กลุ่มเป้าหมายคือผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่รับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหานนาและควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ เลือกโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive Sampling) กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการดูแลตามปกติที่สุขศาลาปิยคุณาธารอุปถัมภ์ หมู่ 2 ตำบลละหานนา อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น จำนวน 30 คน และกลุ่มทดลองซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ รับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหานนา ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ส่งเสริมความรู้เรื่องโรคเบาหวานและพฤติกรรมการจัดการตนเองในเรื่องการรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด และการติดตามเยี่ยมบ้าน จำนวน 30 คน โดยดำเนินการตามแนวคิดของ Kanfer & Gaelic 3 ขั้นตอน ซึ่งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม มีคุณสมบัติและบริบทใกล้เคียงกัน ระยะเวลาการทดลอง 8 สัปดาห์

ผลการศึกษา พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดน้อยกว่ากลุ่มควบคุมและน้อยกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น $P< 0.05$ มีค่าเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น $P< 0.05$ แต่เพิ่มขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับความเชื่อมั่น $P> 0.05$ ดังนั้นจึงควรมีการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ

ABSTRACT

This study It was Quasi-Experimental Research with the non-Equivalent Control Group Design or Two group Pretest-Posttest Design with objective. To study the effectiveness of self-management programs In the elderly, type 2 diabetes on blood sugar levels. Health Promoting Hospital, Lahanna Subdistrict, Waeng Noi District, Khon Kaen Province. Have an action 3 Phase Phase 1, Preparation

[1] ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

2 รศ.ดร.สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

3 ผศ.ดร.สาขาวิชาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ บัณฑิตวิทยาลัย วิทยาลัยบัณฑิตเอเชีย

and Study of Problem Condition Phase 2, Self Management Phase 3, Follow-up Phase And evaluate the performance The target group is the elderly with type 2 diabetes who received medicine at Lahanna Sub-District Health Promoting Hospital And cannot control blood sugar levels Selected by Purposive Sampling Method The sample group totaled 60 people, divided into a control group, who were elderly with type 2 diabetes who received regular care at Suksala Piyakunatharn Uppatham, Moo 2, Lahanna Subdistrict, Waeng Noi District, Khon Kaen Province, 30 people and an experimental group who Type 2 diabetes mellitus who cannot control blood sugar levels Receive medicine at Lahanna Subdistrict Health Promoting Hospital Who received a self-management program Promote knowledge of diabetes and self-management behaviors in dieting. Exercise Taking medicine And stress management And follow-up visits to 30 people, followed by a 3-step Kanfer & Gaelic concept, which the experimental group and control group Have similar properties and context The trial period is 8 weeks.

The results showed that after the experiment, the experimental group had a statistically significantly lower mean blood glucose level than the control group and less than before, with confidence level $P < 0.05$. Than before the experiment was statistically significant at confidence level $P < 0.05$, but was not statistically significant higher than control at confidence level $P > 0.05$. Therefore, a self-management program in people with diabetes should be used to achieve the correct behavior in order to maintain normal blood sugar levels.

Keywords: THE EFFECTS 1, SELF-MANAGEMENT PROGRAMS 2, ELDERY WITH TYPE 2 DIABETES 3, BLOOD SUGAR LEVELS 4

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคเรื้อรังที่เป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของโลก มีอุบัติการณ์เพิ่มมากขึ้นอย่าง รวดเร็ว และเป็นต้นเหตุให้เกิดภาวะแทรกซ้อนเกี่ยวกับโรคหัวใจและหลอดเลือดส่งผลกระทบต่อผู้สูงอายุที่เป็น โรค เบาหวานและครอบครัวความชุกของโรคเบาหวานเพิ่มมากขึ้นทั่วโลกทั้งในประเทศที่กำลังพัฒนา และประเทศ ที่พัฒนาแล้วในอดีตจะพบว่าคนที่เป็นโรคเบาหวานจะพบในผู้สูงอายุ แต่ปัจจุบันจะพบได้ในทุกวัย สถานการณ์ โรคเบาหวานมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่าในปี พ.ศ. 2552 ผู้ป่วยโรค เบาหวานมีจำนวน 108 ล้านคน เพิ่มขึ้นเป็น 422 ล้านคนในปี พ.ศ.2557 และมีผู้เสียชีวิตจากโรคเบาหวาน จำนวน 1.5 ล้านคน นอกจากนี้ยังพบวาประชากรทั่วโลกที่มีอายุมากกว่า 18 ปี ป่วยด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 4.7 เป็นร้อยละ 8.5 ซึ่งในปัจจุบันประชากรวัยผู้ใหญ่ 1 ใน 11 คน ป่วยเป็นโรคเบาหวาน สำหรับใน ประเทศไทยจากรายงานของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า อัตราตาย ด้วยโรคเบาหวานต่อประชากรแสนคน ในภาพรวมของประเทศ ในปี พ.ศ. 2556-2558 เท่ากับ 8.80, 15.48 และ 19.59 ตามลำดับ และปัจจุบันมีผู้ป่วยเบาหวานทั่วโลก 415 ล้านคน [22] เห็นได้ว่าอัตราการตายด้วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นทุกปี จากการสำรวจสุขภาพ ประชาชน ไทยโดยการตรวจร่างกายในประชากรไทยอายุ15 ปีขึ้นไป ครั้งที่ 3, 4 และ 5 (ปี พ.ศ. 2547, 2552 และ 2557) พบว่าความชุกของโรคเบาหวานของครั้งที่ 3 ร้อยละ7 ใกล้เคียงกับ ครั้งที่4 ร้อยละ 6.9 ส่วนครั้งที่ 5 เพิ่มสูงขึ้นเป็นร้อยละ 8.8 คิดเป็น 4.8 ล้านคน และในปี พ.ศ. 2560 มีผู้ป่วยเบาหวาน 5 ล้านคน [22] สำหรับสถานการณ์ของโรคเบาหวานในจังหวัดขอนแก่น ปี พ.ศ. 2557-2559 มีผู้ป่วยโรคเบาหวานทั้งหมด จำนวน 9,036, 10,631 และ 40,970 ราย คิดเป็นอัตรา (ต่อแสนประชากร) 774.72, 900.80, 3,427.82 ตามลำดับ มีผู้ป่วยเบาหวานเสียชีวิต จำนวน131,137,653 คน คิด เป็นอัตรา (ต่อแสนประชากร) 11.24, 11.60, 54.63 ตามลำดับ จะเห็นได้ว่ามีผู้ป่วยผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน และเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นทุกปี

จังหวัดขอนแก่น เป็นจังหวัดหนึ่งที่โรคเบาหวานเป็นปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยในปี พ.ศ.2558 พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานของจังหวัดเท่ากับ 1,034.82 ต่อแสนประชากร (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น ,2559) และ มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี 2559 พบว่าป่วยด้วย โรคเบาหวาน 3694.40 ต่อประชากรแสนคน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น,2560)

โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหานนา อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น มีผู้เป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มารับบริการในคลินิกโรคเรื้อรังเบาหวานและความดันโลหิตสูง จำนวน 150 คน ผู้ป่วยเบาหวาน 31 คน โรคความดันโลหิตสูง 84 คน และโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูง 35 คน พบว่าในจำนวนนี้เป็นผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป จำนวน 110 คน คิดเป็นร้อยละ 73.33 และพบว่าผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน 50 คน คิดเป็นร้อยละ 75.75 ของผู้ป่วยเบาหวานที่รับยารพ.สต.ละหานนา ผู้สูงอายุโรคเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้อย่างเหมาะสม (ระดับน้ำตาลในเลือด100-126 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร) จำนวน 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 32 และมีผู้สูงอายุโรคเบาหวานที่มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ โดยมีระดับน้ำตาลในเลือด มากกว่า 140 มิลลิกรัมต่อเดซิลิต ซึ่งไม่เป็นไปตามเป้าหมายของการดูแลรักษา จำนวน 34 ราย คิดเป็นร้อยละ 68

จากการสัมภาษณ์ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลไม่ได้ ระหว่าง 127-300 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร พบว่าที่มีปัญหาในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ มีสาเหตุที่สำคัญอย่างหนึ่งก็คือ มีพฤติกรรมการบริโภคอาหารไม่ถูกต้อง ส่วนใหญ่ผู้ที่มารับบริการจะเป็นผู้สูงอายุซึ่งต้องดูแลตัวเองเพียงลำพังในเวลากลางวัน เนื่องจากสมาชิกทุกคนในบ้านไปทำงานกันหมด ทำให้การรับประทานอาหารและการรับประทานยาของผู้ป่วยไม่ถูกต้องได้เช่น ไม่รับประทานยาในช่วงเช้าเพราะดื่มกาแฟอย่างเดียวในตอนเช้าเลยไม่ได้รับประทานอาหารเช้า ไปรับประทานอาหารเช้าตอนสาย ๆ ถึงได้เริ่มรับประทานยา ส่วนผู้ที่เป็นโรคเบาหวานที่อยู่ในช่วงวัยทำงานก็ยังมีการดูแลตนเองไม่เหมาะสม เช่นไม่รับประทานอาหารเช้าเพราะต้องใช้เวลาเดินทางไปทำงานแต่เช้า ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาได้จึงต้องไปเริ่มการรับประทานยาในช่วงเวลาพัก รับประทานอาหารกลางวันและในช่วงเย็นผู้เป็นโรคเบาหวานที่เป็นผู้สูงอายุต้องรอจนคนในครอบครัวกลับจากทำงานมาถึงบ้านจึงได้รับประทานอาหารเพื่อรอให้คนในครอบครัวมาทำอาหาร ให้รับประทานหรือซื้อกับข้าวจากข้างนอกกลับมา จะมีบางคนที่ยังแข็งแรงทำอาหารเพื่อรอให้คน ในครอบครัวกลับมารับประทานอาหาร และส่วนใหญ่ก็จะทำอาหารตามที่คนในครอบครัวชอบ โดยไม่คำนึงถึงอาหารที่เกี่ยวข้องกับโรคเบาหวานของตนเอง ความกังวลในเรื่องของการเจ็บป่วย ของตัวเอง และกลัวเป็นภาระกับครอบครัวจึงทำให้เกิดความเครียดซึ่งความเครียดมีผลต่อการนอนหลับและการควบคุมน้ำตาลในเลือด

การจัดการตนเองเป็นกุญแจสำคัญที่ใช้รักษา โรคเรื้อรังที่ประสบผลสำเร็จ เพราะการจัดการตนเองทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพไปในทางที่ดีขึ้น และสัมพันธภาพในครอบครัวมีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน (อารีย์ เสนีย์,2557) และครอบครัวของผู้สูงอายุที่เป็นโรค เบาหวานมีส่วนในการตัดสินใจในเรื่องการจัดการตนเอง ดังผลของโปรแกรมการเสริมสร้างพลังอำนาจของผู้ดูแล และผู้ป่วยสูงอายุโรคเบาหวาน อำเภอกันทรวิชัย จังหวัดมหาสารคาม พบว่ากลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยการรับรู้ พลังอำนาจ พฤติกรรมการดูแลผู้สูงอายุเป็นโรคเบาหวาน และพฤติกรรมสุขภาพของผู้สูงอายุเป็น โรคเบาหวาน หลังการทดลองสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มเปรียบเทียบ (จุฑารัตน์ รังษา, 2559) ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของบุคคลและครอบครัวต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 เฉลี่ย ระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุหลังได้รับโปรแกรมมีค่าต่ำกว่าก่อนได้รับโปรแกรม [17]

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เรื่องการจัดการตนเองของผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้เป็นเบาหวาน เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นผู้สนับสนุนและคอยเป็นกำลังใจผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน เกิดความเปลี่ยนแปลงไปในทางสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยน พฤติกรรมของผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นพยาบาลวิชาชีพที่ดูแลสุขภาพในระดับปฐมภูมิ เป็นผู้ที่ต้องให้การดูแลผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มนี้โดยตรง จึงมีความสนใจที่จะศึกษาและนำโปรแกรมการจัดการตนเอง มาใช้ในการดูแลผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 เพื่อดำเนินการแก้ไขปัญหาอย่างเหมาะสมให้แก่ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวาน ซึ่งจะทำให้ผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานสามารถบรรลุเป้าหมายในการรักษาโรคเบาหวานต่อไป โดยการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด ให้เกิดผลลัพธ์คือการควบคุม ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในค่าปกติ (70-110

mg/dl) และไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เป็นอันตรายถึงชีวิต ผู้สูงอายุโรคเบาหวานมีคุณภาพชีวิตที่ดี

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการความเครียด ต่อระดับน้ำตาลในเลือด ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม

2. เพื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการความเครียด ต่อระดับน้ำตาลในเลือด ของกลุ่มทดลองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง

วิธีการวิจัย

รูปแบบวิธีวิจัย (research methodology) ผู้วิจัยได้ดำเนินการโดยวิธีวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) แบบมีกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมที่ไม่เท่าเทียมกัน หรือแบบสองกลุ่มวัดสองครั้ง (The non-Equivalent Control Group Design หรือ Two group Pretest-Posttest Design) เพื่อวางแผนการดำเนินงานตลอดทั้ง 8 สัปดาห์ โดยสรุปตามขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 การติดตามตนเอง (Self Monitoring) เป็นขั้นตอนของการสังเกต ติดตามและบันทึกพฤติกรรมของตนเอง

ขั้นตอนที่ 2 การประเมินตนเอง (Self Evaluation) เป็นขั้นตอนของการประเมินเพื่อเปรียบเทียบการกระทำกิจกรรมของตนเองกับเกณฑ์มาตรฐานหรือเป้าหมายที่กำหนดไว้ไว้เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจปรับเปลี่ยน หรือคงพฤติกรรมนั้นไว้

ขั้นตอนที่ 3 การเสริมแรงตนเอง (Self Reinforcement) เป็นขั้นตอนของการให้แรงเสริมแก่ตนเอง
โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ ดังนี้

กลุ่มตัวอย่าง

ในการศึกษาครั้งนี้ใช้การคัดเลือกผู้เข้าร่วมวิจัยโดยใช้วิธีในการวิจัยครั้งนี้จึงกำหนดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 60 คน แบ่งเป็นกลุ่มควบคุมซึ่งเป็นผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้รับการดูแลตามปกติ 30 คน และกลุ่มทดลองซึ่งเป็นผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ ที่ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง 30 คน ในการเลือกกลุ่มตัวอย่างคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (Purposive sampling) ตามคุณสมบัติที่กำหนด

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นเครื่องมือที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเอง โดยครอบคลุมเนื้อหาตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ ซึ่งได้ปรับปรุงจากแนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ลักษณะแบบสอบถามประกอบด้วยข้อคำถาม 6 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยเบาหวาน และผู้ดูแลหลักเป็นชุดขอคำถามแบบเลือกตอบ และเติมคำประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย เบาหวาน ผลน้ำตาลในเลือด 2 ครั้งสุดท้าย

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ลักษณะคำถามประกอบด้วยข้อคำถามด้านสาเหตุการเกิดโรค อาการและอาการแสดง ภาวะแทรกซ้อน การรักษาและการปฏิบัติตัวเมื่อเป็นโรคเบาหวาน เป็นแบบเลือกตอบ 2 ตัวเลือกคือ ใช่ ไม่ใช่ จำนวน 20 ข้อ ดังนี้

ตอบถูก ให้ 1 คะแนน

ตอบผิด ให้ 0 คะแนน

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามพฤติกรรมการจัดการตนเองของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ประกอบด้วย พฤติกรรมการบริโภคอาหาร พฤติกรรมการออกกำลังกาย พฤติกรรมการรับประทานยา และพฤติกรรมการจัดการความเครียด จำนวน 50 ข้อ ลักษณะคำถามเป็นลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า (Rating scale) กำหนดไว้ 3 ระดับ คือ ปฏิบัติเป็นประจำ ปฏิบัติเป็นบางครั้ง และไม่ปฏิบัติเลย
แบบสอบถามในตอนนี้ประกอบด้วยข้อมูลที่เป็นบวกและเป็นลบ เป็นมาตราส่วนประมาณค่าแบบลิเคิต 3 ระดับ การให้คะแนนพิจารณาตามพฤติกรรมที่ปฏิบัติ

การดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 ระยะการเตรียมความพร้อม สำรวจข้อมูลพื้นฐานและประเมินความรู้และพฤติกรรมการจัดการตนเอง ประกอบด้วยการประเมินความรู้การดูแลตนเอง ให้ความรู้และการฝึกทักษะ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญที่จะส่งเสริมให้

ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 พฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียดที่เหมาะสม ดังนี้

1. ผู้ช่วยวิจัยให้กลุ่มทดลองมาร่วมกันเป็นรายกลุ่มทำแบบสอบถามข้อมูลทั่วไป แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป เป็นชุดข้อคาถามแบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย อายุเพศ ระดับ การศึกษา อาชีพ รายได้ระยะเวลาที่ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นเบาหวาน ระดับน้ำตาลในเลือด และผู้จัดเตรียมอาหารให้รับประทาน แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา การจัดการความเครียดและวัดระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วย

2. แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลหลักมารวมกันเป็นรายกลุ่ม เป็นชุดข้อคำถาม แบบเลือกตอบและเติมคำ ประกอบด้วย อายุ เพศ ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ เป็นผู้ดูแลหลักผู้ป่วยเบาหวานกี่ปี มีความสัมพันธ์อะไรกับผู้ป่วย และบทบาทผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานเรื่อง การบริโภคอาหาร แบบสอบถามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร

3. เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองและผู้ดูแลหลักพูดคุยถึงปัญหาในการจัดการตนเอง ของผู้ป่วยเบาหวาน
และกำหนดเป้าหมายร่วมกันระหว่างผู้ป่วยกับผู้ให้การรักษาในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และความสำคัญ ของการรับประทานอาหารเฉพาะโรคของผู้ป่วยเบาหวาน การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด

4. ผู้วิจัยกล่าวสรุปปัญหาในการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวานในเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร ความสำคัญของการควบคุมการรับประทานอาหารเฉพาะโรค ผู้วิจัยแจกคู่มือความรู้เรื่องการบริโภคอาหาร และสาธิตวิธีการคำนวณพลังที่ควรได้รับของกลุ่มตัวอย่างแต่ละคน อธิบายและสาธิตวิธีการ เลือกชนิดของอาหาร ประเภทของอาหารเบาหวาน อาหารแลกเปลี่ยน ปริมาณอาหารที่ควรได้รับ จานวนมื้อของการรับประทาน รวมถึงการออกกำลังกาย การรับประทานยา และการจัดการความเครียด ฝึกทักษะการจัดการตนเอง การจดบันทึกชนิดของอาหาร การกะปริมาณอาหาร และฝึกการบันทึกข้อมูล

สัปดาห์ที่ 2 กิจกรรมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ที่ รพ.สต.ละหานนา

1. กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวานและภาวะแทรกซ้อน

2. กิจกรรมให้ความและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการบริโภคอาหารและการเลือกอาหารควบคุมโรค เบาหวาน

3. กิจกรรมการให้ความรู้และการฝึกทักษะเรื่องการออกกำลังกายในผู้ป่วยเบาหวาน

4. กิจกรรมการให้ความรู้และการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องการรับประทานยารักษาโรคเบาหวาน

5. กิจกรรมการให้ความรู้และการฝึกทักษะเรื่องการจัดการความเครียด

6. แจกคู่มือการจัดการตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน ของศูนย์ความเป็นเลิศด้านการดูแลผู้เป็นโรคเรื้อรัง วิทยาลัยพยาบาลประปกเกล้า จันทบุรี (กุมภาพันธ์, 2558)

7. แจกแบบบันทึกพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วยเบาหวาน เป็นแบบบันทึกที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นเพื่อให้กลุ่มตัวอย่างและผู้ดูแลหลักบันทึกติดตามพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับ ประทานยา และการจัดการความเครียดของด้วยตนเอง

ระยะที่ 2 ระยะการจัดการด้วยตนเอง

กิจกรรมสัปดาห์ที่ 3 ที่ รพ.สต.ละหานนา โดยกิจกรรมส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 มีการกำกับตนเอง 3 ขั้นตอน คือ การติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง ดังนี้

1. ฝึกทักษะให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้สังเกตและตรวจสอบพฤติกรรมตนเอง และจดบันทึกในแบบบันทึกที่ผู้วิจัยได้จัดทำขึ้น เป็นการติดตามตนเอง

2. ให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้เปรียบเทียบพฤติกรรมที่ปฏิบัติกับพฤติกรรมเป้าหมายที่ตั้งไว้เพื่อประเมินและตัดสินว่าพฤติกรรมใดดี หรือไม่ดี พฤติกรรมใดสำเร็จหรือไม่สำเร็จ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

3. ส่งเสริมให้ผู้สูงอายุโรคเบาหวานได้เรียนรู้การเสริมแรงตนเอง ให้รางวัลตนเองเมื่อประเมินพฤติกรรม แล้วพบว่าตนเองปฏิบัติได้ตามมาตรฐานหรือดีกว่ามาตรฐาน เพื่อให้เกิดแรงจูงใจในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม

ระยะที่ 3 การติดตามและประเมินผล สัปดาห์ที่ 4 - 5

1. ผู้วิจัยติดตามเยี่ยมบ้าน ครั้งที่ 1 ติดตามและประเมินผลเรื่องพฤติกรรมการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย

การรับประทานยา และการจัดการความเครียด โดยการสอบถาม สัมภาษณ์ ผู้ป่วยและผู้ดู แล และการสังเกต

สัปดาห์ที่ 6 ประเมินความรู้และพฤติกรรม ระดับน้ำตาลในเลือดและการจัดการตนเอง ทั้งสองกลุ่ม ที่รพ.สต. ละหานนา

1.ประเมินความรู้และพฤติกรรมของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยการตอบแบบสอบถามที่สร้างขึ้นและเก็บข้อมูลในระยะที่ 1 หลังจากได้รับโปรแกรมการจัดการตนองโดยการให้ความรู้ 5 เรื่อง (กลุ่มทดลอง) กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมและกลุ่มควบคุมที่ดูแลตามปกติ

2.ตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือดเปรียบเทียบก่อนและหลัง ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

3.ประเมินการติดตามตนเอง การประเมินตนเอง และการเสริมแรงตนเอง จากแบบบันทึกพฤติกรรม การสอบถามและการสังเกต

4.เปิดโอกาสให้กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมได้ออกมาแสดงความรู้สึกจากการใช้โปรแกรมการจัดการตนเองในครั้งนี้

5.ผู้วิจัยสรุปและขอบคุณผู้ร่วมวิจัยทุกคน

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ในส่วนของข้อมูลเชิงปริมาณ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และเปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้โรคเบาหวานก่อนและหลังการการทดลองโดยใช้ Paired t-test ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

2. วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากการสังเกต การสัมภาษณ์ และการเยี่ยมบ้านด้วยการจดบันทึก โดยนำข้อมูลที่ได้มาทำความเข้าใจจับประเด็นปัญหา และจัดหมวดหมู่ข้อมูลอย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงกับรูปแบบจัดการตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 และสรุปเนื้อหาบรรยายเชิงพรรณนา

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุ จำแนกข้อมูลทั่วไปของกลุ่มทดลอง และกลุ่มควบคุมได้ดังนี้

พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 86.67) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 13.33) และกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 90) เป็นเพศชาย (ร้อยละ 10) อายุ พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยอายุ 71.03 ปี ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 37.48 อายุน้อยที่สุด 61 ปี อายุมากที่สุด 84 ปี กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยอายุ 70.20 ปี ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 47.06 อายุน้อยที่สุด 60 ปี อายุมากที่สุด 87 ปี สถานภาพสมรส พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 83.34) รองลงมา มาอยู่ในสถานภาพหม้าย หย่า แยก (ร้อยละ 16.66) สถานภาพโสด ไม่มี กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่มีสถานภาพคู่ (ร้อยละ 66.67) รองลงมามีสถานภาพหม้าย หย่า แยก (ร้อยละ 26.66) และน้อยที่สุดคือ สถานภาพโสด (ร้อยละ 6.67) ระดับการศึกษา พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 96.67) รองลงมา คือ ไม่ได้เรียน (ร้อยละ 3.33) และน้อยที่สุด คือ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ไม่มี กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีระดับการศึกษาสูงสุด คือ ระดับประถมศึกษา (ร้อยละ 93.33) รองลงมา คือ ไม่ได้ ร้อยละ 6.67) อาชีพปัจจุบัน พบว่า กลุ่มทดลองประกอบอาชีพเกษตรกรมากที่สุด (ร้อยละ63.33) รองลงมาคือไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 36.67) กลุ่มควบคุมประกอบอาชีพเกษตรกรรมมากที่สุด (ร้อยละ 53.33) รองลงมาไม่ได้ทำงาน (ร้อยละ 46.67) รายได้ พบว่า กลุ่มทดลองส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,001 - 4,000 บาท (ร้อยละ 53.33) รองลงมามีรายได้ระหว่าง 4,001 - 6,000 บาท (ร้อยละ 30) และน้อยที่สุดคือ มีรายได้ ต่ำกว่า 1,000 บาท (ร้อยละ 16.67) ส่วนกลุ่มควบคุม ส่วนใหญ่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือน 1,001 - 4,000 บาท (ร้อยละ 60) รองลงมามีรายได้ระหว่าง 4,001 - 6,000 บาท (ร้อยละ 26.67) และน้อยที่สุดคือ มีรายได้ ต่ำกว่า 1,000 บาท (ร้อยละ 13.33) น้ำหนักตัว พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว 61.30 กิโลกรัม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.27 น้ำหนักตัวน้อยที่สุด 42 กิโลกรัม น้ำหนักตัวมากที่สุด 86 กิโลกรัม หลังทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว 60.73 กิโลกรัม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 9.95 น้ำหนักตัวน้อยที่สุด 42 กิโลกรัม น้ำหนักตัวมากที่สุด 85 กิโลกรัม กลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว 61.21 กิโลกรัม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.68 น้ำหนักตัวน้อยที่สุด 47 กิโลกรัม น้ำหนักตัวมากที่สุด 92 กิโลกรัม หลังทดลอง กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยน้ำหนักตัว 61 กิโลกรัม ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.80 น้ำหนักตัวน้อยที่สุด 46 กิโลกรัม น้ำหนักตัวมากที่สุด 92.30 กิโลกรัม ส่วนสูง พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ย

ส่วนสูง 156.03 เซนติเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.62 ส่วนสูงน้อยที่สุด 140 เซนติเมตร ส่วนสูงมากที่สุด 173 เซนติเมตร กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยส่วนสูง 156.73 เซนติเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.36 ส่วนสูงน้อยที่สุด 143 เซนติเมตร ส่วนสูงมากที่สุด 170 เซนติเมตร ดัชนีมวลกาย พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 25.17 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.93 ดัชนีมวลกายน้อยที่สุด 17.48 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ดัชนีมวลกายมากที่สุด 36.74 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หลังทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 24.93 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.78 ดัชนีมวลกายน้อยที่สุด 17.5 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ดัชนีมวลกายมากที่สุด 36.3 กิโลกรัมต่อตารางเมตร กลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 24.85 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.41 ดัชนีมวลกายน้อยที่สุด 19.53 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ดัชนีมวลกายมากที่สุด 31.83 กิโลกรัมต่อตารางเมตร หลังทดลอง กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยดัชนีมวลกาย 24.73 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 3.22 ดัชนีมวลกายน้อยที่สุด 19.96 กิโลกรัมต่อตารางเมตร ดัชนีมวลกายมากที่สุด 31.94 กิโลกรัมต่อตารางเมตร รอบเอว พบว่า ก่อนทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยรอบเอว 88.83 เซนติเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.16 รอบเอวน้อยที่สุด 72 เซนติเมตร รอบเอวมากที่สุด 120 เซนติเมตร หลังทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยรอบเอว 88.02 เซนติเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 10.03 รอบเอวน้อยที่สุด 72 เซนติเมตร รอบเอวมากที่สุด 112 เซนติเมตร กลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ยรอบเอว 88.90 เซนติเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.32 รอบเอวน้อยที่สุด 70 เซนติเมตร รอบเอวมากที่สุด 119 เซนติเมตร หลังทดลอง กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยรอบเอว 90.30 เซนติเมตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 11.27 รอบเอวน้อยที่สุด 70 เซนติเมตร รอบเอวมากที่สุด 117 เซนติเมตร

1.11 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 8.6 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.31 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานน้อยที่สุด 2 ปี ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด 20 ปี กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวาน 6.07 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 4.22 ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานน้อยที่สุด 2 ปี ระยะเวลาที่ป่วยเป็นโรคเบาหวานมากที่สุด 22 ปี

2. เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือด

กลุ่มทดลอง ก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด 147 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 28.93 ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำสุด 87 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สูงสุด 205 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หลังทดลอง กลุ่มทดลอง มีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด 127.97 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22.31 ระดับน้ำตาลต่ำสุด 85 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สูงสุด 167 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

กลุ่มควบคุม ก่อนทดลอง มีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด 139.10 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 24.02 ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำสุด 83 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สูงสุด 208 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร หลังทดลอง กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือด 139.80 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 19.98 ระดับน้ำตาลในเลือดต่ำสุด 90 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร สูงสุด 195 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

2.1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ทั้งก่อนและหลังการทดลอง พบว่า ก่อนการทดลอง ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดของทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value > 0.05 หลังทดลอง พบว่า ค่าเฉลี่ยของระดับน้ำตาลในเลือดของทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

2.2 เปรียบเทียบระดับน้ำตาลในเลือดของผู้ป่วยก่อนและหลัง ได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05 ส่วนผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดก่อนและหลังทดลอง ภายในกลุ่มควบคุม พบว่า ก่อนและหลังการทดลอง กลุ่มควบคุม มีค่าเฉลี่ยระดับน้ำตาลในเลือดแตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value >0.05

3. เปรียบเทียบพฤติกรรมการจัดการตนเอง

พฤติกรรมการจัดการตนเองมีการแปลผล โดยแบ่งคะแนนและใช้หลักเกณฑ์ของ ของ Bloom (1971) ดังนี้ มีพฤติกรรมการจัดการตนเองอยู่ในระดับสูง หมายถึง ได้คะแนน

ร้อยละ 80 ขึ้นไป ระดับปานกลาง หมายถึงได้คะแนนร้อยละ 60-79 และระดับต่ำ หมายถึงได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 59 ลงมา

กลุ่มทดลอง ก่อนทดลองส่วนใหญ่ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 56.67) รองลงมา มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง อยู่ในระดับสูง(ร้อยละ 36.67) และระดับต่ำ (ร้อยละ 6.7) ตามลำดับ หลังทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 76.67) รองลงมา มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 23.33) ไม่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองในระดับต่ำ

กลุ่มควบคุม ก่อนทดลองส่วนใหญ่ มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 53.33) รองลงมา มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง อยู่ในระดับสูง (ร้อยละ 40) และระดับต่ำ (ร้อยละ 6.7) ตามลำดับ หลังทดลองส่วนใหญ่มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 80) รองลงมา มีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง อยู่ในระดับต่ำ(ร้อยละ 16.67) และระดับสูง (ร้อยละ 3.33) ตามลำดับ

3.1 เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ระหว่างผู้ป่วยกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนการทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value > 0.05 หลังทดลอง พบว่าค่าเฉลี่ยของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองของทั้งสองกลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

3.2 เปรียบเทียบค่าความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ภายในผู้ป่วยกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองมากกว่าก่อนทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05 ส่วนผลการเปรียบเทียบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเอง ก่อนและหลังการทดลองภายในกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มควบคุมมีคะแนนเฉลี่ยพฤติกรรมการจัดการตนเองมากกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติสถิติ p-value < 0.05

4. เปรียบเทียบคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน พบว่า กลุ่มทดลองก่อนการทดลองส่วนใหญ่ มีคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 73.33) คะแนนความรู้ระดับต่ำ (ร้อยละ 26.67) ส่วนคะแนนความรู้ในระดับสูงไม่มี มีระดับคะแนนเฉลี่ย 12.47 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.43 คะแนนต่ำสุด 10 คะแนน คะแนนสูงสุด 15 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานส่วนใหญ่ อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 83.33) คะแนนความรู้ระดับสูง (ร้อยละ 10) และคะแนนความรู้ในระดับต่ำ (ร้อยละ 6.67) มีระดับคะแนนเฉลี่ย 13.77 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.48 คะแนนต่ำสุด 11 คะแนน คะแนนสูงสุด 16 คะแนน

กลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 66.67) รองลงมา มีคะแนนเฉลี่ยความรู้ระดับสูง และระดับต่ำ (ร้อยละ 16.67) ระดับคะแนนเฉลี่ยที่ 13.02 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.86 คะแนนต่ำสุด 9 คะแนน คะแนนสูงสุด 17 คะแนน หลังการทดลอง พบว่า กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ มีคะแนนความรู้อยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 86.67) รองลงมามีคะแนนเฉลี่ยความรู้ระดับสูง และระดับต่ำ (ร้อยละ 6.67) ระดับคะแนนเฉลี่ยที่ 13.68 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.56 คะแนนต่ำสุด 9 คะแนน คะแนนสูงสุด 16 คะแนน

4.1 เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังทดลองพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวานแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05

4.2 เปรียบเทียบความรู้เรื่องโรคเบาหวานของผู้ป่วยภายในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ก่อนและหลังได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง เมื่อเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ก่อนและหลังการทดลอง ภายในกลุ่มทดลอง พบว่า หลังการทดลองกลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ p-value < 0.05 ส่วนผลเปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้เรื่องโรคเบาหวาน ก่อนและหลังทดลอง ภายในกลุ่มควบคุม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่ม

ควบคุม มีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้มากกว่า ก่อนการทดลอง อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ p-value > 0.05

สรุปและอภิปรายผล

1. หลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่ากลุ่มควบคุม ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมุติฐาน ทั้งนี้เกิดจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองตามแนวคิดของ Kanfer & Gaelic ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานและพฤติกรรมการจัดการตนเองที่เหมาะสม ทั้งในด้านการรับประทานอาหารแลกเปลี่ยน เน้นผัก ผลไม้ การออกกำลังกาย การรับประทานยาที่ถูกต้อง และการจัดการความเครียด รวมถึงการติดตามเยี่ยมบ้าน เพื่อติดตามความต่อเนื่องในการทำกิจกรรม และให้คำแนะนำด้านสุขภาพ ซึ่งเป็นไปตามที่ Kanfer & Gaelic ได้กล่าวถึงโปรแกรมการจัดการตนเองว่า Gaelic เป็นแนวคิดการจัดการตนเองด้วยกระบวนการสร้างทักษะการคิดแก้ปัญหาและทักษะการวางแผนการจัดการปัจจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย การจัดการตนเองมีพื้นฐานพัฒนามาจากทฤษฎีการเรียนรู้ ทางสังคม (Social Learning Theory) การคิดรู้ (Cognitive) และทฤษฎีกาย-จิต (Pshycho-Physiological) ซึ่งประกอบด้วย การติดตามตนเอง (Self-monitoring) การประเมินตนเอง (Self-evaluation) และการเสริมแรงตนเอง (Self-reinforcement) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของญณัช บัวศรี (ปี 2561) ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าผลการศึกษาพบว่า คะแนนพฤติกรรมการบริโภคอาหารของกลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลง ที่ดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และ มีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงมากกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และสาวิตรี นามพะธาย (2561)[18] ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ ผลการวิจัยพบว่า หลังได้รับโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองกลุ่มทดลอง มีคะแนนเฉลี่ยด้านพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด ด้านการรับประทานอาหารและรับประทานยา ดีกว่าก่อนได้รับโปรแกรมและดีกว่า กลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value<.05) ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองนั้นสามารถควบคุมระดับน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมไม่ได้ดังนั้น ควรมีการส่งเสริมการจัดการเบาหวานด้วยตนเองระยะยาวอย่างต่อเนื่อง จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหารและยา ซึ่งจะส่งผลให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและภาวะแทรกซ้อนจากโรคเบาหวานได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. หลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีระดับน้ำตาลในเลือดลดลงกว่าก่อนได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผลการศึกษาเป็นไปตามสมมุติฐาน เนื่องจากกลุ่มทดลองได้รับโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อให้เกิดความตระหนักในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสมเพื่อการลดระดับน้ำตาลในเลือด สอดคล้องกับการศึกษาของ สุกาญจน์ อยู่คง (2558)[19] ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวานชนิด 2 ที่เข้ารับการรักษาในสถานีกาชาดที่ 2 กรุงเทพมหานคร และไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ผลการศึกษาพบว่าโปรแกรมการกำกับตนเองมีผลทำให้ผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ รับรู้ความสามารถตนเอง $p <(0.05)$ มีความคาดหวังในผลดีของการปฏิบัติตัวด้านการควบคุม อาหาร ($p < 0.05$) และมีพฤติกรรมการควบคุมอาหารซึ่งดีขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แสดงให้เห็นว่า โปรแกรมการกำกับตนเองมีผลทำให้โรคเบาหวานชนิดที่ 2 มีพฤติกรรมการควบคุมอาหารดีขึ้น และยังสอดคล้องกับที่กมลพรรณ จักรแก้ว (2561)[1] ได้ศึกษาการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าผู้สูงอายุมีความเข้าใจผิดในเรื่องการออกกำลังกาย และการรับประทานอาหาร อีกทั้งยังมีภาระหน้าที่ในการหาเลี้ยงครอบครัวและภาระหน้าที่ในครอบครัวที่จะต้องดูแลบุตรหลาน จึงมีความต้องการให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้ามาช่วยสนับสนุน ในการดูแลตนเองมากยิ่งขึ้น ซึ่งได้แก่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพที่จะช่วยสนับสนุนในด้านการให้ ความรู้เชิงปฏิบัติการในด้านการรับประทานอาหาร การป้องกันภาวะแทรกซ้อน รวมถึงการแลกเปลี่ยนพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วย

โรคเบาหวานเมื่ออยู่ที่บ้านทั้ง 6 ด้าน และเทศบาลที่จะช่วยสนับสนุนในด้านสถานที่ในการออกกาลังกาย ซึ่งสอดคล้องกบทฤษฎีการดูแลตนเองของ (Orem 1991) ที่กล่าวว่าการดูแลตนเองตามการเบี่ยงเบนทางสุขภาพ เมื่อเกิดการเจ็บป่วย เกิดโรค หรือได้รับการรักษาซึ่งเป็นสิ่งที่ทาให้ความสามารถในการดูแลตนเองลดลง จึงมีการแสวงหาความช่วยเหลือจากบุคคลที่เชื่อถือได้เช่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและปรับตัวต่อการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ปรับบทบาทตนเองในการพึ่งพาตนเองและผู้อื่น มีการรับรู้สนใจดูแลและป้องกันความไม่สุขสบายของการรักษาหรือจากโรค

3. หลังการได้รับโปรแกรมการจัดการตนเอง ผู้ป่วยเบาหวานกลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้นกว่ากลุ่มควบคุม และดีขึ้นกว่าก่อนการทดลอง ในภาพรวม เป็นไปตามสมมุติฐาน เมื่อพิจารณารายด้านระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และด้านการจัดการความเครียด เป็นไปตามสมมุติฐาน และเมื่อพิจารณารายด้านระหว่างก่อนและหลังทดลอง ผู้ป่วยก็มีพฤติกรรมการจัดการตนเอง ในด้านการรับประทานอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และด้านการจัดการความเครียดของผู้ป่วยได้ จึงทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดลดลง ซึ่งเป็นไปตามสมมุติฐานที่ตั้งไว้ ซึ่งสอดคล้องกับ แสงอรุณ สุรวงศ์ (2559)[17] ที่ได้ศึกษาผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัวต่อระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 พบว่าค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซี ของผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมฯมีค่าต่ำกวาก่อนได้รับโปรแกรมฯ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และค่าเฉลี่ยระดับฮีโมโกลบินเอวันซีของผู้สูงอายุโรค เบาหวานชนิด ที่ 2 หลังได้รับโปรแกรมฯ ค่าต่ำกวากลุ่มที่ได้รับการพยาบาลปกติอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ ระดับ .05

ข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้

1. จากการศึกษาพบว่า การตรวจวัดระดับน้ำตาลในเลือด จากการเจาะเลือดจากปลายนิ้วมือ (Dextrostix : DTX) เป็นการวัดระดับน้ำตาลในเลือดที่สามารถตรวจได้ที่สถานบริการปฐมภูมิ สะดวกและง่าย อีกทั้งยังมีราคาถูกกว่าการเจาะเลือดเพื่อวัดระดับน้ำตาลแบบอื่น แต่ผลการตรวจ มีโอกาสเปลี่ยนแปลงได้ง่าย หากต้องการความแม่นยำกว่านี้ต้องใช้การตรวจแบบ HBA1c แต่มีข้อเสียเรื่องค่าใช้จ่ายในการตรวจค่อนข้างแพง

2. นำโปรแกรมการจัดการตนเองไปใช้ในการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดในผู้ป่วยโรคเบาหวานทุกราย

3. นำเอาแนวคิดการจัดการตนเองไปพัฒนาใช้กับผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆในพื้นที่

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรเสนอผู้บริหารเพื่อให้เกิดเป็นนโยบาย เกี่ยวกับรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรังอื่นๆ และมีการติดตามผลเป็นระยะ เพื่อขยายผลให้เกิดการจัดการตนเองในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ที่ต่อเนื่องและยั่งยืน

2. ใช้ระยะเวลาในการศึกษากระบวนโปรแกรมการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานให้นานขึ้น เพื่อให้ได้ผลการทดลองที่มีความชัดเจนมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชนในการดูแลผู้สูงอายุโรคเบาหวานเพิ่มเติม

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี ผู้วิจัยจึงขอขอบพระคุณคณาจารย์ หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาภาวะผู้นำและนวัตกรรมการจัดการสุขภาพ วิทยาลัยบัณฑิตเอเชียทุกท่านที่ได้ให้คำปรึกษาในการทำวิจัย โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหานนา สำนักงานสาธารณสุขอำเภอแวงน้อย ที่สนับสนุนสถานที่ในการทำวิจัย เจ้าหน้าที่สาธารณสุขโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลละหานนา อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลละหานนา อำเภอแวงน้อย จังหวัดขอนแก่น และผู้สูงอายุโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ในการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นอย่างดี และหน่วยงานต่างๆที่ส่วนให้งานวิจัยนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.กมลพรรณ จักรแก้ว.2561**.** การดูแลตนเองของผู้สูงอายุที่ป่วยด้วยโรคเบาหวาน ตำบลลวงเหนือ อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัด เชียงใหม่

2.กัญจน์ณัฏฐ์ เจริญชัย. 2560. ผลของการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนโดยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านกับการบริบาลผู้ป่วยเบาหวาน **DM Excellence Care Giver.** วารสารพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 5(1). 133-151.

3.จุฑามาศ จันทร์ฉาย,มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์ และนิรัตน์ อิมามี.2555. โปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเบาหวาน และการจัดการตนเองของผู้ที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

4.จำเนียร โสมณวัฒน์.2560. กระบวนการและผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2 ในหน่วยบริการปฐมภูมิ อำเภอทรายมูล จังหวัดยโสธร

5.ฉัตรเลิศ พงษ์ไชยกุล.2562. โรคเบาหวานและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง,ภาควิชา อายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

6.ญณัช บัวศรี.2561. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและครอบครัว ต่อพฤติกรรมการบริโภคอาหาร และระดับน้ำตาลในเลือดของผู้เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2

7.เฌติยาภรณ์ แจ่มทิมพยม และคณะ.ปี 2561. ผลการวิจัยพัฒนาหลักสูตร ฝึกอบรมเพื่อพัฒนาศักยภาพ

8.นันนภัส พีระพฤฒิพงศ์.2555.ผลของโปรแกรมการจัดการดูแลตนเองต่อ ความรู้กิจกรรมการดูแลตนเอง และค่าฮีโมโกลบินที่มีน้ำตาล เกาะในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

9.บุศรินทร์ ผัดวัง และถาวร ล่อกา.2558. การติดตามผลลัพธ์ระยะยาวใน การสนับสนุนการจัดการดูแลตนเองต่อระดับน้ำตาลในกระแส เลือด และระดับความดันโลหิตในผู้ป่วยเบาหวานและความดัน โลหิตสูง

10.แผนงานเครือข่ายควบคุมโรคไม่ติดต่อ. 2559. รายงานสถานการณ์ โรค NCD “KICK OFF THE GOALS. สำนักงานพัฒนานโยบาย สุขภาพระหว่างประเทศ.

11.พัชราภรณ์ รอดสีเสน. 2557. ความต้องการข้อมูลสุขภาพของญาติผู้ดูแล ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีความเสี่ยงต่อการการเกิดภาวะแทรกซ้อน, ประชุมวิชาการ “มหาวิทยาลัยมหาสารคาม วิจัย ครั้งที่ 13” The 13th Mahasarakham University Research Conference MRC#13 443

12.พิสมัย ใจถาวร, รัชนี นิธากร และกิตติพัทธ เอี่ยมรอด.2562. กลยุทธ์การบริหารจัดการป้องกันและควบคุมโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง ในเขตอำเภอชายแดน จังหวัดตาก

13.วิชัย เอกพลากร. 2559. รายงานการสำรวจสุขภาพประชาชนโดยการ ตรวจร่างกายครั้งที่ 5 พ.ศ. 2557,สำนักงานสำรวจสุขภาพประชาชนไทย/สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

14.ระพีพร วาโยบุตร, พิมภา สุตรา. 2557. การพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และ ชุมชน บ้านหนองโดน อำเภอเมือง จังหวัดมหาสารคาม. วารสารกองการพยาบาล, 41(2),72-83.

15.ร่มเกล้า กิจเจริญไชย.2556. ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเรื่องการบริโภคอาหารในผู้สูงอายุที่เป็นโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ต่อ พฤติกรรมการบริโภคอาหาร ค่าน้ำตาลสะสม และดัชนีมวลกาย บ้านฮ่องห้าตำบลน้ำโจ้ อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง

16.ศิริลักษณ์ ถุงทอง. 2558. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองเพื่อชะลอไตเสื่อม จากเบาหวานต่อการจัดการตนเองและผลลัพธ์ทางคลินิก ในผู้ป่วยเบาหวานชนิด 2

17.แสงอรุณ สุรวงศ์. 2559. ผลของโปรแกรมการจัดการตนเองและ ครอบครัวต่อ ระดับHbA1c ของผู้สูงอายุโรคเบาหวาน ชนิดที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในสถานีกาชาด ที่ 2 กรุงเทพมหานคร และไม่ สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้

18.สาวิตรี นามพะธาย. 2561. ผลของโปรแกรมการจัดการโรคเบาหวานด้วยตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและค่าน้ำตาลเฉลี่ยสะสมในเลือดของ ผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่ ควบคุมไม่ได้

19.สุกาญจน์ อยู่คง.2558. ผลของโปรแกรมการกำกับตนเองต่อพฤติกรรมการควบคุมอาหารในผู้ป่วยเบาหวาน

20.สุปรียา เสียงดัง. 2560. พฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้,วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้

21.สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์,กระทรงสาธารณสุข.2558.สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2558. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขกระทรงสาธารณสุข นนทบุรี.

22.สำนักโรคไม่ติดต่อ,กระทรวงสาธารณสุข. 2559. รายงานประจำปี2559. สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี.

23.สำนักระบาดวิทยากรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข .แนวทางการเฝ้าระวังโรคเบาหวานวามดันโลหิตสูงและหัวใจขาดเลือด. โรงพิมพ์ องค์การรับส่งสินค้าและวัสดุภัณฑ์.กรุงเทพมหานคร,2557.

24.อุบล ศรุตธนาเจริญ. 2557. การพัฒนาศักยภาพผู้ดูแลผู้ป่วยในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเบาหวาน. วารสารเกื้อการุณย์, 21(1), 57- 69.

25.American Diabetes Association.2019.Classification and diagnosis of Diabetes : standards of medication care in diabetes care

26.Elizabeth A. Beverly, et al.2014. ความท้าทายที่ตระหนักได้ของ ผู้สูงอายุกับผู้ให้การดูแลรักษาโรคเบาหวานประเภทที่ 2 โรคแทรก ซ้อน

27.Hewitt, J., et al. 2011. การจัดการตนเองและความรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวานในผู้สูงอายุ

28.Hjellset et. al.2011. ปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ในผู้อพยพเพศ หญิงชาวปากีสถาน

29.Margaret et al.2015. การจัดการตนเองและการสนับสนุน โรคเบาหวาน ชนิดที่ 2

30.McGowan ,Patrick.2011. ประสิทธิภาพของการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเบาหวาน และการให้ความรู้เกี่ยวกับการจัดการตนเองในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2

31.Walker, Rebekah J., et al.2014. ผลกระทบของปัจจัยที่กำหนดสุขภาพด้านเศรษฐศาสตร์-สังคม และด้านจิตวิทยาต่อการดูแลตนเองและผลลัพธ์ของผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2

การพัฒนาต้นแบบและขยายผลการระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย

Development of prototypes and amplification administration of drug and medical supplies inventory management system for application in health care facilities of Thailand.

กนกวรรณ มาป้อง[1]

Kanokwan Mapong

(Received: October 21,2020; Accepted: November 18,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยมีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน กันยายน 2561 – ตุลาคม 2562 รวม 14 เดือน กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองระบบ ได้แก่ ผู้ใช้งานระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ (MMIS)โรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 77 คน โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 21 คนและ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการขยายผล ได้แก่ โรงพยาบาลที่ใช้งานระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ (MMIS) จำนวน 17 โรงพยาบาล เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้แก่ การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ และแบบประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้งานระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ วิเคราะห์ข้อมูล โดยการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติอนุมาน ได้แก่ Dependent t-test และ Independent t-test

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ประกอบด้วย การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา การทบทวนแนวคิด การพัฒนาต้นแบบและขยายผล ส่วนการทดลองติดตั้งระบบ ได้ติดตั้งระบบไว้ ที่ โรงพยาบาลสิงห์บุรี และ โรงพยาบาลสมุทรสาคร การอบรมการใช้งานให้กับผู้ดูแลและผู้ใช้งานระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ พบว่าระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้งานระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ และคู่มือดูแลรักษาระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ ก่อนและหลังอบรม มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการอบรม

คำสำคัญ : ระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์

ABSTRACT

This research was research and development aimed to development of prototypes and amplification administration of drug and medical supplies inventory management system For application in health care facilities of Thailand. The duration of the study is 14 months between September 2018 - October 2019. Sample size were samples used in the system experiment were users of drug and medical inventory management system. (MMIS) Singburi Hospital, total 77 people, Samut Sakhon Hospital, total 21 people and sample groups used for the expansion were 17 hospitals using the drug and medical inventory management system (MMIS). Data were collected by knowledge exchange by workshops and comprehension assessment of administration of drug and medical supplies inventory management system. Data were analyzed by content analysis, Frequency, percentage, mean, standard deviation and inferential statistic namely dependent t-test and independent t-test.

[1] นักวิชาการคอมพิวเตอร์ชำนาญการพิเศษ ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

The study found that development of prototypes and amplification administration of drug and medical supplies inventory management system for application in health care facilities of Thailand Include Situation and Problem Analysis , Concept review , Prototype development and expansion. The trial system installation. Installed the system at Singburi Hospital and Samut Sakhon Hospital. Training admins and users drug and medical supplies inventory management system found comprehension level of administration of drug and medical supplies inventory management system before and after training there was a statistically significant difference at the .05 level. After training better than before training.
Keyword : administration of drug and medical supplies inventory management system

บทนำ

ในภาวะเศรษฐกิจในปัจจุบัน เพื่อลดภาระทางการเงินแก่ผู้ป่วยที่ใช้บริการในสถานพยาบาลของรัฐ สถานพยาบาลภาครัฐจำเป็นต้องปรับตัวเพื่อลดต้นทุนการให้บริการลง การปรับตัวด้านบริหารเวชภัณฑ์จะมีศักยภาพสูงสุดในการลดต้นทุนบริการ เพราะมีสัดส่วนรายจ่ายสูง ยาเป็นสินค้านำเข้าทั้งในรูปยาสำเร็จรูปและวัตถุดิบ ราคายาจึงได้รับผลกระทบโดยตรงจากค่าเงินบาทที่อ่อนตัวลง การปรับตัวด้านการบริหารยา นอกจากเป็นการลดภาระแก่ผู้ป่วยแล้ว ยังช่วยระบบเศรษฐกิจของประเทศโดยรวม จากรายงานสุขภาพคนไทย 2552 โดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.) ที่อ้างอิงจาก International Health Policy Program 2008, National Health Accounts in Thailand (1994-2005) ระบุว่า ในช่วงเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศไทยเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยในปี 2538 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยต่อหัวอยู่ที่ 2,486 บาท/คน ทว่าในปี 2548 ค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของคนไทยกระโดดเพิ่มขึ้นมาเป็น 3,974 บาท/คน และเมื่อศึกษาถึงข้อมูลงบประมาณค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพของประเทศ ในปี 2551 พบว่ามีค่าใช้จ่ายถึงร้อยละ 6.48 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมในประเทศ (GDP) โดยเป็นงบประมาณรายจ่ายด้านยาถึงร้อยละ 3.01 หรือคิดเป็นร้อยละ 46.45 ของรายจ่ายด้านสุขภาพ นอกจากนี้ เมื่อคิดค่าเฉลี่ยของค่าใช้จ่ายด้านยาต่อ GDP ที่ใช้งบประมาณด้านสุขภาพระหว่างปี 2547 – 2551 พบว่าค่าเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 44.55 ซึ่งแนวโน้มของข้อมูล คาดว่าจะมีรายจ่ายด้านยาจะมีค่าร้อยละที่สูงขึ้นและถือเป็นรายจ่ายหลักของงบประมาณของประเทศในอนาคต ทั้งนี้ หากมีระบบการบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมตามหลักการออกแบบและการจัดการห่วงโซ่อุปทาน ที่เป็นการประยุกต์ระบบของหน่วยงาน ด้านคน เทคโนโลยี กิจกรรม ข้อมูลข่าวสาร และทรัพยากรเข้าด้วยกัน จะสามารถทำให้ค่าใช้จ่ายด้านยาของประเทศลดลง โดยเฉพาะ “ค่าใช้จ่ายด้านคลังสินค้าและการจัดคลังสินค้า” ทั้งในหน่วยบริการ เช่น โรงพยาบาลชุมชน (รพช.) โรงพยาบาลศูนย์ (รพศ.) ฯลฯ และภายนอกหน่วยบริการในกรณีที่มีการจัดยาและเวชภัณฑ์ในคลังยากลางระดับเขตบริการสุขภาพ

สถานการณ์ปัญหาของระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ (MMIS) ของประเทศไทย พบว่า ด้านคุณภาพและความครอบคลุมของข้อมูล ความไม่ครบถ้วนของข้อมูลโดยเฉพาะจากภาคเอกชน ความไม่ถูกต้องของข้อมูลที่มาจากระบบรายงานของสถานพยาบาล ความไม่ทันเวลาของข้อมูล ปัญหาความซ้ำซ้อนและการแยกส่วนของระบบข้อมูล ทำให้ระบบสารสนเทศด้านสุขภาพที่มีอยู่ในปัจจุบัน ระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลในปัจจุบัน มีลักษณะเป็นระบบเอกเทศ (Standalone) ไม่มีการเชื่อมโยงข้อมูลใดๆ กับระบบงานบริการผู้ป่วย (Front Office) ขีดความสามารถที่สำคัญ ได้แก่ บันทึกรายการรับ/จ่าย และตรวจนับยอดคงเหลือของสินค้าเท่านั้น การไหลของสารสนเทศภายในโรงพยาบาลมีลักษณะไม่ต่อเนื่อง เกิดจากรหัสยามีความแตกต่างกันทางโครงสร้าง เพราะถูกสร้างขึ้นเพื่อตอบสนองตามวัตถุประสงค์การทำงาน หรือไม่ได้มีหลักการใด ๆ ในการกำหนดโครงสร้างข้อมูลสารสนเทศสำหรับการบริหารจัดการยาจึงถูกแยกขาดออกจากกันเป็น 2 ช่วงได้แก่ ระบบบริหารจัดการคลังยา (Inventory Management System) สำหรับจัดการยาคงคลังของโรงพยาบาล และระบบการบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ (Electronic Medical Record:

EMR) โดยหน้าที่หลักของระบบนี้ คือการบันทึกประวัติการรักษาคนไข้รวมถึงประวัติการใช้ยา ส่วนใหญ่เป็นการสื่อสารกันผ่านทางเอกสาร (Paper Base) นอกจากนี้ยังมีการรับ-ส่งข้อมูลระหว่างโรงพยาบาลกับองค์กรภายนอก ตัวอย่างเช่น การส่งข้อมูลเพื่อเบิกเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาล จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) การส่งข้อมูลนี้ทางโรงพยาบาลต้องทำการแปลงจากรหัสยาภายใน (รหัสยาที่กำหนดขึ้นเอง เข้าใจได้เฉพาะในองค์กร) ให้เป็นรหัสยาภายนอก (รหัสยาที่กำหนดขึ้นโดยองค์กรที่ต้องการติดต่อ) เรียกกระบวนการนี้ว่า “Code Mapping” เปรียบเสมือนล่ามคอยทำหน้าที่แปลงภาษาของผู้ส่งข้อมูลให้เป็นภาษาของผู้รับข้อมูล สถานการณ์ปัจจุบัน โรงพยาบาลต้องทำ Code Mapping เพื่อส่งข้อมูลสำหรับการเบิกเงินชดเชยค่ารักษาพยาบาล รหัสยาขององค์กรต่าง ๆ ได้แก่ รหัสยา 24 หลัก สำหรับส่งข้อมูลไปยังสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) รหัสยา 16 หลัก สำหรับส่งข้อมูลไปยังกรมบัญชีกลาง และรหัสยา 5 หลัก สำหรับส่งข้อมูลไปยังสำนักงานประกันสังคม จะเห็นได้ว่า โรงพยาบาลจะต้องเชื่อมโยงข้อมูลรหัสยาของโรงพยาบาล โดยการทำ Code Mapping ถึง 3 ครั้ง สำหรับการเบิกเงินชดเชย ค่ารักษาพยาบาลกับหน่วยงานเหล่านั้น [2),(3)]

จากสภาพปัญหาดังกล่าว จึงมีความจำเป็นที่ต้องพัฒนาระบบฐานข้อมูลยาและเวชภัณฑ์ ให้สามารถรองรับการบันทึกชุดข้อมูลที่ใช้ในโซ่อุปทานสุขภาพและออกแบบสถาปัตยกรรมข้อมูลในโซ่อุปทานสุขภาพ ผู้วิจัยในฐานะผู้รับผิดชอบจึงได้ทำการพัฒนาเพื่อออกแบบและทดสอบระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ในสถานบริการสุขภาพ ให้สามารถบริหารจัดการคลังได้อย่างมีประสิทธิภาพ มากขึ้นตามกระบวนการโลจิสติกส์และช่วยให้สามารถมองเห็นระดับสินค้าคงคลังได้ถึงจุดใช้บริการ เป็นเครื่องมือในการบริหารจัดการ Supply Chain, Traceability และเป็นจุดเริ่มต้นในการจัดทำระบบ ERP ต่อไป มีระบบย่อยด้วยกัน 3 ระบบ ได้แก่ 1) ระบบวางแผนการจัดซื้อ (Planning System) 2) ระบบการจัดซื้อ (Procurement System) และ 3) ระบบการจัดการคลังยา (Warehouse Management) รวมการเบิกจ่ายของสถานบริการสุขภาพ เพื่อเป็นการลดต้นทุนและค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายส่วนการพัฒนาโปรแกรมของโรงพยาบาลจากผู้พัฒนาระบบ ข้อมูลมีความถูกต้องแม่นยำ และสามารถตรวจสอบได้ ลดระยะเวลา ในการส่งข้อมูลให้หน่วยงานส่วนกลาง สามารถติดตามสอบกลับยาและเวชภัณฑ์ที่ไหลอยู่ในโซ่อุปทานได้ ลดระยะเวลาการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ และสามารถนำไปประยุกต์กับการบริหารคลังด้านอื่น ๆ ได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาต้นแบบระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย

1.1 เพื่อศึกษาและวิเคราะห์รหัสยาและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมเพื่อพัฒนาระบบสาธารณสุขประเทศไทยได้

1.2 เพื่อศึกษาและวิเคราะห์พัฒนาเพื่อออกแบบและทดสอบระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ในสถานบริการสุขภาพ

1.3 เพื่อศึกษาและวิเคราะห์ออกแบบสถาปัตยกรรมองค์กรระบบบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ในระบบสาธารณสุข

2. เพื่อศึกษาผลการพัฒนาต้นแบบและขยายผลการระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย

วิธีการวิจัย

การพัฒนาต้นแบบและขยายผลการระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development Research) โดยมีระยะเวลาในการศึกษาระหว่าง เดือน กันยายน 2561 – ตุลาคม 2562 รวม 14 เดือน โดยมีระยะเวลาในการศึกษา ระหว่าง เดือน กันยายน 2561 – ตุลาคม 2562 รวม 14 เดือน

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในงานวิจัย ได้แก่ โรงพยาบาลที่ใช้งานระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ (MMIS) มีทั้งหมด

กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่

2.1 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการทดลองระบบ ได้แก่ ผู้ใช้งานระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์

(MMIS)โรงพยาบาลสิงห์บุรี จำนวน 77 คน โรงพยาบาลสมุทรสาคร จำนวน 21 คน

2.2 กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการขยายผล ได้แก่ โรงพยาบาลที่ใช้งานระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ (MMIS) จำนวน 17 โรงพยาบาล

จริยธรรมงานวิจัย

การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพส่วนบุคคลของกระทรวงสาธารณสุข ได้รับดำเนินการตามหลักจริยธรรมงานวิจัย และได้แจ้งสิทธิในกาเข้าร่วมและออกจากโครงการให้กลุ่มตัวอย่างรับทราบ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการจัดกิจกรรม ได้แก่ การพัฒนาต้นแบบและขยายผลการระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ประกอบด้วย

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา

1.2 การทบทวนแนวคิดสถาปัตยกรรมองค์กรระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

1.3 การพัฒนาต้นแบบและขยายผลการระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย

1.3.1 การออกแบบและพัฒนาระบบโลจิสติกส์ โครงสร้างพื้นฐานและระบบบูรณาการข้อมูลสารสนเทศและแนวทางการริเริ่ม Big Data ด้านสาธารณสุขสำหรับเศรษฐกิจดิจิทัลประเทศไทย

1.3.2 การพัฒนาระบบเชื่อมต่อระหว่างระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ (Material Management Information System: MMIS) กับระบบสารสนเทศเชิงลึกด้านยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล (Business intelligence: BI) และระบบภายในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับระบบข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Unified Health Data Platform)

2. ทดลองการดำเนินการตามการพัฒนาต้นแบบระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย

2.1 ขั้นตอนการดำเนินการติดตั้งระบบ (Transition)

2.2 ขั้นตอนการติดตามตรวจสอบระบบที่ติดตั้ง (Production)

2.3 คู่มือดูแลรักษาระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์

3. การขยายผลระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย

4. การประเมินผลการดำเนินการตามระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย

4.1 ติดตามผลการการดำเนินการตามระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย

4.2 สรุปผลการการดำเนินการตามระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่

2.1 การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผ่านการประชุมเชิงปฏิบัติการ

2.2 แบบประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้งานระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ เป็นแบบ Rating scale 5 ระดับ มีเกณฑ์ในการแปลผลคะแนน ดังนี้ [18]

คะแนนเฉลี่ย	แปลผล
4.21 – 5.00	ดีเยี่ยม
3.41 – 4.20	ดี
2.61 – 3.40	ปานกลาง
1.81 – 2.60	พอใช้
1.00 - 1.80	ต้องปรับปรุง

การตรวจคุณภาพเครื่องมือ ผู้ศึกษาได้ดำเนินการตรวจสอบเพื่อทดสอบความตรง (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเองให้ผู้เชี่ยวชาญพิจารณาตรวจและแก้ไข 3 ท่าน (IOC) แล้วปรับแก้ ข้อที่ใช้คำผิดและข้อที่ไม่เหมาะสม ทั้งในด้านเนื้อหาและภาษาที่ใช้เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีเนื้อหาและข้อความที่ชัดเจน

นำแบบสอบถามที่สร้างเสร็จและแก้ไขความถูกต้องจากผู้เชี่ยวชาญแล้ว นำไปทดลองคุณภาพของเครื่องมือ (Try Out) โดยการนำไปทดลองใช้กับประชากรที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน เพื่อทดสอบความเข้าใจในการทำแบบสอบถาม จากนั้นนำข้อมูลไปวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามโดยใช้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอน บาค (Cronbach method) ได้ค่าความเที่ยงเท่ากับ .778

ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย

ระยะที่ 1 กำหนดแนวทางการพัฒนาต้นแบบระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย

1.1 ศึกษาสภาพปัญหาและแนวทางการดำเนินงาน

1) ดำเนินการลงพื้นที่ร่วมกับโรงพยาบาลต้นแบบเพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจถึงการประยุกต์ใช้กระบวนการโลจิสติกส์กับระบบไอทีในโรงพยาบาลต้นแบบ

2) ดำเนินการจัดกิจกรรมระดมสมองร่วมกับโรงพยาบาลต้นแบบ

1.2 ศึกษาวิเคราะห์ ออกแบบพัฒนาและทดสอบการบูรณาการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ในสถานบริการสุขภาพและระบบ Big Data ด้านบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์

1) ดำเนินการศึกษาจากเอกสารหรือผลวิจัยที่เกี่ยวข้องถึงกระบวนการทางธุรกิจ (Business Processes) และกระบวนการมาตรฐานของการเชื่อมต่อระหว่างระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ (Material Management Information System: MMIS) กับระบบสารสนเทศเชิงลึกด้านยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล (Business intelligence: BI) และระบบภายในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับระบบข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Unified Health Data Platform)

2) ดำเนินการศึกษาและสอบทวนทางด้านฮาร์ดแวร์และซอฟท์แวร์

3) วิเคราะห์และออกแบบระบบการเชื่อมโยงข้อมูลระหว่างระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ในสถานบริการสุขภาพและระบบ Big Data ด้านบริหารคลังยาและเวชภัณฑ์

4) พัฒนาและออกแบบระบบการเชื่อมต่อระหว่างระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ (Material Management Information System: MMIS) กับระบบสารสนเทศเชิงลึกด้านยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล (Business intelligence: BI) และระบบภายในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับระบบข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Unified Health Data Platform)

5) ทดสอบและเผยแพร่ระบบเชื่อมต่อระหว่างระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ (Material Management Information System: MMIS) กับระบบสารสนเทศเชิงลึกด้านยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล (Business intelligence: BI) และระบบภายในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับระบบข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Unified Health Data Platform)

ระยะที่ 2 ทดลองการดำเนินการตามการพัฒนาต้นแบบระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย

2.1 ขั้นตอนการดำเนินการติดตั้งระบบ (Transition)

2.2 ขั้นตอนการติดตามตรวจสอบระบบที่ติดตั้ง (Production)

ระยะที่ 3 การขยายผลระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย การพัฒนาระบบการเชื่อมต่อระหว่างระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ (Material Management Information System: MMIS) กับระบบสารสนเทศเชิงลึกด้านยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล (Business intelligence: BI) และระบบภายในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับระบบข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Unified Health Data Platform) โดยผลักดันให้เกิดแนวทางจัดทำมาตรฐานด้าน Soft Ware เพื่อรองรับระบบ Audit System รวมไปถึงขยายผลไปสู่การบริหารจัดการ Material และสร้างความยั่งยืนเชิงระบบให้บริการผู้ป่วยในระบบสุขภาพ

3.1 ติดตามผลการการดำเนินการตามระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย

3.2 สรุปผลการการดำเนินการตามระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ โดยใช้ สถิติพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน สถิติอนุมาน ได้แก่ Dpendent t-test Independent t-test กำหนดระดับนัยสำคัญที่ .05

ผลการวิจัย

1. การพัฒนาระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ประกอบด้วย

1.1 การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา ได้แก่ ระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ (MMIS) ระบบฐานข้อมูลรหัสยาและเวชภัณฑ์ (NMPCD)

1.1.1 พัฒนาระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ (MMIS) ที่ประกอบไปด้วยฟังก์ชั่นการทำงาน 6 ฟังก์ชั่น และมี 18 กระบวนการดำเนินงาน ที่ครอบคลุมภาระกิจการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาล

1.1.2 พัฒนาระบบฐานข้อมูลรหัสยาและเวชภัณฑ์ (NMPCD) ที่ทำหน้าหน้าที่รวบรวมข้อมูลรหัสยาประเภทต่าง ๆ เข้าด้วยกัน และให้บริการแก่ระบบต่าง ๆ ที่ร้องขอข้อมูลรหัสยา

1.2 การทบทวนแนวคิดสถาปัตยกรรมองค์กรระบบสาธารณสุขของประเทศไทย

1.2.1 ระดับ Business Layer กระบวนการบริหารจัดการโลจิสติกส์ยาและเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาล โดยในส่วนนี้ ยังสามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วนย่อยได้แก่ ส่วนการใช้ยาและส่วนการวางแผน จัดการ สำรองยา (Back Office)

1.2.2 ระดับ Application Layer ของกระบวนการบริหารจัดการ โลจิสติกส์ยาและเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาล มีแอพพลิเคชั่นที่รองรับกระบวนการ จำนวน 4 แอพพลิเคชั่น ดังนี้

- ส่วน Front Office จะมีแอพพลิเคชั่นใช้งาน ได้แก่ ระบบเวชระเบียนอิเล็กทรอนิกส์ (Electronic Medical Record: EMR) ระบบการสั่งการรักษาด้วยคอมพิวเตอร์ Computerized Physician Order Entry: CPOE) และ ระบบสารสนเทศโรงพยาบาล (Hospital Information System: HIS) เฉพาะส่วนที่เกี่ยวข้องกับกระบวนงานยา

- ส่วน Back Office จะมีแอพพลิเคชั่นใช้งาน ได้แก่ ระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ INV DOS INV C และINV S

1.2.3 ระดับ Technology Layer จะประกอบด้วยอุปกรณ์ไอทีโครงสร้างพื้นฐาน (Information Technology Infrastructure) ได้แก่ อุปกรณ์คอมพิวเตอร์ (เครื่องคอมพิวเตอร์) และการเชื่อมต่อเครือข่าย (Networking) โดยส่วนของแอพพลิเคชั่นที่เกี่ยวข้องกับกระบวนการบริหารจัดการ โลจิสติกส์ยาและเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลจะมีการเชื่อมต่อเครือข่าย แบบอินทราเน็ต (Intranet) และระดับจังหวัด/ส่วนกลาง จะมีการเชื่อมต่อเครือข่ายแบบอินเตอร์เน็ต (Internet)

1.3 การพัฒนาต้นแบบและขยายผลการระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย

1.3.1 การออกแบบและพัฒนาระบบโลจิสติกส์โครงสร้างพื้นฐานและระบบบูรณาการข้อมูลสารสนเทศและแนวทางการริเริ่ม Big Data ด้านสาธารณสุขสำหรับเศรษฐกิจดิจิทัลประเทศไทย

1.3.2 การพัฒนาระบบเชื่อมต่อระหว่างระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ (Material Management Information System: MMIS) กับระบบสารสนเทศเชิงลึกด้านยาและเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาล (Business intelligence: BI) และระบบภายในโรงพยาบาลที่เกี่ยวข้องเพื่อรองรับระบบข้อมูลสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข (Unified Health Data Platform)

2. ผลการพัฒนาต้นแบบระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย

2.1 ระบบบริการจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ บทบาทการบูรณาการระดับประเทศ

2.2 ผลการดำเนินการพัฒนาโปรแกรมระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ ในโรงพยาบาลต้นแบบ ผลการดำเนินการพัฒนาโปรแกรมระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ พร้อมทั้งได้ติดตั้งระบบในโรงพยาบาลต้นแบบเป็นที่เรียบร้อยแล้ว ทั้ง 2 โรงพยาบาล ซึ่งได้แก่ โรงพยาบาลสิงห์บุรี และโรงพยาบาลสมุทรสาคร

2.2.1 การติดตั้งระบบและอบรมการใช้งานให้กับผู้ดูแลและผู้ใช้งานระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ ได้ติดตั้งระบบไว้ดังนี้ 1) โรงพยาบาลสิงห์บุรี URL: http://203.157.156.69 2) โรงพยาบาลสมุทรสาคร URL: http://203.157.103.124

2.2.2 ผลการประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้งานระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ และคู่มือดูแลรักษาระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์

- ระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้งานระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ และคู่มือดูแลรักษาระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ พบว่า ก่อนอบรวม อยู่ในระดับปานกลาง หลังการอบรมอยู่ในระดับ ดีเยี่ยม

- การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้งานระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ และคู่มือดูแลรักษาระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์

ตาราง 1 การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้งานระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ และคู่มือดูแลรักษาระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ ก่อนและหลังอบรม (Dependent t-test)

ตัวแปร	**ก่อน**		**หลัง**		**df**	**t**	**p-value**	**95%CI**	
	ค่าเฉลี่ย	**S.D.**	**ค่าเฉลี่ย**	**S.D.**				**lower**	**upper**
ความเข้าใจ	**2.70**	**0.24**	**4.43**	**0.17**	97	-43.590	.000	-1.81634	-1.65815

การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้งานระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ และคู่มือดูแลรักษาระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ ก่อนและหลังอบรม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 (p-value = .000) โดยที่ หลังการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการอบรม (t มีค่าเป็นลบ)

- การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้งานระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ และคู่มือดูแลรักษาระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ ระหว่างโรงพยาบาลสิงห์บุรี กับ โรงพยาบาลสมุทรสาคร หลังการอบรม

ตาราง 2 การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้งานระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ และคู่มือดูแลรักษาระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ ระหว่างโรงพยาบาลสิงห์บุรี กับ โรงพยาบาลสมุทรสาคร หลังการอบรม (Independent t-test)

ตัวแปร	สิงห์บุรี		สมุทรสาคร		df	t	p-value	95%CI	
	ค่าเฉลี่ย	S.D.	ค่าเฉลี่ย	S.D.				lower	upper
ความเข้าใจ	4.44	.17	4.40	.17	96	.776	.440	-.05112	.11677

จากตาราง 4.5 การเปรียบเทียบระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้งานระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ และคู่มือดูแลรักษาระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ ระหว่างโรงพยาบาลสิงห์บุรี กับ โรงพยาบาลสมุทรสาคร หลังการอบรม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน

3. ผลการขยายผลการระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย พบว่ามีโรงพยาบาล ใช้ MMIS โปรแกรมเดียว 7 โรงพยาบาล โรงพยาบาลใช้ MMIS คู่ขนานกับโปรแกรมเดิม 4 โรงพยาบาล และ โรงพยาบาลมีแผนใช้งานและทดสอบใช้ Cloud กระทรวงสาธารณสุข6 โรงพยาบาล รวม 17 โรงพยาบาลและมีการปรับปรุง รายงาน การจัดการคลังสินค้า (Inventory) การจัดการข้อมูลพื้นฐาน (Material) การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ (Purchase) การตั้งค่าข้อมูลพื้นฐานของระบบ (Administrator)

อภิปรายผล

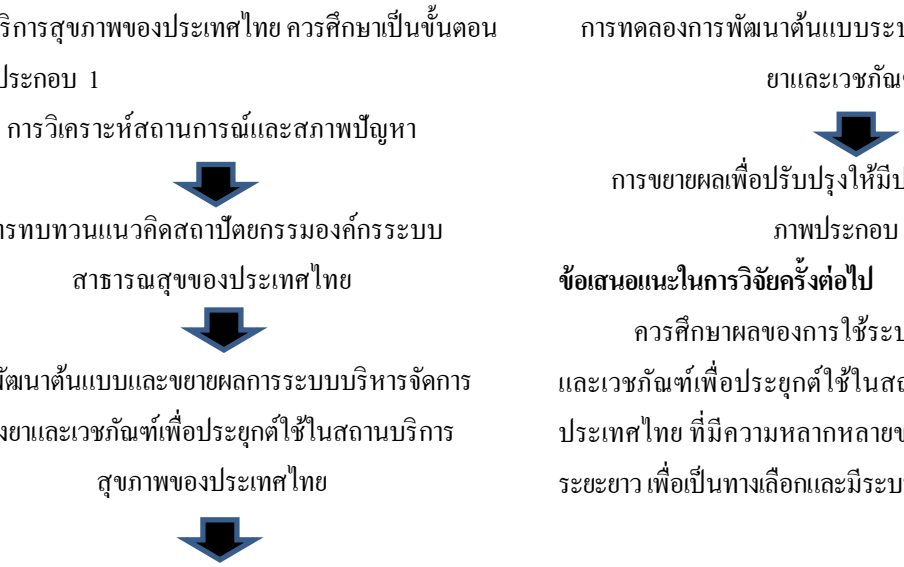
จากการขยายผลการระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย พบว่า มีโรงพยาบาล ใช้ MMIS โปรแกรมเดียว 7 โรงพยาบาล โรงพยาบาลใช้ MMIS คู่ขนานกับโปรแกรมเดิม 4 โรงพยาบาล และ โรงพยาบาลมีแผนใช้งานและทดสอบใช้ Cloud กระทรวงสาธารณสุข6 โรงพยาบาล รวม 17 โรงพยาบาลและมีการปรับปรุง รายงาน การจัดการคลังสินค้า (Inventory) การจัดการข้อมูลพื้นฐาน (Material) การจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ (Purchase) การตั้งค่าข้อมูลพื้นฐานของระบบ (Administrator) ทั้งนี้เนื่องจากโรงพยาบาลดังกล่าวได้เห็นการพัฒนาระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพ ที่มีการ พัฒนาตั้งแต่ การวิเคราะห์สถานการณ์และสภาพปัญหา การทบทวนแนวคิดสถาปัตยกรรมองค์กรระบบสาธารณสุขของประเทศไทย การพัฒนาต้นแบบและขยายผลการระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ตลอดจนการทดลองการพัฒนาต้นแบบระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้งานระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ และคู่มือดูแลรักษาระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ ก่อนและหลังอบรม พบว่ามีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 โดยที่ หลังการอบรมมีค่าคะแนนเฉลี่ยมากกว่าก่อนการอบรม และยังพบว่า ระดับความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้งานระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ และคู่มือดูแลรักษาระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ ระหว่างโรงพยาบาลสิงห์บุรี กับ โรงพยาบาลสมุทรสาคร หลังการอบรม พบว่าไม่มีความแตกต่างกัน แสดงให้เห็นถึงความเข้าใจที่ตรงกัน สอดคล้องกับการศึกษาของจารุพงษ์ บรรเทา (2559)[17] ได้ศึกษาการจัดการคงคลังยาและเวชภัณฑ์ กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนนครราชสีมา พบว่า จากการด าเนินงานวิจัยพบว่า การศึกษาการบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ การหาปริมาณการเบิกจ่ายที่เหมาะสม (EOQ) การหาจุดของการเบิกจ่าย(ROP) การสต๊อกเพื่อความปลอดภัย

(Safety Stock) และการจัดท าการควบคุมด้วยการมอง (Visual Control) นั้นสามารถช่วยให้การบริหารจัดการยาและเวชภัณฑ์ท าได้ง่ายขึ้น และมีปริมาณยาและเวชภัณฑ์ในคลังยาอยู่ในระ ดับที่เหมาะสมกับปริมาณการใช้งานการประยุกต์ใช้ผลการด าเนินงาน พบว่าช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2559 – เดือนเมษายน 2559 ยาและเวชภัณฑ์ไม่มีการขาด Stock (No Shortage) และสอดคล้องกันกับการศึกษาของ นันท์นภัส ฟุ้งสุข, อัษฎางค์ พลนอก (2560)[16] การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา ผลการวิจัยพบว่า มีการพัฒนาระบบบริหารคลังเวชภัณฑ์ผ่านการวิจัยเชิงปฏิบัติการ จำนวน 2 วงรอบ วงรอบที่ 1 เน้นการกำหนดแนวทางเพื่อควบคุมความเสี่ยงที่เกิดในกระบวนการบริหารคลังและ เวชภัณฑ์ ในวงรอบที่ 2 เป็นการพัฒนาในส่วนของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพประจำตำบลที่มีตัวชี้วัดประสิทธิภาพไม่ผ่านเกณฑ์จำนวน 3 แห่ง โดยทำวิเคราะห์ยาเป็นรายการ เพื่อกำหนดจำนวนสำรองและจัดให้มีระบบการคืนยาแบบเติมเต็มตามจำนวนสำรองที่กำหนด หลังสิ้นสุดกระบวนการวิจัย พบว่า อัตราสำรองคลังเฉลี่ยอยู่ในเกณฑ์มาตรฐาน คือ ไม่เกิน 3 เดือน ยาสิ้นอายุลดลง จำนวนยาขาดลดลง และความคลาดเคลื่อนของจำนวนยาคงคลังไม่เกินกำหนด

ข้อเสนอแนะที่ได้จากงานวิจัย

ในการศึกษาการพัฒนาต้นแบบและขยายผลการระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ใน

สถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ควรศึกษาเป็นขั้นตอนดังภาพประกอบ 1



ภาพประกอบ 1

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ควรศึกษาผลของการใช้ระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์เพื่อประยุกต์ใช้ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ที่มีความหลากหลายของบริบทและศึกษาในระยะยาว เพื่อเป็นทางเลือกและมีระบบที่ยั่งยืนต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1.รายงานสุขภาพคนไทย 2552 โดย สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (วปส.) ที่อ้างอิงจาก International Health Policy Program 2008, National Health Accounts in Thailand (1994-2005)

2.โสภณ เมืองชู และคณะ. โครงการการสอบกลับข้อมูลเพื่อการจัดการระบบโลจิสติกส์และโซ่อุปทานยาอย่างมีประสิทธิภาพ. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), 2556.

3.จิรพรรณ เลี่ยงโรคาพาธ และคณะ. โครงการพัฒนาฐานข้อมูลยาระดับชาติและระบบสืบค้นทางอินเตอร์เน็ต เพื่อการเชื่อมโยงของข้อมูลในโซ่อุปทานสาธารณสุขอย่างมีประสิทธิภาพและยกระดับความปลอดภัยในการใช้ยาของประชาชน, สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), 2554.

4.ดวงพรรณ กริชชาญชัย และคณะ. โครงการการพัฒนาการแลกเปลี่ยนข้อมูลทางอิเล็กทรอนิกส์ในโซ่อุปทานสุขภาพ. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), 2556.

5.ดวงพรรณ กริชชาญชัย และคณะ. โครงการการวิจัยเพื่อพัฒนาระบบโลจิสติกส์โรงพยาบาลชุมชน. สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.), 2558.

6.ดวงพรรณ กริชชาญชัย และคณะ. โครงการรหัสยามาตรฐาน : รูปแบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลยาที่มีประสิทธิภาพในโซ่อุปทานสาธารณสุขเพื่อความปลอดภัยและสุขภาพที่ดีของผู้เข้ารับบริการสาธารณสุข. มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2556.

7.ดวงพรรณ กริชชาญชัย และคณะ. โครงการออกแบบสถาปัตยกรรมทางธุรกิจและการวัดสมรรถนะแบบบูรณาการสำหรับธุรกิจโรงพยาบาลในประเทศไทย. มหาวิทยาลัยมหิดล และสำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา, 2556c.

8.ดวงพรรณ กริชชาญชัย และคณะ. โรงพยาบาลต้นแบบในโครงการการประยุกต์ใช้ระบบโลจิสติกส์เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการในระบบเครือข่ายโรงพยาบาลปฐมภูมิ. โครงการมหาวิทยาลัยวิจัยแห่งชาติ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558.

9.ดวงพรรณ กริชชาญชัย และโสภณ เมืองชู. Healthcare Logistics and Supply Chain Management. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556.

10.ดวงพรรณ กริชชาญชัย. Research in Thailand Healthcare Logistics and Supply Chain. นนทบุรี : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2556.

12.ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ. (2557). คุณภาพและความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient Safety) สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล (องค์การมหาชน) [Cited 16 Aug 2015]Available from: http://web.bcnpy.ac.th/ bcnfile/index.php/bcnpy-risk? download=21:qa-to-quality-of-life

13.สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. TOR โครงการวางระบบบริหารจัดการคลังยาและเวชภัณฑ์ของกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2556-2557.

14.สุกิจ คูชัยสิทธิ์. (2556). การเข้าสู่โลกยุคใหม่ของข้อมูล “Big data”. วารสารนักบริหาร, 33(1):.22-28.

15.เพ็ญศรี ธงภักดี. การบริหารเวชภัณฑ์ในโรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า. [วิทยานิพนธ์]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2537.

16.นันท์นภัส ฟุ้งสุข, อัษฎางค์ พลนอก. การพัฒนาประสิทธิภาพการบริหารคลังเวชภัณฑ์ของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อำเภออุทัย จังหวัดพระนครศรีอยุธยา วารสาร มฉก.วิชาการ. ปีที่ 21 ฉบับที่ 41 กรกฎาคม - ธันวาคม 2560

17.จารุพงษ์ บรรเทา. การจัดการคงคลังยาและเวชภัณฑ์ กรณีศึกษาโรงพยาบาลชุมชนนครราชสีมา. มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลอีสาน ศูนย์กลางนครราชสีมา. 2559

18.John W. Best James V. Kahn. RESEARCH IN EDUCATION. 8th. Allyn and Bacon. 1991.

อิทธิพลร่วมของการได้รับรางวัล อสม.ดีเด่นและอายุ ที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

The Influence of receiving the excellent volunteer award and age toward prevention behavior of coronavirus 2019 of village health volunteers in Northeastern region

อิสราวรรณ สนธิภูมาศ[1] , นภชา สิงห์วีรธรรม[2] ,กิตติพร เนาว์สุวรรณ[3], สุภาวดี ไชยเดชาธร[1]

Issarawan Sonthipumas[1] , Noppcha Singweratham[2] , Kittiporn Nawsuwan[3] ,

Supawadee Chaidachatorn[1]

(Received: November 6,2020; Accepted: December 2,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019และศึกษาอิทธิพลร่วมของการได้รับรางวัล อสม.ดีเด่นและอายุที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวน 1,034 คน ใช้วิธีสุ่มแบบบังเอิญจากข้อมูลออนไลน์ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟ่าของครอนบาค เท่ากับ .873 ได้ค่า IOC ระหว่าง .67 - 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลโดยสถิติความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติ F-testวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทาง (Two-way ANOVA)

ผลการศึกษาพบว่าพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.66, S.D.=0.39)และอิทธิพลร่วมของการได้รับรางวัล อสม.ดีเด่นและอายุมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม. ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01

คำสำคัญ : โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019, อสม อายุ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019

Abstract

This survey research is aimed to study on the prevention behavior of coronavirus disease 2019 and influence of receiving an outstanding award and age toward prevention behavior of coronavirus 2019 among 1,034 village health volunteers in Northeastern region. Data were collected through online questionnaires which showed Cronbach alpha coefficient of the prevention behavior of coronavirus disease 2019 0.873 and IOC between .67 - 1.00. The data were analyzed by using frequency, percentage, mean, standard deviation and Statistics F-test analyzes two-way variance (Two-way ANOVA).

[1] พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ,วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี นครราชสีมา สถาบันพระบรมราชชนก

[2] วิทยาจารย์ชำนาญการ วิทยาลัยเทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข กาญจนาภิเษก สถาบันพระบรมราชชนก

[3] วิทยาจารย์ชำนาญการพิเศษ,วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา สถาบันพระบรมราชชนก

The results of the study found that the prevention behaviors of COVID-19 in the village health volunteers (OHM) in the Northeast region were at the highest level ($\bar{x}$ = 4.66, SD = 0.39) and influence of receiving an outstanding award and age statistically significant effect on the prevention behavior of coronavirus 2019 in the Northeastern region at .01 level.

Keyword : COVID-19, Village health volunteers, Age and Prevention behavior of coronavirus 2019

บทนำ

อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เรียกว่า อสม. คืออาสาสมัครที่ได้รับการฝึกอบรมจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เพื่อให้สามารถทำการักษาพยาบาลได้อย่างง่ายๆ เป็นการสร้างการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน อสม. ซึ่งกำเนิดขึ้นจากแนวทางในการใช้การสาธารณสุขมูลฐาน นับเป็นกำลังสำคัญในการดูแลสาธารณสุขของพี่น้องประชาชนทั้งในการ ป้องกันโรค รักษาพยาบาลเบื้องต้น และติดตามปัญหาสุขภาพ ปัจจุบันมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือ อสม. เป็นจำนวนกว่า 1,040,000 คน กระจายอยู่ทั่วประเทศทั้งในเขตเมือง และชนบท ทำหน้าที่ถ่ายทอดความรู้ และส่งเสริมพี่น้องประชาชนในการดูแลสุขภาพ และทำตามสุขบัญญัติ เพื่อสุขภาพอนามัยและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของทุกคน

จากรายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (โควิด 19)โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) ฉบับที่ 96 วันที่ 8 เมษายน 2563 สถานการณ์ในต่างประเทศ มีรายงานผู้ป่วยยืนยันทั่วโลก จำนวน 1,435,310 ราย มีอาการรุนแรง 47,934 ราย เสียชีวิต 82,210 ราย โดยประเทศที่มีจำนวนผู้ป่วยยืนยัน 3 อันดับแรก ได้แก่ สหรัฐอเมริกา 400,549 ราย สเปน 141,942ราย และ อิตาลี 135,586 ราย ส่วนสถานการณ์ภายในประเทศไทย ยืนยันแล้ว 2,369ราย เสียชีวิต 30ราย กำลังรับการรักษาพยาบาล 1,451ราย บุคลากรทางการแพทย์ติดเชื้อ55ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ป่วยหนัก 61ราย การระบาดของโรคยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง บุคลากรซึ่งถือเป็นส่วนสำคัญด่านหน้าในการสำรวจและติดตามผู้ป่วยติดเชื้อคือ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) อสม. เหล่านี้ปฏิบัติหน้าที่สำคัญหลายอย่าง เช่น การเคาะประตูเยี่ยมบ้าน การให้สอนและความรู้ประชาชน การวัดอุณหภูมิและสังเกตอาการเบื้องต้น การบันทึกข้อมูลกลุ่มเสี่ยงและรายงานผล อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีจำนวนทั้งสิ้น 270,284 คน ดูแลพื้นที่ 20 จังหวัด รายงานผลการปฏิบัติงานของ อสม. ในการเฝ้าระวังโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (Covid-19) ในชุมชนพบว่า อสม.เหล่านี้ต้องติดตามกลุ่มเสี่ยงที่เคาะประตูบ้าน ถึง 4,858,955 คน และเยี่ยมติดตามกลุ่มเสี่ยงที่บ้าน 522,022 คน ด้วยบทบาทหน้าที่ดังกล่าว ตัวอสม.เองก็ต้องเป็นแบบอย่างที่ดี โดยมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองอย่างเคร่งครัด เพื่อไม่ให้นำพาเชื้อโรคกระจายสู่ครอบครัวและบุคคลอื่นในชุมชน ซึ่งในช่วงระยะเวลาที่ผ่านมากระทรวงสาธารณสุขได้มีการสร้างขวัญและกำลังใจในการปฏิบัติงานโดยการมอบรางวัลให้กับอสม.ดีเด่น ซึ่งเป็นผู้ที่ต้องผ่านการประเมินผลงานตามเกณฑ์การคัดเลือกของกระทรวงสาธารณสุข เคยผ่านการอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพ.ศ. 2554 เป็นอสม.ติดต่อกันเป็นระยะเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 7 ปี นับตั้งแต่วันที่ 30 กันยายนของปีที่เข้ารับการคัดเลือก และมีผลงานต่อเนื่องจนเป็นที่ยอมรับและประจักษ์ต่อสังคม และเข้ารับการประเมินผลงานรายละเอียดตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ(2560)[1] นั่นแปลว่าผู้ที่ได้รับรางวัลอสม.ดีเด่นต้องผ่านการทำงานมายาวนานหลายปีจนมีทักษะการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ นอกจากการได้รับรางวัลแล้วยังมีปัจจัยเรื่องของอายุจากการศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติงานของอสม. ในสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ เขตสุขภาพที่ 8 พบว่าประสิทธิผลของการปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับอายุและขวัญกำลังใจในการปฏิบัติงาน[2]

ด้วยเหตุผลดังกล่าว คณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และศึกษาอิทธิพลร่วมระหว่างการได้รับรางวัล อสม.ดีเด่นและอายุที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นอย่างไร อันจะนำไปสู่แนวทางการสร้างแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอย่างมีคุณภาพ

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

2. เพื่อศึกษาอิทธิพลร่วมระหว่างการได้รับรางวัล อสม.ดีเด่นและอายุที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Survey Research)

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ลงทะเบียนปฏิบัติงานในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จำนวนทั้งสิ้น 423,719 คน[3]

กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) สังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ลงทะเบียนปฏิบัติงานในประเทศไทย จำนวนทั้งสิ้น 1,034 คน ซึ่งเป็นข้อมูลที่ได้จากกลุ่มตัวอย่างงานวิจัยเรื่องบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทยต่อดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 10,400 คน[4] ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ทำการทดสอบอำนาจในการศึกษา โดยกำหนดค่าขนาดอิทธิพล Effect size = .15, n=1034, Two tailed พบว่าสามารถทำนายได้ร้อยละ 84.15 ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบบังเอิญจากการเก็บแบบสอบถามออนไลน์

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยสร้างขึ้นเองจากแนวคิดการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19)ประกอบด้วย 2 ตอน ดังนี้

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งประกอบด้วย เพศ อายุ การศึกษา สถานภาพ และอาชีพ รวม 5 ข้อ

ตอนที่ 2 แบบสอบถามประเมินตนเองเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอสม. จำนวน 20 ข้อ ลักษณะของแบบสอบถามเป็นข้อคำถามมาตราส่วนประมาณค่า 5ระดับ (Rating Scale) ให้คะแนนจากปฏิบัติทุกครั้งให้ 5 คะแนน ถึงไม่ปฏิบัติเลยให้ 1 คะแนนใช้เกณฑ์ของการแบ่งระดับของชูศรี วงศ์รัตนะ(2558) ดังนี้

ค่าเฉลี่ย1.00 – 1.49 หมายถึง อสม.มีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อยที่สุด

ค่าเฉลี่ย1.50 – 2.49 หมายถึง อสม.มีพฤติกรรมอยู่ในระดับน้อย

ค่าเฉลี่ย2.50 – 3.49 หมายถึง อสม.มีพฤติกรรมอยู่ในระดับปานกลาง

ค่าเฉลี่ย3.50 – 4.49 หมายถึง อสม.มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมาก

ค่าเฉลี่ย4.50 – 5.00 หมายถึง อสม.มีพฤติกรรมอยู่ในระดับมากที่สุด

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content Validity) จากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คนได้แก่ อาจารย์ผู้เชี่ยวชาญด้านวิจัยอาจารย์พยาบาลชุมชน และนักวิชาการสาธารณสุข ได้ค่า IOC ระหว่าง.67 –1.00และนำแบบสอบถามมาทดลองใช้ (Try Out) กับกลุ่มที่มีลักษณะเหมือนกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 30 คน ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามเท่ากับ .873

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยใช้ข้อมูลจากงานวิจัยเรื่องบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในประเทศไทยต่อดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชน จำนวนทั้งสิ้น 10,400 คน[4] ซึ่งเก็บข้อมูลแบบ Online Survey โดยการส่งแบบสอบถามออนไลน์ไปยังตัวแทนในแต่ละภาคเพื่อดำเนินการส่งต่อโดยใช้ Application Line จากการตรวจสอบพบว่าแบบสอบถามออนไลน์ที่ได้รับคืนมาเป็นกลุ่มตัวอย่างในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 1,034 ชุด

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปโดยใช้ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. วิเคราะห์อิทธิพลร่วมของการได้รับรางวัลอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม)ดีเด่นและอายุที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยใช้สถิติ Two way ANOVA ทั้งนี้ก่อนที่ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์โดยใช้สถิติ F-test วิเคราะห์ความแปรปรวนสองทาง (Two way ANOVA) ทั้งนี้ผู้วิจัยทำการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นการแจกแจงแบบโค้งปกติ ด้วยกราฟ Normal Probability Plot พบว่าข้อมูลส่วนใหญ่จะอยู่รอบ ๆ เส้นตรง ดังนั้นสรุปได้ว่า ลักษณะของข้อมูลมีการแจกแจงแบบปกติ[5] และทดสอบความแปรปรวนโดยใช้สถิติ Levene's Test of Equality of Error Variances พบว่าข้อมูลมีความแปรปรวนไม่เท่ากัน (F= 4.283, Sig=.005)

จริยธรรมวิจัย

โครงร่างวิจัยผ่านการรับรองการพิจารณาจากคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สงขลา รหัส BCNSK26/2563 ลงวันที่ 17 เมษายน 2563 และในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้มีการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างโดยชี้แจงรายละเอียด ครอบคลุมข้อมูลต่อไปนี้ 1) ชื่อและข้อมูลเกี่ยวกับผู้วิจัย 2) วัตถุประสงค์ และประโยชน์ที่ได้รับจากการวิจัย 3) ขั้นตอนการเก็บรวบรวมแบบสอบถาม ไม่มีการระบุชื่อของผู้ตอบแบบสอบถามในแบบสอบถาม 4) การเก็บรักษาข้อมูลเป็นความลับ 5) การเสนอผลงานวิจัยในภาพรวม 6) สิทธิที่จะตอบรับหรือปฏิเสธการเข้าร่วมการวิจัย หรือสิทธิที่จะถอนตัวออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบต่อการปฏิบัติงานของผู้ตอบแบบสอบถาม และข้อมูลทั้งหมดจะถูกทำลายภายใน 1 ปี ภายหลังจากที่ผลการวิจัยได้รับการเผยแพร่แล้ว

สรุปและอภิปรายผล

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างพบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 86.2 อายุเฉลี่ย 48.2 ปี โดยอายุน้อยกว่า 50 ปีร้อยละ 53.1 วุฒิการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรีร้อยละ 95.4สถานภาพสมรสแล้วร้อยละ 81.6 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม/ประมง ร้อยละ 62.7 และไม่เคยได้รับรางวัลอสม.ดีเด่นร้อยละ 77.1 (ตาราง 1)

ตาราง 1ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อมูลทั่วไป	จำนวน (n=1,034)	ร้อยละ 100.0
1. เพศ		
ชาย	143	13.8
หญิง	891	86.2
2. อายุ ($\bar{x}$ = 48.2, SD= 10.0, Min= 18, Max= 77) (Missing=128)		
อายุน้อยกว่า 50 ปี	481	53.1

อายุตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป	425	46.9
3. การศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	986	95.4
ปริญญาตรีขึ้นไป	48	4.6
4. สถานภาพ		
โสด	74	7.2
สมรส	844	81.6
หม้าย/หย่า/แยกกันอยู่	116	11.2
5. อาชีพ		
ไม่ประกอบอาชีพ	30	2.9
รับจ้าง	185	17.9
ธุรกิจส่วนตัว	29	2.8
เกษตรกรรม/ประมง	648	62.7
ค้าขาย	137	137
อื่น ๆ	5	0.5
6. การได้รับรางวัล อสม.ดีเด่น (Missing=133)		
ได้รับรางวัล	206	22.9
ไม่ได้รับรางวัล	695	77.1

2. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.66, S.D.=0.39)เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ข้อที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ สวมหน้ากากอนามัย (Surgical mask) หรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน($\bar{x}$ = 4.88, S.D.=0.39) รองลงมาคือ สวมหน้ากากอนามัย (Surgical mask) เมื่อไม่สบาย($\bar{x}$ = 4.83, S.D.=0.49) และข้อที่ค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือ รับประทานวิตามินหรือแร่ธาตุสำเร็จรูปเป็นประจำเพื่อสร้างภูมิต้านทาน($\bar{x}$ = 4.12, S.D.=0.95) (ตาราง 2)

ตาราง 2 ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และระดับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม.

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	$\bar{x}$	SD	ระดับ
1. ล้างมืออย่างถูกวิธี (7 ขั้นตอน) ทุกครั้ง	4.73	0.50	มากที่สุด
2. ล้างมือด้วยสบู่และน้ำ อย่างน้อย 20 วินาที หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ (มากกว่า 70% แอลกอฮอล์) หลังหยิบจับหรือสัมผัสสิ่งของที่ใช้ร่วมกัน	4.77	0.47	มากที่สุด
3. ล้างมือด้วยสบู่และน้ำ อย่างน้อย 20 วินาที หรือใช้เจลแอลกอฮอล์ (มากกว่า 70% แอลกอฮอล์) หลังปฏิบัติกิจส่วนตัวในห้องน้ำ	4.76	0.49	มากที่สุด

พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019	$\bar{x}$	SD	ระดับ
4. ล้างมือด้วยสบู่และน้ำอย่างน้อย 20 วินาทีหรือใช้เจลแอลกอฮอล์ (มากกว่า 70% แอลกอฮอล์) ก่อนรับประทานอาหา หรือก่อนหยิบจับอาหารใส่ปาก	4.74	0.52	มากที่สุด
5. ไม่นำมือตนเองมาป้ายตา จมูก หรือปาก	4.51	0.77	มากที่สุด
6. ไม่ใช้สิ่งของร่วมกับผู้อื่นเช่น ผ้าเช็ดหน้า แก้วน้ำ หมวกกันน็อค เป็นต้น	4.71	0.70	มากที่สุด
7. ใช้ช้อนกลางประจำตัวเมื่อรับประทานอาหารร่วมกับผู้อื่น	4.75	0.57	มากที่สุด
8. รับประทานอาหารที่เพิ่งปรุงสุกใหม่ ๆ ด้วยความร้อน (กินร้อน)	4.80	0.46	มากที่สุด
9. เลือกรับประทานอาหารที่ปรุงถูกสุขลักษณะเท่านั้น	4.80	0.47	มากที่สุด
10. เลือกรับประทานอาหารที่มีประโยชน์	4.73	0.51	มากที่สุด
11. หลีกเลี่ยงการสัมผัสมือ กอด กับเพื่อนร่วมงานหรือบุคคลรอบข้าง	4.74	0.58	มากที่สุด
12. หลีกเลี่ยงเข้าสถานที่ที่มีบุคคลพลุกพล่านหรือแออัด	4.79	0.52	มากที่สุด
13. เพิ่มระยะประมาณ 1 - 2 เมตรเมื่อต้องมีการพูดคุยกับบุคคลอื่น	4.82	0.45	มากที่สุด
14. หลังเลิกงานเมื่อเข้าบ้านท่านเปลี่ยนเสื้อผ้าและอาบน้ำทันที	4.74	0.54	มากที่สุด
15. สวมหน้ากากอนามัย (Surgical mask) เมื่อไม่สบาย	4.83	0.49	มากที่สุด
16. สวมหน้ากากอนามัย (Surgical mask) หรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน	4.88	0.39	มากที่สุด
17. รับประทานแร่ธาตุที่มีประโยชน์เพื่อสร้างภูมิต้านทาน	4.30	0.84	มาก
18. รับประทานวิตามินหรือแร่ธาตุสำเร็จรูปเป็นประจำเพื่อสร้างภูมิต้านทาน	4.12	0.95	มาก
19. ออกกำลังกายมากว่า 3 – 4 ครั้ง ๆละไม่น้อยกว่า 30 นาทีต่อสัปดาห์	4.39	0.77	มาก
20. ตรวจสุขภาพร่างกายเป็นประจำตามกำหนดที่ควรตรวจ	4.57	0.70	มากที่สุด
รวม	**4.66**	**0.39**	มากที่สุด

2. อิทธิพลร่วมของการได้รับรางวัล อสม.ดีเด่นและอายุที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอสม. ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า อสม.ที่เคยได้รับรางวัล อสม.ดีเด่นและมีอายุน้อยกว่า 50 ปี มีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 มากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.73, S.D.=0.35) และอสม.ที่ไม่เคยได้รับรางวัล อสม.ดีเด่นและมีอายุน้อยกว่า 50 ปีมีค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมต่ำสุด ($\bar{x}$ = 4.62, S.D.=0.44)(ตาราง 3) เมื่อทดสอบปฏิสัมพันธ์พบว่าอิทธิพลร่วมของการได้รับรางวัล อสม.ดีเด่นและอายุมีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอสม. ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01(F=8.121) (ตาราง 4)

ตาราง 3 ค่าเฉลี่ยพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำแนกตามการได้รับรางวัลอสม.ดีเด่นและอายุ

การได้รับรางวัล อสม.ดีเด่น	อายุ	n	$\bar{x}$	S.D.
ไม่ได้รับรางวัล	น้อยกว่า 50 ปี	390	4.62	0.44
	ตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป	305	4.73	0.35
ได้รับรางวัล	น้อยกว่า 50 ปี	86	4.74	0.31
	ตั้งแต่ 50 ปี ขึ้นไป	120	4.68	0.39

ตาราง 4 ผลการวิเคราะห์ความแปรปรวนสองทาง (Two - way ANOVA) เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำแนกตามการได้รับรางวัล อสม.ดีเด่นและอายุ

แหล่งความแปรปรวน	SS	df	MS	F	Sig
การได้รับรางวัล อสม.ดีเด่น	.215	1	.215	1.417	.234
อายุ	.070	1	.070	.462	.497
การได้รับรางวัล อสม.ดีเด่นX อายุ	1.235	1	1.235	8.121	.001
ความคลาดเคลื่อน	137.190	902	.152		
รวม	19938.153	906			

อภิปรายผล

1. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือในภาพรวมอยู่ในระดับมากที่สุด ($\bar{x}$ = 4.66, S.D.=0.39)

เมื่อพิจารณาเป็นรายข้อ ที่มีค่าเฉลี่ยมากที่สุดคือ พฤติกรรมการสวมหน้ากากอนามัย (Surgical mask) หรือหน้ากากผ้าเมื่อออกจากบ้าน ($\bar{x}$ = 4.88, S.D.=0.39) รองลงมาคือ สวมหน้ากากอนามัย (Surgical mask) เมื่อไม่สบาย($\bar{x}$ = 4.83, S.D.=0.49) ทั้งนี้เนื่องจากการติดต่อและความรุนแรงของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 เกิดขึ้นได้ง่าย โดยเฉพาะเมื่อโรคนี้ติดต่อผ่านระบบทางเดินหายใจสามารถทำลายอวัยวะในระบบทางเดินหายใจเช่น ปอด ในขณะที่มีบางรายงานกล่าวถึงการกลายพันธุ์ของเชื้อในการมุ่งทำลายไขสันหลังของผู้ได้รับเชื้อ รวมทั้งการคุกคามระบบประสาท[6] ซึ่งเป็นเหตุการณ์ที่มากระตุ้นให้บุคคลเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ต้องการออกมาเมื่อบุคคลรับรู้ต่อความรุนแรงของโรค รับรู้ถึงอันตรายที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้ ร่วมกับการได้รับข้อมูลข่าวสารความรุนแรงของการระบาดของโควิด-19 เผยแพร่ทั่วโลกอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา รวมทั้งการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ส่งผลให้เกิดความตระหนัก ตื่นกลัวกลายเป็นการตื่นรู้ เกิดการเรียนรู้ครั้งใหญ่ที่จะรับมือกับการระบาดของเชื้อไวรัส และหันมาปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคที่เข้มข้นและจริงจังมากขึ้นเช่น พฤติกรรมการรักษาระยะห่างทางสังคมในการอยู่ใกล้ชิดคนอื่น (Social Distancing) การใส่หน้ากากอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากผู้อื่นหรือการแพร่เชื้อจากตนเองสู่ผู้อื่น สอดคล้องกับผลการสำรวจพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการแพร่ระบาดของโรคโควิด-19 หลังการผ่อนปรนมาตรการควบคุมโรคในระยะที่ 3 ระหว่างวันที่ 29 พฤษภาคม – 4 มิถุนายน 2563 จากกระทรวงสาธารณสุข พบว่าในภาพรวมอสม.ยังคงมีพฤติกรรมการป้องกันตนเองร้อยละ 87.0 โดยมีพฤติกรรมที่ปฏิบัติมากที่สุด คือการใส่หน้ากากอนามัยหรือหน้ากากผ้าตลอดเวลา ร้อยละ 94.0 การรับประทานอาหารร้อนและใช้ช้อนกลางของตนเองร้อยละ 91.5 การล้างมือบ่อย ๆ ร้อยละ 89.7 การเว้นระยะห่างคนอื่นอย่างน้อย 2 เมตรร้อยละ 83.9[7] ด้วยกระทรวงสาธารณสุขได้มีแนวทางปฏิบัติการจัดการภาวะระบาดของโรคโควิด 19 โดยมีมาตรการการป้องกันโรคจากพฤติกรรมส่วนบุคคลทั้งโดยตรงและอ้อมจึงถูกเลือกนำมาใช้เพื่อลดการติดเชื้อในประเทศไทยได้มีมาตรการป้องกันการแพร่ระบาด จนประสบความสำเร็จในการจำนวนผู้ติดเชื้อจนได้รับคำชื่นชมจากองค์การอนามัยโลกถึงการปฏิบัติหน้าที่ที่เข้มแข็งของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคโควิด-19 ได้อย่างมีประสิทธิภาพ[8] ในกลุ่มของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) จะต้องผ่านการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาท

หน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุขตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ[9] มีการจัดระบบอสม. สำหรับ Local quarantine และ Home quarantine ร่วมกับจัดอบรมเชิงปฏิบัติการการเฝ้าระวังป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 19 ส่งผลให้ อสม.มีการรับรู้ความรุนแรงของโรค และดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 พร้อมร่วมประกาศเจตนารมณ์การเฝ้าระวัง ป้องกันโรคไวรัสโคโรนา 19 โดยการ “กินร้อน ช้อนกลาง ล้างมือ สวมหน้ากากอนามัย และออกกำลังกาย” เป็นต้นแบบพฤติกรรมสุขภาพดีตั้งแต่ครอบครัวถึงชุมชน มีความรอบรู้ด้านสุขภาพ (Health Literacy) โดยการดำเนินการผ่านแอปพลิเคชัน“อสม.ออนไลน์” ร่วมกับรับฟังการบรรยายถึงบทบาทในการป้องกัน เฝ้าระวัง และความรู้เกี่ยวกับโรคไวรัสโคโรนา 19 รวมถึงการสาธิตทำหน้ากากอนามัยผ้า และแอลกอฮอล์เจล สำหรับฆ่าเชื้อ ให้อสม.ได้นำไปถ่ายทอดสู่ชุมชนเพื่อนำไปใช้ผลิตอุปกรณ์ในการป้องกันโรคใช้ในชุมชนอย่างทั่วถึง

นอกจากนี้ผลการวิจัยพบว่าข้อที่มีค่าเฉลี่ยต่ำสุดคือการรับประทานวิตามินหรือแร่ธาตุสำเร็จรูปเป็นประจำเพื่อสร้างภูมิต้านทาน($\bar{x}$ = 4.12, S.D.=0.95) ทั้งนี้ในสถานการณ์ที่มีการแพร่ระบาดของเชื้อโรคไวรัสโคโรนา 2019 ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของผู้คนและการบริโภคอาหาร ต้องปรับเปลี่ยนวิถีการดำเนินชีวิตในรูปแบบ“ความปกติแบบใหม่” หรือ New Normal โดยเฉพาะการทำงานแบบ Work from Home ส่งผลให้การสั่งอาหารแบบเดลิเวอรีและการซื้อสินค้าออนไลน์ต่าง ๆ รวมถึงการเลือกซื้อวิตามินมารับประทานเพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันโรคได้ง่ายขึ้นแต่ในสถานการณ์ที่เกิดขึ้นก็มีผลกระทบต่อสภาพเศรษฐกิจทางสังคมทำให้ผู้คนต้องประหยัดและลดค่าใช้จ่ายที่ไม่จำเป็น สอดคล้องกับผลสำรวจของ“ดุสิตโพล”มหาวิทยาลัยดุสิต ได้เผยแพร่ผลสำรวจความคิดเห็นประชาชนจากกลุ่มตัวอย่างเกี่ยวกับ New normal ของคนไทยจากสถานการณ์ โควิด-19 ชี้ว่า 45.39% หันมาให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพมากขึ้นด้วยการออกกำลังกาย รับประทานผลิตภัณฑ์เสริมอาหารและวิตามิน เพื่อดูแลสุขภาพให้สมบูรณ์แข็งแรง ช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสโดยรวมได้ และเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานของภูมิคุ้มกันโรคของร่างกาย ซึ่งการรับประทานยาวิตามินต่าง ๆไม่ใช่ทางเลือกเดียวแต่ยังสามารถได้รับจากแหล่งอาหารจากธรรมชาติได้เช่นผัก ผลไม้ ไม่มีความจำเป็นที่จะต้องรับประทานในรูปแบบอาหารเสริมแต่อย่างใด

2. อิทธิพลร่วมของการได้รับรางวัล อสม.ดีเด่นและอายุที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ของ อสม.ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนืออย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .01 แสดงให้เห็นว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่เคยได้รับรางวัลอสม.ดีเด่นและมีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไป จะทำให้มีระดับของพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 เพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเป็นเพราะอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านที่ได้รับรางวัลอสม.ดีเด่นเป็นผู้ที่ต้องผ่านการประเมินผลงานตามเกณฑ์การคัดเลือกของกระทรวงสาธารณสุข เคยผ่านการอบรมตามหลักสูตรฝึกอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตามระเบียบกระทรวงสาธารณสุขว่าด้วยอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพ.ศ. 2554 เป็นอสม.ติดต่อกันเป็นระยะเวลาติดต่อกันไม่น้อยกว่า 7 ปี นับตั้งแต่วันที่ 30 กันยายนของปีที่เข้ารับการคัดเลือกและมีผลงานต่อเนื่องจนเป็นที่ยอมรับและประจักษ์ต่อสังคม และเข้ารับการประเมินผลงานรายละเอียด ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข[1] ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของยุทธนา แยบคาย(2561)[10] ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านพบว่าแรงจูงใจในการปฏิบัติงานจะส่งผลทางบวกต่อการปฏิบัติงานสามารถอธิบายความแปรปรวนได้ร้อยละ 48.7 (R Square = 0.487) และอาจเป็นเพราะ ในกลุ่มอสม.ที่มีอายุมากกว่า 50 ปีขึ้นไปจะเป็นผู้ที่มีประสบการณ์ในการตัดสินใจในการวางแผนดำเนินงานตามนโยบายต่าง ๆ และมีส่วน

ร่วมในการปฏิบัติกิจกรรมและติดตามประเมินผลอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานาน รวมถึงเป็นผู้ที่ได้รับความไว้วางใจ เชื่อมั่น และเป็นแบบอย่างของชุมชน สอดคล้องกับงานวิจัยของ วีรพล เพริศแก้ว และวรินทร์ มาศ เกษทองมา(2561)[2] ที่ศึกษาประสิทธิผลของการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของอสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชนในสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 8 พบว่าประสิทธิผลของการปฏิบัติงานของอสม.ในแต่ละสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติฯแตกต่างกันและมีความสัมพันธ์กับอายุ และแรงสนับสนุนทางสังคม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<0.0001$) โดยอสม.ที่มีอายุ41-50 ปี ความรู้เกี่ยวกับโรคไข้เลือดออกมากที่สุด สอดคล้องกับวรพงษ์ วิชาญ(2563)[11] ศึกษาเรื่องความรู้ เจตคติและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)ที่มีอายุต่างกันมีเจตคติต่อการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ .05 และสอดคล้องกับ สิริญา ไผ่ป้องที่พบว่าความรู้ และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชนจะมีประสบการณ์ในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขเพื่อแก้ไขปัญหาสุขภาพของคนในหมู่บ้านร้อยละ 84.0 ส่วนใหญ่มีประสบการณ์ในขั้นตอนการสำรวจและเก็บข้อมูลร้อยละ 74.8[12] ซึ่งปัจจัยสำเร็จของการดำเนินงานของอสม.ที่มีประสิทธิภาพนั้นจะต้องมีปัจจัยเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดความพอใจที่ได้รับจากทำงานได้แก่ความสำเร็จในงานที่ทำ (Achievement) การได้รับการยอมรับนับถือ (Recognition) ลักษณะของงานที่ปฏิบัติ (Work it self) ที่น่าสนใจ อาศัยความริเริ่มสร้างสรรค์ ท้าทายและต้องลงมือทำ และอสม.นั้นเป็นตัวแทนของประชาชนที่ ได้รับการคัดเลือกจากในแต่ละละแวกบ้านที่ได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กาหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (change agents) โดย อสม.สามารถเป็นกาลังเสริมภาคประชาชนที่เข้มแข็งให้กับทีมสุขภาพ

จากรายงานผลการได้รับรางวัลอสม.ดีเด่นในปี 2561 พบว่ามีอสม.ที่มีอายุมากมากกว่า 50 ปีขึ้นไปร้อยละ 60 แสดงให้เห็นว่า อสม.ที่มีประสบการณ์ ร่วมกับเคยได้รับรางวัล อสม.ดีเด่นจะสามารถนำความรู้ที่มีไปประยุกต์ใช้ในการปฏิบัติงานในการควบคุมโรคติดเชื้อได้ดียิ่งขึ้น จึงควรสนับสนุนให้อสม.ในกลุ่มเหล่านี้มาเป็นแกนนำในการปฏิบัติงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)ต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

ควรส่งเสริมให้อ.ส.ม.ที่ได้รับรางวัลอสม.ดีเด่นและมีอายุมากกว่า 50 ปี มาเป็นแม่แบบในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 ให้กับสมาชิกอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในทีม เพื่อให้ได้แนวปฏิบัติที่ดีต่อไป

2. ข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการสร้างพฤติกรรมการป้องกันการแพร่ระบาดโรคติดเชื้ออื่นๆ ในอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

เอกสารอ้างอิง

1.กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: ห้างหุ้นส่วนจำกัด สิทธิโชค พริ้นติ้ง; 2560. **แนวทางและหลักเกณฑ์การคัดเลือกและการประเมินผลงานอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเด่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเยี่ยม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านดีเยี่ยมอย่างยิ่ง.** [สืบค้นเมื่อวันที่ 26 เม.ย. 2563].จาก: http://dental2.anamai.moph.go.th/ewt_dl_link.php?nid= 1801

2. วีรพล เพริศแก้ว, วรินท์มาศ เกษทองมา. “ประสิทธิผลของการปฏิบัติงานคุ้มครองผู้บริโภคด้านสุขภาพของ อสม. วิทยาศาสตร์การแพทย์ชุมชน ในสถานีอนามัยเฉลิมพระเกียรติ 60 พรรษา นวมินทราชินี เขตสุขภาพที่ 8”. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 11(3) :** 514-255,2561

3. Primary Health Care Division, Ministry of Public Health. Health volunteers [Internet]. Bankok: National News Bureau of Thailand (NNT); 2019. **Public health volunteers help monitor COVID-19 situation;** [cited 2020 Apr 26]. Available from: http://www.thaiphc.net/new2020/content/.

4. กิตติพร เนาว์สุวรรณ, นภชา สิงหวีรธรรม, พยงค์ เทพอักษร. บทความปกิณกะเรื่อง “ความสำเร็จในการดำเนินงานควบคุมโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) ในชุมชนของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ประเทศไทย”. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้** [อินเตอร์เน็ต]. พ.ค.-ส.ค. 2563[สืบค้นเมื่อวันที่30 กันยายน 2563];7(2):ก-จ

5. Hair FJ, Black CW, Babin JB, Anderson ER. **Multivariate data analysis.** 7th ed. New Jersey: Pearson Education; 2020

6. Thailand Medical News [Internet]. Thailand: Medical spheres co.,Ltd; 2020. **Breaking News Coronavirus Can also Attack The Nervous System, Causing Neurological Conditions And Even Viral Encephalitis;** [modified 2020 March 5; cited 2020 March 26]. Available from: https://www.thailandmedical.news/articles/coronavirus/pages/23/

7. สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; 2563. **รายงานผลการสำรวจการปฏิบัติตามมาตรการ “อยู่บ้านหยุดเชื้อเพื่อชาติ”**. [สืบค้นเมื่อวันที่ 11 มิ.ย. 2563].จาก: https://www.xn--b3ca2agqf5a1ac3gsahb6dj7a7bcno8md6ooalj.com/report-1.html/

8. World Health Organization WHO [Internet]. Thailand:. 2020. **Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Data as Reported by the Thai Ministry of Public Health.** Retrieved May 6, 2020 from https://www.who.int/docs/default-source/searo/thailand/2020-05-05-tha-sitrep-72-covid19.pdf?sfvrsn=7708b03c_2/

9. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข [อินเตอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักงาน; 2563. **อสม.** [สืบค้นเมื่อวันที่ 24 พ.ค. 2563]. จาก: http://www.xn--y3cri.com/

10. ยุทธนา แยบคาย. ปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิบัติงานตามมาตรฐานงานสาธารณสุขมูลฐานของอาสาสมัครสาธารณสุข ประจำหมู่บ้าน จังหวัดสุโขทัย [Factors Affecting the Standard of Primary Health Care Performance among Village Health Volunteers in Sukhothai Province]. **วารสารการพยาบาล การสาธารณสุขและการศึกษา.** ก.ย.–ธ.ค. 2561;19(3):145-155

11. วรพงษ์ วิชาญ, ชัยธัช จันทร์สมุด. “ความรู้ เจตคติและการมีส่วนร่วมในการป้องกันและควบคุมโรคไข้เลือดออกของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านตำบลหนองแวง อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์”. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 13(1):** 68-75,2563

12. สิริญา ไผ่ป้อง สมเดช พินิจสุนทร. ความรู้และบทบาทของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในการวางแผนพัฒนาสาธารณสุขระดับชุมชน อำเภอเพ็ญจังหวัดอุดรธานี [VILLAGE HEALTH VOLUNTEERS’ KNOWLEDGE AND ROLE IN COMMUNITY HEALTH PHANNING IN PHEN DISTRICT, UDON THANI PROVINCE]. **วารสารการพัฒนาสุขภาพชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น.** เม.ย – มิ.ย 2559;4(2):291-305

การพัฒนาแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน โดยใช้ Care Map โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น จังหวัดนครปฐม

Development of the Health Care Practice Guideline for Stroke patients at Sub-acute Stage using Care Map in Luangphorpern Hospital, Nakhon Pathom Province

ยุทธกรานต์ ชินโสตร[1]

Yutthakran Chinasote

(Received: October 21,2020; Accepted: December 4,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed method) มีที่มาจากปัญหาทางเวชปฏิบัติที่พบว่าผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันมักมีความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันถดถอยลงเมื่อกลับไปดูแลที่บ้านเทียบกับช่วงสิ้นสุดการฟื้นฟูด้วยโปรแกรมแบบเข้มในโรงพยาบาล วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันแบบองค์รวม โดยใช้ Care Map หรือแผนการดูแลที่มีความเชื่อมโยง กระบวนการดูแลที่ต่อเนื่องและครอบคลุมโดยประยุกต์ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย 12 ขั้นตอน ซึ่งนับเป็นกระบวนการป้องกันโรคในระดับตติยภูมิ (Tertiary prevention) เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพทางกาย ป้องกันการเกิดภาวะทุพลภาพและช่วยลดภาวะแทรกซ้อนของโรคหลอดเลือดสมอง การวิจัยแบ่งออกเป็น 2 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบ Participatory action research เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันโดยใช้ Care Map โดยใช้กระบวนการการมีส่วนร่วมโดยผู้เข้าร่วมการวิจัย คือ สหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วย จำนวน 12 คน และ ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน จำนวน 10 คน แนวปฏิบัติกระบวนการดูแลและคู่มือการดูแลที่พัฒนาขึ้น ได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา เท่ากับ 1 เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แนวคำถามสำหรับการประเมินประสิทธิภาพในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ แบบประเมินความพึงพอใจของกลุ่มตัวอย่าง แบบประเมินทักษะความสามารถของผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงสังเกต (Observational study) เพื่อวัดประสิทธิผล (Effectiveness) ของกระบวนการฟื้นฟูตามแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันโดยใช้ Care Map ที่ได้พัฒนาแล้วนำไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่นและวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับการดูแลตาม Care map ด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางตรง EuroQol Group visual analog scale (EQ-VAS) ติดตามจนครบ 6 เดือน ผลการศึกษาสรุปได้ ดังนี้

ผลการศึกษาระยะที่ 1 จากกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมได้เกิดแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันโดยใช้ Care Map มีเนื้อหาสาระ 6 องค์ประกอบได้แก่ การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม การประเมินสภาพผู้ป่วย การจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพและการวางแผนจำหน่าย การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย การเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่องและการพัฒนาคุณภาพการบริการ โดยแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน โดยใช้ Care Map มีความชัดเจน สะดวกและสามารถนำไปใช้ได้จริงในหน่วยงาน กลุ่มผู้เข้าร่วมการวิจัยมีความพึงพอใจร้อยละ 80 ผู้ดูแลมีทักษะความรู้ความสามารถในปฏิบัติตามคู่มือการดูแลได้ถูกต้องร้อยละ 80 คะแนนประเมินความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเมื่อกลับบ้าน เพิ่มขึ้น หลังติดตามเยี่ยมเมื่อครบ 1 เดือน

จากผลการศึกษาในระยะที่ 2 พบว่าการดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน โดยใช้ Care Map สามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ร้อยละ100 ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีประสิทธิผลของการฟื้นฟูอยู่ที่ร้อยละ 88 และร้อยละ 100ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีคะแนน Barthel index ในระดับ 5- 9 และ 10-15 คะแนนตามลำดับ โดยมีความแตกต่างของค่าคะแนน Barthel index แรกรับและเมื่อกลับบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p value น้อยกว่า 0.001 ในส่วนของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางตรงที่ประเมินด้วยแบบประเมิน EuroQol group visual analog scale (EQ-VAS) วัดที่ 6 เดือนภายหลังการฟื้นฟูพบว่าเพิ่มขึ้นจาก 50 % เป็น 100% ในผู้ป่วยที่มีคะแนน Barthel index ในระดับ 5- 9 คะแนน และเพิ่มขึ้นจาก 20% เป็น 80% ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีคะแนน Barthel index ในระดับ 10- 15 คะแนน

คำสำคัญ : แผนการดูแล[1], ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง[2], แนวทางปฏิบัติในการดูแลสุขภาพ[3], ประสิทธิผล[4],คุณภาพชีวิต[5]

[1] พ.บ. , นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม) รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

ABSTRACT

This is a mixed methods research conceptualized from problems of subacute stage in stroke patients admitted at Luangphorpern hospital for intensive rehabilitation program and found that ADL decreased after discharged. Objective was to develop the health care practice guideline for treatment of subacute stroke patients by integrating concept of tertiary prevention to improve physical function, prevent disabilities and decrease complications from stroke using care map applied from 12 steps conceptual framework of the NHMRC, Australia. This research consisted of 2 phases, the first phase is participatory action research to develop the health care practice guidelines by researcher included SOP, stroke clinical care manuals and care map, contents validated by 3 experts (CVR=1). The participants included 10 patients and 12 multidisciplinary personnel, data collection using questionnaires; 1) effectiveness assessment of SOP and care map; 2) satisfaction assessment form by 12 multidisciplinary personnel and 10 patients / relatives; 3) ADL and personal care skills assessment by 10 patients / relatives. Data analysis using descriptive statistics. The second phase is observational study, aimed to measure the effectiveness of rehabilitation before and after usage of the health care practice guideline for treatment of subacute stroke patients using care map in clinical practice and measure the quality of life in physical domain by the EuroQol Group visual analog scale (EQ-VAS) at admission date until 6 months after admission. The results revealed that:

In the first phase of study, the participatory action research, the health care practice guideline for subacute stroke patients using care map consists of 6 elements : 1) Protection of patients' rights and ethics. 2) Patient condition assessment. 3) Patients management for receiving rehabilitation and discharge planning. 4) Health care knowledge providing. 5) Home visits and continuous care. 6) Development of health service quality. The processes are convenient and easy to follow. The satisfaction assessment of both sample groups was high (80%). Patients and relatives had well health care skills, knowledge and ability to follow care manuals correctly (80%). ADL score of patients after discharged increased upon the follow up at 1 month (100%) as well as no diseases complications.

In the second phase of study, the implementation of health care practice guideline for treatment of subacute stroke patients using care map, reported the effectiveness of rehabilitation at 100% and 82% in stroke patients with Barthel index score 5-9 and 10- 15, respectively. The Barthel index score had statistically difference from admission to discharge date at p value < 0.001. Furthermore, Quality of life in physical domain by EuroQol Group visual analog scale (EQ-VAS) evaluated after 6 months of care rising from 50% to 100% and 20% to 80% in stroke patients with Barthel index score 5-9 and 10- 15, respectively.

Keywords: Care map[1], Stroke[2], Health Care Practice Guideline[3], Effectiveness[4], Quality of life[5]

บทนำ

ปัจจุบันโรคหลอดเลือดสมองเป็นโรคทางระบบประสาทที่พบได้บ่อยและเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตและก่อให้เกิดความพิการอย่างถาวร จากข้อมูลจากสถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561 พบว่าโรคหลอดเลือดสมองและโรคความดันโลหิตสูงเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 2 ของประชากรไทย[(1)] และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในอนาคต นอกจากนี้ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่รอดชีวิตส่วนใหญ่มักมีความพิการหลงเหลือ และมีความบกพร่องในการเคลื่อนไหว การทรงตัว การรับรู้ การเรียนรู้และการสื่อความหมาย รวมถึงมีปัญหาในการเข้าสังคมระยะยาว จากการสำรวจของสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ประจำปี พ.ศ.2557 ได้รายงานภาวะโรคและ การบาดเจ็บของประชากรไทย พบว่าโรคหลอดเลือดสมองเป็นสาเหตุของการสูญเสียปีสุขภาวะ (Disability Adjusted Life Year–DALYs) ที่สำคัญอันดับ 2 ของประชากรเพศชายและหญิงในประเทศไทยและพบแนวโน้มที่สูงขึ้นอย่างต่อเนื่องภายในช่วง 10 ปี ที่ผ่านมา [(2)] นโยบายกระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ พ.ศ. 2560 ได้พัฒนา intermediate care service plan เพื่อการดูแลผู้ป่วยระยะกึ่งเฉียบพลัน (Subacute rehabilitation) โดยเน้น 3 กลุ่มโรคสำคัญ คือ โรคหลอดเลือดสมอง การบาดเจ็บที่สมองและการบาดเจ็บที่กระดูกสันหลัง ได้กำหนดให้โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง รับผู้ป่วยพ้นระยะวิกฤตมาฟื้นฟูสมรรถภาพและดูแลต่อเนื่อง[(4)] โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่นให้บริการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในรูปแบบผู้ป่วยใน โดยรับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันที่มีสภาวะทางการแพทย์คงที่จาก

โรงพยาบาลศูนย์นครปฐม (ทินกร ชื่นชม, 2562)[5] จากการวิเคราะห์ปัญหาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองบางรายเมื่อได้รับการฟื้นฟูและกลับไปดูแลต่อเนื่องที่บ้าน เมื่อมีการลงติดตามเยี่ยมบ้านหรือนัดมาติดตามอาการจะพบว่าผู้ป่วยเหล่านั้นมีสภาพทางกายที่ถดถอยลงช่วยเหลือตัวเองได้น้อยลงและมีภาวะแทรกซ้อนเกิดขึ้นต้องพึ่งพาบุคคลในครอบครัวมากขึ้น คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยและผู้ดูแลลดลง [6] ผู้ดูแลไม่มีทักษะและขาดความมั่นใจในการดูแล เพื่อให้โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่นมีระบบการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันที่มีประสิทธิภาพ ผู้วิจัยจึงได้พัฒนาแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันใช้ Care Map เพื่อเชื่อมโยงการดูแลต่อเนื่องตั้งแต่อยู่โรงพยาบาลไปถึงบ้าน อย่างมีประสิทธิภาพเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการฟื้นฟู ป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้กับผู้ป่วย

วัตถุประสงค์

1. เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะ กึ่งเฉียบพลัน โดยใช้ Care Map ในโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น
2. เพื่อวัดประสิทธิผล (Effectiveness) ของกระบวนการฟื้นฟูตามแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันโดยใช้ Care Map ที่ได้พัฒนาแล้วนำไปปฏิบัติจริง
3. เพื่อวัดคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับการดูแลตาม แนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันโดยใช้ Care Map

วิธีการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสานวิธี (Mixed methods research) โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพแบบ Participatory Action research เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันโดยใช้ Care Map ด้วยการประยุกต์กรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย 12 ขั้นตอน[10] สาระของแนวปฏิบัติประยุกต์ตามกรอบแนวคิดขององค์กรทำหน้าที่ประเมินและรับรองคุณภาพสถานพยาบาลของสหรัฐอเมริกา[11] แล้วนำแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นไปทดลองใช้กลับกลุ่มตัวอย่าง ประเมินและวัดผลตามเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ระยะที่ 2 เป็นการวิจัยเชิงสังเกต (Observational study) เพื่อวัดประสิทธิผล (Effectiveness) ของการฟื้นฟูก่อนและหลังการนำกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันโดยใช้ Care Map ที่ได้พัฒนาแล้วนำไปปฏิบัติจริงกับผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการในโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่นและวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองก่อนและหลังได้รับการดูแลตาม Care map ด้วยแบบแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางตรง EuroQol Group visual analog scale (EQ-VAS) ติดตามจนครบ 6 เดือน

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 ผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้แก่ สหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน เป็นผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติจำนวน 12 คน และผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน จำนวน 10 คน โดยใช้กระบวนการสุ่มแบบ convenient sampling จากผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการฟื้นฟูระยะกึ่งเฉียบพลันแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่นในช่วงเดือนกรกฎาคม- สิงหาคม พศ.2563

ระยะที่ 2 กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา การคำนวณขนาดประชากรใช้ข้อมูลจากการวิจัย เรื่อง Establishing the Minimal Clinically Important Difference of the Barthel Index in Stroke Patients[10] โดยหาประชากรที่เหมาะสมในการคำนวณด้วยสถิติแบบ Paired t-test ชนิดทดสอบประชากรกลุ่มเดียวัดผลก่อนหลัง ตามสูตร

$$n = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 \sigma^2}{\Delta^2}$$

โดยใช้ข้อมูลระดับคะแนน Barthel index จากงานวิจัยนี้ เป็นค่าเฉลี่ยประเมินที่แรกรับและหลังฟื้นฟูครบ 1 เดือน โดยมีค่า SD.(σ) = 4.70 , Delta (Δ) = 15.4- 14.5 = 0.90

Alpha (α) = 0.05, Z(0.975) = 1.959964 / Beta (β) = 0.20, Z(0.800) = 0.841621

คำนวณได้ขนาด Sample size (n) = 215 ราย เมื่อเทียบกับข้อมูลย้อนหลังในปีงบประมาณ 2561 ที่มีผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่นอนรพ.เพื่อทำการฟื้นฟู ในรพ.หลวงพ่อเปิ่น ประมาณ 100 รายต่อปี จึงใช้กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการฟื้นฟูระยะกึ่งเฉียบพลันแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่นตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2563 ทุกรายที่ได้รับการดูแลฟื้นฟูครบตามแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันโดยใช้ Care Map ของโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น จังหวัดนครปฐม ที่สามารถติดตามข้อมูลต่อเนื่องจนครบ 6 เดือนภายหลังการฟื้นฟู โดยไม่มีการสุ่ม (Total survey) เพื่อให้มีจำนวนใกล้เคียง n เป้าหมายที่คำนวณได้

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

1. เครื่องมือที่ใช้ในการพัฒนาแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันโดยใช้ care map ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรม โรคหลอดเลือดสมองและ ประยุกต์ตามกรอบแนวคิดการพัฒนาแนวปฏิบัติทางคลินิกของสภาวิจัยทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย 12 ขั้นตอน National Health and Medical Research Council [NHMRC]. ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ เนื้อหาประกอบด้วย 6 องค์ประกอบได้แก่ 1) การพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยและจริยธรรม 2) การประเมินสภาพผู้ป่วย 3) การจัดการเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูสภาพและการวางแผนจำหน่าย 4) การให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย 5) การเยี่ยมบ้านและการดูแลต่อเนื่อง 6) การพัฒนาคุณภาพการบริการ

แผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน (Care Map) ได้พัฒนาขึ้นจากแนวทางในการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคสมอง [7] เพื่อกำหนดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันของแต่ละสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วย

คู่มือการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน เพื่อเป็นการให้ความรู้เรื่องโรคหลอดเลือดสมอง การออกกำลังกาย การฟื้นฟูสภาพเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่จะเกิดขึ้น

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลทั่วไปและผลการนำแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันโดยใช้ care map ไปใช้ในเวชปฏิบัติ

2.1 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ ประกอบด้วย เพศ อายุ ระยะเวลาปฏิบัติงาน วุฒิการศึกษา และการได้รับความรู้เพิ่มเติมในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด โดยให้เติมข้อมูลในช่องว่าง และคำถามปลายปิด

2.2 แบบสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติ ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพ ศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้ และคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน (Barthel Activity of Daily Living Index: ADL) ลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด โดยให้เติมข้อมูลในช่องว่าง และคำถามปลายปิด

2.3 แบบคำถามสำหรับการประเมินประสิทธิภาพในการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติ ที่พัฒนาขึ้นโดย พิกุล นันทชัยพันธ์ [8] ประกอบด้วยคำถาม 1) ความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ หรือในการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะ 2) ชัดเจนของข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติ 3) ความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน 4) ความประหยัดและลดต้นทุนด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ 5) ประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติเพื่อแก้ไขปัญหาหรือทำให้เกิดผลดี ต่อผู้รับบริการ 6) ความเป็นไปได้ในการนำแนวปฏิบัติไปใช้ในหน่วยงาน โดยมีความคิดเห็น 3 ระดับ คือ มาก ปานกลาง และน้อย เป็นคำถามปลายปิดและปลายเปิดเป็นคำถามเกี่ยวกับปัญหา อุปสรรค ความง่ายความสะดวก ความเหมาะสมในการใช้แนวปฏิบัติ และข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติ

2.4 แบบประเมินระดับความพึงพอใจของผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติและผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันที่ได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติโดยประเมินเป็นมาตรวัดแบบตัวเลข (Likert scale) ใช้ตัวเลข 0 – 10 เทียบเคียงระดับความพึงพอใจ และข้อเสนอแนะลักษณะเป็นคำถามปลายเปิด โดยให้เติมข้อมูลในช่องว่าง และคำถามปลายปิด

2.5 แบบประเมินทักษะความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันทักษะที่ประเมินประกอบด้วย การจัดท่านอนหงาย การจัดท่านอนตะแคงทับด้านอ่อนแรง การจัดที่นอนตะแคงทับด้านที่มีแรง การเคลื่อนไหวข้อต่อแขนขา การเคลื่อนย้ายตัวบนเตียง การพลิกตะแคงตัว ซ้าย – ขวา การลุกขึ้นนั่งข้างเตียง การเคลื่อนย้ายจากเตียง ไปรถเข็นและจากรถเข็นไปเตียงการพาเดินด้วยไม้เท้าการขึ้นลงบันได การตักอาหารทานเองการล้างหน้า แปรงฟัน การใส่หรือถอดเสื้อผ้า การทำความสะอาดร่างกาย การเตรียมอาหารเหลว การดูแลสายสวนปัสสาวะ การให้อาหารทางสายยางและการทำแผล โดยประเมินเป็นระดับความสามารถในการปฏิบัติได้ คือ ปฏิบัติได้ถูกต้องทั้งหมด ปฏิบัติได้ถูกต้องเป็นส่วนใหญ่ ปฏิบัติได้ถูกต้องบางส่วน และต้องปรับปรุง และในหัวข้อการประเมินใดที่ไม่สามารถประเมินได้หรือไม่ได้ประเมินให้บันทึกไว้ในช่องหมายเหตุ

2.6 เครื่องมือที่ใช้ประเมินประสิทธิผลของการฟื้นฟู (Effectiveness of rehabilitation) คำนวณโดยใช้ผลต่างของคะแนน Barthel Index ก่อนรับเข้าฟื้นฟูและเมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล [discharge Barthel Index score - Initial Barthel Index score] หารด้วยคะแนน Barthel Index สูงสุดที่เป็นไปได้เมื่อจำหน่ายจากโรงพยาบาล [20 - Initial Barthel Index score] คูณด้วย 100% [12]

Effectiveness of rehabilitation = [discharge BI - Initial BI] / [20 - Initial BI]

2.7 การประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยแบบประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางตรง EuroQol Group visual analog scale (EQ-VAS) Visual Analog Scale (VAS) โดยมีลักษณะเป็นระดับคะแนนตั้งแต่ 0 ถึง 100 โดย 0 หมายถึงสุขภาพที่แย่ที่สุด 100 หมายถึงสุขภาพที่ดีที่สุด โดยให้ผู้ตอบอ่านและประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพด้วยตนเอง [13] โดยเป็นแบบประเมินที่มีการแปลเป็นภาษาไทยแล้ว [14]

ลำดับขั้นตอนการศึกษา

การวิจัยระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อพัฒนาแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันโดยใช้ Care Map ในโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาสถานการณ์ วิเคราะห์ปัญหา กำหนดแนวทางการปฏิบัติและดำเนินการ

1.ประชุมคณะผู้วิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน ในโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น เพื่อปรึกษาถึงปัญหาและภาวะแทรกซ้อนที่พบเมื่อผู้ป่วยกลับไปอยู่ที่บ้านและเสนอการประยุกต์ใช้แนวปฏิบัติและแผนการดูแลมาในในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน

2.ดำเนินการสร้างแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน และแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน (Care Map) โดยการทบทวนเอกสารด้านวิชาการและงานวิจัยต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

3.ทดลองนำแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน และแผนการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน (Care Map) ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงของเนื้อหาแล้วนำไปใช้และประเมินผล เพื่อพัฒนานำไปใช้ในงานได้ในสถานการณ์จริง ซึ่งมีการดำเนินการอย่างต่อเนื่อง โดยอาศัยหลักการของ PDCA

4.ประชุมชี้แจงการใช้แนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน และแผนการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน (Care Map) ที่ได้พัฒนาขึ้นอย่างมีมาตรฐานและสามารถนำไปใช้ได้จริงให้ทีมวิชาชีพที่เกี่ยวข้องทราบ

ขั้นตอนที่ 2 ติดตามความก้าวหน้า ประเมินผลและสะท้อนผลการปฏิบัติ

1.ติดตามการใช้แนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน และแผนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน (Care Map)

ของทีมสหสาขาวิชาชีพในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันที่เข้ารับการฟื้นฟูที่โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น

2.ประเมินผล วิเคราะห์ข้อบกพร่องและหาวิธีแก้ไข

3.ประชุมคณะผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องกับการนำแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน และแผนการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน (Care Map) ไปใช้เพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 3 ปรับแผนการดำเนินการ

โดยนำข้อเสนอแนะวิธีการแก้ไขจากระยะที่ 2 นำไปพัฒนาสู่การปฏิบัติแล้วดำเนินการแก้ไขในระหว่างดำเนินการวิจัยเป็นระยะ

ขั้นตอนที่ 4 ประเมินผลเมื่อสิ้นสุดกระบวนการ

เก็บรวบรวมข้อมูลมีทั้งข้อมูลเชิงปริมาณ และคุณภาพ ประกอบด้วยการสังเกตแบบมีส่วนร่วม การสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์

การวิจัยระยะที่ 2 การวิจัยเชิงสังเกต (Observational study) เพื่อวัดประสิทธิผล (Effectiveness) ของกระบวนการฟื้นฟูและวัดคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่ได้รับการฟื้นฟูตามแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันโดยใช้ Care Map โดยวัดประสิทธิผล (Effectiveness) จากค่าคะแนน Barthel index ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันที่มารับบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ในโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น ณ ช่วงเวลาแรกรับและเมื่อสิ้นสุดกระบวนการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน โดยมีการติดตามประเมินคุณภาพชีวิตด้วยแบบประเมิน EuroQol group visual analog scale (EQ-VAS) ณ ช่วงเวลาแรกรับ และหลังเข้ารับการฟื้นฟูครบ 6 เดือน

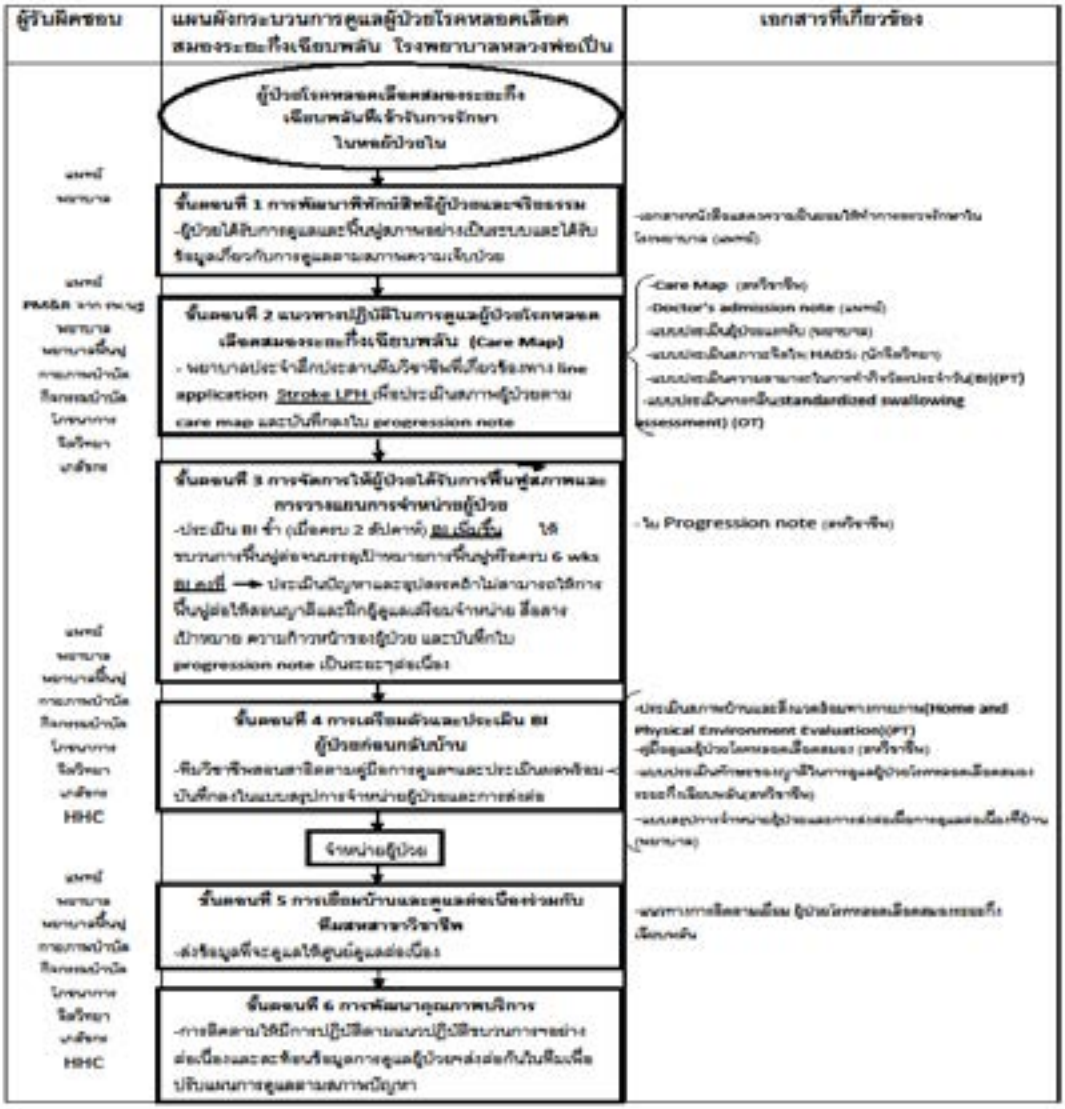
การพิทักษ์สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมการวิจัยและจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์

ผู้เข้าร่วมการวิจัย ได้รับคำอธิบายรายละเอียดการวิจัยพร้อมลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัยและงานวิจัยนี้ได้รับการอนุมัติการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครปฐม

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผลการศึกษาในระยะที่ 1 เป็นการพัฒนาแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน โดยใช้ Care Map โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น จังหวัดนครปฐม มีคณะทำงานการพัฒนาแนวปฏิบัติทั้งหมด จำนวน 8 คน ประกอบด้วย แพทย์เวชปฏิบัติทั่วไป จำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพหัวหน้าแผนกผู้ป่วยในจำนวน 1 คน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการด้านการฟื้นฟูสภาพ จำนวน 1 คน เภสัชกร จำนวน 1 คน นักกายภาพบำบัด จำนวน 1 คน นักกิจกรรมบำบัด จำนวน 1 คน นักโภชนาการ จำนวน 1 คน พยาบาลผู้ปฏิบัติการด้านเวชปฏิบัติชุมชน ประจำศูนย์ดูแลต่อเนื่องจำนวน 1 คน แนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน โดยใช้ Care Map ที่พัฒนาขึ้นผ่านการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน แล้วจึงนำแนวปฏิบัติไปทดลองใช้ โดยมีกลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติจำนวน12 คน และ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่นจำนวน 10 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ นำเสนอผลการศึกษาแบ่งเป็น 6 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ลักษณะของแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน โดยใช้ Care Map โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น จังหวัดนครปฐมผู้ศึกษาได้นำเสนอสาระสำคัญของแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน โดยใช้ Care Map โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น จังหวัดนครปฐม โดยกำหนดเนื้อหาของแนวปฏิบัติออกเป็น 6 ขั้นตอน ตามกรอบแนวคิดของ JCAHO ซึ่งแสดงเป็น Flow chart ในภาพที่ 1



และได้จัดทำแผนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน(Care Map) เพื่อให้ทีมสหสาขาวิชาชีพได้ดำเนินการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน ตามระยะเวลาที่เหมาะสมตามกระบวนการดูแลระหว่างที่ผู้ป่วยพักรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาล ดังแสดงใน ภาพที่ 2

แผนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น(Care map)

วิชาชีพ/ช่วงเวลา	day 1-2	day 3 - 7	week 2	week 3	week 4	week 5	week 6
แพทย์	ประเมินผู้ป่วยประจำวัน						
พยาบาลประจำหอผู้ป่วย	ประเมินผู้ป่วย/ญาติ/ทดสอบทำความสามารถพิเศษวิชาชีพในการดูแล	ติดตามการฟื้นประสานการดูแลของผู้ป่วย ทำแผนฟื้นฟูหรือการกลืน ปรึกษา OT			ประสานทีมสหวิชาชีพเพื่อวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย	ประเมินศักยภาพของญาติเรื่องการดูแลเมื่อกลับบ้านพร้อมสอน/ดูแลแผล	สรุปแผนการจำหน่ายผู้ป่วยและส่งต่อเพื่อดูแลต่อเนื่องที่บ้าน
เภสัชกร	ประเมินยาเดิมที่ผู้ป่วยใช้ก่อนมาจาก รพ.ต้นทาง	ปรับยาให้เหมาะสมกับการรักษาตามแนวทางรักษาของแพทย์				ประเมินศักยภาพของญาติเรื่องการให้ยาผู้ป่วย	
พยาบาลฟื้นฟู	ประเมินการกลืนด้วยวิธีมาตรฐาน/อุจจาระ	ให้การดูแลเรื่องการกลืนอย่างใกล้ชิดมาก				ประเมินศักยภาพเรื่องการดูแลระบบทางเดินอาหาร	
นักกายภาพบำบัด	ตรวจประเมินและบำบัดฟื้นฟูทางกายภาพบำบัด		ประเมินซ้ำ		ประเมินสภาพร่างกายและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพและประเมิน ซ้ำ	ประเมินด้านการดูแลและการฝึกทางกายภาพบำบัด	ประเมินซ้ำ
นักกิจกรรมบำบัด	ตรวจประเมินและบำบัดฟื้นฟูทางกิจกรรมบำบัด	ประเมินการกลืนและฝึกกลืนทำสามารถฝึกได้				ประเมินด้านการดูแลและการฝึกทางกิจกรรมบำบัด	
นักจิตวิทยา	รับปรึกษาจากแพทย์ด้านผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องการเครียด/วิตกกังวล					ประเมินความรู้สึกและวิตกกังวลซ้ำก่อนกลับบ้าน	
นักโภชนาการ	รับปรึกษาจากแพทย์ด้านผู้ป่วยมีปัญหาเรื่องของอาหาร/จัดเตรียมอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยตามแนวทางการดูแลของแพทย์					ประเมินโดยสอบถามการรับทำอาหารเหลว(ถ้ามี)	
HHC_nurse					ประเมินสภาพร่างกายและสิ่งแวดล้อมทางกายภาพ		

หมายเหตุ: ทีมสหวิชาชีพเมื่อปฏิบัติตาม care map แล้ว กรุณาลง ชื่อและวันเวลา กำกับในช่องที่ได้ปฏิบัติ

ภาพที่ 2 แผนปฏิบัติการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน(Care Map)

ส่วนที่ 2 ข้อมูลทั่วไปของบุคคลกลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน

กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน ที่เข้ารับการรักษาที่ โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น จังหวัดนครปฐมจำนวน 10 คน เป็นเพศชายจำนวน 6 คน เพศหญิง จำนวน 4 คน อายุ 40 ปี – 50 ปี จำนวน 2 คน 50 ปี – 60 ปี จำนวน 4 คน และ70 ปี – 80 ปี จำนวน 4 คนสถานภาพ โสด 1 คน สมรสและอยู่ร่วมกัน 5 คน สมรสและแยกกันอยู่ 3 คน หม้าย/หย่าร้าง 1 คน นับถือศาสนาพุทธ ทั้ง 10 คนระดับการศึกษา จบชั้นประถมศึกษาจำนวน 6 คนและจบชั้นอุดมศึกษา จำนวน 4 คน ประกอบอาชีพเกษตรกรรมจำนวน 4 คน รัฐวิสาหกิจ จำนวน 2 คน ข้าราชการบำนาญ จำนวน 2 คน และไม่ได้ประกอบอาชีพ จำนวน 2 คน รายได้น้อยกว่า 10,000 บาท จำนวน 4 คน มากกว่า 10,000 บาท จำนวน 6 คน มีระดับคะแนนความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน(Barthel Activity of Daily Living Index: ADL) ระดับคะแนน 25 – 45 จำนวน 4 คน ระดับคะแนน 50 – 70 จำนวน 2 คนและระดับคะแนน 75-90 จำนวน 4 คน

กลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน โดยใช้ Care Map โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น จังหวัดนครปฐม จำนวน 12 คน เป็นเพศชาย จำนวน 6 คน เพศหญิง จำนวน 6 คน อายุ อยู่ในช่วง 20 ปี – 30 ปี จำนวน 5 คน 30 ปี – 40 ปีจำนวน 3 คน 40 ปี – 50 ปี จำนวน 3 คนและ 50 ปี ขึ้นไป จำนวน 1 คน การศึกษาจบปริญญาตรี ทั้ง 12 คน ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานน้อยกว่า 10 ปี จำนวน 6 คน 10 ปีขึ้นไป – 20 ปี จำนวน 2 คน และ 20 ปีขึ้นไป จำนวน 4 คน ประวัติการได้รับความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองพบว่า เคยได้รับความรู้ จำนวน 6 คน ไม่เคยได้รับความรู้ จำนวน 6 คน

ส่วนที่ 3 ความพึงพอใจของบุคคลกลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติ และกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน กลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติจำนวน 11 คนมีความพึงพอใจในระดับมาก ในการใช้แนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน โดยใช้ Care Mapและมีจำนวน 1 คน ที่มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง และ กลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน จำนวน 4 คนมีความพึงพอใจในระดับมาก ในการได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน โดยใช้ Care Map และมีจำนวน 1 คนที่มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

ส่วนที่ 4 ประสิทธิภาพในการนำแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน โดยใช้ Care Mapไปใช้ กลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติจำนวน 12 คน มีความเห็นด้วยในระดับมาก ว่าแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน โดยใช้ Care Mapสามารถเป็นไปได้ในการนำไปใช้ในหน่วยงาน ผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติจำนวน 11 คน มีความเห็นในระดับมาก ว่าการนำแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน โดยใช้ Care Map มีความชัดเจนของข้อเสนอแนะในการใช้แนวปฏิบัติเป็นที่เข้าใจได้ตรงกันในหน่วยงาน ผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติจำนวน 10 คน มีความเห็นในระดับมาก ว่าการนำแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน โดยใช้ Care Map ไปใช้มีความเหมาะสมกับการนำไปใช้ในหน่วยงาน และมีความง่ายและความสะดวกในการใช้แนวปฏิบัติ หรือในการปฏิบัติตามข้อเสนอแนะหน่วยงาน ผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติจำนวน 8 คน มีความเห็นในระดับมาก ว่าประสิทธิผลของการใช้แนวปฏิบัติสามารถแก้ไขปัญหาหรือทำให้ เกิดผลดี ต่อผู้รับบริการ ส่วนผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติจำนวน 8 คน มีความเห็นในระดับปานกลาง ว่าการนำ แนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน โดยใช้ Care Map มีความประหยัดการนำแนวปฏิบัติไปใช้ จะช่วยให้ หน่วยงานสามารถประหยัด และลดต้นทุนด้านกำลังคน เวลา และงบประมาณ

ส่วนที่ 5 การประเมินทักษะความสามารถของผู้ป่วยและญาติในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน พบว่า มีผู้ป่วยและญาติจำนวน 6 ราย ที่มีผลการประเมินทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันอยู่ในระดับปฏิบัติได้ถูกต้อง 80% และมีจำนวน 4 รายที่มีผลการประเมินทักษะความสามารถในการดูแล ผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันอยู่ในระดับปฏิบัติได้ถูกต้อง 100%

<u>ผลการศึกษาระยะที่ 2</u> เป็นการวิจัยเชิงสังเกต (Observational study) เพื่อวัดประสิทธิผล (Effectiveness) และคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการฟื้นฟูตามแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันโดยใช้ Care Map ที่ได้พัฒนาแล้วในช่วงการศึกษานำร่อง (Pilot phase) นำไปใช้จริงในเวชปฏิบัติ โดยข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างเป็นดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่เข้ารับการฟื้นฟูตามแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันโดยใช้ Care Map โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น

ปีงบประมาณ	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	Barthel index 0 – 4 (ราย)	Barthel index 5 – 9 (ราย)	Barthel index 10 – 15 (ราย)	อัตราส่วนเพศ ชาย : หญิง	อายุเฉลี่ย (ปี)
2560	21	5	11	5	16 : 5	66.1(SD12.56)
2561	71	23	26	22	55:16	61.5(SD14.80)
2562	93	25	39	29	57:36	63.68(SD15.32)
2563	103	37	36	30	52:51	63.03(SD14.30)
รวม	**288**	**90**	**112**	**86**	**10:6**	**63.08(SD14.60)**

ผลการคำนวณประสิทธิผล (Effectiveness) ของกระบวนการฟื้นฟูตามแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันโดยใช้ Care Map โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่นซึ่งเป็นการดำเนินการในปีงบประมาณ 2562- 2563 เทียบกับการดำเนินการตามรูปแบบเดินก่อนการพัฒนาในปีงบประมาณ 2560- 2561 เป็นดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 แสดงประสิทธิผล (Effectiveness) ของการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันใน โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2560 - 2563

ปีงบประมาณ	Effectiveness กลุ่ม Barthel index 0 – 4	Effectiveness กลุ่ม Barthel index 5 - 9	Effectiveness กลุ่ม Barthel index 10 - 15
2560	30%	75%	80%
2561	38%	82%	82%
2562	42%	85%	90%
2563	45%	88%	100%
รวม	**38.75%**	**82.5%**	**88%**

จากการทดสอบสมมติฐานด้วย สถิติ paired t test ในกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่นตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2563 จำนวน 196 ราย พบว่ามีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ p value น้อยกว่า 0.001 ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 แสดงผลการคำนวณด้วยสถิติ paired t test ของค่า Barthel index ก่อนและหลังการฟื้นฟูผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันในโรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น ในปีงบประมาณ 2562 - 2563

Variable	Mean	Standard error	Standard deviation	[95% Confident interval]
- Barthel index at admission	7.13	.295	4.13	6.545251 - 7.709851
- Barthel index at discharge date	12.38	.236	5.49	11.61337 13.16214
Diff	**-5.26**	**.236**	**3.31**	**-5.726848 to -4.79356**

ผลการประเมินคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางตรงที่ประเมินด้วยแบบประเมิน EuroQol group visual analog scale (EQ-VAS) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่นตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2563 เป็นดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงระดับคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางตรงที่ประเมินด้วยแบบประเมิน EuroQol group visual analog scale (EQ-VAS) ของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มารับบริการฟื้นฟูแบบผู้ป่วยใน ณ โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่นตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2561 ถึง 30 กันยายน 2563 ประเมินที่แรกรับและหลังฟื้นฟูครบ 6 เดือน

ระดับคะแนน Barthel index	EQ-VAS ประเมินก่อน Admission	EQ-VAS ประเมินที่ 6 เดือนหลังทำการฟื้นฟู
0 - 4	15	50
5 – 9	20	80
10 - 13	50	100
รวม	**31.52**	**84.74**

สรุปและอภิปรายผล

แนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นมีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน ซึ่งเป็นผลมาจากแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นต่อยอดมาจากแนวทางการทำงานแบบเดิมของทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง แต่เพิ่มในส่วนของ Care map การดูแลจากวิชาชีพอื่นที่เกี่ยวข้อง เช่น เภสัชกรรม พยาบาลฟื้นฟูและนักจิตวิทยา และมีการกำหนดช่วงเวลาที่ทีมสหสาขาวิชาชีพเข้าไปดูแลที่ชัดเจนเพื่อให้การดูแลผู้ป่วยเป็นไปอย่างเหมาะสม ต่อเนื่องและสอดคล้อง สามารถนำไปใช้ได้จริงภายในหน่วยงาน กลุ่มตัวอย่างผู้ทดลองใช้แนวปฏิบัติมีและกลุ่มตัวอย่างผู้ป่วย มีความพอใจในระดับมาก ผู้ป่วยและญาติมีทักษะความสามารถในการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันได้ถูกต้องมากกว่าร้อยละ 80 ขึ้นไป และจากการติดตามประเมินคะแนนความสามารถในการทำกิจวัตร

ประจำวันของผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลันเมื่อกลับบ้านไปแล้วครบ 1 เดือน พบว่าผู้ป่วยมีคะแนนความสามารถที่เพิ่มขึ้นทุกรายและไม่พบภาวะแทรกซ้อน ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยเรื่องการพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุโรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม [9]

การดูแลผู้ป่วยตามแนวปฏิบัติกระบวนการดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองระยะกึ่งเฉียบพลัน โดยใช้ Care Map สามารถเพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านได้ร้อยละ 100 ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อน มีประสิทธิผลของการฟื้นฟูอยู่ที่ร้อยละ 88 และร้อยละ 100ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีคะแนน Barthel index ในระดับ 5- 9 และ 10-15 คะแนนตามลำดับ โดยมีความแตกต่างของค่าคะแนน Barthel index แรกรับและเมื่อกลับบ้านอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ p value น้อยกว่า 0.001 ในส่วนของคะแนนคุณภาพชีวิตด้านสุขภาพทางตรงที่ประเมินด้วยแบบประเมิน EuroQol group visual analog scale (EQ-VAS) วัดที่ 6 เดือนภายหลังการฟื้นฟูพบว่าเพิ่มขึ้นจาก 50 % เป็น 100% ในผู้ป่วยที่มีคะแนน Barthel index ในระดับ 5- 9 คะแนน และเพิ่มขึ้นจาก 20% เป็น 80% ในผู้ป่วยหลอดเลือดสมองที่มีคะแนน Barthel index ในระดับ 10- 15 คะแนน ตามลำดับ

ข้อเสนอแนะ

แนวปฏิบัติและแผนการดูแล (Care map) ดังกล่าว มีความชัดเจนเหมาะสม สามารถนำไปใช้ได้จริงภายในหน่วยงานเนื่องจากเป็นกระบวนการพัฒนาแบบ Participatory action research หากแต่การนำไปต่อยอดเชิงนโยบายเพื่อขยายผลในบริบทที่กว้างขึ้นจำเป็นต้องพิจารณาถึงปัจจัยด้านบุคลากรและทรัพยากรที่แตกต่างเพื่อให้ได้แนวทางที่เหมาะสมกับผู้ปฏิบัติ

เอกสารอ้างอิง

1.กองยุทธศาสตร์และแผนงาน สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **สถิติสาธารณสุข พ.ศ. 2561.** URL http://bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistic%2061.pdf สืบค้นเมื่อ(10/กรกฎาคม/ 2561)

2.สำนักพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ. **รายงานภาระโรคและการบาดเจ็บของประชากรไทย พ.ศ. 2557.**

3.บริษัท เดอะ กราฟิโก ซิสเต็มส์ จำกัด นนทบุรี, 2560

4.กองบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. **คู่มือการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยระยะกลาง Guideline for intermediate care สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ตามแผนพัฒนาระบบบริการสุขภาพ (Service plan).** บริษัท บอร์น ทู บี พับลิชชิ่ง จำกัด สมุทรสาคร, 2562.

5.ทินกร ชื่นชม. "การพัฒนาแนวทางการบริการฟื้นฟูผู้ป่วยระยะกลาง โรงพยาบาลหลวงพ่อเปิ่น จังหวัดนครปฐม" **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบบริการสุขภาพ.** ปีที่ 12 (ฉบับที่ 2) : 423-428, พ.ศ. 2562.

6.ยุทธกรานต์ ชินโสตร. "การศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองในชุมชน อำเภอพระนครศรีอยุธยา จังหวัดพระนครศรีอยุธยา". **วารสารสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งประเทศไทย.** ปีที่ 6 (ฉบับที่ 2) : 140-149, พ.ศ. 2559.

7.สถาบันประสาทวิทยา. **แนวทางการฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมอง.** บริษัท ธนาเพรส จำกัด กรุงเทพมหานคร, 2554.

8.พิกุล นันทชัยพันธ์. **การประเมินคุณภาพด้านการนำไปใช้ของแนวปฏิบัติทางคลินิก.** ในเอกสารประกอบการบรรยายการอบรม เรื่อง การปฏิบัติตามหลักฐานเชิงประจักษ์. คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ เชียงใหม่, 2550.

9.นิภาภัคร์ คงเกียรติพันธ์. **การพัฒนาแนวปฏิบัติการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยสูงอายุ โรคหลอดเลือดสมอง โรงพยาบาลโกสุมพิสัย จังหวัดมหาสารคาม.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้สูงอายุ, บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยบูรพา. พ.ศ. 2556

10..National Health and Medical Research Council [NHMRC]. **A Guideline to the Development, Implementation and Evaluation of Clinical Practice Guideline**. URL https://www.nhmrc.gov.au/health-advice/guidelines Retrieved (9 January 2018)

11.The joint Commission on Accreditation of Healthcare Organization [JCAHO]. **Standard for Pain Management.** URL http://www.Jcaho.org/stradard/pm_mpfrm.html Retrieved (14 May 2019)

10.Hsieh, Y.-W., Wang, C.-H., Wu, S.-C., Chen, P.-C., Sheu, C.-F., & Hsieh, C.-L. "Establishing the Minimal Clinically Important Difference of the Barthel Index in Stroke Patients". Neurorehabilitation and Neural Repair. 21(3) : 233–238. 2007.

12.Shah, S. Vanclay, F. Cooper, B. "Efficiency, Effectiveness, and Duration of Stroke Rehabilitation". **Stroke.** 21(2) : 241-246, 1990.

13.EuroQol Research Foundation. **EQ-5D-5L Self-complete version on paper.** URL https://euroqol.org/eq-5d-instruments/eq-5d-5l-available-modes-of-administration/self-complete-on- paper/ Retrieved (9 January 2017)

14.Pattanaphesaj J. **Health-related quality of life measure (EQ-5D-5L): measurement property testing and its preferencebased score in Thai population [Doctoral dissertation]:** Mahidol University; 2014

การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร

The Development of Program to Behavior Changes for Prevention and Control Liver Fluke and Cholangiocarcinoma among People at Risk in Sakon Nakhon Province.

ปนัดดา ทรัพย์แสนยากร[1]

Panadda Subsanyakorn

(Received: October 21,2020; Accepted: December 4,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีความมุ่งหมายเพื่อ 1) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร 2) ศึกษาสภาพปัจจุบันปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร 3) พัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร การวิจัยนี้มี 3 ระยะ ได้แก่ ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบประเมินความเหมาะสมของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน โดยใช้แบบประเมิน ระยะที่ 2 ศึกษาสภาพปัจจุบันปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 400 คน กลุ่มตัวอย่างได้มาโดยการสุ่มตัวอย่างโดยบังเอิญ ระยะที่ 3 การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร เก็บรวบรวมข้อมูลโดยแบบประเมินความเหมาะสมของโปรแกรม กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน

ผลการวิจัย

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย 7 ปัจจัย ดังต่อไปนี้ 1) ความมุ่งมั่น 2) การยับยั้งชั่งใจ 3) อดทนรอคอย 4) บรรทัดฐานส่วนบุคคล 5) ทัศนคติ 6) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง 7) สมรรถนะแห่งตน

2. สภาพปัจจุบันปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร อยู่ในระดับสูง ($\overline{X}$=3.58, S.D.=0.51) ผลการจัดลำดับความสำคัญจากมากไปหาน้อยของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร ดังต่อไปนี้ 1) ทัศนคติ ($\overline{X}$=3.03, S.D.=0.86) 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ($\overline{X}$=3.27, S.D.=0.61) 3) การยับยั้งชั่งใจ ($\overline{X}$=3.52, S.D.= 0.60) 4) อดทนรอคอย ($\overline{X}$=3.68, S.D.=0.55) 5) บรรทัดฐานส่วนบุคคล ($\overline{X}$=3.76, S.D.=0.76) 6) สมรรถนะแห่งตน ($\overline{X}$=3.84, S.D.=0.73) 7) ความมุ่งมั่น ($\overline{X}$=3.87, S.D.= 0.75)

3. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร ประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ดังต่อไปนี้ 1) หลักการและเหตุผล 2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหา ประกอบด้วย ความมุ่งมั่น การยับยั้งชั่งใจ อดทนรอคอย บรรทัดฐานส่วนบุคคล ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง สมรรถนะแห่งตน เนื้อหาทั้งหมดจำแนกออกเป็น 18 กิจกรรม 4) กระบวนการและวิธีการ ประกอบด้วย บรรยาย สาธิต ลงมือปฏิบัติ สถานการณ์จำลอง อภิปรายหมู่ การระดมสมอง 5) การประเมินผล

คำสำคัญ: โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรม, โรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี, ประชาชนกลุ่มเสี่ยง

Abstract

The research aimed to: 1) study factors to behavior changes for prevention and control Liver Fluke and Cholangiocarcinoma among people at risk in Sakon Nakhon province. 3) study current states of factors for behavior changes for prevention and control Liver Fluke and Cholangiocarcinoma

[1] ปนัดดา ทรัพย์แสนยากร กลุ่มงานควบคุมโรคไม่ติดต่อ สุขภาพจิตและยาเสพติด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

among people at risk in Sakon Nakhon province. 3) develop program to behavior changes for prevention and control Liver Fluke and Cholangiocarcinoma among people at risk in Sakon Nakhon province. The research had three phases: Phase one studies factors to behavior changes for prevention and control Liver Fluke and Cholangiocarcinoma among people at risk in Sakon Nakhon province. The factors to behavior changes for prevention and control were evaluated by three experts. Phase two studies current states of factors to behavior changes for prevention and control Liver Fluke and Cholangiocarcinoma among people at risk in Sakon Nakhon Province. The samples were 400 at risk people derived by accidental sampling.

Phase three develop program to behavior changes for prevention and control Liver Fluke and Cholangiocarcinoma among people at risk in Sakon Nakhon province. The program was evaluated appropriateness for each component by three experts.

The research findings were as follows.

1. In phase one, factors to behavior changes for prevention and control Liver Fluke and Cholangiocarcinoma among people at risk in Sakon Nakhon province in the study consisted of 7 components: 1) determination; 2) restraints; 3) delay gratification; 4) person norm; 5) attitude; 6) subjective norm; 7) self-efficacy.

2. In phase two, it was found that the current states of factors to behavior changes for prevention and control Liver Fluke and Cholangiocarcinoma among people at risk in Sakon Nakhon province was at a high level ($\overline{X}$=3.58, S.D.=0.51). The factors in creating a behavior changes for prevention and control Liver Fluke and Cholangiocarcinoma among people at risk in Sakon Nakhon province could be shown in a descending order: 1) attitude ($\overline{X}$=3.03, S.D.=0.86), 2) subjective norm ($\overline{X}$=3.27, S.D.=0.61), 3) restraints ($\overline{X}$=3.52, S.D.= 0.60), 4) delay gratification ($\overline{X}$=3.68, S.D.=0.55), 5) person norm ($\overline{X}$=3.76, S.D.=0.76), 6) self-efficacy ($\overline{X}$=3.84, S.D.=0.73), 7) determination ($\overline{X}$=3.87, S.D.= 0.75).

3. Program to behavior changes for prevention and control Liver Fluke and Cholangiocarcinoma among people at risk in Sakon Nakhon province consisted of 5 components: 1) principle and rationale; 2) objectives; 3) contents, including 1) determination; 2) restraints; 3) delay gratification; 4) person norm; 5) attitude; 6) subjective norm; 7) self-efficacy, and all the contents divided into 18 activities; 4) process and methodology, including lecture, demonstration, practice, scenario, group discussion, brainstorming 5) evaluation.

Keywords: Program to behavior changes, Liver Fluke and Cholangiocarcinoma Disease, People at Risk

บทนำ

องค์การอนามัยโลกจัดอันดับพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีเป็นโรคสำคัญและยอมรับให้โรคพยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุที่สำคัญในการเป็นสารก่อมะเร็งท่อน้ำดี [1] จากการศึกษาทางระบาดวิทยาทั้งในคนและการทดลองในสัตว์ พบว่าพยาธิใบไม้ตับมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคเกี่ยวกับตับ และท่อทางเดินน้ำดี [35] โรคมะเร็งท่อน้ำดีที่เกิดจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ โดยการรับประทานปลาดิบ มีร้อยละ 64 มะเร็งท่อน้ำดีจึงเป็นมะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุด และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตจากโรคมะเร็งมากที่สุด ซึ่งมะเร็งท่อน้ำดีนั้นเป็นมะเร็งที่เยื่อบุผนังของท่อทางเดินน้ำดี เกิดขึ้นที่ท่อน้ำดีภายในตับและขยายออกสู่เนื้อตับข้าง ๆ ทำให้มีลักษณะเป็นก้อนมะเร็งคล้ายกับมะเร็งตับ และเกิดขึ้นภายนอกตับที่ท่อน้ำดีใหญ่ตั้งแต่ขั้วตับจนถึงท่อน้ำดีร่วมส่วนปลาย [37] มะเร็งตับและท่อน้ำดีเป็นโรคมะเร็งที่พบบ่อย มีความรุนแรง และเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นของประชากรทั่วโลกและในประเทศไทย มะเร็งท่อน้ำดีในประเทศไทยถือว่ามีความชุกของโรคสูงโดยเฉพาะในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือ สาเหตุเนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับร่วมกับได้รับสารก่อมะเร็งในกลุ่มไนโตรซามีน [22] ภาคตะวันออกเฉียงเหนือจึงมีอุบัติการณ์โรคมะเร็งท่อน้ำดีสูงที่สุดในโลก ซึ่งมีภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาสูงประมาณรายละ 500,000 บาท แต่ผลการรักษาไม่น่าพอใจ ผู้ป่วยมีอัตราการรอดชีพต่ำมาก[2] ผู้ป่วยที่ผ่าตัดเอาเนื้องอกออกและตัดออกได้หมดจะสามารถลดความเสี่ยงต่อการตายได้ ร้อยละ 59.0 และผู้ป่วยที่ไม่มีการแพร่กระจายเซลล์มะเร็งไปต่อมน้ำเหลืองจะสามารถลดความเสี่ยงต่อการตายได้ ร้อยละ 66.0 [20] จากผลการวิจัยพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พบว่าความเสี่ยงต่อการเป็นมะเร็งท่อน้ำดีขึ้นอยู่กับจำนวนพยาธิใบไม้ตับที่ตรวจพบ และจำนวนครั้งที่ได้รับพยาธิใบไม้ตับ สารคัดหลั่งที่ออกมาจากตัวพยาธิใบไม้ตับจะไปกระตุ้นให้เซลล์เยื่อบุท่อน้ำดีให้แบ่งตัวเพิ่มจำนวนมากขึ้น และเซลล์ดังกล่าวก็จะถูกทำลายมากขึ้นตามไปด้วย [27] การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับแบบซ้ำซากเรื้อรังเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเกิดมะเร็ง

ท่อน้ำดี การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับจากการรับประทานอาหารจำพวกปลาน้ำจืดเกล็ดขาวแบบปรุงไม่สุก ถ้าหากปลามีตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับระยะติดต่อ (Metacercariae) ก็สามารถติดเชื้อได้และเมื่อมีพยาธิสะสมจำนวนมากเป็นเวลานานจะส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพยาธิสภาพต่าง ๆ เช่น การอักเสบเรื้อรังนิ่วในท่อน้ำดี ท่อน้ำดีอุดตัน และมะเร็งท่อน้ำดีซึ่งมักไม่มีอาการแสดงชัดเจน เมื่อโรคพัฒนาไปสู่ระยะที่ 3-4 อาการของโรคจะชัดเจนขึ้น เช่น อาการปวด เบื่ออาหาร น้ำหนักลด ซีด ตาเหลือง ตัวเหลือง ตับโต ท้องโต การรักษาจึงมักไม่ได้ผล เพราะผู้ป่วยมักมีอาการรุนแรงและมีการพัฒนาระยะของโรคแล้ว [37] การพัฒนาเป็นมะเร็งท่อน้ำดีอาจใช้เวลานานกว่า 30-40 ปี หลังจากติดเชื้อ พยาธิใบไม้ตับ และเนื่องจากผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีส่วนใหญ่ไม่มีอาการจนกระทั่งมาพบแพทย์เมื่อมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง หรือมีก้อนในตับซึ่งเป็นระยะสุดท้าย ทำให้ผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีจะเสียชีวิตอย่างรวดเร็วภายใน 3-6 เดือนหลังการวินิจฉัย [24] การบริโภคอาหารดิบๆ หรือสุกๆ ดิบๆ เช่น ก้อยปลา ปลาส้ม ส้มตำใส่ปลาร้าดิบ เป็นแหล่งของตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับระยะติดต่อเป็นพฤติกรรมที่มีความเกี่ยวข้องในเชิงวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของบุคคล ทำให้มีการติดเชื้อซ้ำซึ่งเป็นปัญหาหนึ่งในการควบคุมโรค [11]

การป่วยเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับมีสาเหตุเกิดจากการรับประทานอาหารประเภทที่ปรุงจากปลาน้ำจืดเกล็ดขาว ตระกูลปลาตะเพียนปรุงดิบหรือสุก ๆ ดิบ ๆ ซึ่งมีตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับปนเปื้อน อาหารเสี่ยง ได้แก่ ก้อยปลาดิบ ลาบปลาดิบ ปลาส้ม ปลาร้าดิบหมักน้อยกว่า 6 เดือน หรือส้มตำปลาร้าดิบ เป็นต้น รวมทั้งแมวหรือสุนัขซึ่งเป็นสัตว์รังโรคพยาธิใบไม้ตับที่สำคัญ ถ่ายอุจจาระปนเปื้อนลงในแหล่งน้ำจะทำให้เกิดการแพร่ระบาดได้ อีกทั้งพยาธิใบไม้ตับมีอายุขัยมากกว่า 10 ปี อาศัยอยู่ในท่อน้ำดีทั้งของคนและสัตว์รังโรค เป็นเวลานานจะทำให้มีพยาธิสะสมจำนวนมากขึ้น มีการอักเสบของท่อน้ำดีมากขึ้น และมีโอกาสพัฒนากลายเป็นมะเร็งท่อน้ำดี [2] จากการศึกษาตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับระยะติดต่อในปลาวงศ์ตะเพียน พบว่า ปลามีตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับระยะติดต่อ และหรือพยาธิใบไม้ลำไส้ขนาดเล็ก มีอัตราการติดเชื้อพยาธิ ร้อยละ 74.7 และมีความชุกของเมตาเซอคาเรียของพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 2.26 ขณะที่ความชุกของเมตาเซอคาเรียของพยาธิใบไม้ลำไส้ขนาดเล็ก ร้อยละ 33.0 ความหนาแน่นของเมตาเซอคาเรียเฉลี่ย ร้อยละ 28.7 โดยพบเมตาเซอคาเรียของ Opisthorchis viverrini มากที่สุดในปลา 5.8 เมตาเซอคาเรียต่อปลา 1 ตัว [42] จากความชุกของตัวอ่อนพยาธิใบไม้ตับระยะติดต่อในปลา หากประชาชนรับประทานปลาดิบเป็นระยะจะเพิ่มโอกาสการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำซากเพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคมะเร็งท่อน้ำดี (Cholangiocarcinoma) [6] จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่รับประทานปลาน้ำจืดสุก ๆ ดิบ ๆ หรือปลาร้าไม่สุก มีภาวะพังผืดรอบท่อน้ำดี ร้อยละ 29.2 และมีโอกาสเกิดภาวะพังผืดรอบท่อน้ำดี 6.4 เท่าของผู้ที่ไม่รับประทานปลาน้ำจืดสุก ๆ ดิบ ๆ ซึ่งเป็นลักษณะพยาธิสภาพการอักเสบเรื้อรังของผนังท่อน้ำดี ทำให้ผนังท่อน้ำดีหนาตัวและพัฒนากลายเป็นมะเร็งท่อน้ำดีในอนาคต [29] ผู้ที่รับประทานปลาน้ำจืดดิบตรวจพบความผิดปกติของตับและทางเดินน้ำดีผิดปกติ ร้อยละ 37.2 [8] นอกจากนี้ การติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับร่วมกับการใช้ยา Praziquantel เป็นปัจจัยเสี่ยงเสริมให้เกิดมะเร็งท่อน้ำดีเพิ่มขึ้นด้วย [39] เนื่องจากเอนไซม์เปลี่ยนแปลงยามีความสำคัญทั้งในการกำจัดฤทธิของสารมีพิษรวมทั้งสารก่อมะเร็งต่าง ๆ แต่ในอีกด้านหนึ่งเอนไซม์เหล่านี้สามารถเปลี่ยนแปลง กระตุ้นสารให้มีพิษเพิ่มขึ้นได้ ความแปรปรวนอย่างมากของการแสดงออกของการทำงานเอนไซม์มีผลทำให้เปลี่ยนแปลงความเสี่ยงต่อมะเร็งในผู้ที่ได้รับสารก่อมะเร็ง [32]

พยาธิใบไม้ตับเป็นสาเหตุที่สำคัญในการเป็นสารก่อมะเร็งท่อน้ำดีจึงได้มีการศึกษาสถานการณ์ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย ในปี 2552 พบว่าอัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับทั่วประเทศมีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 8.7 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราความชุกสูงกว่าภาคอื่น ร้อยละ 18.7 ภาคเหนือร้อยละ 10.0 เมื่อพิจารณาในระดับหมู่บ้าน พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า อัตราความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับสูงที่สุด ร้อยละ 85.2 ภาคเหนือพบสูงที่สุด ร้อยละ 45.6 [2] ในปี 2557 พบความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 8.7 อุบัติการณ์ในเพศชาย อัตรา 40.3 ต่อประชากรแสนคน และในเพศหญิง อัตรา 16.6 ต่อประชากรแสนคน [6] ในปี 2557 ในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน มีความชุกของโรคพยาธิใบไม้ตับภาพรวม 14.3 โดยอุบัติการณ์ติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 9.1 ต่อประชากรหนึ่งร้อยคน เมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า นครพนม มีความชุกสูงสุด ร้อยละ 28.6

(อัตราอุบัติการณ์ ร้อยละ 15.0) รองลงมาคือ จังหวัดสกลนคร ร้อยละ 20.1 (อัตราอุบัติการณ์ ร้อยละ 10.7) และอุดรธานี ร้อยละ 13.3 (อัตราอุบัติการณ์ ร้อยละ 10.1) [5] นอกจากนี้ ในปี 2560 ได้มีการศึกษาพบว่า เด็กอายุ 9-15 ปี มีความชุกของการติดโรคหนอนพยาธิ 33.4 [21] ในปี 2561 มีรายงานความชุกการติดเชื้อพยาธิใบไม้ในตับ จากพฤติกรรมการบริโภคปลาดิบหรือปลาที่ไม่ผ่านการปรุงสุก เช่น ปลาร้า ปลาส้ม ที่อาจมีไข่พยาธิปนเปื้อน 84.6 ต่อประชากรชายแสนคน และ 36.8 ต่อประชากรหญิงแสนคน (ภมร ดรุณ และคณะ, 2561) ในปี 2562 มีรายงานความชุกของการตรวจพบไข่พยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 14.4 [13] ในเขตสุขภาพที่ 8 จากรายงานการตรวจคัดกรองโรคพยาธิใบไม้ตับ ในปีงบประมาณ 2562 พบว่า ประชากรอายุ 15 ปี ขึ้นไป ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 3.26 จังหวัดที่ตรวจพบพยาธิใบไม้ตับสูงที่สุด คือ นครพนม ร้อยละ 8.08 รองลงมา คือ สกลนคร ร้อยละ 5.22 และหนองคาย ร้อยละ 3.80 จังหวัดสกลนคร ปี 2560-2562 พบตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 2.57, 4.3 และ 5.22 ตามลำดับ เมื่อพิจารณาเป็นรายอำเภอ พบว่า อำเภอที่ติดเชื้อสูงที่สุด คือ บ้านม่วง ร้อยละ 16.35 รองลงมา คือ อากาศอำนวย ร้อยละ 14.70 และเต่างอย ร้อยละ 10.17 เขตสุขภาพที่ 8 ปีงบประมาณ 2562 มีอัตราตายจากโรคมะเร็งท่อน้ำดีและมะเร็งตับ เท่ากับ 11.73 ต่อประชากรแสนคน จังหวัดที่มีอัตราตายสูงที่สุด คือ จังหวัดหนองคาย มีอัตราตายเท่ากับ 25.67 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ จังหวัดสกลนคร มีอัตราตายเท่ากับ 16.33 ต่อประชากรแสนคน และจังหวัดนครพนม อัตรา 13.92 ต่อประชากรแสนคน เมื่อจำแนกอัตราตายเป็นรายอำเภอพบว่า อำเภอที่มีอัตราตายสูงที่สุด คือ อำเภอเต่างอย มีอัตราตายเท่ากับ 37.13 ต่อประชากรแสนคน รองลงมา คือ อำเภอพรรณานิคม มีอัตราตาย 32.25 ต่อประชากรแสนคน และอำเภอพังโคน มีอัตราตายเท่ากับ 24.55 ต่อประชากรแสนคน

การศึกษาข้อมูลเพื่อแก้ไขปัญหาโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีนั้น ส่วนมากศึกษาเกี่ยวกับความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการนำไปแก้ไขปัญหา จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าประชาชนขาดความตระหนักรู้ถึงภัยมะเร็งท่อน้ำดี ประชาชนทั่วไป กลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยยังขาดความรู้ ความเข้าใจ ไม่ตระหนักและละเลยถึงโทษ ความรุนแรงของปัญหา มีพฤติกรรมสุขภาพ และพฤติกรรมการบริโภคที่เสี่ยงและอันตรายต่อสุขภาพ ตลอดจนความรู้และแนวปฏิบัติในการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้เหมาะสมและถูกต้อง การจัดการปัจจัยที่กำหนดการเป็นโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี [2] ในปี 2537 เริ่มมีข้อมูลการวิจัยมากขึ้น มีการศึกษาพบว่าประชาชนมีความรู้ต่อการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 66.38 เจตคติทางบวกต่อการควบคุมโรค ร้อยละ 77.25 รับประทานปลาน้ำจืดไม่สุก ร้อยละ 41.82 ถ่ายอุจจาระนอกส้วม ร้อยละ 36.15 รับประทานปลาน้ำจืดดิบและเจคติมีความสัมพันธ์กับการตรวจพบพยาธิใบไม้ตับ [41] พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อปรสิต พบว่า รับประทานอาหารที่ทำจากเนื้อวัว ควาย หมู และเนื้ออื่นๆ ที่ปรุงสุก ๆ ดิบ ๆ ร้อยละ 22.0 รับประทานปลาน้ำจืด ปรุงสุก ๆ ดิบ ๆ ร้อยละ 65.4 และปูน้ำจืด กุ้งน้ำจืดที่ปรุงสุก ๆ ดิบ ๆ ร้อยละ 30.2 ไม่ล้างมือด้วยสบู่ก่อนรับประทานอาหารและหลังถ่ายอุจจาระ ร้อยละ 51.6 เคยถ่ายอุจจาระนอกส้วมลงบนพื้นดินทุ่งนา ร้อยละ 41.5 [19] ประชาชนมีความรู้เกี่ยวโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 76.6 เจตคติระดับดี ร้อยละ 93.1 มีพฤติกรรมระดับดี ร้อยละ 26.3 ถึงอย่างไรก็ตาม ความรู้และเจตคติในระดับดี ไม่ได้สะท้อนถึงการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคในระดับดี [4] ส่วนความรู้ในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 80.5 การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเกิดโรค ร้อยละ 61.7 การรับรู้ความรุนแรงของโรค ร้อยละ 63.4 การรับรู้ความสามารถของตนเอง ร้อยละ 61.9 แรงสนับสนุนทางสังคม ร้อยละ 58.1 [33] ผู้ติดเชื้อพยาธิรับประทานปลาดิบ ร้อยละ 68.6 นอกจากนี้ คนที่เคยรับประทานยาฆ่าพยาธิใบไม้ตับเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 2.62 เท่า คนที่รับประทานลาบปลาดิบเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 2.14 เท่า และผู้ที่อาศัยอยู่ใกล้แม่น้ำระยะทาง 10 กิโลเมตร เสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับ 1.81 เท่า [31] รับประทานอาหารที่ทำจากปลาดิบ สุก ๆ ดิบ ๆ ร้อยละ 69.4 โดยรับประทาน 1-4 ครั้ง ต่อเดือน ร้อยละ 61.3 อ้างว่าไม่ทราบว่าอาหารที่ทำจากปลาดิบ-สุก ๆ ดิบ ๆ เป็นสาเหตุของโรคพยาธิใบไม้ตับ ร้อยละ 53.5 [28]

จากการที่พยาธิใบไม้ตับเป็นโรคสำคัญที่เป็นสาเหตุที่ในการเป็นมะเร็งท่อน้ำดี ซึ่งมีเป็นผลมาจากพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่ไม่ปลอดภัย และอุจจาระปนเปื้อนในแหล่งน้ำ การแก้ไขปัญหาที่ผ่านมามุ่งเน้นที่การ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ โดยประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพเพียงทฤษฎีเดียวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ [7),(23),(14)] หรือประยุกต์ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและการมีส่วนร่วม [(10)] ประยุกต์ใช้ทฤษฎี แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ทฤษฎีความสามารถตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม [(36)] ประยุกต์ใช้ทฤษฎี ความสามารถของตนเอง และแรงสนับสนุนทางสังคม [(35)] และบางการศึกษาใช้เพียงทฤษฎีกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ [(25),(26),(11),(15)] การประยุกต์ใช้ทฤษฎีเพียงทฤษฎีเดียวในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในระดับบุคคลที่เน้นความรู้ความเชื่อด้านสุขภาพนั้น เป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ยังไม่ครอบคลุม และไม่เพียงพอต่อการสร้างแรงจูงใจจากภายใน จูงใจตนเองให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมควบคุมตนเองเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพตามความต้องการ โดยไม่ต้องมีการควบคุมจากภายนอก ด้วยความเชื่อว่าการควบคุมและการเปลี่ยนแปลงตนเองนั้นเป็นสิ่งที่ทำได้ โดย Bergin and Bergin (1999)[(44)] ให้แนวคิดว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเองทำให้มีความภาคภูมิใจในตนเองสูงและมีความรับผิดชอบต่อสังคม การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจึงให้ความสำคัญกับสาเหตุทางด้านจิตใจของบุคคล ด้วยความเชื่อพื้นฐานว่าการเปลี่ยนแปลงทางด้านจิตใจจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมภายนอกด้วย และสมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต (2553)[(34)] ได้เสนอแนวคิดสอดคล้องกันว่าคุณลักษณะทางจิตใจเป็นพื้นฐานสำคัญภายในตัวบุคคลที่ตนเองสามารถควบคุมได้ ช่วยป้องกันพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์และเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ไม่พึงประสงค์ในขณะเดียวกัน เพราะเป็นการจัดการที่พฤติกรรมภายในตัวบุคคลโดยตรง ดังนั้น ควรส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายมีคุณลักษณะพื้นฐานบางประการที่สำคัญเพื่อให้เพียงพอในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง

การศึกษาที่ผ่านมาจะเห็นได้ว่าข้อมูลโรคพยาธิใบไม้ตับในการสำรวจภาพรวมยังคงมีการติดเชื้อสูง และอัตราตายของโรคมะเร็งท่อน้ำดีจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับยังสูง ดังนั้นงานวิจัยนี้จึงเห็นควรพัฒนาการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีโดยสร้างแรงจูงใจจากภายในที่ครอบคลุมปัจจัยที่สำคัญให้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงมีคุณลักษณะพื้นฐานที่สำคัญที่เพียงพอต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยตนเอง

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร
2. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร
3. เพื่อพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร

วิธีการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยและพัฒนา (Research and Development) จำแนกออกเป็น 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร ขั้นตอนดำเนินการ 1) ศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค 2) สังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค 3) ประเมินความเหมาะสมของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค โดยผู้ทรงคุณวุฒิ 3 คน ผลที่ได้จากการศึกษาระยะที่ 1 คือ ได้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร

ระยะที่ 2 การศึกษาสภาพปัจจุบันปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร ขั้นตอนดำเนินการ 1) นำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค ที่ได้จากระยะที่ 1 มาสร้างแบบสอบถามสภาพปัจจุบันปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุม

โรค 2) เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 3) วิเคราะห์สภาพปัจจุบันปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค ผลที่ได้จากการศึกษาระยะที่ 2 คือ ทราบปัจจุบันปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร

ระยะที่ 3 การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร ขั้นตอนดำเนินการ 1) จัดลำดับความสำคัญของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค 2) ร่างโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค 3) ประเมินโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค โดยผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน ผลที่ได้จากการศึกษาระยะที่ 3 คือ ได้โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ให้ข้อมูลซึ่งทำหน้าที่ประเมินความเหมาะสมของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน

ระยะที่ 2 การศึกษาสภาพปัจจุบันปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร

ประชากร คือ ประชาชนอายุ 15-70 ปี อยู่อาศัยในจังหวัดสกลนครนานกว่า 6 เดือน และรับประทานอาหารดิบข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1) ลาบ ก้อยปลาดิบ 2) อาหารใส่ปลาร้าดิบ / ส้มตำปลาร้าดิบ 3) ส้มปลาน้อย ปลาจ่อม ปลาเจ่าดิบ 4) หม่ำดิบ ส้ม/แหนม ดิบ (หมู/เนื้อ) 5) ปลาส้มดิบ

กลุ่มตัวอย่าง คือ ประชาชนอายุ 15-70 ปี อยู่อาศัยในจังหวัดสกลนครนานกว่า 6 เดือน และรับประทานอาหารดิบข้อใดข้อหนึ่ง ดังต่อไปนี้ 1) ลาบ ก้อยปลาดิบ 2) อาหารใส่ปลาร้าดิบ / ส้มตำปลาร้าดิบ 3) ส้มปลาน้อย ปลาจ่อม ปลาเจ่าดิบ 4) หม่ำดิบ ส้ม/แหนม ดิบ (หมู/เนื้อ) 5) ปลาส้มดิบ จำนวน 400 คน [40]

ระยะที่ 3 การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร กลุ่มผู้ให้ข้อมูล คือ ผู้ให้ข้อมูลซึ่งทำหน้าที่ประเมินความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค ได้แก่ ผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 3 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

ระยะที่ 1 การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความเหมาะสมของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค จำนวน 14 ข้อ

ระยะที่ 2 การศึกษาสภาพปัจจุบันปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จำนวน 44 ข้อ จำแนกเป็น 2 ส่วน ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 7 ข้อ และส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ประเมินความตรงเชิงเนื้อแบบสอบถามโดยผู้เชี่ยวชาญ จำนวน 3 คน แล้วนำมาหาค่าดัชนีความสอดคล้อง (Item of Objective Congruence Index: IOC) ผลคือ ทุกข้อคำถามมีค่าดัชนีความสอดคล้องมากกว่าหรือเท่ากับ 0.5 [18] และมีค่าความเชื่อมั่นโดยวิธี Coefficient alpha ของ Cronbach เท่ากับ .943 [30]

ระยะที่ 3 การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร เครื่องมือที่

ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จำนวน 27 ข้อ จำแนกเป็น 5 ส่วน 1) หลักการและเหตุผล จำนวน 1 ข้อ 2) วัตถุประสงค์ จำนวน 1 ข้อ 3) เนื้อหา จำนวน 7 ข้อ 4) กระบวนการและวิธีการ จำนวน 14 ข้อ 5) การประเมินผล จำนวน 6 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูล ระยะที่ 1 การประเมินความเหมาะสมของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร ระยะที่ 2 การศึกษาสภาพปัจจุบันปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร ระยะที่ 3 การประเมินความเหมาะสมของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร ใช้สถิติ การแจกแจงความถี่ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. การศึกษาทั้ง 3 ระยะ แปลความค่าเฉลี่ยดังต่อไปนี้ ค่าเฉลี่ย 4.51-5.00 แปลความว่า สูงที่สุด/มากที่สุด ค่าเฉลี่ย 3.51-4.50 แปลความว่า สูง/มาก ค่าเฉลี่ย 2.51-3.50 แปลความว่า ปานกลาง ค่าเฉลี่ย 1.51-2.50 แปลความว่า ต่ำ/น้อย ค่าเฉลี่ย 1.00-1.50 แปลความว่า ต่ำที่สุด/น้อยที่สุด

3. เกณฑ์ตัดสินความเหมาะสมของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี และเกณฑ์การตัดสินความเหมาะสมของโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี พิจารณาจากค่าเฉลี่ย โดยต้องมีค่าเฉลี่ยตั้งแต่ 3.51 ขึ้นไป ถือว่า มีความเหมาะสม

ผลการวิจัย

1.การศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร

2. ผลการศึกษา ระยะที่ 2 การศึกษาสภาพปัจจุบันปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร

3. ผลการศึกษา ระยะที่ 3 การพัฒนาโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง จังหวัดสกลนคร

อภิปรายผล

1. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย 7 ปัจจัย 1) ความมุ่งมั่น 2) การยับยั้งชั่งใจ 3) อดทนรอคอย 4) บรรทัดฐานส่วนบุคคล 5) ทัศนคติ 6) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง 7) สมรรถนะแห่งตน ผลการประเมินความเหมาะสม พบว่า มีความเหมาะสมอยู่ในระดับเหมาะสมมากที่สุด เนื่องจาก ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ทั้ง 7 ปัจจัย ได้มาจากการศึกษาทฤษฎีเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพ และทฤษฎีเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพโดยศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เช่น ทฤษฎีการเรียนรู้ (Learning theories), ทฤษฎีประมวลสารสนเทศ (Theories of information processing), PRECEDE MODEL, ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model), ทฤษฎีพฤติกรรมตามแผน (Theory of Reasoned Action, Planned Behavior and Integrated Behavior Model), ทฤษฎีการกำหนดเป้าหมาย (Goal-setting theory), ทฤษฎีขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม (Transtheoretical model of behavior change), ทฤษฎี Automatic Behavior, Impulsive Behavior and Habits เป็นต้น แล้วนำทฤษฎีทั้งหมดที่ได้จากการศึกษามาสังเคราะห์เพื่อให้ได้ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค โดยอาศัยแนวคิดพื้นฐานว่าด้วย โครงสร้างร่วมกันของทฤษฎี (Theories and common constructs)[43] นอกจากนี้ได้ศึกษาจากงานวิจัยที่นำปัจจัยที่สังเคราะห์ได้ไปใช้ศึกษาพฤติกรรม และนำไปใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อยืนยันว่าปัจจัยที่สังเคราะห์ได้มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และสามารถนำไปใช้ในการ

ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้จริง เช่น ปัจจัยด้านทัศนคติ พิศมัย เสรีขจรกิจเจริญ และบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. (2561)[17] ได้นำไปเป็นตัวแปรในศึกษาเรื่อง การเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่มีต่อวิชาชีพการสาธารณสุขของนิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา และปัจจัยด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง สุพัชรี เกิดสุข และคณะ (2561)[38] ได้นำไปเป็นตัวแปรในศึกษาเรื่องการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและทัศนคติต่อการให้นมแม่ในที่สาธารณะของมารดาที่มีบุตรอายุ 6-12 เดือน ทำให้ผลการประเมินความเหมาะสมของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคอยู่ระดับเหมาะสมมากที่สุด

2. สภาพปัจจุบันปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง โดยรวมอยู่ในระดับสูง เนื่องจากส่วนใหญ่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคอยู่ในระดับสูง ได้แก่ ความมุ่งมั่น การยับยั้งชั่งใจ อดทนรอคอย บรรทัดฐานส่วนบุคคล สมรรถนะแห่งตน

และบางปัจจัยที่อยู่ในระดับปานกลาง ได้แก่ ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ทำให้ปัจจัยด้านทัศนคติ และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมีความสำคัญต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีมากที่สุด โดยปัจจัยด้านทัศนคติเป็นความรู้สึก ท่าที ความคิดเห็นทั้งที่พึงประสงค์และไม่พึงประสงค์ หากบุคคลมีทัศนคติที่ไม่ดี หรือมีทัศนคติต่อการปรับพฤติกรรมในระดับต่ำจะก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพ [17] และทัศนคติเป็นความรู้สึกส่วนตัวที่เห็นด้วย หรือไม่เห็นด้วยต่อเรื่องใดเรื่องหนึ่ง บุคคลใดบุคคลหนึ่ง สถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง ทัศนคติจึงเป็นสิ่งที่แสดงถึงแนวโน้มการมีพฤติกรรมการตอบสนองของบุคคลที่มีต่อสิ่งที่อยู่รอบตัวไปในทิศทางใดทิศทางหนึ่ง (ปฐมพร โพธิ์ถาวร และคณะ, 2561) นอกจากนี้ ทัศนคติยังเป็นความรู้สึกของบุคคลที่มีต่อสิ่งเร้าสิ่งใดสิ่งหนึ่งและสิ่งแวดล้อมที่อยู่รอบ ๆ ตัว มีอิทธิพลอย่างมากต่อสิ่งที่สนใจ มีแนวโน้มต่อการตอบสนองทางด้านอารมณ์ โดยเป็นความรู้สึกที่ชอบหรือไม่ชอบ ถูกใจหรือไม่ถูกใจ ดีหรือไม่ดี สนใจหรือไม่สนใจ อันเป็นผลมาจากการประเมินสิ่งเร้าและสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัวของบุคคล ทัศนคติเป็นสิ่งที่ทำให้เกิดการแสดงออกทางด้านปฏิบัติ เป็นสภาพแห่งความพร้อมที่จะโต้ตอบและแสดงให้ทราบถึงแนวทางของการตอบสนองของบุคคล ทัศนคติจึงเป็นปัจจัยหนึ่งซึ่งมีอิทธิพลต่อการกระตุ้นให้เกิดพฤติกรรม และมีผลต่อแบบของพฤติกรรมที่แสดงออกมา [9] และปัจจัยด้านการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเป็นการรับรู้เกี่ยวกับความกดดันทางสังคมที่มีต่อบุคคลให้กระทำหรือไม่กระทำพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง หากบุคคลอื่นที่มีความสำคัญต่อบุคคลนั้น คิดว่าบุคคลควรกระทำพฤติกรรมนั้น ๆ บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะทำพฤติกรรม หากบุคคลอื่นที่มีความสำคัญมองว่าบุคคลไม่ควรกระทำพฤติกรรมนั้น บุคคลก็มีแนวโน้มที่จะไม่ทำพฤติกรรมนั้น ๆ ในขณะที่ทัศนคติต่อพฤติกรรมเป้าหมายเป็นความเชื่อ ความคิดเห็น และความรู้สึกของบุคคลต่อพฤติกรรมเป้าหมาย รวมถึงเป็นปฏิกิริยาโน้มเอียงต่อพฤติกรรมใดพฤติกรรมหนึ่ง มีผลให้บุคคลพร้อมที่จะมีปฏิกิริยาตอบกลับต่อพฤติกรรมเป้าหมายนั้น ถ้าบุคคลมีทัศนคติต่อพฤติกรรมนั้นในเชิงบวก บุคคลจะมีแนวโน้มในการทำพฤติกรรมนั้นๆ ในทางตรงข้าม ถ้าบุคคลมีทัศนคติต่อพฤติกรรมนั้นในเชิงลบ บุคคลจะไม่กระทำพฤติกรรมนั้น [38] การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงมาจากการรับรู้ของกลุ่มในสังคมซึ่งบุคคลเชื่อว่ามีความต้องการให้กระทำพฤติกรรมหรือไม่กระทำพฤติกรรม กลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลต่อพฤติกรรมมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับความเข้มข้นของความเชื่อและแรงจูงใจที่จะคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง กลุ่มอ้างอิงมีอิทธิพลต่อบุคคลทางด้านทัศนคติและแนวคิดของบุคคล พฤติกรรมและรูปแบบการดำรงชีวิต เนื่องจากความต้องการเป็นที่ยอมรับภายในสังคม บุคคลจึงปฏิบัติตามและยอมรับความคิดเห็นของกลุ่ม การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงจึงมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจกระทำพฤติกรรม [16]

3. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย 1) หลักการและเหตุผล 2) วัตถุประสงค์ 3) เนื้อหา 4) กระบวนการและวิธีการ 5) การประเมินผล ผลการประเมินโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อยู่ในระดับเหมาะสมมาก เนื่องจากองค์ประกอบโปรแกรมได้จากการศึกษา ค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำแนวคิด หลักการ

เกี่ยวกับองค์ประกอบของโปรแกรมทั้งหมดที่ได้จากการศึกษามาสังเคราะห์เพื่อให้ได้องค์ประกอบโปรแกรม [47),(43),(48),(45),(46)] ในส่วนองค์ประกอบด้านเนื้อหาของโปรแกรมนั้น ได้นำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ได้แก่ ความมุ่งมั่น การยับยั้งชั่งใจ อดทนรอคอย บรรทัดฐานส่วนบุคคล ทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง สมรรถนะแห่งตน มาเป็นเนื้อหาของโปรแกรม และนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคมาออกแบบกิจกรรม จำแนกได้เป็น 18 กิจกรรม ดังต่อไปนี้ 3.1) แบ่งกลุ่ม/ละลายพฤติกรรม 3.2) สำรวจตนเอง 3.3) ทบทวนความรู้ 3.4) มุมมอง 3.5) เชื่อใคร 3.6) ตัดสินใจ 3.7) ทางเลือกทางรอด 3.8) ตัวกระตุ้น 3.9) อดเปรี้ยวไว้กินหวาน 3.10) ทำได้ 3.11) ปฏิเสธ 3.12) รับผิดชอบต่อตนเอง 3.13) วินัยในตนเอง 3.14) เชื่อมั่นในตน 3.15) จัดการสิ่งแวดล้อม 3.16) มุ่งหวังตั้งใจ 3.17) กติกากลุ่ม 3.18) สัญญาใจ การออกแบบกิจกรรมนั้นให้ความสำคัญตามการจัดลำดับความสำคัญจากมากไปหาน้อยของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันโรคทั้งในด้านเนื้อหา และเวลาที่ใช้ในฝึกการอบรม นอกจากนี้ กิจกรรมหนึ่ง ๆ ถูกออกแบบให้สามารถใช้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหลาย ๆ ด้านไปพร้อม ๆ กัน ในส่วนกระบวนการและวิธีการของโปรแกรมได้จากการศึกษาค้นคว้าจากเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง แล้วนำแนวคิด หลักการ เทคนิคการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพมาใช้โดยอาศัยเทคนิคการจัดกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพระดับกลุ่มบุคคลเป็นหลัก ประกอบด้วย 1) บรรยาย เป็นการพูดที่แสดงถึงความรู้ ความเข้าใจ ตลอดจนความคิดเห็นต่าง ๆ เพื่อให้ผู้ฟังเกิดความเข้าใจและเรียนรู้ในเรื่องนั้น ๆ 2) การสาธิต เป็นการแสดงโดยใช้เครื่องมือประกอบเพื่อช่วยให้ผู้ดูเข้าใจอย่างแจ่มแจ้งในเรื่องที่ต้องการจะให้รู้ การสาธิตเป็นวิธีชักชวนให้ผู้ดูปฏิบัติตามหรือเปลี่ยนความเชื่อ ทัศนคติ และค่านิยม 3) ลงมือปฏิบัติ เป็นการสร้างทักษะสุขภาพ จะให้ประสบการณ์ตรงกับผู้เข้าร่วมกิจกรรม เนื่องจากเน้นให้ลงมือปฏิบัติจริง เป็นการจัดการเรียนรู้ที่มุ่งให้เกิดการผสมผสานระหว่างทฤษฎีและภาคปฏิบัติ การลงมือปฏิบัติจะดำเนินการภายหลังการสาธิตหรือการบรรยายทางสุขภาพ การปฏิบัติจึงเป็นการฝึกฝนความรู้ ความเข้าใจจากทฤษฎีสุขภาพที่เรียนมาโดยเน้นการฝึกทักษะสุขภาพให้เกิดขึ้น 4) สถานการณ์จำลอง 5) อภิปรายหมู่ เป็นวิธีการแสดงความคิดเห็นในเรื่องที่อภิปราย ผู้ร่วมอภิปรายสามารถที่จะซักถามปัญหาหรือข้อข้องใจระหว่างกันและกันได้ 6) การระดมสมอง แบ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมเป็นกลุ่มเล็ก ๆ ช่วยกันคิดหาคำตอบหรือทางเลือก สำหรับปัญหาสุขภาพที่กำหนดให้มากที่สุดและเร็วที่สุดเท่าที่จะทำได้ แล้วช่วยกันพิจารณาเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดในการแก้ปัญหาสุขภาพ หรือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มของตนเองซึ่งอาจมีมากกว่าหนึ่งแนวทางก็ได้ [(3)] ในส่วนการประเมินผล ได้ออกแบบการประเมินผลไว้ 6 แบบตามหลักการเรียนรู้ ได้แก่ 1) การประเมินตนเองก่อน ระหว่าง และหลังทำกิจกรรม 2) การประเมินการทำกิจกรรมตามที่กำหนด 3) การประเมินการทำงานกลุ่ม 4) การประเมินตนเองหลังจากงานสำเร็จ 5) การประเมินจากการซักถามและการแสดงความคิดเห็น 6) ประเมินการสรุปบทเรียน ดังนั้น จึงทำให้การประเมินโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง อยู่ระดับเหมาะสมมาก

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิจัยพบว่า ลำดับความสำคัญของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง เรียงลำดับจากมากไปน้อย ดังต่อไปนี้ 1) ทัศนคติ 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง 3) การยับยั้งชั่งใจ 4) อดทนรอคอย 5) บรรทัดฐานส่วนบุคคล 6) ความมุ่งมั่น จะเห็นได้ว่าประชาชนกลุ่มเสี่ยงมีทัศนคติไม่ดี และมีพฤติกรรมคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง ดังนั้นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี จึงควรให้ความสำคัญกับการปรับทัศนคติ การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง และการยับยั้งชั่งใจ

2. โปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดีในประชาชนกลุ่มเสี่ยง ประกอบด้วย 18 กิจกรรม ออกแบบกิจกรรมจากปัจจัยที่เกี่ยวข้องปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ทั้ง 7 ปัจจัย ได้แก่ ด้าน 1) ทัศนคติ 2) การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง 3) การยับยั้งชั่ง

ใจ 4) อดทนรอคอย 5) บรรทัดฐานส่วนบุคคล 6) ความมุ่งมั่น โดยในหนึ่งกิจกรรม ออกแบบมาเพื่อใช้ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้หลายปัจจัย เช่น กิจกรรม เชื่อใคร ใช้เพื่อปรับปัจจัยด้าน ทัศนคติ บรรทัดฐานส่วนบุคคล และการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิง

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือเป็นอย่างยิ่งจาก นายแพทย์สมิต ประสันนาการ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสกลนคร ขอขอบพระคุณ สาธารณสุขอำเภอทุกอำเภอในจังหวัดสกลนคร และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกแห่ง ที่ให้ความกรุณาและความช่วยเหลือเก็บรวบรวมข้อมูลสภาพปัจจุบันปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ขอขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ให้ความกรุณาประเมินความเหมาะสมปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรค และประเมินความเหมาะสมโปรแกรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างที่ให้ความกรุณาตอบแบบสอบถามสภาพปัจจุบันปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับและมะเร็งท่อน้ำดี

เอกสารอ้างอิง

1.สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ. รวมมติสมัชชาสุขภาพแห่งชาติครั้งที่ 1 - ครั้งที่ 7. ม.ป.พ. ม.ป.ท. 2557.

2.กระทรวงสาธารณสุข และคณะ. **ยุทธสาสตร์กำจัดพยาธิใบไม้ตับ ลดมะเร็งท่อน้ำดี วาระคนอีสาน**. สำนักบริหารการสาธารณสุข สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี. 2555.

3.กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. **วิธีการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ**. กองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี. 2556.

4.กิจปพน ศรีธานี และคณะ. "ความรู้ เจตคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของประชาชน ในตำบลลำคลอง อำเภอเมือง จังหวัดกาฬสินธุ์". **ว.มรม**. 11(3) กันยายน-ธันวาคม 2560 : 23-30, 2560.

5.เกษร แถวโนนงิ้ว และคณะ. "อุบัติการณ์และการติดเชื้อซ้ำโรคพยาธิใบไม้ตับในชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบนประเทศไทย". **วารสารวิชาการสาธารณสุข**. 25(3) พฤษภาคม-มิถุนายน 2559 : 370-379, 2559.

6.ฉัตรชัย คำดอกรับ และเกรียงศักดิ์ เวทีวุฒาจารย์. "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประชาชน อายุ 40 ปีขึ้นไป อำเภอชุมแพ จังหวัดขอนแก่น". **วารสารโรงพยาบาลสกลนคร**. 21(3) กันยายน-ธันวาคม 2561 : 75-83, 2561.

7.ชัยชนะ วิริยะกุล. "ประสิทธิผลแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพที่มีต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของประชาชนกลุ่มเสี่ยงโรคมะเร็งตับและ ท่อน้ำดีตำบลโคกกลาง อำเภอลืออำนาจ จังหวัดอำนาจเจริญ". **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7**. 13(1) ตุลาคม-ธันวาคม 2557 : 43-51, 2557.

8.ณัฐิกา วรรณแก้ว. "การจำแนกชนิดของภาพอัลตราซาวด์ตับและท่อน้ำดีจากโครงการ CASCAP ในเขตอำเภอดอนมดแดง จังหวัดอุบลราชธานี ช่วงปีงบประมาณ 2557-2558". **วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10**. 15(2) กรกฎาคม-ธันวาคม 2560 : 5-18, 2560.

9.ทิพย์พาพร มหาสินไพศาล. "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อทัศนคติของประชาชนในเขตกรุงเทพมหานครต่อประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน". **วารสารปัญญาภิวัฒน์**. 4(1) กรกฎาคม-ธันวาคม 2555 : 1-10, 2555.

10.ธนกร จันทาคีมบง และคณะ. "ผลของการประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ". **วารสารวิชาการสาธารณสุข**. 23(5) กันยายน-ตุลาคม 2557 : 822-831, 2557.

11.ธนเดช สัจจวัฒนา และวิวัฒน์ สังฆะบุตร. "การระบาดและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อหนอนพยาธิของนักเรียนในโรงเรียนสังกัดกองกำกับการตำรวจตระเวนชายแดนที่ 21". **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**. 10(4) ตุลาคม-ธันวาคม 2559 : 394-401, 2559.

12.ธีรศักดิ์ พรหมพันใจ. "การพัฒนารูปแบบการป้องกันควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับโดยชุมชนในชุมชนแห่งหนึ่งของตำบลละหาน อำเภอจัตุรัส จังหวัดชัยภูมิ". **วารสารวิชาการ สคร. 9**. 24(1) : 43-53, 2561.

13.ประเสริฐ ประสมรักษ์. "เปรียบเทียบความชุกของการติดเชื้ออุพยาธิใบไม้ตับ ความรู้ และพฤติกรรมป้องกันในประชากรกลุ่มเสี่ยงพื้นที่รอบแหลงน้ำชุมชนชนบทและชุมชนเมือง". **ศรีนครินทร์เวชสาร**. 34(6) : 628-634, 2562.

14.ปรัชญา รักษานา. "ผลของโปรแกรมสุขศึกษาเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 4-6 อำเภอโนนแดง จังหวัดนครราชสีมา". **วารสารวิชาการ สคร. 9**. 25(2) : 45-55, 2562.

15.พรพัฒน์ ภูนากลม และทักษนัย พัสดุ. "กระบวนการพัฒนาความรอบรู้ด้านสุขภาพในการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบลยอดแกง อำเภอนามน จังหวัดกาฬสินธุ์". **การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์**. 1(2562) : 52-64, 2562.

16.พิชชานันท์ ช่องรักษ์ และเจริญชัย เอกมาไพศาล. "ความสัมพันธ์เชิงสาเหตุของภาพลักษณ์อาหารริมทางทัศนคติต่อจุดหมายปลายทางการคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและความตั้งใจกลับมาจุดหมายปลายทางซ้ำของนักท่องเที่ยวกรณีศึกษาย่านเยาวราช". **วารสารเศรษฐศาสตร์และนโยบายสาธารณะ**. 9(17) : 1-20, 2553."

17.พิศมัย เสรีขจรกิจเจริญ และบุญธรรม กิจปรีดาบริสุทธิ์. "การเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่มีต่อวิชาชีพการสาธารณสุขของนิสิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา". **วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา**. 13(1) มกราคม-มิถุนายน 2561 : 35-44, 2561.

18.พิสณุ ฟองศรี. **เทคนิควิธีประเมินโครงการ**. พิมพ์งาม กรุงเทพฯ. 2549.

19.พิสิษฐ์ สุนทราวิฑูร และคณะ. "ความชุกของการติดเชื้อปรสิตลำไส้ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านเทศบาลตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมืองเชียงราย จังหวัดเชียงราย". **วารสารสาธารณสุขศาสตร์**. 43(2) (พ.ค.-ส.ค. 2556) : 113-125, 2556.

20.ไพบูลย์ เพ็ญสุวรรณ และคณะ. "อัตราการรอดชีพของผู้ป่วยมะเร็งท่อน้ำดีและปัจจัยที่มีผลหลังการผ่าตัดในโรงพยาบาลร้อยเอ็ด". **วารสารวิชาการสาธารณสุข**. 25(1) มกราคม-กุมภาพันธ์ 2559 : 137-146, 2559.

21.ภัทธกร บุบผัน และคณะ. "ความชุกของการติดโรคหนอนพยาธิและโปรโตซัวในเด็กนักเรียนโรงเรียนวัดสันติธรรมราษฎร์บำรุงจังหวัดนครนายก". **วารสารวิชาการสาธารสุข**. 26(1) มกราคม-กุมภาพันธ์ 2560 : 33-39, 2560.

22.มนต์ มีแก้ว. "บทบาทของงานรังสีร่วมรักษาต่อการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคมะเร็งตับและท่อน้ำดี". **วารสารกรมการแพทย์**. 43(5) กันยายน-ตุลาคม 2561 : 5-6, 2561.

23.ระพีพรรณ ทะนันไชย. **ผลของโปรแกรมการปรับเปลี่ยนความเชื่อด้านสุขภาพต่อพฤติกรรมการป้องกันภาวะแทรกซ้อนของผู้สูงอายุโรคมะเร็งท่อทางเดินน้ำดีที่ได้รับการใส่ท่อระบายทางเดินน้ำดี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. 2558.

24.รัตน์สิดา พลเจริญ และคณะ. "ภาระของโรคมะเร็งท่อน้ำดีจากการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับในประเทศไทย". **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**. 12(3) กรกฎษคม-กันยายน 2561 : 490-499, 2561.

25.วรกร วิชัยโย. **รูปแบบการประยุกต์เทคโนโลยีการมีส่วนร่วมเพื่อการป้องกันโรคพยาธิใบตับในชุมชน ตำบลธัญญา อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2562.

26.วรลักษณ์ เวฬุ. **รูปแบบการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับ ตำบลบ้านยวด อำเภอสร้างคอม จังหวัดอุดรธานี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ (การจัดการระบบสุขภาพ) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม. 2562.

27.วรวุฒิ นามวงศ์ และคณะ. "ความชุกและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับซ้ำของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ". **วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏอุบลราชธานี**. 8(2) กรกฎาคม-ธันวาคม 2562 : 13-20, 2562.

28.วันชัย เหล่าเสถียรกิจ และคณะ. "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการบริโภคปลาดิบ-สุกๆ ดิบๆ ของประชาชนจังหวัดศรีสะเกษ ปี 2559". **วารสารวิชาการสาธารณสุข**. 28(6) พฤศจิกายน-ธันวาคม 2562 : 975-985, 2562.

29.วิชิต รุ่งพุทธิกุล. "ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการเกิดภาวะพังผืดรอบท่อน้ำดีในประชากร ตำบลวังทอง อำเภอภักดีชุมพล จังหวัดชัยภูมิ". **วารสารวิชาการ สคร. 9**. 24(2) : 36-45, 2561.

30.วิเชียร เกตุสิงห์. **หลักการสร้างและวิเคราะห์เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย**. ไทยวัฒนาพานิช กรุงเทพฯ. 2530.

31.วิไลพร สาศิริ และพรนภา ศุกรเวทย์สิริ. "ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อพยาธิใบไม้ตับของประชาชนอำเภอรัตนบุรี จังหวัดสุรินทร์". **วารสารวิชาการ สคร. 9**. 23(1) : 41-51, 2560.

32.วีรพล คู่คงวิริยพันธุ์, เอื้อมเดือน ประวาฬ. "เภสัชพันธุศาสตร์ของเอนไซม์เปลี่ยนแปลงยาต่อความเสี่ยงมะเร็งทอน้ำดี". **ศรีนครินทร์เวชสาร**. 27 ฉบับพิเศษ (มะเร็งท่อน้ำดี) : 413-421, 2555.

33.ศศิมาภรณ์ ไชยแก้ว และคณะ. "การรับรู้ความสามารถของตนเองและแรงสนับสนุนทางสังคมที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคพยาธิใบไม้ตับในประชาชน จังหวัดอุบลราชธานี". **การประชุมวิชาการ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม วิจัย ครั้งที่ 13**. กันยายน 2562 : 423- 432, 2560.

34.สมโภชน์ เอี่ยมสุภาษิต. **ทฤษฎีและเทคนิคการปรับพฤติกรรม**. พิมพ์ครั้งที่ 7. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ. 2553.

35.สรญา แก้วพิทูลย์ และคณะ. "การประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองร่วมกับแรงสนับสนุนทางสังคมเพื่อเสริมสร้างพฤติกรรมการป้องกันและควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับของประชากรกลุ่มเสี่ยงในจังหวัดสุรินทร์".**รายงานการวิจัย มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี**. 2556.

36.สรินธร อินทนาม และนิรมล เมืองโสม. "Effectiveness of Health Educational Program Based on Health Belief Model, Self-efficacy and Social Support to Prevent Opisthorchiasis among Primary School Students in Bandung District, Udonthani Province, Thailand". **ไทยเภสัชศาสตร์และวิทยาศาสตร์สุขภาพ**. 13(3) กค.-กย. 2561 : 150-156, 2561.

37.สุธาสิณี คำหลวง และคณะ. "การคัดกรองโรคมะเร็งท่อน้ำดี ในประชากรไทย". **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**. 7(3) กรกฎาคม-กันยายน 2556 : 421-430, 2556.

38.สุพัชรี เกิดสุข, พรรณรัตน์ แสงเพิ่ม และทัศนี ประสบกิตติคุณ. "การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงและทัศนคติต่อการให้นมแม่ในที่สาธารณะของมารดาที่มีบุตรอายุ 6-12 เดือน". **วารสารสภาการพยาบาล**. 33(3) กรกฎาคม-กันยายน 2561 : 114-124, 2561.

39.สุรพล เวียงนนท์ และคณะ. "มะเร็งท่อน้ำดีในจังหวัดขอนแก่น". **ศรีนครินทร์เวชสาร**. 27 ฉบับพิเศษ (มะเร็งท่อน้ำดี) : 326-330, 2555.

40.สุวิมล ว่องวาณิช. **การวิจัยประเมินความต้องการจำเป็น**. โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ. 2548.

41.อภิชาติ เมฆมาสิน และคณะ. "ผลลัพธ์และผลกระทบของโครงการควบคุมโรคพยาธิใบไม้ตับ ใน 5 จังหวัดของเขต 5 ปี พ.ศ. 2537". **วารสารวิชาการสาธารณสุข**. 3(3) ก.ค.-ก.ย.2537 : 181-193, 2537.

42.อรนันท์ พรหมมาโน และนิตติญา ชาวชายโขง. "การสำรวจตัวอ่อนระยะเมตาเซอคาเรียของพยาธิใบไม้ในปลาวงศ์ตะเพียนจากแม่น้ำเลย จังหวัดเลย". **งานประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยรังสิต**. เมษายน 2562 : 76-84, 2562.

43.Bartholomew, L.K. et al. **Planning Health Promotion Programs: An Intervention Mapping Approach**. 3rd ed. Jossey-Bass San Francisco. 2011.

44.Bergin, C. and Bergin, D.A. "Classroom Discipline that Promotes Self-control". **Journal of Applied Developmental Psychology**. 20(2) : 189-206, 1999.

45.Fink, A.G. **Evaluation Fundamentals: Insights into Program Effectiveness, Quality, and Value**. 3rd ed. SAGE Publications, Inc. California. 2015.

46.Funnell, S.C. and Rogers, P.J. **Purposeful Program Theory: Effective Use of Theories of Change and Logic Models**. Jossey-Bass San Francisco. 2011.

47.Issel, L.M. **Health Program Planning and Evaluation: a Practical, Systematic Approach for Community Health**. 3rd ed. Jones & Bartlett Learning Massachusetts. 2008.

48.McDavid, J.C., Huse, I. and Ingleson, L.R.L. **Program Evaluation and Performance Measurement: an Introduction to Practice**. 2nd ed. SAGE Publications, Inc. California. 2013.

ผลของโปรแกรมการส่งเสริมความสามารถตนเอง และทักษะชีวิต ของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ต่อความรู้และพฤติกรรมในการดูแลสุขภาวะทางเพศ

THE EFFECTS OF HEALTH EDUCATION PROGRAM WITH SELF-EFFICACY AND LIFE SKILLS AMONG 1st YEAR NURSING STUDENTS, FACULTY OF NURSING, BURIRAM, WESTERN UNIVERSITY TOWARD KNOWLEDGE AND SEXUAL HEALTH CARE BEHAVIOR

รณชัย คนบุญ[1], นิภาพรรณ มณีโชติวงค์[2]

Ronnachai Khonboon, Nipapan Maneechotwong

(Received: November 10,2020; Accepted: December 15 ,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นวิจัยกึ่งทดลอง มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลสุขภาวะทางเพศของกลุ่มทดลองก่อนและหลังการเข้ากิจกรรมการให้สุขศึกษาโดยการส่งเสริมความสามารถตนเองและทักษะชีวิตในการดูแลสุขภาวะทางเพศ กลุ่มตัวอย่างคือ นิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ปีการศึกษา 2563 จำนวน 33 คน ได้รับสุขศึกษาโดยการส่งเสริมความสามารถตนเองและทักษะชีวิต เป็นจำนวน 2 วัน กลุ่มตัวอย่างทำแบบทดสอบจำนวน 35 ข้อ 7 ด้าน ด้านละ 5 ข้อ ทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบทดสอบที่มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .82 และค่าความเที่ยงเท่ากับ .83 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย dependent t-test

ผลการศึกษาพบว่า คะแนนเฉลี่ยของความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาวะทางเพศ หลังเข้ากิจกรรมการให้สุขศึกษาเพิ่มสูงขึ้น มากกว่าก่อนเข้าร่วมกิจกรรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า การสอนสุขศึกษาโดยการส่งเสริมความสามารถตนเองและทักษะชีวิต สามารถช่วยให้นิสิตพยาบาลได้เพิ่มพูนความรู้และทักษะในการดูสุขภาวะทางเพศของตนเอง ซึ่งมีส่วนสำคัญในการเตรียมนิสิตให้สามารถเผชิญกับความท้าทายในอนาคตที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางเพศได้

คำสำคัญ: การส่งเสริมความสามารถตนเอง การส่งเสริมทักษะชีวิต สุขภาวะทางเพศ

Abstract

The quasi- experimental study aimed to compare knowledge of the experimental group between pre and post participating a health education program by promoting the self-efficacy and life skills on knowledge in a sexual healthcare. The experimental group was 33 first year students of Faculty of Nursing, Buriram Campus, Western University. The two-day program underline the promotion of their self- efficacy and life skills. Before and after the program participation, participants were asked to answer the questionnaire composed of composed of 35 times divided into seven groups and five items in each group. The content validity index of the test used to collect the data in this research was .82 while the reliability was .83. T-test was used to analyze the data.

[1] อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏบุรีรัมย์

[2] อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

The result of the experiment revealed that the average scores of knowledge and life skills in sexual health care after program was significantly higher than those before attending the program ($p<.001$). It was concluded that health education by promoting the self-efficacy and life skills could help these nursing students enhance their knowledge and life skills for sexual healthcare. This, therefore, could play an important role to prepare them for the challenges dealt with sexual problems in the future.

Key Words: Self-Efficacy Promoting, Promoting Life Skills, Sexual Health Care

บทนำ

ปัญหาสุขภาพของวัยรุ่นในยุคปัจจุบัน พบว่า ประชากรวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ทั่วโลกเพิ่มขึ้น คิดเป็น 208.2 ล้านคน หรือร้อยละ 41 โดยประเทศที่พบการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์มากที่สุด คือ ประเทศแอฟริกาใต้ ประเทศไทย และประเทศสหรัฐอเมริกา ตามลำดับ หากพิจารณาในกลุ่มเอเชียตะวันออกเฉียงใต้อัตราการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์พบมากที่ประเทศไทย อินโดนีเซีย และกัมพูชา ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 74, 69 และ 65 ต่อพันประชากร ตามลำดับ[10] สถานการณ์ปัญหาในประเทศไทยพบว่า วัยรุ่นไทยมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้นและมีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ ผลสำรวจ พ.ศ. 2556 พบว่า วัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี คลอดบุตรวันละ 10 คน ซึ่งสาเหตุจากการไม่ป้องกันในระหว่างมีเพศสัมพันธ์ การขาดความรู้ความเข้าใจว่ามีเพศสัมพันธ์ครั้งเดียวไม่ทำให้ตั้งครรภ์[9] และในปี พ.ศ. 2558 พบว่าวัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี มีจำนวนการคลอดบุตรเฉลี่ย 100,000 คนต่อปี [6] สะท้อนให้เห็นว่าในอนาคตอันใกล้นี้จะมีแม่วัยรุ่นเพิ่มมากขึ้น จากปัญหาดังกล่าวส่งผลกระทบเป็นวงกว้างทั้งด้านสุขภาพ ร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และเศรษฐกิจ กล่าวคือ วัยรุ่นโดยเฉพาะกลุ่มที่มีอายุน้อย เป็นช่วงต้นของวัยเจริญพันธุ์ที่ร่างกายกำลังเจริญเติบโต การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจึงนำมาซึ่งปัญหาด้านสุขภาพมากกว่าผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ในวัยอื่น ๆ ทั้งระหว่างตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด และหลังคลอด เช่น ภาวะโลหิตจางในหญิงตั้งครรภ์ ภาวะความดันโลหิตสูงขณะตั้งครรภ์ การเพิ่มโอกาสของการผ่าตัดคลอดบุตรหรือการคลอดที่ต้องอาศัยหัตถการต่าง ๆ เข้าช่วยเหลือ รวมถึงภาวะซึมเศร้าหลังการคลอดบุตร นอกจากนี้การตั้งครรภ์ในมารดาวัยรุ่นจะส่งผลให้ทารกในครรภ์เกิดปัญหาทารกตัวเล็ก น้ำหนักทารกแรกเกิดต่ำกว่าเกณฑ์ และคลอดก่อนกำหนดได้ รวมทั้งพฤติกรรมการดูแลสุขภาพในระหว่างการตั้งครรภ์และเลี้ยงทารกที่ไม่เหมาะสมของมารดาวัยรุ่นบางราย เช่น การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ สูบบุหรี่ การเลี้ยงดูทารกด้วยอาหารเสริมและขาดการกระตุ้นพัฒนาการทารกตามวัย จนอาจส่งผลเสียต่อการเจริญเติบโตของร่างกายและสติปัญญาของทารกได้ [1]

การจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ จึงได้ดีขึ้นด้วยสาเหตุดังกล่าวข้างต้น และมีผลบังคับใช้เมื่อวันที่ 29 กุมภาพันธ์ 2559 โดยประสานความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการช่วยกันแก้ไขปัญหา ที่เน้นการเรียนรู้ด้านเพศศึกษา ทักษะชีวิต และระบบการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม [1] ถึงแม้ว่าจะมีการรณรงค์ในการแก้ไขการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ทั้งภาครัฐและเอกชนอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

พยาบาลมีความสำคัญและมีบทบาทในด้านการส่งเสริมสุขภาพทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน เป็นเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพที่มีมากถึงร้อยละ 55.98 [7] แต่เนื่องจากประชากรไทยมีจำนวนเพิ่มขึ้น จำนวนพยาบาลวิชาชีพยังไม่เพียงพอต่อการเจริญเติบโตของสังคม ขาดอัตรากำลัง ด้วยเหตุนี้จึงมีการจัดตั้งสถาบันการศึกษาในระดับอุดมศึกษาเปิดสอนในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพื่อตอบสนองความต้องการของสังคม (กระทรวงศึกษาธิการและมาตรฐานการคุณวุฒิสาขาพยาบาลศาสตร์, 2561) ปัจจุบันประเทศไทยเปิดสอนหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตเพิ่มขึ้น

เพื่อรองรับตลาดทางด้านสุขภาพประกอบไปด้วย สถาบันอุดมมศึกษารัฐบาล วิทยาลัยสังกัดหน่วยงานทหาร วิทยาลัยพยาบาลสังกัดสถาบันพระบรมราชชนก และสถาบันเอกชน รวมจำนวนทั้งสิ้น 95 สถาบัน นอกจากนี้ยังมีสถาบันที่อยู่ในโครงการการจัดตั้งหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิตอีก 9 สถาบัน [8]

ในเขตสุขภาพที่ 8 ประกอบไปด้วย จังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ สุรินทร์ และบุรีรัมย์ อัตราการคลอดมีชีพในวัยรุ่น อายุ 15-19 ปี พ.ศ. 2560 พบว่า จังหวัดบุรีรัมย์ มีอัตราการคลอดมีชีพในวัยรุ่นสูงที่สุด คิดเป็น 43.1 ต่อพันประชากร รองลงมาคือ จังหวัดนครราชสีมา และชัยภูมิ ที่มีอัตราการคลอดมีชีพในวัยรุ่น 41.8 และ 41.7 ต่อพันประชากร ตามลำดับ [11] แสดงให้เห็นถึงความสำคัญกับพื้นที่ในจังหวัดบุรีรัมย์ ที่ต้องการการแก้ไขปัญหาอย่างเร่งด่วน เนื่องจากเป็นจังหวัดที่ได้รับการสนับสนุนในด้านการศึกษา การท่องเที่ยวและกีฬา จึงทำให้มีประชากรต่างพื้นที่เข้ามาจำนวนมาก เป็นปัจจัยที่เปิดโอกาสให้วัยรุ่นมีโอกาสพบปะกัน นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์ไม่พร้อมได้ ด้วยเหตุนี้ควรมีการสนับสนุนให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ การมีเพศสัมพันธ์กับนิสิตหรือนักศึกษา โดยเฉพาะผู้ที่กำลังศึกษาในหลักสูตรพยาบาลศาสตรบัณฑิต เพราะต้องเป็นผู้นำสุขภาพในอนาคต เป็นตัวอย่าง และมีความรู้ในการถ่ายทอดความรู้ให้กับประชาชนโดยทั่วไปได้ ผลจากการสำรวจนิสิตชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น พบว่า นิสิตขาดความรู้ความรู้ในการดูแลสุขภาพทางเพศ และมีความกังวลเกี่ยวกับการคบเพื่อนต่างเพศ รวมทั้งการปรับตัวเข้ากับการเรียนในระดับอุดมศึกษา ด้วยเหตุนี้ควรมีกิจกรรมที่ช่วยสนับสนุนเพื่อเตรียมความพร้อมบุคคลากรทางด้านสุขภาพในอนาคตผ่านกิจกรรมหรือโปรแกรมเพื่อส่งเสริมความสามารถตนเองและทักษะในการดูแลสุขภาพทางเพศ จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีงานวิจัยที่ศึกษาหรือพัฒนาโปรแกรมเกี่ยวกับการส่งเสริมความสามารถตนเอง ที่เป็นแนวคิดในการส่งเสริมความสามารถของวัยรุ่น และผลลัพธ์ในการเรียนรู้มักประสบผลสำเร็จรวมทั้งการศึกษาเกี่ยวกับทักษะในการดูแลสุขภาพของวัยรุ่นยังมีไม่มากนัก จึงควรส่งเสริมการจัดกิจกรรมอย่างเหมาะสมกับกลุ่มวัยรุ่น เพื่อให้มีภูมิในการดูแลตัวเองและสามารถดูแลผู้อื่นได้ นอกจากนี้การจัดกิจกรรมหรือโปรแกรมส่วนใหญ่เน้นให้ความรู้กับกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป วัยรุ่นมัธยมศึกษา แต่ยังขาดกลุ่มวัยรุ่นอุดมศึกษาที่เรียนสายวิทยาศาสตร์สุขภาพโดยเฉพาะ เพราะคิดว่าการเรียนในหลักสูตรเพียงพอแล้วแต่ความจริงนิสิตหรือนักศึกษาได้รับความรู้ในเรื่องการส่งเสริมความสามารถและทักษะสุขภาวะทางเพศเพียงเล็กน้อยเท่านั้น

ด้วยเหตุนี้ หากมีการสอนให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลสุขภาวะทางเพศ ให้กับนิสิต ก็อาจจะทำให้มีความรู้และทักษะการดูแลทางด้านสุขภาพทางเพศเพิ่มมากขึ้น รวมทั้งนำความรู้และทักษะนี้ไปบอกต่อหรือดูแลผู้อื่นได้อย่างเหมาะสม ผู้วิจัยจึงเล็งเห็นความสำคัญและโอกาสในการพัฒนาการให้โปรแกรมโดยการส่งเสริมความสามารถตนเองและทักษะชีวิตตามกรอบแนวคิด 2 เรื่อง ได้แก่การส่งเสริมความสามารถตนเองของ Bandura (1997)[14] ที่อธิบายว่าการส่งเสริมความสามารถตนเองจะทำให้บุคคลที่ได้รับการส่งเสริมนั้นเน้นคุณค่าในตนเอง เกิดประสบการณ์ที่มากขึ้น ได้เรียนรู้แบบที่ดี ได้รับการกระตุ้นจากการใช้คำพูดและอารมณ์ จะทำให้บุคคลนั้นพึ่งพาตนเองและผ่านพ้นปัญหาไปได้ รวมทั้งการส่งเสริมทักษะชีวิตของ Maxwell (1981)[15] ที่อธิบายว่าทักษะมีความจำเป็นเพื่อช่วยสนับสนุนบุคคลให้ผ่านพ้นกับปัญหาที่เข้ามาคุกคามกับชีวิตได้ อีกทั้งช่วยให้บุคคลสามารถปรับตัวให้เข้ากับสิ่งแวดล้อมได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากนำทั้งสองแนวคิดนี้มาผสมผสานกันจะทำให้โปรแกรมมีประสิทธิภาพมากขึ้น ครอบคลุมในเชิงมิติสุขภาพทุกด้านคือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ กล่าวคือโปรแกรมจะช่วยส่งเสริมความสามารถในตนเอง 4 ด้านคือ 1) การเพิ่มประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ 2) การ

ใช้ตัวแบบ 3) การใช้คำพูดชักจูง 4) การกระตุ้นทางอารมณ์ นอกจากนี้ยังช่วยเพิ่มทักษะชีวิต 3 ด้านคือ 1) ทักษะความรู้ในตนเองและการตระหนักรู้ในตนเอง 2) ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ และ 3) ทักษะการแก้ปัญหา เมื่อนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 1 ผ่านกิจกรรมนี้แล้วจะทำให้เกิดความรู้และทักษะในการดูแลสุขภาวะทางเพศเพิ่มสูงขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาวะทางเพศ ของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ก่อนและหลังได้รับสุขศึกษาโดยการส่งเสริมความสามารถตนเองและทักษะชีวิต

2. เพื่อเปรียบเทียบคะแนนทักษะในการดูแลสุขภาวะทางเพศ ของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ก่อนและหลังได้รับสุขศึกษาโดยการส่งเสริมความสามารถตนเองและทักษะชีวิต

วิธีการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi Experimental Research) เป็นการศึกษาแบบกลุ่มเดียววัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The one groups pretest-posttest design) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ในการดูแลสุขภาวะทางเพศก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรม โดยใช้การส่งเสริมความสามารถตนเองของ Bandura (1997)[14] ร่วมกับการใช้ทักษะชีวิตในการดูแลสุขภาพของ Maxwell (1981)[15]

ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเข้าทำการศึกษากับกลุ่มนิสิตพยาบาล และชี้แจงวัตถุประสงค์ของการทำวิจัย คัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง นัดวันเพื่อดำเนินกิจการและให้เซ็นใบยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย แจกแบบบันทึกข้อมูลทั่วไป และแบบทดสอบความรู้ก่อนการเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเองและทักษะชีวิตในการดูแลสุขภาวะทางเพศ ให้เวลาในการทำ 30 นาที จากนั้นให้เข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 1 และ 2

กิจกรรมครั้งที่ 1 มีดังนี้

1) กิจกรรมการเพิ่มประสบการณ์ที่ประสบความสำเร็จ โดยให้ดูวิดีโอการเล่าประสบการณ์จากรุ่นพี่นิสิตที่ประสบความสำเร็จในด้านการเรียนและความรัก

2) กิจกรรมการใช้ตัวแบบ โดยเชิญรุ่นพี่มาเป็นต้นแบบ เล่าประสบการณ์จากรุ่นพี่ที่ประสบความสำเร็จ

3) กิจกรรมการใช้คำพูดชักจูง โดยให้ฝึกพูด จากบทความชักจูงเพื่อสร้างแรงบันดาลใจในการเรียนและการคบเพื่อนต่างเพศ

4) กิจกรรมการกระตุ้นทางอารมณ์ โดยการบรรยายเพื่อกระตุ้นอารมณ์ให้เกิดความเชื่อมั่นในตนเอง ใช้เวลาทั้งหมด 2 ชั่วโมง 30 นาที นัดกลุ่มตัวอย่างอีกครั้งเพื่อเข้าร่วมกิจกรรมครั้งที่ 2 ในวันถัดไป

กิจกรรมครั้งที่ 2 มีดังนี้

1) กิจกรรมการสร้างทักษะและการตระหนักรู้ในตนเอง โดยการสาธิตและให้สาธิตย้อนกลับเกี่ยวกับทักษะการใช้ถุงยางอนามัย และอภิปรายประเด็นทางเพศ

2) กิจกรรมการสร้างทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ โดยให้ร่วมกันแสดงบทบาทสมมติการคบแฟน และเลือกใช้ประโยคปฏิเสธในสถานการณ์ที่เหมาะสม

3) กิจกรรมการสร้างทักษะการแก้ไขปัญหา โดยให้แสดงบทบาทสมมติจากปัญหาและสถานการณ์ทางเพศ จากนั้นร่วมกันวิเคราะห์ อภิปราย แสดงความคิดเห็น ใช้เวลาทั้งหมด 1 ชั่วโมง 30 นาที

สุดท้ายแจกแบบทดสอบความรู้หลังการเข้าร่วม ใช้เวลาในการทำแบบสอบถาม 30 นาที

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ตัวอย่าง คือ นิสิตพยาบาล ชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ที่ลงทะเบียนเรียนในภาคการศึกษาที่ 1 ปีการศึกษา 2562 โดยกำหนดคุณสมบัติเป็นเกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria) ดังนี้ 1)

ยินดีเข้าร่วมในการศึกษา 2) อายุไม่เกิน 20 ปี มีเกณฑ์การคัดออกจากการศึกษา (Exclusion criteria) ดังนี้ 1) เข้าร่วมโปรแกรมไม่ครบ 2 ครั้ง 2) ข้อมูลแบบสอบถามไม่สมบูรณ์

การกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ คณะผู้วิจัยยึดหลักการกำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างที่เหมาะสมกับการวิจัยกึ่งทดลอง คือ ต้องมีกลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 30 ราย คำนวณการสูญเสียข้อมูลจากการตอบแบบสอบถามที่มีปัญหาข้อมูลไม่ครบถ้วน หรือสูญหาย (Drop out) คิด 10 % จากกลุ่มตัวอย่าง 30 ราย เท่ากับ 3 ราย ดังนั้นกลุ่มตัวอย่างจะได้เท่ากับ 33 ราย คัดเลือกโดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับฉลาก

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 เครื่องมือที่ใช้ในการดำเนินการวิจัย ประกอบด้วย แผนการสอนเรื่องการส่งเสริมความสามารถตนเองและทักษะชีวิตในการดูแลสุขภาวะทางเพศ และคู่มือการส่งเสริมความสามารถตนเองและทักษะชีวิตในการดูแลสุขภาวะทางเพศ โดยพัฒนามาจากจากแผนการสอนของ ประไพรวรรณ ด่านประดิษฐ์ (2561)[2] เรื่องผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถตนเองและการสร้างเสริมทักษะชีวิตต่อความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหญิงกลุ่มเสี่ยงทางเพศ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 1.00

ส่วนที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย

1) แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป สอบถามในประเด็นเรื่อง เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่อยู่อาศัยปัจจุบัน

2) แบบทดสอบความรู้ ก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเอง และทักษะชีวิตในการดูแลสุขภาวะทางเพศ เป็นชุดแบบทดสอบความรู้ จำนวน 35 ข้อ ที่พัฒนามาจาก วรภร ฉิมมี (2559)[5] เรื่อง การพัฒนาชุดการเรียนแบบ ปัญหาพื้นฐานเรื่องการสร้างสุขภาวะทางเพศสำหรับเยาวชนที่ใช้กรอบแนวคิดการเรียนแบบปัญหาพื้นฐาน ร่วมกับการสร้างสุขภาวะทางเพศ ผ่านการตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน มีค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .82 และนำเครื่องมือไป Try out กับนิสิตที่มีคุณสมบัติใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงตรง .83

การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยได้ใช้วิธีการทางสถิติโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปเพื่อวิเคราะห์ข้อมูล ดังนี้

1) ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ที่อยู่อาศัยปัจจุบันวิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD)

2) เปรียบเทียบระดับคะแนนความรู้ก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรมส่งเสริมความสามารถตนเอง และทักษะชีวิตในการดูแลสุขภาวะทางเพศ โดยใช้สถิติ Dependent t-test

สรุปและอภิปรายผล

กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโปรแกรมครบทั้ง 2 ครั้ง และข้อมูลการตอบแบบสอบถามครบถ้วนทั้ง 33 ราย ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง จำนวน 30 คน คิดเป็นร้อยละ 90.90 เป็นเพศชาย 3 คน คิดเป็นร้อยละ 9.10 มีอายุเฉลี่ย 18.77 (SD = 0.61) ส่วนใหญ่ได้รับค่าใช้จ่าย 6,000-9,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 86.4 รองลงมาคือ น้อยกว่า 3,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 13.6 และนิสิตทุกคนพักอยู่ในหอพักของมหาวิทยาลัย

การเข้าร่วมโปรแกรมโดยการส่งเสริมความสามารถของตนเองและทักษะชีวิตพบว่า ภายหลังการเข้าร่วม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในความสามารถของตนเองและทักษะชีวิตเกี่ยวกับการดูแลสุขภาวะทางเพศโดยรวม 4.78 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก สูงกว่าก่อนเข้าร่วมสุขศึกษา 2.42 ซึ่งอยู่ในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่าองค์ประกอบด้านความรู้ของการให้โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถตนเองและทักษะชีวิต ทั้ง 7 ด้านอยู่ในระดับ

ดีมาก ดังนี้ 1) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านการเพิ่มประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ เท่ากับ 4.71 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 3.58 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 2) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านการใช้ตัวอย่างแบบ เท่ากับ 4.80 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 2.81 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 3) ภายหลังการเข้าร่วมสุขศึกษา คะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านการใช้คำพูดชักจูง เท่ากับ 4.95 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 2.41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 4) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านทักษะการกระตุ้นทางอารมณ์ เท่ากับ 5.00 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 2.32 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 5) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านทักษะความรู้ในตนเอง เท่ากับ 5.00 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 1.90 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 6) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ เท่ากับ 4.85 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 1.41 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) 7) ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม คะแนนเฉลี่ยของความรู้ด้านทักษะการแก้ปัญหา เท่ากับ 4.71 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 2.54 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) ดังแสดงในตาราง 1

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้และคะแนนทักษะของการให้สุขศึกษาโดยการส่งเสริมความสามารถตนเองและทักษะชีวิต ระหว่างก่อนและหลังเข้ารับสุขศึกษา

องค์ประกอบด้านความรู้ของการให้สุขศึกษาโดยการส่งเสริมความสามารถตนเองและทักษะชีวิต	ก่อนให้ความรู้		หลังให้ความรู้		t-test	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
คะแนนด้านความรู้ในการส่งเสริมความสามารถตนเองสำหรับการดูแลสุขภาวะทางเพศ						
ด้านการเพิ่มประสบการณ์ที่ประสบผลสำเร็จ	3.58	2.10	4.71	1.13	4.015	.000***
ด้านการใช้ตัวอย่างแบบ	2.81	2.46	4.80	0.84	5.534	.000***
ด้านการใช้คำพูดชักจูง	2.41	2.51	4.95	0.21	5.061	.000***
ด้านการกระตุ้นทางอารมณ์	2.32	2.52	5.00	0.00	5.661	.000***
เฉลี่ยรายด้าน (ด้านความรู้)	2.78	2.39	4.86	0.54	5.067	.000***
คะแนนด้านทักษะการส่งเสริมความสามารถตนเองสำหรับการดูแลสุขภาวะทางเพศ						
ด้านทักษะความรู้ในตนเอง	1.90	2.34	5.00	0.00	6.101	.000***
ด้านทักษะการมีปฏิสัมพันธ์	1.41	2.13	4.85	0.63	5.880	.000***
ด้านทักษะการแก้ปัญหา	2.54	2.47	4.71	1.13	4.614	.000***
เฉลี่ยรายด้าน (ด้านทักษะ)	1.95	2.31	4.85	0.58	5.532	.000***
ผลรวมทุกด้าน (คะแนนเต็ม 5)	2.42	2.36	4.78	0.84	5.768	.000***

***p< .001

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังการให้โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถตนเองและทักษะชีวิต คะแนนความรู้เฉลี่ยในการดูแลสุขภาวะทางเพศเพศ ของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ก่อนให้ความรู้ในการดูแลสุขภาวะทางเพศเพิ่มสูงขึ้น เท่ากับ 4.86 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 2.78 ซึ่งอยู่ในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานการศึกษาข้อที่ 1 ภายหลังการทดลอง คะแนนความรู้ในการดูแลสุขภาวะทางเพศ ของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เพิ่มสูงขึ้น อธิบายได้ว่า การพัฒนากลุ่มตัวอย่างให้เห็นคุณค่าใน

ตนเองตามแนวทางทฤษฎีการรับรู้ความสามารถของตนเองนั้น ต้องได้รับการพัฒนาทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การเพิ่มประสบการณ์จากบุคคลที่ประสบความสำเร็จ การใช้ตัวแบบ การใช้คำพูดชักจูง และการกระตุ้นทางอารมณ์ ซึ่งสามารถนำมาประยุกต์ใช้เพื่อเป็นการเพิ่มการเห็นคุณค่าในตนเองได้ [14] ประกอบกับการใช้เทคนิคการให้ความรู้ที่หลากหลาย เช่น การดูวิดีโอ การเล่าประสบการณ์จากวิทยากร การเล่นบทบาทสมมติ การอภิปราย การศึกษาจากคู่มือ และการใช้คำพูดชักจูง การใช้คำพูดกระตุ้นอารมณ์ กิจกรรมเหล่านี้ทำให้กลุ่มตัวอย่างอยู่ในกิจกรรมที่ไม่น่าเบื่อ เป็นการสร้างให้กลุ่มตัวอย่างมีส่วนร่วม เป็นผู้จัดกระทำต่อสิ่งที่เรียนรู้ ไม่ใช่แค่เพียงรับรู้ข้อมูลเท่านั้น จึงเป็นการเรียนรู้ที่มีส่วนร่วมอย่างแท้จริง เมื่อมีการเรียนรู้อย่างแท้จริงแล้ว ก็จะสามารถทำให้กลุ่มตัวอย่างนั้น เกิดความรู้ที่เชื่อมโยงกับความเข้าใจของตนเองได้ [3] สอดคล้องกับการศึกษาของ แพรวทิพฑ์ สุธีรประเสริฐ (2559)[4] เรื่องผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น ในโรงเรียนเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี ศึกษาในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น 2 โรงเรียน จำนวน 50 คน โดยให้เข้าโปรแกรมจำนวน 4 ครั้ง พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยของคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูงกว่าก่อนการทดลองและสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$) และการศึกษาของ เอ็มวิภา แสงชาติ และรุจิรา ดวงสงค์ (2559)[13] เรื่องผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Facebook) ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในขยสไรต่รตาวัยรุ่น สำหรับนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง ในตัวอย่างจำนวน 85 คน แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ภายหลังการเข้าโปรแกรม กลุ่มทดลองมีคะแนนความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการตั้งครรภ์ เพิ่มสูงขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) และสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .05$)

โปรแกรมการส่งเสริมความสามารถของตนเองและทักษะชีวิตนั้น หลังการเข้าร่วมสุขศึกษาในการดูแลสุขภาวะทางเพศ คะเนนทักษะเฉลี่ยในการดูแลสุขภาวะทางเพศเพศ ของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เพิ่มสูงขึ้น เท่ากับ 4.85 ซึ่งอยู่ในระดับดีมาก สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 1.95 ซึ่งอยู่ในระดับน้อย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เป็นไปตามสมมติฐานการศึกษาข้อที่ 2 ภายหลังการทดลองคะแนนทักษะในการดูแลสุขภาวะทางเพศหลังการเข้าร่วมสุขศึกษาในการดูแลสุขภาวะทางเพศของนิสิตพยาบาลชั้นปีที่ 1 คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น เพิ่มสูงขึ้น อธิบายได้ว่า มนุษย์จำเป็นที่จะต้องมีทักษะชีวิตเพื่อใช้ในการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ เป็นความสามารถของแต่ละบุคคลที่จะเลือกแนวทางการแก้ปัญหาด้วยเหตุผลหรือกิจกรรมบางอย่าง อย่างเหมะสม ด้วยทักษะที่สำคัญ 3 ประการคือ ทักษะด้านความรู้ในตนเอง ทักษะการมีปฏิสัมพันธ์ และทักษะการแก้ปัญหา Maxwell (1981)[15] และการเลือกใช้วิธีการเรียนรู้อย่างตื่นตัว ที่ทำให้ผู้เรียนเรียนรู้จากสถานการณ์จำลอง การใช้บทบาทสมมติ การฝึกปฏิบัติ จะสามารถทำให้กลุ่มผู้เรียนนั้น เกิดทักษะ หรือคุณลักษณะที่ผู้สอนต้องการ เกิดการเชื่อมโยงกับความเข้าใจของตนเองได้ [3] สอดคล้องกับการศึกษาของ เอ็มวิภา แสงชาติ และรุจิรา ดวงสงค์ (2559)[13] เรื่องผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Facebook) ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สำหรับนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 แบ่งเป็นกลุ่มทดลอง 49 คน และกลุ่มควบคุม 36 คน พัฒนาทักษะในการป้องกันการตั้งครรภ์ ผ่านกิจกรรม การบรรยาย การเล่นเกม การระดมสมอง การฝึกทักษะ และการอภิปรายกลุ่ม พบว่า หลังการทดลอง กลุ่มทดลองมีคะแนนทักษะการสร้างสัมพันธภาพระหว่างบุคคล ทักษะการจัดการกับอารมร์และความเครียด สูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) และการศึกษาของสุรสิทธ์ นาคสัมฤทธิ์ (2558)[12] เรื่องการพัฒนาทักษะชีวิตในรั้วมหาวิทยาลัยของนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏกลุ่มรัตนโกสินทร์ ศึกษาในนักศึกษาจำนวน 60 คน พบว่า หลักสูตรการพัฒนาทักษะชีวิตในรั้วมหาวิทยาลัยมีประโยชน์และตรงกับความต้องการของนักศึกษาในระดับมากที่สุด (mean=4.68)

ข้อจำกัดอย่างหนึ่งในการศึกษาคือ จำนวนนิสิตพยาบาลที่ใช้ในการศึกษาค่อนข้างจำกัด จึงทำได้แค่เพียงเปรียบเทียบคะแนนความรู้ก่อนและหลังเข้าโปรแกรม การศึกษาในครั้งต่อไปควรศึกษาเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่างสองกลุ่ม แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เพื่อหาประสิทธิภาพของโปรแกรมที่ต้องการศึกษาต่อไป

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

1.1 จัดให้มีโครงการส่งเสริมความสามารถตนเองและทักษะชีวิต ในช่วงเตรียมความพร้อมนิสิตก่อนเข้าศึกษาในระดับอุดมศึกษา เพื่อเป็นการเตรียมความพร้อมการใช้ชีวิตและทักษะการคบเพื่อนต่างเพศ

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัย

2.1 ควรมีการวิจัยต่อเนื่องเกี่ยวกับผลของโปรแกรมโดยการส่งเสริมความสามารถตนเองและทักษะชีวิตต่อพฤติกรรมทางเพศของนิสิตพยาบาลในระดับอุดมศึกษา

2.2 ศึกษาติดตาม ประเมินคุณภาพโปรแกรมโดยการส่งเสริมความสามารถตนเองและทักษะชีวิต เพื่อการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธนันต์นิภา ภัคศุขนิธิวัฒน์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ที่ให้คำปรึกษาและเปิดโอกาสให้ผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลในนิสิต คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น และอาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิทั้ง 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์อัครเดช ดีอ้อม อาจารย์นภาพร เหลืองมงคลชัย และอาจารย์พันธิพา จารนัย ที่ให้เกียรติตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1.กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง. **ผลสำรวจ วัยรุ่นท้อง เหตุเลียนแบบเพื่อน-สื่อ อีกส่วนถูกคนใกล้ชิดล่วงละเมิด.** https://www.matichon.co.th/local/news_226087 สืบค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2562.

2.ประไพวรรณ ด่านประดิษฐ์ และคณะ. “ผลของโปรแกรมการประยุกต์ใช้ทฤษฎีความสามารถของตนเองและการสร้างเสริมทักษะชีวิตต่อความมั่นใจในการหลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันการตั้งครรภ์ในนักเรียนวัยรุ่นหญิงกลุ่มเสี่ยงทางเพศ”. **วารสารพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.** 30(1) : 11-22, 2561.

3.พิจิตรา ธงพานิช. **วิชาการออกแบบและการจัดการเรียนรู้ในชั้นเรียน.** พิมพ์ครั้งที่ 3. โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยศิลปากร วิทยาเขตพระราชวังสนามจันทร์ นครปฐม, 2560.

4.แพรวทิพฑ์ สุธีรประเสริฐ. “ผลของโปรแกรมการสนับสนุนทางสังคมเพื่อการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่นในโรงเรียนเขตอำเภอเมือง จังหวัดอุบลราชธานี”. **การประชุมวิชาการและนำเสนอผลงานวิจัยระดับชาติ ราชธานีวิชาการ ครั้งที่ 1 สร้างเสริมสหวิทยาการ ผสมผสานวัฒนธรรมไทย ก้าวอย่างมั่นใจเข้าสู่ AC.** มหาวิทยาลัยราชธานี อุบลราชธานี. 1768 – 1783, 2559.

5.วรภร ฉิมมี. **“การพัฒนาชุดการเรียนด้วยการเรียนแบบปัญหาเป็นฐาน เรื่อง การสร้างสุขภาวะทางเพศสำหรับเยาวชน”.** วิทยานิพนธ์ปริญญาศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาเทคโนโลยีและการสื่อสารการศึกษา คณะครุศาสตร์อุตสาหกรรม มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีราชมงคลธัญบุรี. 2559.

6.วารุณี ตั้งศิริ. **ไทยแชมป์ท้องไม่พร้อม.** https://www.thairath.co.th/content/404066. สืบค้นเมื่อ 11 กรกฎาคม 2562

7.สภาการพยาบาล. **แผนยุทธศาสตร์สภาการพยาบาล พ.ศ. 2560-2564**. กระทรวงศึกษาธิการและมาตรฐานการคุณวุฒิสาขาพยาบาลศาสตร์ กรุงเทพฯ, 2559.

8.สภาการพยาบาล. **ยุทธศาสตร์บริการพยาบาล.** http://www.nursing.go.th/?page_id=181. สืบค้นเมื่อ 29 กันยายน 2562,

9.สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย. **การวิเคราะห์สถานการณ์การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นในประเทศไทย.** สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย กรุงเทพฯ, 2558.

10.สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **ร่างยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ พ.ศ. 2560-2569 ตามพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น.** http://rh.anamai.moph.go.th สืบค้นเมื่อ 29 กันยายน 2562.

11.สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์. **สถานการณ์อนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่นและเยาวชน ปี 2560.** กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, 2561.

12.สุรสิทธ์ นาคสัมฤทธิ์. "การพัฒนาทักษะชีวิตในรั้งมหาวิทยาลัยของนักศึกษา มหาวิทยาลัยราชภัฏกลุ่มรัตนโกสินทร์". **SDU Res.** 14(1) : 41-54, 2558.

13.เอ็มวิภา แสงชาติ และรุจิรา ดวงสงค์. "ผลของโปรแกรมสุขศึกษาร่วมกับการใช้สื่ออิเล็กทรอนิกส์ (Facebook) ในการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น สำหรับนักเรียนหญิงระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1". **สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น.** 23(1) : 96-104, 2559.

14.Bandura, A. **Social Learning Theory.** Prentice – Hall New Jersey, 1977.

15.Maxwell, R. **Life afterschool: A Social Skill Curriculum.** Pergamum International Library New York, 1981.

ผลของโปรแกรมเพศศึกษาแบบรอบด้านต่อความรู้ ทัศนคติ และทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ ของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 โรงเรียนเทศบาล 1 อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

THE EFFECTS OF THE COMPREHENSIVE SEX EDUCATION PROGRAM ON KHOWLEDGE, ATTITUDE AND THE SEX REFUSAL SKILL OF THE HIGH SCHOOL AT THETSABAN 1 MUEAG DISTRICT, BURIRAM PROVINCE

นิภาพรรณ มณีโชติวงค์[1]

Nipapan Maneechotwong

(Received: October 5,2020; Accepted: November 3,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ ของนักเรียนมัธยมศึกษา ชั้นปีที่ 1 โรงเรียนเทศบาล 1 อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ กลุ่มทดลองจำนวน 122 คน ทำการเก็บข้อมูลก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพศศึกษาแบบรอบด้านด้วยแบบสอบถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นมีค่าความเชื่อมัน 0.83 และค่าความเที่ยง 0.79 วิเคราะห์ข้อมูลด้วย paired t-test พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านความรู้ ด้านทัศนคติ และทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ ภายหลังการเข้าโปรแกรมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$, 95%CI=0.31766-0.9217), ($p<.01$,95%CI=0.13439-0.1472) และ ($p<.001$, 95%CI=3.1221-9.0489) ตามลำดับ พยาบาลจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และเพิ่มทักษะการปฏิเสธให้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 เพราะเป็นช่วงการปรับเปลี่ยนเข้าสู่วัยรุ่นและยังขาดประสบการณ์

คำสำคัญ: โปรแกรมเพศศึกษาแบบรอบด้าน, เพศสัมพันธ์, นักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น

Abstract

This quasi-experimental study compared knowledge, attitude and the sex refusal skill of the high school at Thetsaban 1, Mueang district, Buriram Province. 112 participants, the experimental group, did the questionnaire with validity 0.83 and reliability 0.79. Data were collected before and after participating the comprehensive sex education program and analyzed by using paired t-test. The result revealed that the scores including knowledge, attitude and sex refusal skill between before and after the program were in the highest level. There was a significant difference than before ($p<.05$, 95%CI=0.31766-0.9217), ($p<.01$,95%CI=0.13439-0.1472) and ($p<.001$, 95%CI=3.1221-9.0489), respectively. For this reason, the registered nurses should benefit this comprehensive sex education program in order to promote knowledge, attitude and the sex refusal skill of the students because of their transition to teenagers and lack of experience.

Keywords: the comprehensive sex education program, sex, junior high school students

[1] อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น

บทนำ

วัยรุ่น คือ กลุ่มประชากรที่มีอายุอยู่ระหว่าง 10–19 ปี [16] เป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญช่วงหนึ่งในชีวิตมนุษย์ เนื่องจากเป็นการก้าวผ่านจากวัยเด็กไปสู่วัยผู้ใหญ่ที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย อารมณ์ จิตใจ และพฤติกรรม ความเปลี่ยนแปลงดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาสังคมที่เพิ่มมากขึ้นในวัยรุ่น เช่น ปัญหาความรุนแรง ปัญหายาเสพติด การใช้สื่อเทคโนโลยีในทางที่ไม่เหมาะสม และที่สำคัญคือปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม เป็นต้น ซึ่งสถานการณ์ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นในสังคมปัจจุบันมีแนวโน้มที่จะเพิ่มความรุนแรงมากขึ้นเรื่อย ๆ จากสถานการณ์ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ พบว่า วัยรุ่นมีปัญหาเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันมากขึ้น การไม่ใช้ถุงยางอนามัย และการคุมกำเนิดอย่างผิดวิธี และจากข้อมูลสถิติการทำแท้งพบว่าส่วนใหญ่ไม่คุมกำเนิด หรือมีการคุมกำเนิดแบบชั่วคราว เช่น การกินยาเม็ดคุมกำเนิด การใช้ถุงยางอนามัย และการกินยาคุมกำเนิดแบบฉุกเฉิน ซึ่งวิธีการต่าง ๆ เหล่านี้ที่ผ่านมาพบว่าวัยรุ่นมีความรู้และความเข้าใจในวิธีการคุมกำเนิดที่คลาดเคลื่อน จนนำไปสู่ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น [11]

ผลการสำรวจของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคพบว่า อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา ดังเช่น พ.ศ. 2555-2559 พบว่ามีอัตราการเจ็บป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อจำนวนแสนคนประชากร เท่ากับ 93.4, 93.6, 103.4, 127.1 และ 143.4 ตามลำดับ และจากรายงานสำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัยปี พ.ศ. 2556 -2559 พบว่าร้อยละของการคลอดซ้ำในวัยรุ่นอายุ 15-19 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้นเช่นกัน โดยพบร้อยละ 11.3, 12.8, 12.2 และ 13.6 ตามลำดับ นอกจากนั้นยังพบว่าข้อมูลการเฝ้าระวังการแท้งของประเทศไทย สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ ปี พ.ศ. 2558 พบว่ามีผู้ที่ทำแท้งมีสถานภาพเป็นนักเรียน และนักศึกษาคิดเป็นร้อยละ 28.6 และ 26.3 ตามลำดับ ทั้งนี้มีอายุต่ำกว่า 20 ปี [13] จากข้อมูลดังกล่าวชี้ให้เห็นว่าอัตราการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นทุกปี และการตั้งครรภ์นี้ส่งผลกระทบตามมาหลายด้าน เช่น ผลกระทบในช่วงเวลาการตั้งครรภ์ มารดาวัยรุ่นจะมีการคลื่นไส้อาเจียนที่รุนแรง ซึ่งเป็นผลมาจากการสะสมความเครียดและฮอร์โมน บางรายต้องออกจากสถาบันการศึกษาเพื่อตั้งครรภ์ นอกจากนี้วัยรุ่นยังสูญเสียการเปลี่ยนแปลงภาพลักษณ์ ทำให้ต้องใส่ผ้ารัดหน้าท้องหรือเสื้อยืดเพื่อรัดไม่ให้หน้าท้องขยายใหญ่จนผิดสังเกตุซึ่งส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ ทำให้ทารกตัวเล็ก พัฒนาการล่าช้า เมื่อเข้าสู่ระยะคลอดอาจพบปัญหาของการคลอดก่อนกำหนด ทารกน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ และระยะหลังคลอดอาจได้รับผลกระทบทางด้านไม่มีน้ำนมให้ทารก ภาวะซึมเศร้า อารมณ์แปรปรวนได้ง่าย การเลี้ยงดูทารกไม่เป็น จนเกิดปัญหาทิ้งทารกไว้ในโรงพยาบาล เป็นต้น [3),(5),(12)

ด้วยปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่นที่กระทบเป็นวงกว้าง ภาครัฐบาลจึงมีมาตรการเพื่อแก้ไขปัญหาโดยการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นระดับชาติ ในปี พ.ศ. 2559โดยประสานความร่วมมือของทุกภาคส่วนในการช่วยกันแก้ไขปัญหา ที่เน้นการเรียนรู้ด้านเพศศึกษา ทักษะชีวิต และระบบการดูแลช่วยเหลือที่เหมาะสม [2] ถึงแม้ว่าจะมีการรณรงค์และมีส่วนร่วมในการแก้ไขการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ทั้งภาครัฐและเอกชนอย่างต่อเนื่อง แต่ปัญหาดังกล่าวก็ยังไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) แนะนำแนวคิดการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น โดยใช้กรอบแนวคิดเพศศึกษารอบด้าน (comprehensive sexuality education) ซึ่งอธิบายว่า เป็นกลวิธีการเรียนการสอนเพศศึกษาที่ตั้งอยู่บนพื้นฐานของสิทธิและให้ความสำคัญกับเพศภาวะ ไม่ว่าจะอยู่ในหรือนอกโรงเรียน มีจุดมุ่งหมายเพื่อให้เด็กและเยาวชนสามารถใช้ความรู้ ทักษะ ทัศนคติ และค่านิยมเพื่อพัฒนามุมมองเชิงบวกด้านเพศ พร้อมกับการพัฒนาด้านอารมณ์และสังคมของตน การจัดการเรียนรู้เพศศึกษารอบด้านมีแนวคิดหลักครอบคลุม 6 มิติ ได้แก่ 1) การพัฒนาตามช่วงวัยของมนุษย์ 2) การมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น 3) การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล 4) พฤติกรรมทางเพศ 5) สุขภาพทางเพศ

และ 6) สังคม และวัฒนธรรม [1] จากการทบทวนวรรณกรรม เรื่องการเปรียบเทียบการใช้แนวคิดเพศศึกษาแบบรอบด้าน และแนวคิดแบบการยับยั้งชั่งใจในตนเองของวัยรุ่นเชื้อชาติแอฟริกาอเมริกัน ศึกษาในวัยรุ่นจำนวน 616 ราย พบว่า ทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมทางเพศและบรรทัดฐานทางสังคมสามารถใช้เป็นตัวทำนายพฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในวัยรุ่นได้ โดยกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเพศศึกษาแบบการยับยั้งชั่งใจในตนเอง มีทัศคติทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยน้อยกว่ากลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเพศศึกษาแบบรอบด้าน และกลุ่มที่ได้รับโปรแกรมเพศศึกษาแบบการยับยั้งชั่งใจในตนเองมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันได้สูงกว่ากลุ่มที่ได้รับ โปรแกรมเพศศึกษาแบบรอบด้าน ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่าโปรแกรมเพศศึกษาแบบรอบด้านสามารถพยากรณ์ทัศนคติที่ดีทางบวกต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้ [15]

ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ โดยใช้โปรแกรมเพศศึกษาแบบรอบด้าน ซึ่งจะเป็นการสนับสนุนแนวทางการไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมของรัฐบาล และเป็นส่วนหนึ่งในการสร้างสรรค์สังคมไทย ให้เป็นสังคมที่น่าอยู่สืบต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อเปรียบเทียบความรู้ ทัศนคติ และทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ ระหว่างก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพศศึกษาแบบรอบด้าน ของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 โรงเรียนเทศบาล 1 อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์

วิธีการวิจัย

เป็นวิจัยกึ่งทดลอง ศึกษาในกลุ่มเดียว วัดผลก่อนและหลังการทดลอง (The one groups pretest-posttest design) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่สามารออกแบบวิธีการศึกษาโดยแบ่งกลุ่มเป็นสองกลุ่มเปรียบเทียบกันได้ เพราะเป็นการจัดโครงการที่จำเป็นต้องให้กลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมทุกคน และให้ได้รับความรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างเท่าเทียมกัน ดังมีขั้นตอนต่อไปนี้

1) ผู้วิจัยทำการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ของมหาวิทยาลัยเวสเทิร์น หมายเลขการรับรองจริยธรรม WTU 2563-0001 จากนั้นทำหนังสือขออนุญาตและชี้แจงการดำเนินโครงการวิจัยให้แก่ผู้อำนวยการโรงเรียน

2) ก่อนดำเนินโครงการ ผู้วิจัยทำการฝึกซ้อมนิสิตพยาบาล ที่จะเป็นผู้ขับเคลื่อนการดำเนินกิจกรรมตามแผนการสอนที่ผู้วิจัยได้กำหนดไว้ โดยให้ใช้คำพูด ประโยคคำถาม เทคนิค และสื่อประกอบต่างๆ ตามแผนการสอนที่กำหนด

3) กลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการสุ่มคัดเลือกเข้าร่วมโครงการวิจัย โดยผู้วิจัยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์และให้เซ็นยินยอมเข้าร่วมโครงการ

4) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม ก่อนเข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 15 นาที

5) แบ่งกลุ่มตัวอย่างเป็น 5 กลุ่มเท่าๆ กัน และให้เข้าฐานกิจกรรม ฐานละ 40 นาที เวียนจนเข้าครบทุกฐาน (ดังแสดงในตาราง 1)

6) ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถาม หลังเข้าร่วมโปรแกรมเป็นเวลา 15 นาที

7) ผู้วิจัยกล่าวสรุปผลการจัดโครงการวิจัยและมอบของที่ระลึกให้กับกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 1 ในเขตเทศบาลเมืองบุรีรัมย์ ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการจับสลากได้เป็น โรงเรียนเทศบาล 1

กลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการคำนวณ n แทนค่าด้วยคะแนนการเรียนรู้ จากการวิจัยเรื่อง ผลของการสอนเพศศึกษารอบด้านต่อความรู้และทักษะการสวมถุงยางอนามัยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ชั้นปีที่ 2 ในกรุงเทพมหานคร ซึ่งมีคะแนนเฉลี่ยแตกต่างกันระหว่างกลุ่มเท่ากับ ร้อยละ 30

สูตร

$$n = \frac{(Z_{\alpha} + Z_{\beta})^2 \sigma^2}{(\mu_1 - \mu_0)^2}$$

n = ขนาดตัวอย่างที่ต้องการ

α = type I error ผู้วิจัยกำหนด ณ ระดับนัยสำคัญ 0.05

$z\alpha$ คือ One–tailed = 1.645

β = type II error ผู้วิจัยกำหนดความคลาดเคลื่อน5 %
หรือ β = 0.05
(ดังนั้น Power = 1- β = 95%)
ดังนั้น ค่า $z\beta$ จากการเปิดตาราง = 1.645
Δ (delta หรือ) = μ2 - μ1 (mean difference) หรือ x 1 - x 2 = ความแตกต่างของ
ค่าเฉลี่ย ทั้ง ค่าเฉลี่ยจาก Pre test และค่าเฉลี่ยจาก Post test = 88
σ = standard deviation of mean difference
เมื่อแทนในสูตร ได้เท่ากับ 111 คน
ผู้วิจัยเผื่อการสูญหายของกลุ่มตัวอย่าง จึงใช้เกณฑ์ 10% คิดเป็น 11 คน
ดังนั้น ขนาดของกลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 122 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

แผนการสอน และคู่มือโปรแกรมการให้ความเรื่องเพศศึกษาแบบรอบด้าน ประกอบไปด้วย 5 ด้านคือ 1) ด้านพัฒนาการตามช่วงวัยของมนุษย์ (Human Development)) หมายถึง การเจริญเติบโตของมนุษย์ตั้งแต่การปฏิสนธิจนถึงเป็นมนุษย์ช่วงเต็มวัย สรีรวิทยาในหญิงตั้งครรภ์และพฤติกรรมทางเพศในแต่ละช่วงวัย 2) ด้านการมีสัมพันธภาพกับผู้อื่น (Relationship) หมายถึง การปรับตัวและการเรียนรู้เพื่ออยู่ในสังคมโดยผ่านพฤติกรรมการสื่อสาร 3) ด้านการการพัฒนาทักษะส่วนบุคคล (Personal skills) หมายถึง เทคนิคการใช้ชีวิตเพื่อการดำรงชีพด้านเพศและการใช้ทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ 4) ด้านการสุขภาพทางเพศ (Sexual Health) หมายถึง การดูแลความสะอาดอวัยวะสืบพันธุ์ การคุมกำเนิดและการป้องกันโรคทางเพศสัมพันธ์ 5) ด้านการสังคมและวัฒนธรรม (Social and Culture) หมายถึง บทบาทและค่านิยมทางเพศ สิทธิทางเพศ อัตลักษณ์ทางเพศ ผลกระทบของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมถึงกรอบการแสดงออกทางเพศที่เหมาะสม โดยโปรแกรมการให้ความรู้ทั้ง 5 ด้าน จะแบบเป็น 5 ฐาน ซึ่งแต่ละฐานจะให้ความรู้ที่สอดคล้องในแต่ละด้าน

แบบบันทึกข้อมูลทั่วไป ประกอบไปด้วยข้อคำถามที่ สอบถามในประเด็น เพศ อายุ ที่อยู่อาศัยปัจจุบัน ส่วนที่ 2 แบบทดสอบความรู้ ทัศนคติ ก่อนและหลัง การเข้าร่วมโปรแกรม เป็นชุด คำถามที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นเอง ตามแนวทางการจัดการเรียนการสอนของของ เบ็ญจมาศ โอฬารรัตน์มณี และวีรยา จึงสมเจตไพศาล (2560)[7] ซึ่งเป็นการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษารอบด้านในสถานศึกษา ผู้วิจัยได้พัฒนาแบบวัดความรู้และ ทัศนคติเพื่อให้สอดคล้องกับกรอบแนวคิดการให้ความรู้เรื่องเพศศึกษา โดยครอบคลุมองค์ประกอบทั้ง 5 ด้าน แบ่งเป็นคำถามวัดเรื่องความรู้เพศศึกษาจำนวน 10 ข้อ คำถามเกี่ยวกับทัศนคติเรื่องเพศศึกษาจำนวน 10 ข้อ และวัดทักษะทางเพศ จำนวน 10 ข้อ รวมจำนวนข้อคำถาม 30 ข้อ ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (content validity) โดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 3 ท่าน ได้แก่ อาจารย์ผู้ทรงคุณวุฒิด้านการผดุงครรภ์ ด้านการพยาบาลเด็กและวัยรุ่น และด้านการพยาบาลจิตเวช โดยเครื่องมือนี้ได้ค่าความตรงตามเนื้อหา 0.83 และค่าความเที่ยง (reliability) เท่ากับ 0.79

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลส่วนบุคคล ได้แก่ เพศ แหล่งที่มีของค่าใช้จ่าย และที่อยู่การพักอาศัย วิเคราะห์โดยใช้ ค่าร้อยละส่วนข้อมูล ด้านเพศ และค่าใช้จ่าย ใช้สถิติ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยด้าน ทัศนคติ และคะแนนทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ก่อนและหลังเข้าร่วมโปรแกรมด้วยใช้ paired t-test

สรุปและอภิปรายผล

1.ข้อมูลทั่วไปกลุ่มตัวอย่างรวม 122 คน เป็นเพศหญิง จำนวน 101 คน คิดเป็นร้อยละ 82.8 เพศชาย จำนวน 20 คน คิดเป็นร้อยละ 16.4 และเพศทางเลือก จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.8 มีอายุเฉลี่ย 13.44 ปี (SD = 0.728) ส่วนใหญ่พักอาศัยอยู่กับผู้ปกครอง (บ้านตนเอง) จำนวน 108 คน คิดเป็นร้อยละ 88.5 รองลงมาพักหอพัก จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 10.7 และพักบ้านญาติ จำนวน 1 คน คิดเป็นร้อยละ 0.8 กลุ่มตัวอย่างได้รับค่าใช้จ่ายโดยเฉลี่ย 2,763 บาท/เดือน (SD = 1.243) ซึ่งส่วนใหญ่ได้รับค่าใช้จ่ายมาจากผู้ปกครอง (บิดา/มารดา) จำนวน 121 คน คิดเป็นร้อย

ละ 99.2 มีเพียง 1 คนที่ได้ค่าใช้จ่ายมาจากการทำงานพิเศษ คิดเป็นร้อยละ 0.8

2. สรุปผลจากการเข้าร่วมโปรแกรมเพศศึกษาแบบรอบด้าน พบว่า ภายหลังการเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มตัวอย่างมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านความรู้ ทัศนคติ และทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ โดยรวม 7.82 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 5.16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) เมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า ด้านความรู้ต่อการปฏิเสธมีเพศสัมพันธ์ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 9.98 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 7.59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) ด้านทัศนคติต่อการปฏิเสธการมีสัมพันธ์ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 4.54 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 3.48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .01$) และด้านทักษะต่อการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 9.96 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 5.16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) ดังแสดงในตาราง 2

ตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยรายด้านก่อนให้ความรู้และหลังให้ความรู้

การประเมินรายด้าน	ก่อนให้ความรู้		หลังให้ความรู้		t-test	p-value
	$\bar{x}$	S.D.	$\bar{x}$	S.D.		
ด้านความรู้ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	7.59	0.54	9.98	0.45	3.598	.019*
ด้านทัศนคติ (คะแนนเต็ม 5 คะแนน)	3.48	0.38	4.54	0.31	1.589	.001**
ด้านทักษะ (คะแนนเต็ม 10 คะแนน)	2.42	0.49	9.96	0.24	5.061	.000***
ผลรวมทุกด้าน	5.16	0.47	7.82	0.61	5.748	.000***

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

ผลการศึกษาพบว่า ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมเพศศึกษาแบบรอบด้าน คะแนนเฉลี่ยในภาพรวมทุกด้านของกลุ่มตัวอย่างมีคะแนนสูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม สอดคล้องกับการศึกษาของ นริสานันท์ เดชสุระ (2558)[6] ได้พัฒนาและประเมินชุดฝึกอบรมทักษะการจัดการเรียนรู้เพศศึกษารอบด้าน สำหรับนักศึกษาคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ โดยการจัดการเรียนรู้เพศศึกษารอบด้าน พบว่า นักศึกษาที่เข้าร่วมชุดฝึกอบรม มีผลการประเมินทั้งด้านความรู้ความเข้าใจ เจตคติ และทักษะการจัดการเรียนรู้สูงกว่าก่อนการเข้ารับการอบรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .01$)

เมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ด้านความรู้ต่อการปฏิเสธมีเพศสัมพันธ์ ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 9.98 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 7.59 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) สอดคล้องกับ การศึกษาของ พัชนียา เชียงตา และคณะ (2561) [9]ซึ่งได้ประยุกต์หลักการของเพศศึกษารอบด้านพัฒนาเป็นโปรแกรมส่งเสริมสุขภาวะทางเพศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในเขตเทศบาลเมืองสระบุรี พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นกว่าก่อนการทดลองอย่างมีนัยสำคัญ ($p< .01$) และการศึกษาของพัชราวรรณ จันร์เพชร และฉัตรสุดา ดีพร้อม (2562)[10] ได้ศึกษาผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนความรู้ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าการจัดโปรแกรมการสอนเพศศึกษาแบบรอบด้านเป็นกระบวนการเรียนรู้ที่ดีอย่างหนึ่ง เพื่อทำให้นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์

เป็นการช่วยเตรียมนักเรียนให้สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมความรู้ทางเพศที่เหมาะสมได้

ผลจากการศึกษาด้านทัศนคติต่อการปฏิเสธการมีสัมพันธ์ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 4.54 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 3.48 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .01$) สอดคล้องกับการศึกษาของ พัชนียา เชียงตา และคณะ (2561)[9] ที่พบว่าคะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติต่อการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นสูงกว่าก่อนทดลองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .01$) และการศึกษาของ นริสานันท์ เดชสุระ (2558)[6] เรื่องการพัฒนาชุดฝึกอบรมทักษะการจัดการเรียนรู้เพศศึกษารอบด้านสำหรับนักศึกษาคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ พบว่า นักศึกษาที่เข้าร่วมชุดฝึกอบรม มีผลการประเมินด้านทัศนคติภายหลังเข้าร่วมสูงกว่าก่อนเข้าร่วมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) รวมทั้งการศึกษาของ ชฎารัตน์ แก้วเวียงเดช และพัดชา หิรัญวัฒนกุล (2559)[4] เรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม พบว่า คะแนนเฉลี่ยด้านทัศนคติ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมการสอนเพศศึกษา เป็นกระบวนการหนึ่งที่สามารถปรับความคิดทัศนคติด้านเพศให้กับนักเรียนได้ โดยผู้ที่เข้าร่วมโปรแกรมนั้นจะมีทัศนคติที่ถูกต้องต่อการป้องกันตนเองจากการมีเพศสัมพันธ์ และเข้าใจปัญหาความเสี่ยงด้านเพศในวัยรุ่น

และผลการศึกษาของโปรแกรมเพศศึกษาแบบรอบด้านต่อทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ภายหลังเข้าร่วมโปรแกรมมีคะแนนเฉลี่ย 9.96 สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรม 5.16 อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p< .001$) สอดคล้องกับการศึกษาของ เบ็ญจมาศ โอฬารรัตน์มณี และวีรยา จึงสมเจตไพศาล (2560)[7] เรื่องผลของการสอนเพศศึกษารอบด้านต่อความรู้และทักษะการสวมถุงยางอนามัยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ชั้นปีที่ 2 ในกรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มควบคุมได้รับการสอนเพศศึกษาจากโรงเรียนตามปกติ ส่วนกลุ่มทดลองได้รับการสอนด้วยโปรแกรมเพศศึกษารอบด้าน พบว่า กลุ่มทดลองภายหลังได้รับการสอนเพศศึกษารอบด้าน มีค่าเฉลี่ยคะแนนทักษะการสวมถุงยางอนามัยกับโมเดลหลังการทดลองสูงกว่ากลุ่มควบคุมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .01$) และการศึกษาของ พัชราวรรณ จันร์เพชร และฉัตรสุดา ดีพร้อม (2562)[10] พบว่าภายหลังเข้าร่วมโปรแกรม กลุ่มทดลองมีค่าเฉลี่ยคะแนนด้านพฤตกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าก่อนเข้าร่วมโปรแกรมอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .001$) แสดงให้เห็นว่าโปรแกรมนี้สามารถช่วยให้นักเรียนเกิดทักษะในการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตั้งครรภ์ไม่พร้อม โดยการใช้ถุงยางอนามัย รวมทั้งทักษะในการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ได้

โปรแกรมเพศศึกษาแบบรอบด้าน ให้ผลลัพธ์ต่อผู้เข้าร่วมโปรแกรมเป็นอย่างดี ช่วยเพิ่มความรู้ ปรับทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันตนเองในด้านการมีเพศสัมพันธ์ และเพิ่มทักษะในการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ และทักษะการคุมกำเนิด สอดคล้องกับการศึกษาของ Shepherd, et al., (2017) ที่ได้เปรียบเทียบโปรแกรมเพศศึกษาแบบรอบด้าน (comprehensive sexuality education) กับโปรแกรมเพศศึกษาแบบ abstinence-only sexuality education พบว่ากลุ่มทดลอง มีทัศนคติที่ดีต่อพฤติกรรมทางเพศและบรรทัดฐานทางสังคม สามารถใช้เป็นตัวทำนายพฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยได้ รวมทั้งการศึกษาของ พจนา หันจางสิทธิ์ และกาญจนา เทียนลาย (2558)[8] เรื่องพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่น ได้ทำการสำรวจพบว่า นักเรียนวัยรุ่นมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีความรู้ต่ำ ไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ ($p< .001$) นอกจากนี้อายุการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เฉลี่ย 14.5 ปี ข้อเสนอแนะของงานวิจัยสนับสนุนให้มีการจัดหลักสูตรเพศศึกษารอบด้านให้ขยายไปทั่วทุกโรงเรียนในประเทศไทย ให้สอนและสาธิตการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งจะช่วยลดความเสี่ยงการติดเชื้อและการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นได้ และการศึกษาเชิงคุณภาพของ Makleff, et al., (2019)[14] ยังพบบทบาทของเพศศึกษาแบบรอบด้านในการป้องกันการใช้ความรุนแรงในคู่รักวัยรุ่นแม็กซิโก การศึกษานี้เป็นการวิจัยกึ่งทดลองระยะยาว (longitudinal quasi-experimental study) เก็บข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์เชิง

ลึก (in-depth interview) และการสนทนากลุ่ม (focus group) พบว่าองค์ประกอบสำคัญ 4 ประการของหลักสูตรเพศศึกษารอบด้านในคู่รัก คือ 1) การจูงใจให้คู่รักแสดงพฤติกรรมที่นุ่มนวลโรแมนติกในการแสดงออกถึงความรัก 2) พัฒนาทักษะการสื่อสารเกี่ยวกับเพศที่เหมาะสม 3) ส่งเสริมพฤติกรรมการแสวงหาการดูแล (care-seeking behavior) และ 4) สร้างบรรทัดฐานที่ถูกต้องเกี่ยวกับเพศ เช่น การลดการเลือกปฏิบัติต่อความหลากหลายทางเพศ เป็นต้น

ดังนั้น ผลการศึกษาโปรแกรมเพศศึกษาแบบรอบด้านนี้ สามารถนำไปใช้เปรียบทียบความรู้ ทัศนคติ และทักษะการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ ของนักเรียนมัธยมศึกษา ชั้นปีที่ 1 โรงเรียนเทศบาล 1 อำเภอเมือง จังหวัดบุรีรัมย์ได้โดยทำให้คะแนนเฉลี่ยภายหลังเข้าโปรแกรมเพิ่มสูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ พยาบาลจึงควรนำโปรแกรมนี้ไปใช้เพื่อส่งเสริมความรู้ ทัศนคติ และเพิ่มทักษะการปฏิเสธให้กับนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 เพราะเป็นช่วงการปรับเปลี่ยนเข้าสู่วัยรุ่นและยังขาดประสบการณ์

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะในการปฏิบัติ

1.1 ควรนำโปรแกรมเพศศึกษาแบบรอบด้านไปใช้ดำเนินกิจกรรมในโรงเรียนทั้งระดับ ประถมศึกษาตอนปลาย มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา

2. ข้อเสนอแนะในการวิจัย

2.1 ควรมีการวิจัยต่อเนื่องเกี่ยวกับผลของโปรแกรมเพศศึกษาแบบรอบด้านในมิติความหลากหลายทางเพศ

2.2 ศึกษาติดตามพฤติกรรม และประเมินคุณภาพการจัดโปรแกรมเพศศึกษาแบบรอบด้าน ในระยะ 3 - 6 เดือน

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ที่อนุมัติทุนวิจัยในการดำเนินงานครั้งนี้ รวมทั้ง ผู้ช่วยศาสตราจารย์ธนันต์นิภา ภัคศุขนิธิวัฒน์ คณบดีคณะพยาบาลศาสตร์ บุรีรัมย์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น ที่ให้คำแนะนำและการสนับสนุน ขอขอบพระคุณผู้อำนวยการและรองผู้อำนวยการ โรงเรียนเทศบาล 1 “บุรีราษฎร์ครุณวิทยา” จังหวัดบุรีรัมย์ ที่ให้การต้อนรับและเปิดโอกาสให้คณะผู้วิจัยได้ดำเนินกิจกรรมด้วยความเรียบร้อย

เอกสารอ้างอิง

1.กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ. **แนวทางการดำเนินงานเพศวิถีศึกษาโดยกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ: การให้ความสำคัญแก่สิทธิมนุษยชนและเพศภาวะ**. กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ สำนักงานประจำประเทศไทยกรุงเทพฯ, 2558.

2.กิตติพงศ์ แซ่เจ็ง. **ผลสำรวจ วัยรุ่นท้อง เหตุเลียนแบบเพื่อน-สื่อ อีกส่วนถูกคนใกล้ชิดล่วงละเมิด.** https://www.matichon.co.th/local/news_226087 สืบค้นเมื่อ 30 ธันวาคม 2562.

3.จิรานุวัฒน์ ศรีแก้ว. “อุบัติการณ์และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น”. **พุทธชินราชเวชสาร.** 34(2) : 161-168, 2560.

4.ชฎารัตน์ แก้วเวียงเดช และพัดชา หิรัญวัฒนกุล. “ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น เขตอำเภอเมือง จังหวัดนครพนม”. **วารสารพยาบาลทหารบก.** 17(3) : 168-177, 2559

5.ทิพย์วรรณ บุณยาภรณ์ และชุติกาญจน์ แซ่ตั้น. “บทบาทพยาบาล: การจัดการความเครียดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น”. **วารสารเครือข่ายวิทยาลัยพยาบาลและการสาธารณสุขภาคใต้.** 4(3) : 271-281, 2560.

6.นริสานันท์ เดชสุระ. “การพัฒนาชุดฝึกอบรมทักษะการจัดการเรียนรู้เพศศึกษารอบด้านสำหรับนักศึกษาคณะครุศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏ”. **วารสารวิจัยและพัฒนาวไลยอลงกรณ์ ในพระบรมราชูปถัมภ์.** 10(20) : 203-215, 2558.

7.เบ็ญจมาศ โอฬารรัตน์มณี และวีรยา จึงสมเจตไพศาล. “ผลของการสอนเพศศึกษารอบด้านต่อความรู้และทักษะการสวมถุงยางอนามัยของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ชั้นปีที่ 2”. **วารสารพยาบาลศาสตร์.** 35(1) : 48-60, 2560.

8.พจนา หันจางสิทธิ์ และกาญจนา เทียนลาย. “พฤตกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่น”. **วารสารสาธารณสุขศาสตร์.** 45(3) : 272-284, 2558.

9.พัชนียา เชียงตา และคณะ. “ผลของโปรแกรมส่งเสริมสุขภาวะทางเพศเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เขตเทศบาลเมืองสระบุรี”. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี กรุงเทพ.** 34(2) : 101-111, 2561.

10.พัชราวรรณ จันร์เพชร และฉัตรสุดา ดีพร้อม. “ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 1 อำเภอโพนทอง จังหวัดร้อยเอ็ด”. **วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ.** 42(4) : 92-101, 2562.

11.สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. **นโยบายและยุทธศาสตร์การวางแผนครอบครัว และสิทธิประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในสตรี ปีงบปราณ พ.ศ. 2557-2561**. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี, 2557.

12.สุกัญญา สุรังสี. “การศึกษาปัจจัยป้องกันด้านบุคคลและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนขยายโอกาสทางการศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดชลบุรี”. **วารสารวิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี**. 21(2) : 17-26, 2558.

13.สุนีรัตน์ จันทร์ศรี และบุษยนาฎ เรืองรอง. “ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าของมารดาวัยรุ่นหลังคลอด”. **วารสารพยาบาลทหารบก**. 18(3) : 236-243, 2560.

14.Makleff, S., et al. “Preventing Intimate Partner Violence Among Young People—a Qualitative Study Examining the Role of Comprehensive Sexuality Education”. **Sexuality Research and Social Policy.** 1-12, 2019.

15.Shepherd, L. M., et al. “Comparison of comprehensive and abstinence-only sexuality education in young African American adolescents”. **Journal of adolescence.** 61 : 50-63, 2017.

16.WHO. **Adolescent Pregnancy**. http://www.who.int/Maternal_child_ adolescent/topics/maternal/adolescent pregnancy/en/. Retrieved December 30, 2021.

ฟอร์มาลินในผลไม้ อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์

Formalin contents in Fruits in SomdetDistrict, Kalasin Province

สาลินี ชัยนนนอก[1]และธีรนาถ สุวรรณเรือง[1]

Salinee Chainonnok[1] , Teeranart Suwanruang[1]

(Received: November 19,2020; Accepted: December 25,2020)

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์ ในการศึกษาหาปริมาณฟอร์มาลินในผลไม้ ในอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาหาปริมาณฟอร์มาลินในผลไม้ทั้ง 4 ชนิด ได้แก่กล้วยหอม ส้มสายน้ำผึ้ง แอปเปิ้ลเขียว และแอปเปิ้ลแดงสด ทำการวิเคราะห์หาปริมาณฟอร์มาลินโดยวิธีดูดกลืนคลื่นแสงด้วยเครื่องสเปกโตรโฟโตมิเตอร์ ที่ ความยาวคลื่น 415 นาโนเมตร ผลการศึกษา พบว่า มีปริมาณฟอร์มาลินในกล้วยหอม, ส้มสายน้ำผึ้ง, แอปเปิ้ลเขียว และแอปเปิ้ลแดง ดังนี้ 6.4 ppm, 2.2 ppm, 5.8 ppm และ 2.5 ppm ตามลำดับ ดังนั้นผู้วิจัยจึงคาดว่างานวิจัย ชิ้นนี้ จะมีประโยชน์กับ สุขภาพของผู้ที่บริโภคต่อการเลือกซื้อผมไม้สดมาบริโภค

คำสำคัญ : ฟอร์มาลิน, กล้วยหอม, ส้มสายน้ำผึ้ง, แอปเปิ้ลเขียว และแอปเปิ้ลแดง

Abstract

This objective of this research was to study formalin contents in fruits in SomdetDistrict, KalasinProvince The method was to analysisamount of formalin in all 4 types of fruits, such as bananas, oranges green apples, red apples,respectively. Formalin quantitative analysis was performed by using spectrophotometer at 415 nm. The results found that formalin contents in bananas, oranges, green apples and red apples were6.4 ppm, 2 .2 ppm,5 .8 ppm and 2.5 ppm respectively. Therefore, the researcher expects that this research will be useful to the health of the consumers.

keywords: formalin, bananas, oranges, green apples and red apples

[1] สาขาวิทยาการสิ่งแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ คณะวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีสุขภาพ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

บทนำ

ฟอร์มาลินเป็นสารเคมีที่มีส่วนประกอบของฟอร์มาลดีไฮด์ 37% ลักษณะใส ไม่มีสี กลิ่นฉุน มีฤทธิ์ระคายเคือง โดยทั่วไปใช้ฟอร์มาลินมีไว้เพื่อการฆ่าเชื้อรา เชื้อแบคทีเรีย ใช้ในอุตสาหกรรมใช้ใน อุตสาหกรรมการเกษตร ใช้ในทางการแพทย์ ใช้ในเครื่องสำอาง[1] ในปัจจุบันมีการนำมาใช้ผิดประเภทคือใส่ในอาหารทะเล หรืออาจมีความเสี่ยงในอาหารสด ผักและผลไม้ โดยเฉพาะพวกผักและผลไม้ที่เน่าเสียไวซึ่งฟอร์มาลีนก่อให้เกิดอันตรายมากมาย เมื่อเราทานผักและผลไม้ที่มี ส่วนผสมของฟอร์มาลีนเข้าไป[3],[6] จะส่งผลเสียต่อร่างกายมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปริมาณของฟอร์มาลินที่ร่างกายได้รับ[2] เมื่อเราได้สัมผัสกลิ่นฟอร์มาลิน ก็จะมีอาการฉุน แสบคอ เกิดอาการผิดปกติต่อระบบทางเดินหายใจได้แล้ว บางคนทานเข้าไปจนเกิดอาเจียน เสีย เลือดมากจนถึงขั้นเสียชีวิตก็มี เพราะทางเดินอาหารเกิดการไหม้จากสารฟอร์มาลีนที่มีความเป็นกรด หรือเมื่อ ได้รับในปริมาณที่เข้มข้นก็จะท าให้เลือดเป็นกรดเกิดภาวะช็อค ความดันตก และตามมาด้วยการเสียชีวิต แต่โดยส่วนใหญ่แล้วหากจะเกิดอาการรุนแรงอย่างที่ว่านี้ได้ มักจะมาจากเหตุจงใจหรือการท าร้ายตัวเองมากกว่าวิธีสังเกต ในการเลือกซื้ออาหารสดหรือตรวจสอบว่ามีสารฟอร์มาลินหรือไม่ ให้เราดูว่าร้านนั้น ๆมีกลิ่นฉุนของสารเคมีแปลกๆ แสดงว่าต้อง มีการแช่ฟอร์มาลีนมาอย่างแน่นอนให้หลีกเลี่ยงในการซื้อมาบริโภค[5] หากเป็นอาหารสดต้องสดเสมอกันไม่มี ส่วนใดส่วนหนึ่งเปื่อยหรือส่วนใดส่วนหนึ่งแข็งสด ส่วนใหญ่ฟอร์มาลีนจะนิยมใส่ในผักและผลไม้เพราะผักและผล ไม้นี้มีการเน่าเสียง่ายผักก็มีอยู่บ้าง[7]

ปัจจุบันมีสารฟอร์มาลินนี้ใช้ประโยชน์อย่างกว้างขาวงกว้างขวางทั้งด้านการแพทย์ ด้านอุตสาหกรรม ด้านการเกษตร และด้านอื่นๆ ทำให้มีการเจือปนอยู่ในสิ่งแวดล้อมรอบมากขึ้นสารฟอร์มาลีนอาจจะ ปนเปื้อนอยู่ในรูปแบบของอาหารโดยการปนเปื้อนหรือจงใจใส่เพื่อการรักษาสภาพอาหารให้สดอยู่ได้นาน ในอาหารสดอาหารแช่แข็งและเป็นตลาดหลักที่มีผู้คนจำนวนลดปริมาณการกินที่เสี่ยงอันตรายต่อสุขภาพร่างกายที่ได้รับสารฟอร์มาลิน และถ้าผู้ที่สัมผัส[4]

ดังนั้นคณะผู้วิจัยจึงมีความสนใจวิเคราะห์สารฟอร์มาลินในผลไม้ 4 ชนิดอันได้แก่กล้วยหอม ส้มสายน้ำผึ้ง แอปเปิ้ลเขียว และแอปเปิ้ลแดงสด และทำการวิเคราะห์หาปริมาณฟอร์มาลินโดยวิธีดูดกลืนคลื่นแสงด้วยเครื่องสเปกโตรโฟโตมิเตอร์

วิธีการวิจัย

ศึกษาและเปรียบเทียบปริมาณฟอร์มาลิน ในผลไม้ทั้ง 4 ชนิด ได้แก่กล้วยหอม ส้มสายน้ำผึ้ง แอปเปิ้ลเขียว และแอปเปิ้ลแดง โดยทำการเก็บตัวอย่าง ในช่วงเดือนพฤศจิกายนธันวาคม 2562

ทำการวิเคราะห์ปริมาณฟอร์มาลินในผลไม้ด้วยเครื่องสเปคโตรโฟโตมิเตอร์ตามวิธีของ Nah Reagent [8],[9] มีขั้นตอนดังนี้ นำตัวอย่างบดให้ละเอียดแล้วชั่ง 5 กรัมเติมไตรครอโรอะซิติกแอซิก6% 10mlสกัดซ้ำด้วยไตรคอโรอะซิติกแอซิก 10 mlนำมาผสมด้วยเครื่องปั่นกรองด้วยกระดาษกรองเบอร์ 1นำมาปรับปริมาณด้วยนำกลั่น 50 ml ดูดมา 5 ml เติม Nash 2 ml นำกระดาษฟรอย์ อลูมิเนียมปิดหลอดทดลอง นำไปอุ่นด้วยอ่างควบคุมอุณหภูมิ 60°c 30 นาที นำตัวอย่างที่ได้ไปหวัดค่าดูดกลืนแสงด้วยเครื่องสเปกโทรโฟโตมิเตอร์ ที่ความยาวคลื่น 415 นาโนเมตร บันทึกข้อมูลเทียบกับกราฟมาตรฐานฟอร์มาลิน

ผลการวิจัย

ปริมาณฟอร์มาลินการปนเปื้อนในกล้วยหอม ในอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีปริมาณฟอร์มาลินในกล้วยหอม ทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งที่ 1 มีค่ามีเฉลี่ยเท่ากับ 1.21 ppm ครั้งที่ 2 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ เท่ากับ 4.19 ppm ครั้งที่ 3 มี

ค่าเฉลี่ยเท่ากับ 15.54 ppm และครั้งที่ 4 มีค่าฉลี่ยเท่ากับ 4.19 ppm

ปริมาณฟอร์มาลินในส้มสายน้ำผึ้ง ใน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีปริมาณฟอร์มาลินในส้มสายน้ำผึ้งมีค่าทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.44 ppm ครั้งที่ 2 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.11 ppm ครั้งที่ 3 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.53 ppm และครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.78 ppm

ปริมาณฟอร์มาลินในแอปเปิ้ลเขียว ใน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่ามีปริมาณฟอร์มาลินในแอปเปิ้ลเขียวทั้งหมด 4 ครั้ง ครั้งที่ 1 มีเค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.58 ppm ครั้งที่ 2 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.42 ppm ครั้งที่ 3 มีค่าเท่ากับ 6.61 ppm และครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 5.69 ppm

ปริมาณฟอร์มาลินในแอปเปิ้ลแดง ในอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ พบว่าปริมาณฟอร์มาลินในแอปเปิ้ลแดงในห้างสรรพสินค้ามีค่ามีทั้งหมด 4.ครั้ง ครั้งที่ 1 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 0.83 ppm ครั้งที่ 2 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 1.77 ppm ครั้งที่ 3 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.59 ppm และครั้งที่ 4 มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 3.98 ppm

สรุปและอภิปรายผล

จากการตรวจวิเคราะห์ปริมาณฟอร์มาลินในกผลไม้ 4 ชนิด ดังนี้ กล้วยหอม ส้มสายน้ำผึ้ง แอปเปิ้ลเขียว และ แอปเปิ้ลแดงในเดือน กันยายน-ธันวาคม พ.ศ. 2562 พบว่าปริมาณฟอร์มาลินที่ตรวจพบนั้นอยู่ในช่วง 1.21-15.54-ppmซึ่งจากการศึกษาพบว่ายังอยู่ในระดับไม่เป็นอันตรายต่อผู้บริโภค แต่หากมีการสะสมระยะยาวคือปริมาณฟอร์มาลินในระดับระหว่าง 150-5,000 ppm หากบริโภคเข้าไปอาจเกิดการระคายเคืองและปวดแสบปวดร้อนที่ปากและคอ

จากงานวิจัยครั้งนี้พบการปนเปื้อนฟอร์มาลินในกล้วยหอม, ส้ม และแอปเปิ้ลซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ M. A. Islam, M. E.Haque and M. K. Hossain and M. S Hossen (2015)[10] ได้ทำการศึกษาฟอร์มาลินแอปเปิ้ล กล้วยจากตลาดท้องถิ่น ตรวจพบฟอร์มาลิน 10ppm จากตัวอย่างแอปเปิ้ลและกล้วยและจากงานวิจัยของ FarrhinNowshad, Md N. Islam, and MohidusS.Khan, 2018 จากพบการสะสมของฟอร์มาลินในผักผลไม้สด ซึ่งเกิดขึ้นเองตามกระบวนการทางชวเคมีของผักผลไม้เองโดยเฉพาะหากทิ้งผักหรือผลไม้ไว้จะมีปริมาณฟอร์ลินที่เพิ่มขึ้นด้วย

จากการวิเคราะห์หาฟอร์มาลินในผลไม้ โดยทำการวิเคราะห์ด้วยเครื่องสเปกโตรโฟมิเตอร์ พบว่าปริมาณฟอร์มาลินในกล้วยหอม ส้มสายน้ำผึ้ง แอปเปิ้ลเขียว และแอปเปิ้ลแดงสด อำเภอ สมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการปนเปื้อนสารฟอร์มาลินโดยพบในทุกตัวอย่าง ที่ทำการทดสอบ จากการวิจัยพบว่าผลการศึกษากล้วยหอมมีค่าฟอร์มาลินช่วงระหว่าง 1.21-15.54 ppm, ส้มสายน้ำผึ้งมีค่าฟอร์มาลินช่วงระหว่าง 1.44– 2.78 ppm, แอปเปิ้ลเขียวมีค่าปริมาณฟอร์มาลินช่วงระหว่าง 5.42–6.61 ppm, แอปเปิ้ลแดงมีค่าปริมาณฟอร์มาลินช่วงระหว่าง 0.83-3.98 ppm, ตามลาดับ

ผลไม้สดที่จำหน่ายใน อำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ มีการปนเปื้อนสารฟอร์มาลินซึ่งอาจเกิดจากขบวนการชีวเคมีของผลไม้เองที่หากเก็บไว้เป็นเวลานานจะมีปริมาณฟอร์มาลินสะสมอยู่ ดังนั้นจึงควรบิโภคผลไม้ที่สดใหม่มากกว่าผลไม้ที่เก็บไว้นาน[8]

เอกสารอ้างอิง

1. กนกพรธัญมณีสิน, 2557**ระบาดวิทยาของการปนเปื้อนฟอร์มาลินในอาหารสดในบางจังหวัดของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ปีงบประมาณ 2557**วิทยาลัยการคุ้มครองผู้บริโภคด้านยาและสุขภาพแห่งประเทศไทยสภาเภสัชกรรมกลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภคสานักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

2. จรรยา ศรีบุญ, พิษบง ดีดวงพันธุ์, ธีรนาถ สุวรรณเรือง. (2562). การศึกษาการปนเปื้อนฟอร์มาลินในปลาทูและปลาซาบะ ในตลาด อ าเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์. วารสารวิทยาการสิ่งแวดล้อมไทย ปีที่ 2(4), 2562: 10 - 15.

3. จันทิมา ศรีสวัสดิ์, 2559**ผลการแก้ไขปัญหาการปนเปื้อนฟอร์มาลินในปลาหมึกกรอบและสไบนางโดยความร่วมมือของผู้ประกอบการ จังหวัดลำปาง** วารสารเภสัชศาสตร์อีสาน 11(ฉบับ พิเศษ): 277-286

4. พิษสบง ดีดวงพันธ์ จรรยา ศรีบุญ และ ธีรนาถ สุวรรณเรือง (2562) การศึกษาเปรียบเทียบปริมาณฟอร์มาลินในหมึกกล้วยและหมึกยักษ์ ในตลาดอำเภอสมเด็จ จังหวัดกาฬสินธุ์ การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยกาฬสินธุ์

5. ภูมภัสส์ พุทธ์ผดุงวิพล 2559**การตรวจการปนเปื้อนสารฟอร์มาลินในปลาหมึกสดและก้งสดในพื้นที่ชุมชน เมืองเอก จังหวัดปทุมธานี**การประชุมวิชาการระดับชาติ มหาวิทยาลัยรังสิต

6. วิชุตา สมจริต, 2559**การสำรวจหาสารฟอร์มาลินที่ปนเปื้อนในอาหารทะเลที่นิยมบริโภคจากตลาดสดและตลาดนัดในอำเภอเมือง อำเภอศรีบุญเรือง และอำเภอนากลาง จังหวัดหนองบัวลำภู** วิทยาลัยพิชญบัณฑิต

7. สำนักคุณภาพและความปลอดภัยอาหาร 2561 ฟอร์มาลดีไฮด์ในอาหาร กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, 2561. 48 หน้า

8. FarrhinNowshad, Nazibul Islam and MohidusSamad Khan 2018 Concentration and formation behavior of naturally occurring formaldehyde in foods Concentration and formation behavior of naturally occurring formaldehyde in foods

9. JamanNiloy, et al. 2015 Determination of formaldehyde content by spectrophotometric method in some fresh water and marine fishes of Bangladesh. Int J Fish Aquat Stud. 2015;2(6):94–8.

10. M. A. Islam, M. E.Haque and M. K. Hossain and M. S Hossen (2015) Investigation of formalin and ethepon in some fruits of three local markets of Mymensingh district using gas chromatograph 13(1): 7–12, 2015

การศึกษาความเต็มใจที่ช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานในชีวิตจริงหลังจากได้รับความรู้ในเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและได้รับการประเมินว่ามีทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสม

The Effect of Basic Life Support (BLS) Education on Secondary School Students' Willingness to and Reasons not to Perform BLS in Real Life

ณัฐพล สัตย์ซื่อ[1], สุวิมล ฆารสมภา[2], วชิระ ชนะบุตร[2], กมลชนก คงสมมาตย์[2]
ฉินช์ญารัตน์ มณีพงษ์[2], พิสิฐ แสบงบาล[2]
Nattapon Satsue[1] Suvimol Khansompop [2] Vachira Chanabutr [2]
Kamonchanok Kongsommat[2] Ninyarat maneepong[2] Pisit sabangban[2]

(Received: October 19,2020; Accepted: November 25,2020)

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษากึ่งทดลอง ผู้เข้าร่วมวิจัยทั้งหมด 241 คน ได้รับคัดเลือกจากโรงเรียนมัธยมในจังหวัดกาฬสินธุ์ระหว่างเดือน ธันวาคม 2562 อายุ 17-18 ปี เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลใช้แบบสอบถามที่มีค่าความเชื่อมั่นโดยเฉลี่ย 0.8 วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาและทดสอบความแตกต่างของค่าเฉลี่ยความรู้ก่อนและหลังเข้ารวมโปรแกรมโดยใช้สถิติ Paired Sample T-test มีการจัดกิจกรรมโปรแกรมการสอนสำหรับการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน พร้อมกับการสอนการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความเข้าใจในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมากขึ้นจาก 44.71% เป็น 61.62% หลังจากผ่านการอบรมการฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และทักษะการฟื้นคืนชีพเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ(p-value<0.05) เมื่อเทียบกับก่อนผ่านการอบรม กลุ่มตัวอย่างทุกคนมีความเต็มใจในการช่วยเหลือคนในครอบครัวและเพื่อน

คำสำคัญ : ภาวะหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล การฟื้นคืนชีพขั้นฐาน

Abstract

This study is quasi-experimental study, all 314 participants were selected from high school in Kalasin province during December 2019, average age is 17-18 years old. The tools to collected data were questionnaires, the reliability; Overall of Cronbach's alpha coefficient was 0.8. The statistics used in the studying consist of quantitative analysis with descriptive statistics and Paired Sample T-test for test difference in mean of knowledge. There are activities, teaching programs for basic life support, along with teaching the use of automated external defibrillator. The results showed that the subjects had more knowledge and understanding of basic life support from 44.71% to 61.62% After the basic life support training, the subjects had statistically significant knowledge and practical skills compared to before passing training. All subjects are willing to help their family and friends.

Keywords: Out-hospital cardiac arrest, Basic life support

[1] อาจารย์ประจำเวชศาสตร์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลกาฬสินธุ์ [2]นิสิตแพทย์ชั้นปีที่6 ศูนย์แพทยศาสตร์ชั้นคลินิก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

บทนำ

ปัจจุบันสาเหตุการเสียชีวิตที่เกิดจากหัวใจหยุดเต้นกะทันหันที่เกิดนอกโรงพยาบาล (Out-of-hospital cardiac arrests) เป็นหนึ่งในสาเหตุการเสียชีวิตที่พบมากในประเทศไทย จากรายงานสถิติของ American Heart Association 20162 พบว่า ประเทศสหรัฐอเมริกามีจำนวนผู้ป่วยเกิด ภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหันนอกโรงพยาบาล เฉลี่ยปีละ 350,000 รายต่อปี สาเหตุกว่าร้อยละ 80 เกิดจากโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดแบบเฉียบพลัน ซึ่งมีแนวโน้มการเกิดเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และพบอุบัติการณ์การเกิดในผู้สูงวัยมากที่สุด เพศชายร้อยละ 84.70 และเพศหญิงร้อยละ 85.90 [1] สำหรับอุบัติการณ์ประเทศไทยนั้นยังไม่ พบข้อมูลสถิติการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้นกะทันหันนอกโรงพยาบาลที่ชัดเจน แต่ประมาณการได้ว่ามีแนวโน้มสูงขึ้น เนื่องจากสถิติการเจ็บป่วยและการเสียชีวิตด้วยโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเฉียบพลันมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และโรคกล้ามเนื้อหัวใจขาดเลือดเป็นสาเหตุการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรอันดับ 4 ของการสูญเสียปีสุขภาวะในประเทศไทย[2] ในการช่วยฟื้นคืนชีพของผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้นกะทันหัน รีบกดหน้าอก (Early chest compression) การกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าที่รวดเร็ว และการจัดการในการตามทีมช่วยเหลือทางการแพทย์จะช่วยเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตของผู้ป่วยที่หัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลมากขึ้น[3]

จากการศึกษาของ Fan KL และคณะ[4] พบว่า การฝึกอบรมและการใช้เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้า (automatic external defibrillator : AED) ในประเทศฮ่องกงมีจำนวนการอบรมและใช้ต่ำ ซึ่งในประเทศไทยนั้นยังไม่มีการศึกษาเกี่ยวกับการใช้เครื่อง AED ของประชากรทั่วไป และพบเห็นการใช้อุปกรณ์ดังกล่าวน้อยในปัจจุบัน การศึกษาของ Yasunaga H.[5] พบว่า การช่วยฟื้นคืนชีพโดยผู้พบเหตุเหตุการณ์ (bystander-initiated cardiopulmonary resuscitation (BCPR)) จะช่วยเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตและเป็นผลดีต่อสมอง การจากศึกษา พบว่า ในกลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับ การช่วยเหลือด้วยวิธี advance cardiac life support โดยแพทย์ร่วมกับ การช่วยฟื้นคืนชีพโดยผู้พบเหตุเหตุการณ์และกลุ่มการช่วยเหลือด้วยวิธี advance cardiac life support โดยนักเวชกิจฉุกเฉินร่วมกับการช่วยฟื้นคืนชีพโดยผู้พบเหตุเหตุการณ์ มีอัตราการรอดชีวิตและมีสมรรถนะทางสมองที่ดี(cerebral performance) มากกกว่ากลุ่มผู้ป่วยที่ได้รับการช่วยเหลือด้วยวิธี advance cardiac life support โดยแพทย์ แต่ไม่มี การช่วยฟื้นคืนชีพโดยผู้พบเหตุเหตุการณ์และกลุ่มการช่วยเหลือด้วยวิธี advance cardiac life support โดยนักเวชกิจฉุกเฉินแต่ไม่มีการช่วยฟื้นคืนชีพโดยผู้พบเหตุเหตุการณ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Bentley J. Bobrow และคณะ[6] พบว่า การช่วยฟื้นคืนชีพโดยผู้พบเหตุเหตุการณ์ที่ผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาล จะช่วยเพิ่มโอกาสในการรอดชีวิตมากกว่าไม่มีการช่วยฟื้นคืนชีพโดยผู้พบเหตุเหตุการณ์ จากการศึกษาของ มธุรส บูรณศักดาและคณะ[7] ศึกษาอัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลเมื่อมีและไม่มีแพทย์ร่วมออกเหตุเปรียบเทียบถึงอัตราการรอดชีวิตที่ห้องฉุกเฉินในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลที่ได้รับการนำส่งโดยระบบบริการการแพทย์ฉุกเฉิน โรงพยาบาลศรีนครินทร์ พบว่า สาเหตุของภาวะหัวใจหยุดเต้นพบมากสุด คือ โรคทางระบบหัวใจและหลอดเลือดและไม่พบความแตกต่างของอัตราการรอดชีวิตที่ห้องฉุกเฉินและอัตราการรอดชีวิตกลับบ้านเมื่อมีและไม่มีแพทย์ร่วมออกเหตุ ดังนั้น จากงานวิจัยของ Yasunaga H.[5] และ มธุรส บูรณศักดาและคณะ[7] การช่วยเหลือผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นกะทันหันนอกโรงพยาบาลอย่างรวดเร็วจะทำให้เพิ่มโอกาสการรอดชีวิตของผู้ป่วยได้พอๆกับการรักษา Advance cardiac life support โดยแพทย์ ณ จุดเกิดเหตุจากการศึกษาของ José Maria และคณะ[8] พบว่า การให้การฝึกอบรมด้วยวิดีทัศน์และการฝึกปฏิบัติในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ในโรงเรียนเอกชนและโรงเรียนรัฐในรัฐ Alagoas ประเทศบลาซิลในการช่วยเหลือการฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน พบว่า หลังการอบรมและปฏิบัติผู้เข้าร่วมมีความรู้และความเข้าใจมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับ การศึกษาของ. Lucas Gaspar Ribeiro และคณะ[9] พบว่า หลังฝึกอบรมนักเรียนอายุ 13-15 ปี หลังฝึกอบรมด้วยวิดีทัศน์และการฝึก

ปฏิบัติกับหุ่นจริงๆ ทำให้ผู้อบรมมีเข้าใจมากขึ้น ประเมินจากการทำแบบทดสอบหลังเข้าร่วมฝึกอบรม จากการศึกษาของลดาวรรณ อุบลและคณะ[10] ปี พ.ศ. 2559 ศึกษาการวิจัยเชิงทดลองเกี่ยวกับการสอนช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานด้วยวิดีทัศน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่เสี่ยงต่อการเกิดภาวะหัวใจหยุดเต้น ผลการศึกษา พบว่า ผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กกลุ่มที่สอนด้วยวิดีทัศน์และฝึกปฏิบัติด้วยตนเอง มีคะแนนความรู้ในการช่วยชีวิตเด็กขั้นพื้นฐานไม่แตกต่างกับกลุ่มที่สอนด้วยวีดิทัศน์และฝึกปฏิบัติกับพยาบาลอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่กลุ่มได้ฝึกปฏิบัติกับพยาบาลมีค่าเฉลี่ยคะแนนการปฏิบัติรายข้อในเรื่องของตำแหน่งการวางมือและความลึกขณะกดหน้าอก สูงกว่ากลุ่มที่ฝึกปฏิบัติด้วยตนเองอย่างมีนัยสำคัญ สำหรับภาคส่วนประชาชน เมื่อประสบเหตุ มีความตื่นตระหนก ขาดความรู้ ขาดประสบการณ์และควบคุมสติไม่ได้ ไม่สามารถช่วยฟื้นคืนชีพได้ ทำให้ผู้ป่วยฉุกเฉินเสียโอกาสในการได้รับการดูแลเบื้องต้นที่ถูกต้อง ทันเวลา จากสถานการณ์ดังกล่าวจะเห็นได้ว่า การประชาสัมพันธ์ให้ ผู้พบเหตุโทรแจ้ง 1669 การฝึกช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมีความสำคัญต่อประชาชนทุกกลุ่ม รวมทั้งในกลุ่มนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ที่อาจได้ช่วยฟื้นคืนชีพบุคคลในครอบครัว อีกอย่างนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายอยู่ในวัยที่มีความพร้อม มีศักยภาพ ในการเรียนรู้และฝึกปฏิบัติการช่วยฟื้นคืนชีพสามารถเป็นแกนนำ เป็นเครือข่าย ในการขยายความรู้และทักษะการช่วยฟื้นคืนชีพได้และถ้ามีการเรียนรู้การช่วยฟื้นคืนชีพตั้งแต่วัยรุ่นตอนต้นไปจนถึงวัยผู้ใหญ่อย่างต่อเนื่อง จะเกิดความเต็มใจ กล้า และความชำนาญที่จะช่วยเหลือในการช่วยฟื้นคืนชีพ

ในประเทศไทยมีการตระหนักถึงเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมากขึ้น แต่ทั้งนี้ยังไม่พบการศึกษาเชิงประจักษ์ที่มีการศึกษาโดยการให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานที่เป็นการให้ความรู้ในเชิงปฏิบัติ วัยรุ่นเป็นกลุ่มคนที่อาจจะต้องอยู่เหตุการณ์ที่อาจต้องมีการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ดังนั้น การให้ความรู้และการฝึกปฏิบัติโดยบุคคลากรทางการแพทย์ที่มีความรู้และความสามารถในการช่วยเหลือชีวิตขั้นพื้นฐาน จะช่วยให้กลุ่มวัยรุ่นซึ่งอาจจะเป็นกลุ่มที่พบเห็นเหตุการณ์(Bystander) ที่มีคนหัวใจหยุดเต้นกะทันหันมีความเข้าใจและสามารถกล้าที่จะปฏิบัติได้จริงตามหลักการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานอย่างรวดเร็ว ถูกต้องและเหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาความเต็มใจในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานของนักเรียนชั้นมัธยมปลายหลังได้รับความรู้และฝึกอบรมทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้อง

รูปแบบการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้ เป็นวิจัยกึ่งทดลอง Quasi – Experimental Research เพื่อศึกษาความรู้ความเข้าใจ ทักษะการปฏิบัติการช่วยคืนชีพขั้นพื้นฐานวัดผลโดยแบบทดสอบ กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้คือนักเรียนมัธยมปลาย ซึ่งได้จากการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling without Replacement) จากนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 โรงเรียนอนุกูลนารี จังหวัดกาฬสินธุ์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ นักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายทั้งหมดในจังหวัดกาฬสินธุ์ สุ่มโดยการจับฉลากโรงเรียน และชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนอนุกูลนารี จำนวน 335 คน

เกณฑ์ในการคัดเลือกประชากรเข้าร่วมศึกษา (Inclusion Criteria)

1. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 โรงเรียนอนุกูลนารี

2. มีความสมัครใจเข้าร่วมในงานวิจัยครั้งนี้ โดยให้ความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการโดยการลงนามในเอกสารขอความยินยอมจากผู้วิจัยโดย ถ้าหากอายุน้อยกว่า 18 ปี จะต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองก่อนเริ่มกระบวนการวิจัย

เกณฑ์ในการคัดออกกลุ่มตัวอย่าง (Exclusion Criteria)

1. นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ที่เป็นไปตามเกณฑ์ข้อใดข้อหนึ่งจะไม่เลือกเข้ากลุ่ม

2. ผู้ทดสอบที่เคยผ่านการฝึกอบรมเรื่องการฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานแต่มีรูปแบบ

3. ผู้ทดสอบที่ไม่เคยผ่านการฝึกอบรมแต่มีวิถีชีวิตคลุกคลีกับวงการแพทย์ หรือ เคยเห็นเป็นประจำ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้

1. แบบสอบถาม ประกอบด้วย 1. ข้อมูลทั่วไปของผู้เข้าอบรม 2. แบบสอบถามความรู้ในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นฐานก่อนและหลังอบรม มีจำนวน 4 ข้อ 4 ตัวเลือก ถ้า ตอบถูก ให้ 1 คะแนน ตอบ ผิด ได้ 0 คะแนน และ 3. แบบแสดงความเต็มใจในการทำ CPR เมื่อพบเห็นเหตุการณ์ในชีวิตจริง มี 2 ตัวเลือก เต็มใจ และไม่เต็มใจ

2. โปรแกรมการสอนสำหรับการกู้ชีพขั้นพื้นฐาน พร้อมกับการสอนการใช้เครื่องกระตุกหัวใจไฟฟ้าอัตโนมัติ สื่อนำเสนอภาพนิ่งและหุ่นจำลองที่มีภาวะหัวใจหยุดเต้น ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวทางผู้วิจัยได้จัดทำโดยอิงตามหลักสูตรของ American heart association 2018

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

1. การทดสอบความเที่ยงตรง (Validity) ผู้วิจัยได้นำแบบสัมภาษณ์ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นโดยตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาจากแพทย์ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเวชศาสตร์ฉุกเฉิน 2 ท่านและอายุรแพทย์โรงพยาบาลกาฬสินธุ์

2. การทดสอบความเชื่อมั่น (Reliability) ผู้วิจัยได้นำแบบประเมินมาปรับปรุงแก้ไขจนได้แบบประเมินที่มีความสมบูรณ์ที่สุดและเหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ที่ทำการศึกษา แล้วนำไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 คน และนำผลที่ได้มาหาความเชื่อมั่นด้วยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าครอนบาค (Cronbrach's Alpha Coefficient) ด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปได้ค่าเท่ากับ 0.8 แล้วจึงนำแบบสัมภาษณ์ไปใช้เก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยตัวอย่างจริง

วิธีการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ได้ผ่านการรับรองรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมของโรงพยาบาลกาฬสินธุ์ ตามหนังสือเลขที่ 010-2018 โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

1. ประสานงานผู้อำนวยการโรงเรียนอนุกูลนารีเพื่อขอเข้าชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย

2. ทำหนังสือขออนุญาตหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และบุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เช่น ผู้อำนวยการโรงเรียน คุณครูประจำชั้น กลุ่มตัวอย่าง รวมไปถึงขออนุญาตผู้ปกครองของกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุไม่ถึง 18 ปี เพื่อแจ้งวัตถุประสงค์และรายละเอียดของโครงการวิจัย

3. ประชุมและอบรมผู้ช่วยวิจัย จำนวน 3 คน ในการใช้เครื่องมือวิจัย โดยการทำความเข้าใจในเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ทักษะการปฏิบัติจริง สื่อนำเสนอ โดยอ้างอิงจากเวชปฏิบัติ "การนวดหัวใจผายปอดกู้ชีพและการดูแลผู้ป่วยโรคหัวใจหลอดเลือดในภาวะฉุกเฉิน ของ American heart association (AHA) ฉบับปรับปรุง พ.ศ.2558"

4. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ สร้างสัมพันธ์ภาพกับกลุ่มตัวอย่างโดยการแนะนำตัวเอง บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัยและขอความร่วมมือในการเข้าร่วมวิจัย ถามความสมัครใจในการเข้าร่วมวิจัยพร้อมทั้งกล่าวถึงการพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

5. ลงลายมือชื่อเป็นลายลักษณ์อักษรในแบบฟอร์มเข้าร่วมโครงการวิจัย

6. ทำแบบประเมินก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัย

7. ให้ความรู้เรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ประกอบด้วย สื่อนำเสนอภาพนิ่ง วิดีทัศน์ และทักษะการปฏิบัติ 1 ชั่วโมง และฝึกปฏิบัติ 1 ชั่วโมง

8. ทำแบบประเมินหลังเข้าร่วมโครงการวิจัย

9. วิเคราะห์ข้อมูลและสรุปผลโครงการวิจัย

การวิเคราะห์ข้อมูล

สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive statistic) เพื่ออธิบายข้อมูลลักษณะประชากรและสถิติอนุมาน (Inference statistics) เปรียบเทียบความแตกต่างคะแนนเฉลี่ยความรู้

ภายในกลุ่มใช้ Paired sample t-test กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

ผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 335 คน และตอบกลับแบบสอบถามทั้งหมด 241 คน ส่วนใหญ่ เพศหญิง จำนวน 245 คน คิดเป็นร้อยละ 73.13 อายุ 17-18 ปี เป็นนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5

ความรู้ในเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานและได้รับการประเมินว่ามีทักษะการปฏิบัติที่ถูกต้องและเหมาะสม พบว่า คำถามข้อที่ 1 ขณะที่คุณเดินที่ริมถนนพบผู้ป่วยหญิงวัยกลางคนหมดสติกลางถนน ขณะที่รถกำลังวิ่ง พบว่าเธอเรียกไม่ตอบสนองและไม่หายใจ คุณจะทำอย่างไรต่อไปเป็นอันดับแรก คำตอบที่ถูกต้อง คือ เคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้อยู่ในสถานที่ปลอดภัยก่อน ก่อนเข้าร่วมโครงการ ตอบถูกร้อยละ 47.72 และหลังเข้าร่วมโครงการ ตอบถูกร้อยละ 62.66 คำถามข้อที่ 2 ขณะที่คุณกำลังเดินอยู่ฟุตบาท พบผู้หญิงวัยกลางคนหมดสติอยู่ข้างหน้าคุณ และพบว่าเธอไม่หายใจและไม่สามารถคลำชีพจรได้ พบเลือดเปื้อนบริเวณใบหน้า คุณจะทำอย่างไรต่อไป คำตอบที่ถูกต้อง คือ เริ่มต้นการกดหน้าอกอย่างเดียว ก่อนเข้าร่วมโครงการ ตอบถูก ร้อยละ 13.69 และหลังเข้าร่วมโครงการ ตอบถูก ร้อยละ 33.20 คำถามข้อที่ 3 ขณะคุณอยู่บ้าน 2 คน มีคุณและคนในครอบครัว 1 คนคุณ พบว่า คนในครอบครัวบอกคุณว่ามีอาการเจ็บหน้าอก ก่อนจะหมดสติหลังจากนั้นและไม่ตอบสนองที่บ้านของคุณ พบว่าไม่หายใจ คุณจะทำอย่างไรเป็นอันดับแรก คำตอบที่ถูกต้อง คือ โทรแจ้งระบบฉุกเฉิน 1669 ก่อนเข้าร่วมโครงการ ตอบถูก ร้อยละ 88.80 หลังเข้าร่วมโครงการ ตอบถูก ร้อยละ 96.27 คำถามข้อที่ 4 เมื่อคุณพบหน้าแปลกหน้าหมดสติหน้าบ้านคุณ พบว่ามีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน และใกล้บ้านคุณมีเครื่อง AED (เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ) ที่สามารถใช้งานได้ คุณจะทำอย่างไรต่อไป หลังโทรแจ้งระบบฉุกเฉินแล้ว คำตอบที่ถูกต้อง คือ ใช้เครื่อง AED ทันที ก่อนเข้าร่วมโครงการ ตอบถูก ร้อยละ 28.63 และหลังเข้าร่วมโครงการ ตอบถูก ร้อยละ 54.36 ดังตารางที่ 1

ตาราง 1 แสดงจำนวนและร้อยละความรู้ในเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน (n=241)

ข้อ	คำถาม	ก่อนเข้าร่วมโครงการ จำนวน(ร้อยละ)		หลังเข้าร่วมโครงการ จำนวน(ร้อยละ)	
		ถูก	ผิด	ถูก	ผิด
1	ขณะที่คุณเดินที่ริมถนนพบผู้ป่วยหญิงวัยกลางคนหมดสติกลางถนน ขณะที่รถกำลังวิ่ง พบว่าเธอเรียกไม่ตอบสนองและไม่หายใจ คุณจะทำอย่างไรต่อไปเป็นอันดับแรก	115 (47.72)	126(52.28)	151(62.66%)	90(37.34)
2	ขณะที่คุณกำลังเดินอยู่ฟุตบาท พบผู้หญิงวัยกลางคนหมดสติอยู่ข้างหน้าคุณ และพบว่าเธอไม่หายใจและไม่สามารถคลำชีพจรได้ พบเลือดเปื้อนบริเวณใบหน้า คุณจะทำอย่างไร	33 (13.69)	208(86.31)	80 (33.20)	161(66.80)
3	ขณะคุณอยู่บ้าน 2 คน มีคุณและคนในครอบครัว 1 คนคุณ พบว่า คนในครอบครัวบอกคุณว่ามีอาการเจ็บหน้าอก ก่อนจะหมดสติ	214 (88.80)	27(11.20)	232 (96.27)	9(3.73)

ข้อ	คำถาม	ก่อนเข้าร่วมโครงการ จำนวน(ร้อยละ)		หลังเข้าร่วมโครงการ จำนวน(ร้อยละ)	
		ถูก	ผิด	ถูก	ผิด
	หลังจากนั้นและไม่ตอบสนองที่บ้านของคุณ พบว่าไม่หายใจ คุณจะทำอย่างไรเป็นอันดับแรก				
4	เมื่อคุณพบหน้าแปลกหน้าหมดสติหน้าบ้านคุณ พบว่ามีภาวะหัวใจหยุดเต้นเฉียบพลัน และใกล้บ้านคุณมีเครื่อง AED (เครื่องกระตุ้นหัวใจด้วยไฟฟ้าอัตโนมัติ) ที่สามารถใช้งานได้ คุณจะทำอย่างไรต่อไป	69 (28.63)	172(71.37)	131 (54.36)	110(45.64)

ผลการทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ยความรู้ ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ พบว่า นักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้ขอความช่วยเหลือผู้อยู่ข้างเคียงและโทรเรียกระบบฉุกเฉินแจ้งเหตุก่อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p - value < 0.001$) นักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้อยู่ในสถานที่ปลอดภัยก่อนเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p - value < 0.001$) นักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้เริ่มต้นกดหน้าอกและช่วยหายใจผู้ป่วยทันทีเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p - value < 0.001$) และนักเรียนมีคะแนนเฉลี่ยความรู้หาวิธีติดต่อญาติหรือคนรู้จักผู้ป่วยที่กำลังหมดสติเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p - value < 0.001$) ดังตารางที่ 2

ตาราง 2 แสดงการเปรียบเทียบความรู้ในเรื่องการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน ก่อนและหลังเข้าร่วมโครงการ(n=241)

ตัวแปร	$\bar{X}$	S.D.	Min.	Max.	T	p – value
ขอความช่วยเหลือผู้อยู่ข้างเคียงและโทรเรียกระบบฉุกเฉินแจ้งเหตุก่อน						
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	0.48	0.25	0	1	-6.4943	<0.001
หลังเข้าร่วมโครงการ	0.63	0.24	0	1		
การเคลื่อนย้ายผู้ป่วยให้อยู่ในสถานที่ปลอดภัยก่อน						
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	0.13	0.12	0	1	-7.6290	<0.001
หลังเข้าร่วมโครงการ	0.33	0.22	0	1		
เริ่มต้นกดหน้าอกและช่วยหายใจผู้ป่วยทันที						
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	0.89	0.10	0	1	-4.4021	<0.001
หลังเข้าร่วมโครงการ	0.96	0.03	0	1		
หาวิธีติดต่อญาติหรือคนรู้จักผู้ป่วย						
ก่อนเข้าร่วมโครงการ	0.28	0.20	0	1	-9.1240	<0.001
หลังเข้าร่วมโครงการ	0.54	0.25	0	1		

ความเต็มใจในการทำ CPR นักเรียนเมื่อพบเห็นเหตุการณ์ในชีวิตจริง พบว่า ส่วนใหญ่เพศหญิงเต็มใจ ร้อยละ 89.6 เพศชาย เต็มใจ ร้อยละ 88 สาเหตุที่ไม่เต็มใจในทั้งเพศหญิงและเพศชายคือ ส่วนใหญ่ เนื่องจากเป็นคนแปลกหน้า ส่วนใหญ่สาเหตุจาก กลัวติดเชื้อ และทำผิดขั้นตอนในการ CPR ร้อยละ 10.4 รองลงมา จาก กลัวติดเชื้อ และไม่เต็มใจผายปอด ร้อยละ 12

สรุปและอภิปรายผล

จากผลการศึกษาพบว่าหลังจากที่มีการอบรมเกี่ยวกับการฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้กับนักเรียนชั้นมัธยมปลาย นักเรียนมีความรู้และมีความมั่นใจในการช่วยฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานมากขึ้นซึ่งสอดคล้องกับศึกษาของ José Maria และคณะ ที่มีการให้การฝึกอบรมด้วยวิดีทัศน์และการฝึกปฏิบัติในกลุ่มนักเรียนชั้นม.5 ในโรงเรียนเอกชนและโรงเรียนรัฐในรัฐ Alagoas ประเทศบลาซิลในการช่วยเหลือการฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน พบว่า หลังการอบรมและปฏิบัติผู้เข้าร่วมมีความรู้และความเข้าใจมากขึ้น และสอดคล้องกับ การศึกษาของ. Lucas Gaspar Ribeiro และคณะพบว่าหลังฝึกอบรมนักเรียนอายุ 13-15 ปี พบว่า หลังฝึกอบรมด้วยวิดีทัศน์และการฝึกปฏิบัติกับหุ่นจริงๆทำให้ผู้อบรมมีเข้าใจมากขึ้น ประเมินจากการทำแบบทดสอบหลังเข้าร่วมฝึกอบรม พบว่าหลังได้รับการอบรมกลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความเข้าใจในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานมากขึ้น คะแนนความถูกต้องเฉลี่ยเพิ่มขึ้นจาก ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 44.71 เป็น ร้อยละ 61.62

ผลการศึกษาดังกล่าวแสดงว่าหลังได้รับความรู้และฝึกปฏิบัติจริงในสถานการณ์จำลอง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความรู้และความเข้าใจเรื่องขั้นตอนการช่วยเหลือขั้นพื้นฐานมากขึ้น สามารถประยุกต์นำความรู้ไปใช้ได้หากพบผู้ป่วยหมดสติตั้งแต่ขั้นตอนการประเมินสถานการณ์ การเริ่มกดหน้าอก การติดต่อขอความช่วยเหลือจาก 1669 เพื่อแจ้งเหตุแก่หน่วยกู้ชีพและขออุปกรณ์กู้ชีพ มีความเข้าใจที่ถูกต้องในการปฏิบัติเมื่อเครื่อง AEDมาถึง กลุ่มตัวอย่างสามารถปฏิบัติขั้นตอนการฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน การกดหน้าอกได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ และพบว่าความเต็มใจในการทำการฟื้นคืนชีพ เมื่อพบเห็นเหตุการณ์ในชีวิตจริงหลังจากได้รับการฝึกอบรมความรู้และทักษะการฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน กลุ่มตัวอย่างร้อยละ 100 มีความเต็มใจในการช่วยเหลือ คนในครอบครัวและเพื่อน แต่มีความเต็มใจลดลงเมื่อต้องช่วยเหลือคนแปลกหน้าร้อยละ 87.75 ซึ่งมีสาเหตุส่วนใหญ่จาก กลัวติดเชื้อร้อยละ 63% ไม่เต็มใจผายปอด ร้อยละ 16.67% ตามลำดับดังนั้นจากผลการศึกษาดังกล่าวหลังจากที่ผ่านการอบรมการฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐาน พบว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 มีความคะแนนเฉลี่ยของความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับทักษะการฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษา พบว่า ความรู้ความเข้าใจของนักเรียนมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 ในเรื่องการช่วยคืนชีพขั้นพื้นฐานหลังได้รับการอบรม กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และความเข้าใจในการช่วยชีวิตขั้นพื้นฐานมาก คณะผู้วิจัยจึงขอเสนอแนะ ดังนี้

1. ควรมีการจัดอบรมเพื่อส่งเสริมและสร้างความรู้เกี่ยวกับการฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานให้กับนักเรียนมากยิ่งขึ้นและเฉลยคำตอบเพื่อให้นักเรียนเกิดความเข้าใจมากขึ้น

2. ควรมีการสร้างแบบประเมินก่อนเรียนและหลังเรียนที่มีแตกต่างกัน แต่สถานการณ์ที่ใกล้เคียงกัน เพื่อช่วยในการประเมินความรู้ความเข้าใจของนักเรียนมากยิ่งขึ้น

3. เนื่องจากการจัดอบรมมีจำนวนกลุ่มตัวอย่างที่ขนาดใหญ่มาก ดังนั้น ควรมีการจัดอบรมเป็นกลุ่มย่อยมากขึ้น เพื่อให้สามารถอธิบายและมีการซักถามเกี่ยวข้องสงสัยได้มากขึ้น

ข้อเสนอแนะการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัย โดยมีกลุ่มเปรียบเทียบ เช่น เปรียบเทียบโรงเรียนต่างๆ หรือกลุ่มนักเรียนชายและนักเรียนหญิง

2. ควรมีการศึกษาวิจัยในกลุ่มประชาชนทั่วไปด้วย เพื่อที่จะให้งานวิจัยนี้เป็นที่น่าเชื่อถือ และสามารถนำไปเผยแพร่ต่อไปได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงเรียนอนุกูลนารี และผู้อำนวยการศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษาชั้นคลินิก โรงพยาบาลกาฬสินธุ์พร้อมทั้งเจ้าหน้าที่ศูนย์แพทยศาสตร์ศึกษา ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบคุณนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 โรงเรียนอนุกูลนารี ที่กรุณาให้ข้อมูลและร่วมอบรมการฟื้นคืนชีพชั้นพื้นฐาน และขอขอบคุณทีมนักศึกษาเวชกิจฉุกเฉินคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม ที่ร่วมลงพื้นที่จัดอบรมการฟื้นคืนชีพขั้นพื้นฐานตลอดการดำเนินการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. SCA Foundation. AHA Releases 2015 Heart and Stroke; 2018.
2. สำนักกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. กรุงเทพฯ: สำนักกรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข; 2558.
3. 2015The American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. Part 5: adult Basic Life Support and cardiopulmonary resuscitation quality. ; 132 (18 Suppl): S414-S423
4. Fan KL, Leung LP, Poon HT, Chiu HY, Liu HL, Tang WY. Public knowledge of how to use an automatic external defibrillator in out-of hospital cardiac arrest in Hong Kong. Hong Kong Med J. 2016;22(6):582-8.
5. Yasunaga H, Horiguchi H, Tanabe S, et al. Collaborative effects of bystander-initiated cardiopulmonary resuscitation and prehospital advanced cardiac life support by physicians on survival of out-of-hospital cardiac arrest: a nationwide population-based observational study. Crit Care. 2010;14(6):R199.
6. Bobrow BJ, Park JH, Moon S, Cho H, Ahn E, Kim TK.Effect of team-based cardiopulmonary resuscitation training for emergency medical service providers on pre-hospital return of spontaneous circulation in out-of-hospital cardiac arrest patients. Resuscitation. 2019 Nov; 144:60-66.
7. มธุรส บูรณศักดา, กัญญา วังศรี, กมลวรรณ เอี้ยงฮง, แพรว โคตรรุฉิน, วัชระ รัตนสีหา, อัตราการรอดชีวิตในผู้ป่วยหัวใจหยุดเต้นนอกโรงพยาบาลเมื่อมีและไม่มีแพทย์ร่วมออกเหตุ. ศรีนครินทร์เวชสาร 2560;32(2):105-110
8. Fernandes JM, Leite AL, Auto Bde S, Lima JE, Rivera IR, Mendonça MA. Teaching basic life support to students of public and private high schools. Arq Bras Cardiol. 2014;102(6):593–601.
9. Ribeiro LG, Germano R, Menezes PL, Schmidt A, Pazin-Filho A. Medical students teaching cardiopulmonary resuscitation to middle school Brazilian students. Arq Bras Cardiol. 2013;101(4):328–335
10. ลดาวรรณ อุบล, จินตนา ชนประชา, นวลจันทร์ อุดมพงษ์ลักขนา. การสอนช่วยชีวิตขั้น พื้นฐานด้วยวีดีทัศน์สำหรับผู้ดูแลผู้ป่วยเด็กที่เสี่ยง ต่อการเกิดภาวะหัวใจหยุด. Nursing Science Journal of Thailand. 2019;37(3):46-62.

การศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง

A study on anxiety in the pre-operative of abdominal surgery patients

พัชรินทร์ ครองธรรม[1] , ราตรี ตาลเชื้อ[2]

Patcharin Krongtham[1] , Ratree Talchue[2]

บทคัดย่อ

การวิจัยเรื่องนี้เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ป่วยในที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดช่องท้องของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย ซึ่งมีคุณสมบัติตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวน 144 คน เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย คือ แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล และแบบประเมินความวิตกกังวล The State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI form Y) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา โดยการแจกแจงหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการวิจัยพบว่า คะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง เท่ากับ 50.65 (SD=8.19) และ 54.87 (SD=7.29) ตามลำดับ ส่วนระดับคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 75.70 และ 82.60 ตามลำดับ รองลงมาอยู่ในระดับสูง (61-70 คะแนน) ทั้งสองประเภท คิดเป็นร้อยละ 13.20 และ 12.50 ตามลำดับ

คำสำคัญ: ความวิตกกังวล ผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง

Abstract

This research is a descriptive design. The objectives were to study state and trait anxiety in the pre-operative of abdominal surgery patients. The samples of 144 abdominal surgery patients who met the inclusion criteria, were receiving services in in-patient department at King Chulalongkorn Memorial Hospital. Research instruments comprised of demographic data form and State-Trait Anxiety Inventory form. Descriptive statistics were used in data analysis.

The conclusions of this research are the mean scores on state and trait of the study group as of 50.65 (SD = 8.19) and 54.87(SD = 7.29), respectively. As the level scores on state and trait of the study group are mainly in moderate level (41-60 points), the 75.70 percent and 82.60, respectively. Secondary are the severe level (61-70 score), both categories are 13.20 percent and 12.50, respectively.

Keywords: Anxiety, Pre-Operative of abdominal surgery patients

[1] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

[2] พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์

บทนำ

การผ่าตัด เป็นวิธีการรักษาโรควิธีหนึ่งที่มีการตัดส่วนซึ่งเป็นโรค หรือแก้ไขความผิดปกติของอวัยวะต่างๆที่เกิดขึ้น เพื่อช่วยชีวิตหรือช่วยให้ผู้ป่วยสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างปกติ ทั้งนี้การผ่าตัดเปิดช่องท้องในความรู้สึกของผู้ป่วยแล้วเป็นเรื่องที่สำคัญและอันตรายมาก เพราะเป็นการผ่าตัดใหญ่อาจทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อน และมีโอกาสเสี่ยงต่อชีวิต[1] อีกทั้งยังคงเป็นสถานการณ์ที่คุกคามและมีผลกระทบต่อชีวิตผู้ป่วยทั้งทางด้าน ร่างกาย จิตสังคม และสิ่งแวดล้อม กล่าวคือ การผ่าตัดจะมีผลกระทบต่อหน้าที่และการทำงานตามปกติของร่างกาย[1,2] เช่น รบกวนการนอนหลับพักผ่อน การรับประทานอาหาร การออกกำลังกาย การขับถ่าย การใช้ชีวิตในสังคมที่ต้องอยู่โรงพยาบาลซึ่งมีสิ่งแวดล้อมและสภาพในห้องที่ไม่เหมือนบ้าน การอยู่ร่วมกับบุคคลที่ไม่คุ้นเคย และการมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนไป เป็นต้น[3]

ความวิตกกังวลเป็นภาวะที่บุคคลรู้สึกกังวลใจ หวาดหวั่น ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกายและระบบประสาทอัตโนมัติ ซึ่งเกิดจากการประเมินเหตุการณ์ในระยะก่อนผ่าตัด ย่อมส่งผลกระทบต่อระยะผ่าตัดและระยะหลังการผ่าตัด ผู้ป่วยฟื้นหายจากโรคช้า ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของความวิตกกังวลในผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง เพื่อนำข้อค้นพบมาเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการพยาบาลให้ตอบสนองตามระดับของความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ช่วยกระตุ้นให้ผู้ป่วยสามารถเผชิญกับการผ่าตัดได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลดีในระยะผ่าตัดและระยะหลังการผ่าตัด

กรอบแนวคิดทฤษฎี

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้วิจัยได้นำแนวคิดทฤษฎีความวิตกกังวลของ Spielberger et al.[7] มาใช้เป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาเกี่ยวกับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง โดยแบ่งความวิตกกังวลออกเป็น 2 ประเภท ว่าจะเป็นอันตรายต่อตนเอง[4] ซึ่งความวิตกกังวลของผู้ป่วยในระยะก่อนการผ่าตัด สาเหตุเกิดได้จากความไม่แน่นอนของสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ ความกลัวที่เกิดจากความไม่รู้ (fear of unknow) เช่น กลัวความเจ็บปวด ความตาย กลัวการอยู่โรงพยาบาล กลัวการพลัดพรากจากครอบครัว หรือการไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างเพียงพอและเหมาะสม การวินิจฉัย การรักษา หรือจากประสบการณ์การผ่าตัดที่ผู้ป่วยประสบมา[5]

ความวิตกกังวลแบ่งเป็น 2 ประเภท ดังนี้ ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State-Anxiety) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลขณะที่มีเหตุการณ์เข้ามากระทบ ทำให้บุคคลสูญเสียการควบคุมตนเอง ส่งผลให้บุคคลเกิดความรู้สึกตึงเครียด กระสับกระส่าย การทำงานของระบบประสาทอัตโนมัติเพิ่มขึ้น และความวิตกกังวลประจำตัว (Trait-Anxiety) คือ ลักษณะความวิตกกังวลเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล โดยแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้และประเมินสิ่งเร้าจากเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบต่อตนเองต่างกัน ความวิตกกังวลประเภทนี้จะแฝงอยู่ในบุคลิกภาพ[6]

จากการทบทวนวรรณกรรม ความวิตกกังวลตั้งแต่

1. ความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน (State-Anxiety) คือ ความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุคคลขณะที่มีเหตุการณ์เข้ามากระทบ การเกิดความวิตกกังวลประเภทนี้จะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับความวิตกกังวลประจำตัวและประสบการณ์ในอดีต

2. ความวิตกกังวลประจำตัว (Trait-Anxiety) คือ ลักษณะความวิตกกังวลเฉพาะตัวของแต่ละบุคคล โดยแต่ละบุคคลจะมีการรับรู้และประเมินสิ่งเร้าจากเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบต่อตนเองต่างกัน

ความสัมพันธ์ระหว่างความวิตกกังวลขณะปัจจุบันกับความวิตกกังวลประจำตัว ได้อธิบายไว้ว่า ระดับความรุนแรงและระยะเวลาในการเกิดความวิตกกังวลขณะปัจจุบันจะแตกต่างกันในแต่ละบุคคลขึ้นอยู่กับความถี่ของสิ่งเร้า ประสบการณ์ในอดีตของแต่ละบุคคลและระดับความวิตกกังวลประจำตัว

ระดับความวิตกกังวล Peplau [8] และ Stuart and Laraia[9] แบ่งระดับความวิตกกังวลเป็น 4 ระดับ ดังนี้

1) ความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย (Mild anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้มักเกิดจากความตึงเครียดในชีวิตประจำวัน สติสัมปชัญญะจะเพิ่มขึ้น การรับรู้กว้างขึ้น เรียนรู้ดีขึ้น ควบคุมตนเองได้มากขึ้น

2) ความวิตกกังวลระดับปานกลาง (Moderate anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้บุคคลยังคงมีสติสัมปชัญญะอยู่แต่มีความตื่นตัวมากขึ้น การรับรู้แคบลง ความสนใจมีจำกัดเลือกสนใจแต่สิ่งที่เกี่ยงข้องกับปัญหา ใช้การแก้ปัญหาโดยการต้องควบคุมสมาธิให้มากขึ้น

3) ความวิตกกังวลระดับสูง (Severe anxiety) ความวิตกกังวลในระดับนี้บุคคลจะมีสติสัมปชัญญะลดลง และการรับรู้มากขึ้น กระบวนการคิดและการมองสิ่งต่างๆ เกิดความแปรปรวนไปจากความเป็นจริง มีอาการย้ำคิดย้ำทำ นอนหลับพักผ่อนได้น้อย ด้านความคิด บุคคลเกิดความคิดสับสน

4) ความวิตกกังวลระดับรุนแรง (Panic anxiety) บุคคลเกิดความวิตกกังวลที่ไม่ได้รับการแก้ไขให้ลดลง เกิดการสะสมความวิตกกังวลเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ทำให้เกิดความผิดปกติทางด้านความคิด ด้านอารมณ์และพฤติกรรมตามมาด้วย บุคคลจะขาดสติสัมปชัญญะ ตื่นตระหนก ควบคุมตนเองไม่ได้ การรับรู้ผิดไปจากความเป็นจริง อาจเกิดอาการหลงผิด ประสาทหลอน ซึมเศร้า และถึงแก่ความตายได้

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อศึกษาความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง

วิธีดำเนินการวิจัย

รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงพรรณนา

ประชากร คือ ผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาโดยการผ่าตัดทั้งที่เป็นผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในที่รับไว้รักษาในโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย

กลุ่มตัวอย่าง คือ ผู้ป่วยที่เข้ารับการผ่าตัดเปิดช่องท้องที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย คำนวณกลุ่มตัวอย่างจากการเปิดตารางขนาดกลุ่มตัวอย่างของ Robert V. krejcie and Earyle W. Morgan[10] ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 144 คน

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) ตามคุณสมบัติดังนี้ 1) มีอายุ 20-59 ปี ทั้งเพศชายและหญิง 2) เป็นผู้ป่วยที่มีการนัดหมายล่วงหน้า ก่อนที่จะทำผ่าตัด 3) ผู้ป่วยในที่นอนโรงพยาบาล เพื่อเตรียมผ่าตัดหรือทราบว่าต้องรับการผ่าตัดในวันรุ่งขึ้น 4) ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี สามารถฟังภาษาไทยได้รู้เรื่องและเข้าใจได้ถูกต้อง 5) มีความยินดีเข้าร่วมวิจัยด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ส่วน

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ประวัติการผ่าตัด ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลารอรับการผ่าตัด การได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัด และสาเหตุของความวิตกกังวล

ส่วนที่ 2 แบบประเมินความวิตกกังวล ผู้วิจัยเลือกใช้แบบวัด State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI form Y) ของ Spielberger et al.[8] ได้พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย ธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม[11] โดยแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

1) STAI form Y-1 เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความมีความหมายเชิงบวก 10 ข้อ และข้อความมีความหมายเชิงลบ 10 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเภทประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความรู้สึกในขณะนั้น โดยเลือกตอบ 1-4 (1=ไม่เลย, 2=เล็กน้อย, 3=ค่อนข้างมาก, 4=มากที่สุด)

2) STAI form Y-2 เป็นแบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว จำนวน 20 ข้อ เป็นข้อความมีความหมายเชิงบวก 9 ข้อ และข้อความมีความหมายเชิงลบ 11 ข้อ ลักษณะของข้อคำถามเป็นมาตราส่วนประเภทประมาณค่า 4 ระดับ (Rating scale) ให้ผู้ตอบเลือกตอบตามความรู้สึกทั่วๆ ไป

ของตนเอง โดยเลือกตอบ 1-4 (1=ไม่เลย, 2=เล็กน้อย, 3=ค่อนข้างมาก, 4=มากที่สุด)

การให้คะแนนจะคิดคะแนนรวมในแต่ละชุดคำถาม โดยให้คะแนนแบบประเมินความวิตกกังวล STAI form Y-1 และ STAI form Y-2 ในทิศทางตรงกันข้าม ในข้อต่อไปนี้

STAI form Y-1 ข้อความที่มีความหมายทางบวก มีข้อ 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16, 19 และ 20

STAI form Y-2 ข้อความที่มีความหมายทางบวก มีข้อ 1, 3, 6, 7, 10, 13, 14, 16 และ 19

การแปลผลระดับความวิตกกังวล ในแต่ละชุดของแบบวัดความวิตกกังวล คะแนนต่ำสุด คือ 20 คะแนนและคะแนนสูงสุดคือ 80 คะแนน โดยถือเอาคะแนนตามเกณฑ์การแปลผลของ Spielberger et al.[7] ดังนี้

20 – 40 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับเล็กน้อย

41 – 60 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับปานกลาง

61 – 70 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับสูง

71 – 80 คะแนน หมายถึง มีความวิตกกังวลระดับรุนแรง

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

ผู้วิจัยตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และความเที่ยงของเครื่องมือ (Reliability) ดังนี้

1) การตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) แบบประเมิน State-Trait Anxiety Inventory form Y (STAI form Y) ของ Spielberger et al.[7] ได้พัฒนาและแปลเป็นภาษาไทยโดย ธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม[11] โดยแบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัว มีค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content Validity Index) เท่ากับ .95 เท่ากัน

2) การหาความเที่ยง (Reliability) แบบประเมินความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและแบบประเมินความวิตกกังวลประจำตัว มีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์แอลฟ่าครอนบาค เท่ากับ .87 และ .88 ตามลำดับ

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่างโดยเสนอโครงร่างวิจัยต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์และคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ ได้รับเอกสารรับรองจริยธรรม IRB No. 521/60 หลังจากนั้นผู้วิจัยดำเนินการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ตรงกับคุณสมบัติตามเกณฑ์ที่กำหนด ซึ่งแต่ละคนจะได้รับการชักชวนให้เข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ โดยผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัยและมอบเอกสารชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับการวิจัย เพื่อให้กลุ่มตัวอย่างศึกษาจนเข้าใจและมีอิสระในการตัดสินใจในการเข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะได้รับการปกปิดอยู่เสมอและผลการวิจัยจะนำเสนอเป็นภาพรวม ทั้งนี้ผู้วิจัยได้ขอความยินยอมและให้กลุ่มตัวอย่างทุกคนลงลายมือชื่อในใบให้ความยินยอมการเข้าร่วมการวิจัยก่อนเข้าร่วมการวิจัยทุกครั้ง ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างสามารถขอออกจากการวิจัยได้ตลอดเวลา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

หลังจากได้รับอนุญาตให้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนด อธิบายรายละเอียดการวิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทราบพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม และอธิบายจนเข้าใจ หากกลุ่มตัวอย่างสมัครใจเข้าร่วมการวิจัยจึงให้ลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัย จากนั้นผู้วิจัยอธิบายวิธีการตอบแบบสอบถามพร้อมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างซักถามเกี่ยวกับแบบสอบถามจนเข้าใจ แล้วจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามโดยใช้เวลาประมาณ 30 นาที หากในระหว่างการตอบแบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัย สามารถสอบถามผู้วิจัยได้ตลอดเวลา

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย เพศ อายุ อาชีพ ระดับการศึกษา ประวัติการผ่าตัด ประวัติโรคประจำตัว ระยะเวลารอรับการผ่าตัด การได้รับข้อมูลก่อนผ่าตัด และสาเหตุของความวิตกกังวล นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงหาค่าความถี่ และร้อยละ

2. การวิเคราะห์คะแนนความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง นำมาวิเคราะห์โดยแจกแจงหาค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย (Mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard deviation)

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีจำนวน 144 คน เป็นเพศหญิงมากกว่าเพศชาย เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 52.10 และเพศชายคิดเป็นร้อยละ 47.90 โดยมีช่วงอายุส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 50-59 ปี มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.30 ระดับการศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรีเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 41.00 ในด้านอาชีพประกอบอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ คิดเป็นร้อยละ 36.10 ประวัติการผ่าตัดเคยได้รับการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 58.30 และไม่เคยได้รับการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 41.70 มีประวัติโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 60.40 ไม่เคยมีประวัติโรคประจำตัว คิดเป็นร้อยละ 39.60 ระยะเวลารอรับการผ่าตัดส่วนใหญ่รอรับการผ่าตัดเป็นเวลา 2 วัน คิดเป็นร้อยละ 59.70 ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลก่อนการผ่าตัด คิดเป็นร้อยละ 72.20

2. ผลการวิเคราะห์คะแนนความวิตกกังวลพบว่าคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง เท่ากับ 50.65 (SD=8.19) และ 54.87 (SD=7.29) ตามลำดับ

ตารางที่ 1 คะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด

ระดับคะแนนความวิตกกังวล	ระดับความวิตกกังวล	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
20 - 40	เล็กน้อย	15	10.40	50.65	8.19
41 - 60	ปานกลาง	109	75.70		
61 - 70	สูง	19	13.20		
71 - 80	รุนแรง	1	0.70		
รวม		144	100		

จากตารางที่ 1 พบว่า ระดับคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 75.70 รองลงมาอยู่ในระดับสูง (61-70 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 13.20 โดยมีเพียงร้อยละ 10.40 อยู่ในระดับเล็กน้อย (20-40 คะแนน)

ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการตอบแบบสอบถามคำถามปลายเปิดของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้สาเหตุของความวิตกกังวลเกิดจากความไม่แน่นอนของสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ ไม่ทราบขั้นตอนของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นกับผู้ป่วยในระยะผ่าตัด ส่งผลให้คะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดอยู่ในระดับปานกลางขึ้นไปเป็นส่วนใหญ่

ตารางที่ 2 คะแนนความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัด

ระดับคะแนนความวิตกกังวล	ระดับความวิตกกังวล	จำนวน	ร้อยละ	Mean	SD
20 – 40	เล็กน้อย	1	0.70		
41 – 60	ปานกลาง	119	82.60		
61 – 70	สูง	18	12.50	54.87	7.29
71 – 80	รุนแรง	6	4.20		
รวม		144	100		

จากตารางที่ 2 พบว่า ระดับคะแนนความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 82.60 รองลงมาอยู่ในระดับสูง (61-70 คะแนน) คิดเป็นร้อยละ 12.50 โดยมีเพียงร้อยละ 0.70 อยู่ในระดับเล็กน้อย (20-40 คะแนน)

การอภิปรายผล

1. ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง

จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนเฉลี่ยความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน เท่ากับ 50.65 (SD=8.19) ซึ่งเป็นความวิตกกังวลขณะปัจจุบันในระดับปานกลาง และเมื่อแบ่งช่วงคะแนนพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 75.70 มีความวิตกกังวลขณะปัจจุบันอยู่ในระดับปานกลาง (41-60 คะแนน) ผลการวิจัยครั้งนี้สอดคล้องกับจากการศึกษาของ มาณิกา อยู่สำราญ และปราณี ศรีพลแท่น[12] ทำการศึกษาการรับรู้ระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาสารคามพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันระดับปานกลาง และสอดคล้องกับการศึกษาของ รัตนา สุระเสน และจุฬารัตน์ สุวรรณเมฆ[13] ทำการศึกษาเรื่อง ความวิตกกังวลของสตรีก่อนรับการรักษาด้วยการตัดมดลูก พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความวิตกกังวลขณะปัจจุบันระดับปานกลางเช่นกัน ทั้งนี้เนื่องจากระยะก่อนผ่าตัดเป็นภาวะที่ทำให้บุคคลรู้สึกตึงเครียด หวาดหวั่น ไม่แน่นอน ไม่สบายใจ เกิดจากการประเมินเหตุการณ์หรือคาดคะเนเหตุการณ์ว่าอาจจะทำให้เป็นอันตรายต่อตนเอง ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางด้านร่างกาย อารมณ์ การรับรู้และพฤติกรรม[14] นอกจากนี้ข้อมูลเชิงคุณภาพที่ได้จากการตอบแบบสอบถามด้วยคำถามปลายเปิดยังพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่รับรู้สาเหตุของความวิตกกังวลขณะปัจจุบันเกิดจากความไม่แน่นอนของสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ ไม่ทราบขั้นตอนของเหตุการณ์ที่จะเกิดขึ้นในระยะผ่าตัด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Yilmaz M., et al.[15] พบว่าความไม่แน่นอนของสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ เป็นต้นเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดความวิตกกังวลก่อนผ่าตัดของผู้ป่วย สอดคล้องกับเรณู อาจสาลี[16] ได้กล่าวว่าความวิตกกังวลก่อนการผ่าตัดเป็นความไม่แน่นอนของสถานการณ์ที่กำลังจะเผชิญ กลัวในสิ่งที่ไม่รู้ในการผ่าตัด อธิบายได้ว่า ผู้ป่วยต้องการข้อมูลสถานการณ์ ขั้นตอนวิธีการที่จะเผชิญในระยะผ่าตัด เพื่อเตรียมตัวล่วงหน้าในการประเมินสถานการณ์ที่ต้องเผชิญได้ถูกต้องกับความเป็นจริง[17]

2. ความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง

กลุ่มตัวอย่างมีความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง เท่ากับ 54.87 (SD=7.29) ซึ่งเป็นความวิตกกังวลประจำตัวในระดับปานกลาง และเมื่อแบ่งช่วงคะแนนพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ถึงร้อยละ 82.60 มีความวิตกกังวลประจำตัวอยู่ในระดับปานกลาง (41-

60 คะแนน) ความวิตกกังวลประเภทนี้เป็นลักษณะเฉพาะของแต่ละบุคคล ซึ่งประกอบอยู่เป็นพื้นฐานอารมณ์ที่เป็นลักษณะประจำตัวของแต่ละบุคคล มีผลให้แต่ละบุคคลมีการรับรู้และประเมินสิ่งเร้าจากเหตุการณ์ที่เข้ามากระทบต่อตนเองต่างกัน ความวิตกกังวลในลักษณะนี้จะเป็นตัวเสริมและเพิ่มระดับความรุนแรงของความวิตกกังวลขณะปัจจุบัน[6]

ความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวในระดับปานกลางนี้บุคคลยังคงมีสติสัมปชัญญะอยู่แต่มีความตื่นตัวมากขึ้น การรับรู้แคบลง ความสนใจมีจำกัดเลือกสนใจแต่สิ่งที่เกี่ยวข้องกับปัญหา ใช้การแก้ปัญหาโดยการต้องควบคุมสมาธิให้มากขึ้น ด้านความคิด บุคคลคิดแต่จะแก้ปัญหาเฉพาะจุดใดจุดหนึ่งอย่างมุ่งมั่น[8,9] ความวิตกกังวลระดับปานกลางหากปล่อยไว้โดยไม่ได้รับการแก้ไขจะมีระดับสูงขึ้น ซึ่งจะไปขัดขวางการทำกิจกรรมต่าง ๆของบุคคลได้หรือถ้าหากปล่อยไว้นานเกินไปจะเกิดความเจ็บป่วย ซึ่งจะส่งผลเสียต่อร่างกายและจิตใจ ดังนั้นบุคคลที่มีความวิตกกังวลในระดับปานกลางขึ้นไปจะต้องได้รับการพยาบาล เพื่อลดความวิตกกังวลอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลต่อปฏิกิริยาการตอบสนองโดยเกิดการกระตุ้นระบบประสาทส่วนกลางมีการหลั่งฮอร์โมน และสารแคทีโคลามิน ส่งผลให้มีภาวะหัวใจเต้นช้าลง ความดันโลหิตลดลง นอนหลับได้มีคุณภาพ ต้องการยาสลบน้อยลง รวมถึงมีความต้องการยาลดปวดในระยะหลังผ่าตัดที่น้อยกว่า ฟื้นฟูสภาพร่างกายได้เร็วขึ้น นอนรักษาตัวในโรงพยาบาลน้อยลง มีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนภายหลังผ่าตัดน้อยลง

ข้อเสนอแนะ

ผลการศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง สามารถสรุปเป็นข้อเสนอแนะด้านต่างๆได้ดังนี้

1. ควรมีการนำผลการวิจัยการศึกษาความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง ใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการให้การพยาบาลที่เหมาะสมกับระดับความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดเปิดช่องท้อง

2. ควรมีการศึกษาความวิตกกังวลขณะปัจจุบันและความวิตกกังวลประจำตัวของผู้ป่วยก่อนการผ่าตัดในประเภทการผ่าตัดชนิดอื่น ๆ

3. เป็นแนวทางสำหรับผู้บริหารการพยาบาลในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลเพื่อลดความวิตกกังวลแก่ผู้ป่วยในระยะก่อนผ่าตัดให้มีประสิทธิภาพ

เอกสารอ้างอิง

1. มยุเรศ ลีลาวรวุฒิ และฮอเดียะ บิลยะลา. คุณภาพการพยาบาลผู้ป่วยระยะผ่าตัดตามการรับรู้ของผู้ป่วยที่นอนพักรักษาในโรงพยาบาลสงขลานครินทร์. สงขลานครินทร์เวชสาร 2549; 24(3): 223-229.
2. วรนุช เกียรติพงษ์ถาวร, อัจฉรา เตชฤทธิพิทักษ์, สมคิด โพธิ์ชนะพันธุ์และผ่องศรี ศรีมรกต, บรรณาธิการ. การพยาบาลศัลยศาสตร์ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพมหานคร: ลีฟวิ่ง ทรานส์ มีเดีย; 2545.
3. Nigussie S, Belachew T, and Wolancho W. Predictors of preoperative anxiety among surgical patients in Jimma University Specialized Teaching Hospital, South Western Ethiopia. BioMed Central Surgery 2014; 14(67): 2-10.
4. Spielberger CD. Encyclopedia of applied psychology. Oxford UK: Elsevier Academic press;2004.
5. Yilmaz M, Sezer H, Gurler and Bekar M. Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. Journal of Clinical Nursing 2012; 21(8): 956-964.
6. Spielberger CD and Krasner SS. The assessment of state and trait anxiety. In R. Jr. Noyes, M. Roth and G.D. Burrow (Eds.), Handbook of anxiety . New York: Elsevier Science Publishers B. V. 1988; 2: 31-52.
7. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene R, Vagg PR and Jacobs GA. Manual For the State-Trait Anxiety Inventory (From Y): “Self-Evaluating Questionnair”. Palo Alto, CA: Consultting Psychologists Press; 1983.

8. Peplau HE. International releasing in nursing: A conceptual framework of reference for psychodynamic nursing. New York: Springer publishing Co, Inc; 1991.

9. Stuart G W and Laraia MT. Pocket guide to psychiatric nursing. St. Louis: Mosby-Year Book; 1998.

10. Robert V, Krejcie and Daryle W Morgan. Determining Sampling Size for Research Activities. Journal of Education and Psychological Measurement 1970; 10(11): 308.

11. ธิดารัตน์ ชื่นเอี่ยม. ผลของโปรแกรมกลุ่มบำบัดทางความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกทักษะการผ่อนคลายต่อความวิตกกังวลและพฤติกรรมการนอนหลับในผู้ป่วยโรควิตกกังวลทั่วไป. วารสารการ พยาบาลจิตเวชและสุขภาพจิต 2554; 25(1): 95-108.

12. มาณิกา อยู่สำราญ และปราณี ศรีพลแท่น. การรับรู้ระดับความวิตกกังวลและต้นเหตุความวิตกกังวลของผู้ป่วยก่อนผ่าตัดในโรงพยาบาลมหาสารคาม. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี 2556; 10: 419- 428.

13. รัตนา สุระเสน และจุฬารัตน์ สุวรรณแมฆ. ความวิตกกังวลของสตรีก่อนรับการรักษาด้วยการตัดมดลูก วารสารวิชาการแพทย์ 2562; 33(2): 157-167.

14. Prichard MJ. Identifying and assessing anxiety in pre-operative patients. Nursing Standard 2009; 23(51): 35-40.

15. Yilmaz M., Sezer H., Gurler H., & Bekar M. Predictors of preoperative anxiety in surgical inpatients. Journal of ClinicalNursing 2012; 21(7/8),956-964.

16. เรณู อาจสาลี. การพยาบาลผู้ที่มารับการผ่าตัด. กรุงเทพมหานคร: เอ็น พี เพรส; 2550.

17. Prichard MJ. Using targeted information to meet the needs of surgical patients. Nursing Standard 2011; 25(51): 35-39.

ผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักในกระบวนการบริหารความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่ง

Effects of Enhancing Awareness in Risk Management Program on Behavior Practice for Prevention Sharps Injuries and Blood and Body Fluid Exposures

จันทร์ทิรา พงศ์ชาญวิทย์[1], วรรณชนก จันทชุม[2]

Juntira Pongchanvit, Wanchanok Juntachum

บทคัดย่อ

การวิจัยกึ่งทดลองนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักในกระบวนการบริหารความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/ สัมผัสสาร คัดหลั่งของพยาบาลวิชาชีพ กลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพจำนวน 18 คน ที่ปฏิบัติงานในแผนกอายุรกรรม โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา แบ่งเป็นกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม กลุ่มละ 9 คน เครื่องมือที่ใช้ในการทดลองคือ โปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักในกระบวนการบริหารความเสี่ยง และเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือ แบบสังเกตการปฏิบัติของพยาบาลวิชาชีพ นำไปตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาได้ค่า CVI เท่ากับ 0.88 และหาค่าความเชื่อมั่นของการสังเกตได้เท่ากับ 1.00 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ Mann– Whitney U test และสถิติ Fisher exact test

ผลการวิจัยพบว่า พฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งของพยาบาลวิชาชีพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม เกือบทุกกิจกรรม กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันที่มากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นกิจกรรมการจัดการผ้าเปื้อนและการคัดแยกขยะ ที่มีการปฏิบัติไม่แตกต่างกัน เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่ปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำวัน และไม่พบอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

คำสำคัญ : การเสริมสร้างความตระหนัก การบริหารความเสี่ยง การป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่ง

Abstract

The purpose of this quasi-experimental research was to investigate the effects of enhancing awareness in risk management program on behavioral practice for preventing sharp injuries and blood and body fluid exposures. The sample of this study was 18 registered nurses working at Department of Medicine, Phimai Hospital, Nakhon Ratchasima Province. The sample was divided into two groups, namely: an experimental group (n=9) and a control group (n=9). The research instrument was the enhancing awareness in risk management program. A tool for data collection was an observation form. After testing the content validity, a CVI was 0.88 and a reliability was 1.00. Data were analyzed using Mann- Whitney U test and Fisher exact test.

The results of this research indicated that the experimental group had higher behavioral practice for preventing sharp injuries and blood and body fluid exposures than the control group in almost activities with statistical significance level of 0.05. An exception was stained cloth management and waste separation activity. Both groups had indifferent behavioral practice in the said activity due to it was a daily activity. Furthermore, the incidence of sharp injuries and blood and body fluid exposures were not found in both groups.

Key words : Enhancing Awareness, Risk Management, Prevention Sharps Injuries and Blood and Body Fluid Exposures

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] อาจารย์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

บทนำ

คุณภาพการดูแลเป็นเป้าหมายของความปลอดภัยและช่วยส่งเสริมต่อการเกิดประสิทธิภาพ ประสิทธิผลที่ดี ซึ่งประสิทธิภาพของการให้บริการสุขภาพและคุณภาพการดูแล สามารถประเมินได้จากโครงสร้าง กระบวนการและผลลัพธ์ซึ่งสถาบันรับรองคุณภาพของประเทศสหรัฐอเมริกา ได้กำหนดเป้าหมายความปลอดภัยของผู้ป่วย (Patient safety Goal) เป็นเป้าหมายสำคัญที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ปฏิบัติงานได้รับบริการที่มีคุณภาพและปลอดภัยที่สุด (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561) จากการศึกษาโดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในสหรัฐอเมริกา (CDC) พบการเกิดอุบัติเหตุจากเข็มทิ่มแทงหรือของมีคมบาด เกิดขึ้นกับบุคลากรสุขภาพในแต่ละปีประมาณ 38,500 ราย ส่วนในประเทศไทย มีการศึกษาช่วงปี พ.ศ. 2550-2553 ในโรงพยาบาลทุกระดับ จำนวน 387 แห่ง พบว่า พยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติการพยาบาลเกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มแทงหรือของมีคมบาดมากที่สุด ถึงร้อยละ 82.9 [8] ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับกลุ่มบุคลากรหลังจากเกิดอุบัติเหตุถูกเข็มทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่ง คือเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบซี การศึกษาของศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อในสหรัฐอเมริกา พบว่าตั้งแต่ปี ค.ศ. 1981-2010 บุคลากรทางการแพทย์จำนวน 143 ราย ติดเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติงาน โดยมีจำนวน 57 ราย ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีจากสาเหตุของมีคมทิ่มตำ และมีรายงานว่าบุคลากรทางการแพทย์มีโอกาสติดเชื้อสูงกว่าบุคคลทั่วไป 2-4 เท่า โดยพบบุคลากรป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบี จำนวน 3,000 คน ไวรัสตับอักเสบซีจากการปฏิบัติงาน จำนวน 50–150 คน ซึ่งกลายเป็นโรคตับอักเสบรุนแรงและเสียชีวิตประมาณ 3-8 คนต่อปี [9] นอกจากนี้ หากผู้ปฏิบัติงานมีบาดแผลรุนแรง ส่งผลให้ต้องขาดงานหรือเสียเวลาในการรักษาตัว ส่วนผลกระทบด้านจิตใจ คือ วิตกกังวล กลัวการติดเชื้อจากผู้ป่วย ผลกระทบต่อองค์กร ทำให้โรงพยาบาลสูญเสียค่าใช้จ่ายมากกว่า 1 ล้านเหรียญสหรัฐ ต่อการดูแลบุคลากร 1000 คน ที่ได้รับอุบัติเหตุ การบาดเจ็บจากของมีคมขณะปฏิบัติงาน [12]

พฤติกรรมการป้องกันถูกเข็มทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่ง ตามแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน (Standard Precautions) ตามมาตรฐาน Centers for Disease Control and Prevention (2007) ในการทำกิจกรรมการพยาบาลหรือหัตถการต่าง ๆ ได้แก่ การฉีดยา การเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำ การช่วยแพทย์ทำหัตถการ เป็นต้น ประกอบด้วย การแจ้งผู้ป่วยหรือญาติก่อนทำหัตถการเพื่อขอความร่วมมือ การทิ้งเข็มในภาชนะทันทีเมื่อใช้แล้ว การมีภาชนะทิ้งเข็มวางไว้ใกล้บริเวณทำหัตถการ การใช้อุปกรณ์ป้องกันเมื่อมีโอกาสสัมผัสสารคัดหลั่ง เป็นต้น จากผลการวิจัยที่ผ่านมา พบว่า บุคลากรทางการพยาบาลยังมีพฤติกรรมการป้องกันถูกเข็มทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งที่ไม่เหมาะสม ดังเช่น การศึกษาของ อรนุช ลีนะกนิษฐ์ และคณะ (2560)[7] พบว่า พฤติกรรมของบุคลากรทางการพยาบาลที่เกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มแทงหรือของมีคมบาดมากที่สุด คือ การสวมปลอกเข็มกลับคืน คิดเป็นร้อยละ 53.3 ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากความประมาท ความไม่ตระหนัก และความเร่งรีบ และผลการศึกษาของ สุพรรณ์ ว่องรักษ์สัตว์ และสมสมัย สุธีรศานต์ (2559)[6] พบว่า ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความชุกของการถูกเข็มทิ่มตำหรือของมีคมบาดในบุคลากรทางการพยาบาล เกิดจากการขาดความระมัดระวังของตัวบุคคลที่ประมาท ทิ้งของไม่เป็นระเบียบทำให้มองไม่เห็น และไม่แยกเข็มหลังทำหัตถการ ประกอบกับมีความเร่งรีบในบางสถานการณ์ สอดคล้องกับข้อมูลจากการสัมภาษณ์ ในบุคลากรกลุ่มที่เกิดอุบัติเหตุเข็มทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่ง โรงพยาบาลชุมชนแห่งหนึ่ง ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า สาเหตุเกิดจากความไม่ตระหนักความประมาท และความไม่ระมัดระวังของตนเอง

การบริหารหรือการจัดการความเสี่ยง (Risk Management) เป็นกลวิธีที่นำมาใช้ในการวิเคราะห์ ประเมิน จัดการ ติดตาม และสื่อสารความเสี่ยง ที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมหรือกระบวนการดำเนินงานขององค์กร และเป็นกิจกรรมสำคัญส่วนหนึ่งของมาตรฐานคุณภาพการ

พยาบาล ที่ต้องมีการดำเนินการให้ทุกหน่วยงานมีการบริหารความเสี่ยงเป็นกิจกรรมพื้นฐาน (สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล, 2561) จากผลการวิจัยเกี่ยวกับการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพ พบว่าการบริหารความเสี่ยงด้านการวิเคราะห์ความเสี่ยงอยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากพยาบาลส่วนใหญ่ที่เป็นระดับปฏิบัติการ ยังมีความเข้าใจในขั้นตอนหรือกระบวนการบริหารความเสี่ยงน้อย [1] และอุปสรรคในการดำเนินการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากเข็มทิ่มตำ/บาดและสัมผัสสารคัดหลั่ง ที่พบมากที่สุด คือ บุคลากรขาดความตระหนักและไม่ปฏิบัติตามคำแนะนำในการป้องกันอุบัติเหตุ [8] จึงเห็นได้ว่าความตระหนักถึงความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่งในกระบวนการบริหารความเสี่ยง หากบุคลากรมีความตระหนักถึงความเสี่ยงในระดับสูง จะส่งผลให้โปรแกรมการบริหารความเสี่ยงภายในองค์กรประสบความสำเร็จมากยิ่งขึ้น [11] ดังนั้นการเสริมสร้างความตระหนักและการส่งเสริมให้พยาบาลผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน จะส่งผลให้ผู้ปฏิบัติตระหนักต่อความเสี่ยงที่เกิดขึ้น นำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เหมาะสมในการป้องกันและลดอุบัติการณ์การถูกเข็มทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังแนวคิดของ Endsley (1995)[10] ที่กล่าวถึงการมีความตระหนักรู้ต่อสถานการณ์ (Situation Awareness) ที่นำไปสู่อันตราย จะเป็นทักษะการคิดที่ป้องกันหรือลดความผิดพลาดจากปัจจัยมนุษย์ เป็นการแก้ปัญหาเชิงรุกก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยผู้บริหารต้องมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพยาบาลให้เกิดการเรียนรู้ และพัฒนาตนเองจากการปฏิบัติงานในสถานการณ์จริง จัดให้มีทีมนิเทศงานหรือทีมงานที่สามารถให้การสอน แนะนำในการปฏิบัติงานที่ถูกต้อง ปลอดภัยไปพร้อมกับการปฏิบัติงานเพื่อให้เกิดประสบการณ์ที่ถูกต้องส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างถาวรได้ เนื่องจากการพยาบาลเป็นการปฏิบัติงานที่มีความรับผิดชอบสูงและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่าบุคคลอื่น ผู้ปฏิบัติงานจึงต้องมีความรอบคอบ ถ้าขาดความรอบคอบขาดการตัดสินใจหรือขาดความรู้ความชำนาญ จะทำให้เป็นอันตรายแก่ชีวิตทั้งกับตนเองและผู้อื่นได้ [4]

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่ายังมีการศึกษาถึงพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุจากเข็มทิ่มตำ/บาดและสัมผัสสารคัดหลั่งในบุคลากรทางการพยาบาลน้อย ซึ่งแนวทางการแก้ปัญหาที่ผ่านมา มีการใช้กลยุทธ์หลายวิธี ได้แก่ การใช้เทคนิค AIC การใช้นวัตกรรมสิ่งประดิษฐ์ การใช้อุปกรณ์ช่วยจับขวดยาที่ผลิตจากโฟมยางพารา และการใช้กระบวนการจัดการความเสี่ยง สร้างความรู้สึกและจัดระบบความคิด เพิ่มความรู้ความเข้าใจ และพิจารณาระดับความเป็นอันตรายของการถูกเข็มตำหรือของมีคมบาดจากการปฏิบัติงาน ซึ่งวิธีการดังกล่าวส่งผลให้ความเสี่ยงจากเข็มทิ่มตำ/บาดและสัมผัสสารคัดหลั่งลดน้อยลง อย่างไรก็ตามยังพบการศึกษาถึงวิธีการแก้ปัญหาที่ส่งเสริมความตระหนักในกระบวนการบริหารความเสี่ยงเพื่อป้องกันการถูกของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งในประเทศไทยน้อย ซึ่งเป็นกลวิธีที่ส่งเสริมให้พยาบาลผู้ปฏิบัติได้ตระหนักถึงสถานการณ์ความเสี่ยงจากเข็มทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งที่เกิดขึ้น และเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารความเสี่ยงทุกขั้นตอน ดังนั้นในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาถึงผลของโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักในกระบวนการบริหารความเสี่ยงต่อพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่ง โดยใช้แนวคิดการบริหารความเสี่ยงของ Wilson & Tingle (1999)[13] ประกอบด้วย การค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง ร่วมกับ การเสริมสร้างความตระหนักของ Endsley (1995) ที่ประกอบด้วย ทักษะการคิด 3 ระดับ ได้แก่ การรับรู้ (Perception) คือ รับรู้ถึงสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น ความเข้าใจ (Comprehension) คือ มีความเข้าใจถึงสถานการณ์ของปัจจุบันที่มีอยู่บนพื้นฐานของความรู้ในการตัดสินใจ การทำความเข้าใจในเป้าหมายและเหตุการณ์ต่าง ๆ และการฉายภาพ (Projection) คือ การทำนายหรือคาดการณ์ได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นในปัจจุบันและในอนาคตอันใกล้ โดยสามารถรับรู้ มองเห็นถึงสัญญาณที่เป็นอันตราย และ

คาดการณ์ได้ถึงสิ่งที่กำลังจะเกิดหรือความเสียหายที่จะเกิดขึ้นในเวลาอันใกล้ หากบุคคลมีความตระหนักเรื่องใดเรื่องหนึ่งแล้วย่อมส่งผลให้เกิดความสนใจ ใส่ใจ และมีการตอบสนองต่อสิ่งเร้าเหล่านั้นได้ นำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลเพื่อป้องกันตนเอง ที่ก่อให้เกิดความผิดพลาดน้อยลง เป็นการแก้ปัญหาเชิงรุกก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ โดยพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่ง ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แนวคิดการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแบบมาตรฐาน (Standard Precautions) ตามมาตรฐาน Centers for Disease Control and Prevention (2007)[9] เพื่อให้เกิดประโยชน์และเกิดความปลอดภัยแก่บุคลากรทางการพยาบาลต่อไป

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อเปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักในกระบวนการบริหารความเสี่ยงกับกลุ่มควบคุม
2. เพื่อเปรียบเทียบการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างกลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักในกระบวนการบริหารความเสี่ยงกับกลุ่มควบคุม

สมมุติฐานการวิจัย

1. กลุ่มทดลองที่ได้รับโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักในกระบวนการบริหารความเสี่ยงมี พฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งของพยาบาลวิชาชีพมากกว่ากลุ่มควบคุม
2. การเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งของพยาบาลวิชาชีพในกลุ่มทดลองน้อยกว่ากลุ่มควบคุม

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยกึ่งทดลอง (Quasi-experimental research) ชนิดสองกลุ่มวัดก่อนและหลัง (Nonrandomized Control-Group Pretest-Posttest Design)

1. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ พยาบาลวิชาชีพ ในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา จำนวน
32 คน เกณฑ์ในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างเข้าทำการศึกษา (Inclusion criteria) มีดังนี้ 1) เป็นพยาบาลวิชาชีพ ที่มีประสบการณ์การทำงาน 1-5 ปี เนื่องจากเป็นกลุ่มพยาบาลระดับปฏิบัติการ ที่มีอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งสูง 2) ปฏิบัติงานในตึกอายุรกรรมชายและหญิง โรงพยาบาลพิมาย จังหวัดนครราชสีมา และ 3) ยินยอมให้ความร่วมมือและเข้าร่วมในการวิจัย

กลุ่มตัวอย่าง ใช้สูตรในการกำหนดขนาดตัวอย่างของการวิจัยเชิงทดลองแบบสองกลุ่มที่เป็นอิสระต่อกัน (Miot, 2011) โดยกำหนดขนาดอิทธิพล (Effect size) เท่ากับ 1.67 จากงานวิจัยที่คล้ายคลึงกันในอดีต (Amiri, Khademian & Nikandish, 2018) กำหนดระดับนัยสำคัญที่ 0.05 และค่าอำนาจการทดสอบ (Power) ที่ร้อยละ 90 ได้จำนวนตัวอย่างขั้นต่ำต่อกลุ่ม ๆ ละ 7 คน แต่เนื่องจากในบริบทของการปฏิบัติงานจริง กระบวนการบริหารความเสี่ยงเป็นกิจกรรมพื้นฐานของมาตรฐานคุณภาพ ที่ต้องดำเนินการในทุกหน่วยงาน และให้ผู้ปฏิบัติทุกคนในหน่วยงานมีส่วนร่วม ผู้วิจัยจึงได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างตามคุณสมบัติที่กำหนดทุกคนเข้าร่วม เป็นจำนวนกลุ่มละ 9 คน และทำการเลือกหอผู้ป่วย โดยการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ด้วยการจับฉลากได้หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย เป็นกลุ่มทดลอง และหอผู้ป่วยอายุรกรรมหญิง เป็นกลุ่มควบคุม

2. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ ประกอบด้วย 1) เครื่องมือในการทดลอง คือ โปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักในกระบวนการบริหารความเสี่ยง และ 2) เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปและแบบสังเกตการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่ง มีลักษณะเป็นแบบตรวจสอบรายการ (Check list) ในกิจกรรมการพยาบาลที่ใช้หลักการป้องกันเข็มทิ่มตำหรือของมีคมบาด ได้แก่ การฉีดยา การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ การเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำ และการช่วยแพทย์ทำหัตถการ (การทำ C–line Cut down ICD และการเจาะต่าง ๆ) และ กิจกรรมการใช้หลักการป้องกันสารคัดหลั่ง ได้แก่ การใช้อุปกรณ์ป้องกัน การคัดแยกขยะ และการคัดแยกผ้าเปื้อน ตามหลัก Standard Precautions [9] รวมทั้งหมด 46 ข้อ กำหนดมาตรวัดเป็น ปฏิบัติมีค่าเท่ากับ 1 คะแนน และไม่ปฏิบัติมีค่าเท่ากับ 0 คะแนน ซึ่งเกณฑ์การให้คะแนนต้องปฏิบัติครบทุกข้อในทุกกิจกรรม [9] จึงจะถือว่ามีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งที่ถูกต้องและเหมาะสม

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ผู้วิจัยนำโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักในกระบวนการบริหารความเสี่ยง และแบบสังเกตการปฏิบัติงานของพยาบาล ไปให้ผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา (Content validity) โดยหาค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (Content validity index) ของแบบสังเกต ได้เท่ากับ 0.88 และค่าความเชื่อมั่นของการสังเกต (Inter-Rater reliability) ได้เท่ากับ 1

3. การพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง

การวิจัยครั้งนี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัย ขอนแก่น เลขที่ HE622139 และผู้วิจัยดำเนินการพิทักษ์สิทธ์ โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการทำวิจัย รวมทั้งเปิดโอกาสให้กลุ่มตัวอย่างตัดสินใจเข้าร่วมวิจัยโดยสมัครใจ

4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์ที่กำหนดไว้ ชี้แจงวัตถุประสงค์และขั้นตอนของการศึกษา และดำเนินการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกันยายน–พฤศจิกายน พ.ศ. 2562 โดยจะทำการสังเกตกลุ่มตัวอย่าง 3 ครั้ง/คน (แต่ละครั้งใช้เวลา 1 ชั่วโมง) ให้ครอบคลุมทุกกิจกรรมที่ได้กำหนดไว้ ยกเว้นกิจกรรมการช่วยแพทย์ทำหัตถการ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ไม่ได้ปฏิบัติเป็นประจำ ขึ้นอยู่กับอาการและโรคของผู้ป่วยในแต่ละช่วงเวลาที่เข้ามารับการรักษา ทำการสังเกตโดยผู้ช่วยผู้วิจัย ซึ่งเป็นพยาบาลวิชาชีพควบคุมการติดเชื้อประจำหอผู้ป่วย จำนวน 2 คน ซึ่งต้องขึ้นปฏิบัติงานในช่วงเวรเช้าหรือบ่าย และผ่านการชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับวิธีการดำเนินการวิจัยจากผู้วิจัย และได้ทดลองใช้แบบสังเกตการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งมาแล้ว

- สัปดาห์ที่ 1 ผู้ช่วยผู้วิจัยสังเกตการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งของพยาบาลวิชาชีพ ทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ใช้ระยะเวลา 1 สัปดาห์ โดยการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non participatory observation) ตามกิจกรรมการพยาบาลที่กำหนดไว้ ในช่วงเวลาที่กำหนด แบ่งเป็น 2 ช่วง ๆ ละ 4 ชั่วโมง คือ ระหว่างเวลา 8.00-12.00 น. และ 16.00-20.00 น. ซึ่งกลุ่มตัวอย่างจะไม่ทราบว่าจะถูกสังเกตในช่วงเวลาหรือหัตถการใด โดยผู้ช่วยผู้วิจัยจะทำการสังเกตให้เป็นปกติเหมือนการสังเกตในงานประจำ ซึ่งโดยปกติกลุ่มตัวอย่างได้ถูกสังเกตพฤติกรรมเกี่ยวกับงานการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเป็นประจำอย่างต่อเนื่องอยู่แล้ว เพื่อให้เก็บข้อมูลได้อย่างเที่ยงตรง

- สัปดาห์ที่ 2

กลุ่มควบคุม มีการใช้วิธีการบริหารความเสี่ยงโดยปกติ ตามนโยบายของโรงพยาบาลและตึกผู้ป่วย ในการค้นหาความเสี่ยง การประเมินความเสี่ยง การจัดการความเสี่ยง และการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง โดยการนิเทศติดตามการปฏิบัติตามแนวทางของหน่วยงานอย่างสม่ำเสมอทุกเดือน

กลุ่มทดลอง จัดประชุมกลุ่มจำนวน 2 ครั้ง ใน 1 สัปดาห์ ในแต่ละครั้งใช้เวลาประมาณ 1.30–2 ชั่วโมง ดังนี้ ประชุมกลุ่มครั้งที่ 1 ด้านการค้นหาความเสี่ยงและการประเมินความเสี่ยง โดยขั้นสร้างการรับรู้ กำหนดสถานการณ์สมมุติ ให้กลุ่มทดลองแต่ละกลุ่มค้นหาและ

วิเคราะห์ประเด็นปัญหา ขั้นความเข้าใจ กลุ่มสรุปและนำเสนอจากเหตุการณ์สมมุตินั้น พร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ผู้วิจัยให้ข้อเสนอแนะ สรุปประเด็นและให้ความรู้เพิ่มเติม ขั้นการฉายภาพ มอบหมายให้แต่ละคนศึกษาและค้นหากลวิธีการปฏิบัติการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง หรือจากประสบการณ์เพื่อนำเสนอในครั้งต่อไป ประชุมกลุ่มครั้งที่ 2 ด้านการจัดการและการประเมินผลการจัดการความเสี่ยง โดยขั้นสร้างการรับรู้ ผู้วิจัยทบทวนมาตรฐานการปฏิบัติการป้องกันการเกิดของมีคมทิ่มตำหรือบาดและสัมผัสสาร
คัดหลั่งให้แก่กลุ่มทดลอง ขั้นความเข้าใจ สาธิตการปฏิบัติการป้องกัน และให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติจริง ขั้นการฉายภาพ กลุ่มทดลองนำ เสนอกลวิธีที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการป้องกันการเกิดของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่ง มีการกระตุ้นเตือนให้คิดถึงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในขณะปฏิบัติกิจกรรม ด้วยวิธีเพื่อนเตือนเพื่อน พี่เตือนน้อง การใช้โปสเตอร์กระตุ้นเตือน การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันหรือนวัตกรรม และการลดขั้นตอนที่มีความเสี่ยงในการปฏิบัติ และผู้วิจัยให้ข้อมูลเพิ่มเติม รวมทั้งแลกเปลี่ยนกลวิธีต่าง ๆ เมื่อเสร็จสิ้นการประชุมทั้ง 2 ครั้ง กลุ่มทดลองจะทำ Safety brief ใช้เวลา 2-3 นาที/คน ในช่วงการรับ-ส่งเวรทุกวัน โดยผู้วิจัย หัวหน้าตึกผู้ป่วย และทีมพยาบาลที่ขึ้นปฏิบัติงานร่วมรับฟังและให้ข้อเสนอแนะ

- สัปดาห์ที่ 5 ผู้ช่วยผู้วิจัยทำการสังเกตการปฏิบัติเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งของพยาบาลวิชาชีพทั้งกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1 วิเคราะห์ความแตกต่างของข้อมูลทั่วไป ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann–Whitney U test และ Fisher exact test

5.2 เปรียบเทียบค่าเฉลี่ยของพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสาร
คัดหลั่งของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างกลุ่มทดลองกับกลุ่มควบคุม โดยใช้สถิติ Mann–Whitney U test เนื่องจากตัวอย่างมีจำนวนน้อย และการแจกแจงประชากรไม่เป็นแบบปกติ ซึ่งใช้สถิติ Kolmogorov-Smirnov test ในการทดสอบ

5.3 เปรียบเทียบการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม โดยใช้สูตร การเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่ง เท่ากับ จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งของพยาบาลกลุ่มทดลอง ต่อ จำนวนครั้งของการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งของพยาบาลกลุ่มควบคุม

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลทั่วไป กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศหญิง อายุเฉลี่ย 26.33-26.89 ปี (SD=0.87-0.92) ระยะเวลาการปฏิบัติงานในหอผู้ป่วยอายุรกรรม เฉลี่ย 3.78-3.89 ปี (SD=0.83-0.93) ประสบการณ์ได้รับอบรมเรื่องการปฏิบัติการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่ง คิดเป็นร้อยละ 100 จำนวนครั้งที่ได้รับการอบรมเฉลี่ย 3.56-3.89 ครั้ง (SD=0.93-1.01) ประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่ง ร้อยละ 42.86-57.14 ผลการทดสอบด้วยสถิติ Mann–Whitney U test และ Fisher exact test พบว่า ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ เพศ อายุ ประสบการณ์และจำนวนครั้งที่ได้รับการอบรม และประสบการณ์การได้รับอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่ง ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมไม่มีความแตกต่างกัน ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ 0.05

2. เปรียบเทียบความแตกต่างของพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสาร
คัดหลั่งของพยาบาลวิชาชีพ ในแต่ละกิจกรรม ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม (ก่อนและหลังการทดลอง) พบว่าเกือบทุกกิจกรรมมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ

ทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นกิจกรรมการจัดการผ้าเปื้อนและการคัดแยกขยะ (ดังตาราง 1)

3. เปรียบเทียบการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งของพยาบาลวิชาชีพระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม พบว่า ในช่วงเวลาที่ทำวิจัย (10 สัปดาห์) ไม่เกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่ง ทั้งในกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม คิดเป็นอัตราการเกิดอุบัติเหตุ คือ 0 : 0 ครั้ง

ตาราง 1 เปรียบเทียบความแตกต่างค่าเฉลี่ยคะแนนพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งของพยาบาลวิชาชีพในรายกิจกรรม (ก่อนและหลังการทดลอง) ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ด้วยสถิติ Mann-Whitney U test

กิจกรรม	n	Mean		SD		Mean Rank		Mann-Whitney U		p-value	
		ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง	ก่อน	หลัง
การฉีดยา											
กลุ่มทดลอง	9	6.93	6.96	0.22	0.11	13.17	12.22	7.500	16.000	0.002*	0.013*
กลุ่มควบคุม	9	6.19	6.56	0.53	0.44	5.83	6.78				
การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ											
กลุ่มทดลอง	9	7.70	8.00	0.31	0.00	11.33	12.50	24.000	13.500	0.128	0.004*
กลุ่มควบคุม	9	7.37	7.59	0.51	0.33	7.67	6.50				
การเจาะเลือดทางหลอดเลือดดำ											
กลุ่มทดลอง	9	7.67	8.00	0.29	0.00	10.67	13.00	30.000	9.000	0.337	0.001*
กลุ่มควบคุม	9	7.41	7.56	0.55	0.33	8.33	6.00				
การช่วยแพทย์ทำหัตถการ											
กลุ่มทดลอง	7	9.14	10.86	0.90	0.38	5.43	12.43	10.000	4.000	0.011*	0.001*
กลุ่มควบคุม	9	10.74	9.96	0.78	0.11	10.89	5.44				
การใช้อุปกรณ์ป้องกัน											
กลุ่มทดลอง	9	1.00	1.93	0.69	0.22	6.33	11.89	12.000	19.000	0.006*	0.029*
กลุ่มควบคุม	9	1.89	1.63	0.33	0.31	12.67	7.11				

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

การอภิปรายผล

1.เปรียบเทียบพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งของพยาบาลวิชาชีพ ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุมก่อนการทดลอง พบว่า ส่วนใหญ่การปฏิบัติกิจกรรมการป้องกันในทั้งสองกลุ่มไม่มีความแตกต่างกัน ยกเว้นกิจกรรมการฉีดยา การช่วยแพทย์ทำหัตถการ และการใช้อุปกรณ์ป้องกัน ที่พบว่าก่อนการทดลอง กลุ่มควบคุมปฏิบัติกิจกรรมเหล่านี้ได้ดีกว่ากลุ่มทดลอง อย่างไรก็ตามภายหลังทดลอง กลุ่มทดลองมีพฤติกรรมการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งของพยาบาลวิชาชีพมากกว่ากลุ่มควบคุม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ยกเว้นกิจกรรมการจัดการผ้าเปื้อนและการคัดแยกขยะที่ปฏิบัติไม่แตกต่างกัน ทั้งนี้เนื่องจากเป็นกิจกรรมที่พยาบาลต้องปฏิบัติเป็นกิจวัตรประจำทุกวันอยู่แล้ว ผลการวิจัยที่ได้แสดงให้เห็นว่า การใช้โปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักในกระบวนการบริหารความเสี่ยง ที่บูรณาการแนวคิดความตระหนักรู้ของ Endsley (1995) และกระบวนการบริหารความเสี่ยง ตาม

แนวคิดของ Wilson & Tingle (1999) [13] สามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำ หรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งของพยาบาลวิชาชีพได้ เนื่องจากโปรแกรมดังกล่าว ได้ส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพเกิดความตระหนัก โดยมีองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการของความตระหนักรู้ ได้แก่ การรับรู้ (Perception) ถึงสิ่งที่กำลังจะเกิดขึ้น รับรู้ถึงสถานะ และการเปลี่ยนแปลงของสิ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบในสิ่งแวดล้อมต่อเหตุการณ์ที่เกิดขึ้น โดยผู้วิจัยได้กำหนดสถานการณ์สมมุติ เกี่ยวกับเหตุการณ์การเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงาน และให้กลุ่มร่วมกันค้นหา วิเคราะห์ประเด็นจากเหตุการณ์สมมุติ ในประเด็นพฤติกรรมที่ส่งผลให้เกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงาน สาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงาน และเข้าสู่ขั้นทำความเข้าใจ (Comprehension) ถึงสถานการณ์ของสภาพปัจจุบัน บนพื้นฐานของการสังเคราะห์องค์ประกอบภายใต้ความรู้ที่มี และขั้นการฉายภาพ (Projection) ที่สามารถทำนายหรือคาดการณ์มองเห็นถึงสัญญาณที่เป็นอันตรายได้ว่าจะเกิดอะไรขึ้นในปัจจุบันและอนาคตอันใกล้ โดยจัดกิจกรรมให้กลุ่มได้ทำความเข้าใจถึงสภาพปัจจุบัน ปัญหาและสาเหตุของการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงาน ทำการคาดการณ์ถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นภายใต้เหตุการณ์ที่สมมติ และมอบหมายให้ค้นหากลวิธีการปฏิบัติการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งจากการปฏิบัติงาน โดยการศึกษาค้นคว้าด้วยตนเอง จากเอกสารและรายงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ด้วยการนำเสนอผ่านการเล่าเรื่องด้วยภาพหรือตัวหนังสือ พร้อมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและให้ข้อเสนอแนะ นอกจากนี้ ยังมีการทบทวนมาตรฐานการปฏิบัติ การสาธิต และให้กลุ่มทดลองฝึกปฏิบัติจริง การกระตุ้นเตือนให้คิดถึงความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นได้ในขณะปฏิบัติงาน ด้วยวิธีเพื่อนเตือนเพื่อน พี่เตือนน้อง การใช้โปสเตอร์กระตุ้นเตือน การจัดการสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัย การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันหรือนวัตกรรม และการลดขั้นตอนที่มีความเสี่ยงในการปฏิบัติ โดยผู้วิจัยให้ความรู้และข้อมูลเพิ่มเติม และให้ทุกคนทำ Safety brief โดยใช้เวลา 2-3 นาที/คน ในช่วงการรับ-ส่งเวรทุกวัน จากองค์ประกอบต่าง ๆ ดังกล่าว ทำให้พยาบาลในกลุ่มทดลองมีความตระหนักรู้ต่อสถานการณ์ (Situation Awareness) ความปลอดภัยของตนเอง โดยมีทักษะการคิดที่ป้องกันหรือลดความผิดพลาดของตนเอง (Endsley, 1995) ประกอบกับกระบวนการบริหารความเสี่ยง [13] เป็นการเฝ้าระวังและเป็นกระบวนการลดความสูญเสียที่อาจเกิดขึ้น ที่เน้นการทบทวนระบบการทำงาน เพื่อค้นหาความเสี่ยง สาเหตุหรือโอกาสเกิดอุบัติการณ์ พร้อมกับร่วมกันดำเนินการแก้ไข ปรับปรุงระบบงาน เพื่อช่วยควบคุม ป้องกัน และยับยั้งความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นอยู่แล้ว การบูรณาการแนวคิดที่เสริมสร้างความตระหนักในกระบวนการบริหารความเสี่ยง จึงเป็นการเพิ่มทักษะการคิดที่จะป้องกันหรือลดความผิดพลาดของบุคคล เป็นการแก้ปัญหาเชิงรุกก่อนที่จะเกิดเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ ณัฐชยา วุฒิมาปกรณ์ (2557)[3] พบว่าเมื่อพยาบาลวิชาชีพมีความตระหนักในด้านพฤติกรรมการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยในระดับมาก จะมีแนวโน้มต่อพฤติกรรมการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยในระดับมากเช่นกัน ซึ่งหากมีความตระหนักในบทบาทหน้าที่ของตนทำให้เกิดความรู้สึกรับผิดชอบ สำนึกได้และเห็นความสำคัญในบทบาทหน้าที่ส่งผลให้แสดงพฤติกรรมตามบทบาทหน้าที่ของตนเองอย่างเต็มความสามารถและการศึกษาของ พร บุญมี และคณะ (2561)[5] ที่พบว่าควรส่งเสริมและสนับสนุนให้นำแนวคิดการจัดการความเสี่ยง และความปลอดภัย ไปบูรณาการกับการปฏิบัติการพยาบาล เพื่อส่งเสริมให้พยาบาลมีความรู้ มีการรับรู้ และมีความตระหนักต่อความปลอดภัยเพิ่มขึ้น ดังนั้นการที่บุคลากรได้รับรู้ ทำความเข้าใจ มองหรือคาดการณ์ถึงความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นอันใกล้จะทำให้เกิดความตระหนักและใส่ใจต่อการปฏิบัติงานให้เกิดความปลอดภัยอย่างถูกต้อง ซึ่งจะส่งผลถึงพฤติกรรมการปฏิบัติที่ดีขึ้นของบุคลากรต่อไป

2. เปรียบเทียบการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งของพยาบาลวิชาชีพ

ระหว่างกลุ่มทดลองและกลุ่มควบคุม ซึ่งพบว่าทั้งสองกลุ่มไม่มีอุบัติการณ์เกิดขึ้น อาจเนื่องจากการเก็บอุบัติการณ์ใช้ระยะเวลาที่สั้นเกินไป เพราะปกติ ใน 1 ปี พบอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งของพยาบาลวิชาชีพในหอผู้ป่วยอายุรกรรม ประมาณ 3-4 ครั้ง เฉลี่ย 2-3 เดือน/ครั้ง อย่างไรก็ตาม จากผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ากลุ่มทดลองมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในการป้องกันการเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งของพยาบาลวิชาชีพที่ดีขึ้น และไม่พบอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่งของพยาบาลวิชาชีพ สอดคล้องกับการศึกษาของ อรนุช ลีนะกนิษฐ์ (2558)[7] ที่พบว่า หลังจากใช้กลยุทธ์หลายวิธี ทำให้ไม่พบอุบัติการณ์การเกิดเข็มทิ่มแทงหรือของมีคม แสดงให้เห็นว่าการใช้กลยุทธ์ที่หลากหลาย สามารถนำไปใช้ในการส่งเสริมให้พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการป้องกันการเกิดเข็มทิ่มแทงหรือของมีคมบาดได้ถูกต้องเพิ่มขึ้น และลดอุบัติการณ์การเกิดเข็มทิ่มแทงหรือของมีคมบาด และการศึกษาของ เชี่ยมหงส์ พรหมประกาย และคณะ (2562)[2] ที่พบว่า การใช้กลวิธีต่าง ๆ รวมถึงการให้ความรู้แก่บุคลากรทางการแพทย์ในการป้องกันอุบัติเหตุการณ์จากการติดเชื้อที่เหมาะสมตามอายุงานและประสบการณ์ของบุคลากร จะสามารถช่วยลดอุบัติเหตุที่จะเกิดขึ้นซึ่งจะส่งผลให้การติดเชื้อในสถานพยาบาลลดลงได้

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลงานวิจัยไปใช้ 1) ด้านการปฏิบัติการพยาบาล ควรประยุกต์ใช้กิจกรรม/กลวิธีจากโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักในกระบวนการบริหารความเสี่ยง และจัดทำเป็นนวัตกรรมเพื่อส่งเสริมและเอื้อให้เกิดพฤติกรรมการป้องกันในความเสี่ยงในด้านอื่น ๆ 2) ด้านการบริหารพยาบาล ผู้บริหารพยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติได้มีส่วนร่วมในการคิดนำเสนอรูปแบบ/กิจกรรม และควรนำโปรแกรมการเสริมสร้างความตระหนักในกระบวนการบริหารความเสี่ยง ไปใช้ในการปฐมนิเทศ การสอนงานพยาบาลที่มีประสบการณ์น้อย โดยเน้นการสอนงานเชิงปฏิบัติการ เพื่อให้ผู้ปฏิบัติงานได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็น ได้รับรู้ และตระหนักถึงความปลอดภัยในการปฏิบัติการพยาบาล

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป การติดตามอุบัติการณ์การเกิดอุบัติเหตุของมีคมทิ่มตำหรือบาด/สัมผัสสารคัดหลั่ง ในงานวิจัยครั้งต่อไปควรติดตามอุบัติการณ์ให้ยาวนาน และการวิจัยครั้งนี้ในการปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างมีข้อจำกัดซึ่งอาจส่งผลให้ไม่เป็นไปตามแบบแผนการทดลอง

กิตติกรรมประกาศ

ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่ให้คำแนะนำ และข้อเสนอแนะในการปรับปรุงตลอดจนให้ความช่วยเหลือด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1.เชาวรัตน์ ศรีวสุธา. **ปัจจัยที่มีผลต่อการบริหารความเสี่ยงด้านคลินิกของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ใน จังหวัดนนทบุรี.** วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิตสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยคริสเตียน, 2558.

2.เชี่ยมหงส์ พรหมประกาย และคณะ. "เปรียบเทียบผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ ในโรงพยาบาลส่งเสริม สุขภาพตำบลติดดาว เขตสุขภาพที่ 8". **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 12(1) : 560-567, 2562.

3.ฉัฐชยา วุฒิมาปกรณ์. "พฤติกรรมการดูแลความปลอดภัยผู้ป่วยของพยาบาลวิชาชีพในเครือโรงพยาบาลเกษมราษฎร์". **วารสารวิชาการ Veridian E-Journal.** 7(1) : 698-711, 2557.

4.ปาลิตา พูลเพิ่ม และคณะ. "การพัฒนารูปแบบการนิเทศงานการพยาบาลโดยผู้บริหารทางการพยาบาลโรงพยาบาลสุทธา เวช คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยมหาสารคาม". **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**. 12(1) : 374-380, 2562.

5.พร บุญมี และคณะ. "ความรู้ การรับรู้และความตระหนักต่อการจัดการความเสี่ยงและความปลอดภัยของผู้ป่วยในนักศึกษา พยาบาล วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีพะเยา". **วารสารการพยาบาลและการศึกษา.** 11(3) : 112-124, 2561.

สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล. **มาตรฐานโรงพยาบาลและบริการสุขภาพ**. พิมพ์ครั้งที่ 4. หนังสือดีวัน จำกัด นนทบุรี, 2561.

6.สุพรรณ์ ว่องรักษ์สัตว์ และสมสมัย สุธีรศานต์. "ปัจจัยที่สัมพันธ์กับความชุกของการถูกเข็มทิ่มตำหรือของมีคมบาดในบุคลากรทางการพยาบาล โรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิมพระเกียรติ". **วารสารโรงพยาบาลธรรมศาสตร์เฉลิม พระเกียรติ**. 1(1) : 26-41, 2559.

7.อรนุช ลีนะกนิษฐ์ และคณะ. "ผลของการใช้กลยุทธ์หลายวิธีต่อการปฏิบัติการป้องกันและอุบัติการณ์การเกิดเข็มทิ่มแทงหรือของมีคมบาดของพยาบาลวิชาชีพ". **พยาบาลสาร**. 44(2) : 151-161, 2560.

8.อะเคื้อ อุณหเลขกะ และสุชาดา เหลืองอาภาพงศ์. "การป้องกันอุบัติเหตุจากเข็มและของมีคมของโรงพยาบาลในประเทศไทย". **พยาบาลสาร**. 40 : 130-142, 2556.

9.Centers for Disease Control and Prevention. **Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings**. 2007, from https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines-H.pdf Retrieved November 24, 2018.

_____. "Surveillance of occupationally acquired HIV/AIDS in healthcare personal". **Online Journal of Ethics**. 3(1) : 1-20, 2010.

10.Endsley, M.R. "Toward a theory of situation awareness in dynamic systems". **Human factors**. 37(1) : 32-64, 1995.

11.Rundmo, T., & Hale, A.R. "Managers' attitudes towards safety and accident prevention". **Safety science**. 41(7) : 557-574, 2003.

12.Twitchell, K.T., & Wachs, J.E. Bloodborne pathogens: What you need to know-Part I. **AAOHN Journal**. 51(1) : 38-47, 2003.

13.Wilson, J. & Tingle, J. **Clinical risk modification: A route to clinical governance**. Butterworth-Heinemann Oxford, 1999.

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการทำงานของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวาย ในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

Selected factors related to satisfaction with work among generation Y nurses inKhonKaen Hospital

วิลาวัณย์ จันโทริ[1], ขนิษฐา วรธงชัย[2]

Wilawan Chantori[1], Kanittha worathongchai[2]

(Received: October 17,2020; Accepted: November 15,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงสำรวจนี้มุ่งศึกษาถึงระดับความพึงพอใจในการทำงานและความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน กับความพึงพอใจในการทำงานของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นโดยเลือกกลุ่มตัวอย่างเป็นพยาบาลวิชาชีพมีอายุระหว่าง 24 - 41 ปี[1] ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จำนวน 235 คน เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นเองโดยบูรณาการจาก แนวความคิดของ Herzberg (1959)[2] วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยใช้สถิติไคว์สแควร์และสถิติสหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการวิจัยพบว่าระดับความพึงพอใจในการทำงานของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้คิดเป็นร้อยละ 46.4 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภูมิลำเนาใกล้สถานที่ปฏิบัติงาน ภาระการดูแลครอบครัว ตำแหน่งงานในปัจจุบันช่วงเวลาในการปฏิบัติงาน และแผนกที่ปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจูงใจกับความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานอยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.285$, $p < 0.001$) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจูงใจกับกับความพึงพอใจด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ด้านความพึงพอใจในงานของพยาบาลต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา โดยรวมมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.153$, p 0.019)ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจูงใจกับความพึงพอใจด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นพบว่า ความพึงพอใจด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน โดยรวมมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.450$, $p < 0.001$)ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยค้ำจุนกับความพึงพอใจด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นพบว่า โดยรวมมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.448$, $p < 0.001$) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยค้ำจุนกับความพึงพอใจในงานต่อการบริหารทรัพยากรบุคคลของหน่วยงานในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นโดยรวมมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.434$, <0.001) ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยค้ำจุนกับความพึงพอใจด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นโดยรวมมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.331$, <0.001)

คำสำคัญ : พยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวาย ,ความพึงพอใจ, ปัจจัยคัดสรร

Abstract

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ประจำสาขาวิชาการบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

This descriptive research focuses on the level of job satisfaction and itsrelationship withselected factors including Personal factors, Motivation factors, and Support factorsamongGeneration Y nurses in KhonKaen Hospital. The sample consisted of 235 nurses working at KhonKaen Hospital, between 24 and41 years of age.The tool used was a questionnaire adaptedfrom Herzberg (1959).Data were analyzed by frequency distribution, percentage, mean, standard deviation, chi's square, and Pearson's correlation.

The result of the research shows that the level of job satisfaction for most of the Generation Y nurses working at KhonKaen Hospitalsat a fair level, accounting for 46.4 percent of the sample.Among the Motivation factors,Work-Life Balance andJob Satisfactionof Generation Y nurses in KhonKaen Hospital are significantly low correlated relationshipwith job satisfaction.(r = 0.285, p<0.001)Motivation factors and job satisfaction of Generation Y nurses towards the human resource management of the department in the past year are significantly low correlated relationship with job satisfaction.(r = 0.153, p 0.019) Motivation factors and job satisfaction of Generation Y nurses towards Work-Life Balance as moderate correlated relationship with job satisfaction.(r =0.450, p <0.001)Among the Supporting factors,Work-Life Balance and Job Satisfaction of Generation Y nurses in KhonKaen Hospital are significantly moderate correlated relationship with job satisfaction.(r =0.448, p<0.001)Supporting factors and job satisfaction of Generation Y nurses towards the human resource management of the department in the past year are significantly moderate correlated relationship with job satisfaction.(r = 0.434, <0.001)Supporting factors and job satisfaction of Generation Y nurses towards Work-Life Balance as moderate correlated relationship with job satisfaction.(r =0.331, <0.001)

Key word: Generation Y nurses, Satisfaction, Selected factors

บทนำ

รูปแบบการใช้ชีวิตของคนในแต่ละยุคมีความแตกต่างกัน ส่วนหนึ่งเกิดจากความแตกต่างขั้นพื้นฐานของมนุษย์ คือช่วงของอายุหรือยุคของผู้ปฏิบัติงาน จึงทำให้มีผู้ศึกษาเรื่องราวของคนในแต่ละรุ่นอายุที่เกี่ยวพันกับช่วงเวลา หรือที่เรียกกันแบบสากลว่า เจเนอเรชั่น เพื่อเรียนรู้ลักษณะเด่น พฤติกรรม นิสัย ของคนแต่ละเจเนอเรชั่น[3] คนในแต่ละรุ่นอายุนั้น มีบุคลิกภาพ พฤติกรรม ทัศนคติ ความเชื่อ มุมมองการใช้ชีวิต มุมมองต่อการทำงาน และประสบการณ์ที่ไม่เหมือนกัน ในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพนั้นมีพยาบาลหลายรุ่นที่ทำงานด้วยกัน พบว่ากลุ่มเจเนอเรชั่นวาย (เกิดปี พ.ศ. 2521 - 2538 ช่วงอายุ 24 - 41 ปี)[1] มีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นกลุ่มประชากรส่วนใหญ่ที่ปฏิบัติงานในฐานะผู้ปฏิบัติการพยาบาลและส่วนหนึ่งเริ่มเข้ามาเป็นผู้บริหารทางการพยาบาลรุ่นใหม่ ถือเป็นกำลังสำคัญในการดูแลภาวะสุขภาพของประชาชนไทย[3] ลักษณะเด่นของเจนเนอเรชั่นวาย ส่วนมากสามารถปรับตัวได้ดีในสถานการณ์ต่างๆที่ตนเองอาจไม่คุ้นเคยมาก่อน พร้อมที่จะเรียนรู้และยอมรับความคิดเห็นที่แตกต่าง เรียนรู้เทคโนโลยีได้เร็ว มีความทะเยอทะยาน ชอบการแข่งขัน ชอบงานที่ท้าทาย ต้องการการยอมรับนับถือ การมีโอกาสได้ทำงานที่สำคัญและรู้สึกได้ถึงคุณค่าในการทำงานนั้นๆตลอดจนได้รับมอบหมายงานที่หลากหลายและมีส่วนร่วมรับผิดชอบ ชอบการทำงานเป็นทีมและสร้างปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน รวมไปถึงการมีช่องทางการติดต่อสื่อสารกับเพื่อนร่วมงานหรือผู้บังคับบัญชาที่สะดวก รวดเร็ว ไม่ต้องการลำดับขั้นตอนที่ซับซ้อนหรือใช้ระยะเวลานาน แต่จะมีความอดทนอดกลั้นต่อสิ่งเร้าต่างๆในระดับที่จำกัด[4] การทำงานด้านการพยาบาลนั้น เป็นงานที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่องตลอด 24 ชั่วโมง ต้องให้การดูแลผู้ป่วยที่ซับซ้อนรุนแรงจนถึงขั้นวิกฤตต้องใช้ความเร่งรีบและความรอบคอบในเวลาเดียวกัน โดยภาระงานที่หนักนี้ส่งผลให้ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ความพึงพอใจในงานลดลง ทำให้แนวโน้มการคงอยู่ในงานลดลง อันจะก่อให้เกิดปัญหาการขาดอัตรากำลังในการทำงานและขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์[5] ในการทำงานนั้นมีพยาบาลหลายรุ่นที่ทำงานด้วยกัน ซึ่งการทำงานระหว่างคน 3 รุ่น ได้แก่ เบบี้บลูมเจนเนอเรชั่นเอ็กซ์และ เจนเนอเรชั่นวาย ด้วยทัศนคติ ความคิด ความเชื่อ และแนวคิดที่

ไม่เหมือนกัน อาจส่งผลให้เกิดความขัดแย้งในองค์กรขึ้นได้ โดยเฉพาะบุคลากรกลุ่มใหญ่คือพยาบาลเจนเนอเรชั่นวาย ที่มีความอดทนอดกลั้นต่อสิ่งเร้าต่างๆในระดับที่จำกัด ซึ่งได้รับอิทธิพลจากความเร็วความสะดวกสบายและทางเลือกมากมาย ของสื่อต่างๆ ที่ตอบสนองความพึงพอใจในระยะสั้น ดังนั้นการสร้างเสริมและสนับสนุนให้เกิดปัจจัยจูงใจในการทำงานนั้น ย่อมเป็นส่วนสำคัญที่จะตอบสนองความต้องการของพยาบาลวิชาชีพเหล่านี้ได้ จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจ มีหลายปัจจัยด้วยกันได้แก่ปัจจัยส่วนบุคคล ซึ่งประกอบไปด้วยอายุ รายได้ การศึกษา ประสบการณ์ทำงาน ภูมิลำเนา ช่วงเวลาในการทำงาน หน่วยงานที่ปฏิบัติงาน และยังมีปัจจัยที่เป็นสิ่งจูงใจและส่งเสริมให้เกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติ ได้แก่ ความสำเร็จของงาน การได้รับการยอมรับนับถือจากหัวหน้างานและเพื่อนร่วมงานลักษณะงานที่ปฏิบัติมีความท้าทายต่อความสามารถการได้รับความไว้วางใจความรับผิดชอบ และความก้าวหน้าในหน้าที่การงานไม่ว่าจะเป็นการบรรจุข้าราชการ หรือการได้เลื่อนตำแหน่ง รวมไปถึง นโยบายและการบริหาร การปกครองบังคับบัญชา ปฏิสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน สภาพการทำงานและความมั่นคง และผลตอบแทน ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การพยาบาลเป็นงานที่หนัก และต้องมีความอดทนสูงรวมไปถึงมีทัศนคติที่ดีต่อวิชาชีพ มีขวัญกำลังใจ และความพึงพอใจในการทำงาน หากพยาบาลเหล่านั้นขาดความพึงพอใจ ก็จะนำไปสู่การเบื่อหน่าย ความเครียด ขาดงานและนำไปสู่การลาออกจากงานในที่สุด[6] ซึ่งความพึงพอใจนั้นเป็นองค์ประกอบสำคัญของคุณภาพการบริการพยาบาล[7] เนื่องจากความพึงพอใจนั้นเป็นการสร้างแรงกระตุ้นในการทำงาน ทำให้เกิดความกระตือรือร้น และมีขวัญกำลังใจในการทำงาน อีกทั้งยังช่วยเสริมสร้างความผูกพันต่อองค์กร ซึ่งก่อให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน [8] ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของพยาบาล ก็เป็นอีกส่วนหนึ่งที่มีความสำคัญ และเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้พยาบาลมีความพึงพอใจและมีคุณภาพชีวิตและการทำงานที่ดี โดยมีการศึกษาความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของบุคลากรทางสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2552 พบว่ามีความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานภาพรวม ร้อยละ 66.19 ซึ่งอยู่ในระดับที่ต้องได้รับการแก้ไข [9] ผู้บริหารควรจึงมีนโยบายส่งเสริมให้พยาบาลทำงานอย่างมีสมดุลในชีวิตและการทำงาน เพื่อให้สามารถขับเคลื่อนงานบริการและขับเคลื่อนองค์กรให้บรรลุเป้าหมาย

จากการทบทวนงานวิจัย พบว่ามีคนศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในพยาบาลค่อนข้างน้อย ผู้วิจัยจึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในพยาบาลเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลขอนแก่น ทั้งๆที่แนวโน้มของการลาออกค่อนข้างสูง พบอัตราการลาออกของพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชั่นวาย ในช่วงปีงบประมาณ 2559 - 2561 ร้อยละ 4.5, 4.75 และ 5.1 ตามลำดับ ซึ่งมีจำนวนมากขึ้นทุกปี เมื่อเปรียบเทียบกับพยาบาลวิชาชีพกลุ่มเจเนอเรชั่นเอ็กซ์ ซึ่งมีอัตราการลาออกเพียง ร้อยละ 1.3 1.2 และ 1.4 ตามลำดับเท่านั้น [10] สำหรับการศึกษาความพึงพอใจในงาน ผู้วิจัยใช้แนวคิดของสำนักการพยาบาล [11]ซึ่งมีการดัดแปลงตามทฤษฎีแรงจูงใจของ Herzberg [2] เพราะความพึงพอใจในงานเป็นผลมาจากการได้รับการตอบสนองปัจจัยจูงใจ โดยการจูงใจจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของบุคคล ส่วนความพึงพอใจจะเกี่ยวข้องกับความรู้สึกของบุคคลที่มีต่องาน คือความพึงพอใจด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ซึ่งล้วนมีความสำคัญในการจูงใจ ให้เกิดความพึงพอใจในการทำงานของพยาบาลทำให้การทำงานของพยาบาลมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น ซึ่งการศึกษาเรื่องนี้จะทำให้

ได้ข้อมูล เพื่อเป็นข้อมูลหนึ่งในการบริหารจัดการพยาบาลในองค์กรให้เกิดความรู้สึกพึงพอใจกับงาน พยาบาลมีความสุขในการทำงาน เกิดประสิทธิภาพในงาน องค์กรประสบผลสำเร็จ[12] สอดคล้องกับทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg[2] ที่ว่าด้วยการบริหารองค์การให้ประสบความสำเร็จผู้บริหารควรตระหนักถึงความพึงพอใจ หากบุคคลากรมีความรู้สึกพอใจในการทำงาน ผลผลิตขององค์การก็จะบรรลุเป้าหมายได้ ในทางตรงข้ามหากบุคคลในองค์กรไม่มีความพึงพอใจในการทำงานย่อมส่งผลถึงความคงอยู่และการออกจากงาน ทำให้ผู้วิจัยเลือกศึกษาทฤษฎีสองปัจจัยของ Herzberg[2] เนื่องจาก เหมาะกับการนำมาประยุกต์ใช้กับหน่วยงานทางราชการ ที่มีทรัพยากรการบริหารจำกัด และเหมาะกับองค์การที่มีลักษณะการให้บริการทางสังคม เพราะแรงจูงใจตามแนวทฤษฎีหัวหน้างานหรือผู้บริหารสามารถสร้างขึ้นได้อย่างเต็มที่ในบทบาทของตนโดยไม่ต้องสิ้นเปลืองงบประมาณมากนัก อีกทั้งการกระทำของคนจะถูกควบคุมโดยปัจจัยดังกล่าวมีลักษณะแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล ทำให้เหมาะสมกับการนำไปใช้กับกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวาย ที่มีลักษณะชอบการแสดงออกรักอิสระ มั่นใจในตัวเอง มีความทะเยอทะยานสูงแต่มีความอดทนต่ำทั้งทางร่างกายและจิตใจ มักมีความคิดนอกกรอบมองการทำงานเป็นเรื่องสนุก ท้าทาย ชอบความชัดเจนในการทำงาน ซึ่งหากบุคลากรกลุ่มนี้ที่กำลังเติบโตในองค์กร มีความพึงพอใจในการทำงาน ก็จะสร้างสร้างความมั่นใจว่าการเป็นพยาบาลวิชาชีพจะให้ความสุขและประสบผลสำเร็จในชีวิต ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในการทำงานของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น เพื่อนำข้อมูลเสนอให้ผู้บริหารทางการพยาบาลใช้ในการวางแผนพัฒนาระบบงาน สร้างความพึงพอใจในทำงานแก่พยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวาย ซึ่งจะส่งผลต่อการทำงานที่ดีตามมา องค์กรสามารถดูแลพยาบาลกลุ่มนี้ให้อยู่กับองค์กรนานขึ้น ส่งผลต่อการขับเคลื่อนองค์กรและวิชาชีพพยาบาลไปข้างหน้าอย่างมั่นคงและยั่งยืน

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อศึกษาระดับความพึงพอใจในการทำงานของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจ และปัจจัยค้ำจุน กับความพึงพอใจในการทำงานของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงสำรวจ (Descriptive research)

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยให้ความสำคัญและตระหนักถึงสิทธิส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง ได้มีการทำหนังสือขออนุญาตทำการเก็บข้อมูลการวิจัยในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น เพื่อป้องกันมิให้เกิดความเสียหายแก่ผู้เข้าร่วมการวิจัยและผู้ที่เกี่ยวข้อง การบันทึกข้อมูลต่างๆลงในแบบบันทึกข้อมูล จะใช้รหัสแทนชื่อและข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัยผู้วิจัยจะจัดเก็บเอกสารต่างๆของโครงการวิจัย โดยจะจัดเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ปิดล็อคเป็นเวลา 2 ปีหลังจากที่ตีพิมพ์ผลงานวิจัยแล้ว หลังจากนั้นเอกสารต่างๆจะถูกทำลายด้วยตัวผู้วิจัยเองโดยเครื่องทำลายเอกสารหรือการเผา การวิจัยนี้ได้รับการรับรองจากจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2562 ฉบับที่ 1877/2559 ข้อ 2.3 หมายเลขโครงการ HE622189

ประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้คือพยาบาลวิชาชีพที่เกิดระหว่าง พ.ศ. 2521 - 2538 มีอายุระหว่าง 24 - 41 ปี ที่ปฏิบัติงานที่โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น จำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 235 คน เก็บรวบรวมข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม -พฤศจิกายน 2562 และได้รับแบบสอบถามที่ตอบสมบูรณ์ครบถ้วนทั้งหมด 235 ฉบับ คิดเป็น ร้อยละ 100

เครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสอบถามที่สร้างขึ้นตามวัตถุประสงค์ของงานวิจัย และเพื่อให้สอดคล้องกับแนวคิดทฤษฎี Herzberg (1959)[2]โดยพัฒนาจากแบบสอบถามงานวิจัยของ ประภาพร จงใจภักดี [13] ซึ่งได้ศึกษาเรื่อง ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามาธิบดีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง รวมถึงปรับแบบสอบถามจากสำนักการพยาบาล เรื่องความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของบุคลากรทางการพยาบาล [11]โดยได้รับหนังสืออนุญาตจากกองการพยาบาลแล้วเมื่อวันที่ 29 สิงหาคม 2562 เครื่องมือการวิจัยได้รับการตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 5 ท่าน โดยมีค่าความสอดคล้องเชิงเนื้อหา เท่ากับ 0.72 ตรวจสอบความเที่ยงของเครื่องมือโดยวิธีการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาร์ค(Conbrach's coefficient alpha)ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาครอนบาร์คเท่ากับ 0.96 แบบสอบถามประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

1) แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

2) แบบสอบถามปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ

เจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น ประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่

2.1) แบบสอบถามปัจจัยจูงใจในการทำงานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ

เจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

2.2) แบบสอบถามปัจจัยค้ำจุนในการทำงานที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ

เจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

3) แบบสอบถามความพึงพอใจในด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพ

เจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์และแปลผลข้อมูลทั้งหมดโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูป โดยการทดสอบข้อตกลงเบื้องต้นของสถิติแล้วใช้สถิติเชิงสำรวจเพื่อบรรยายข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจและปัจจัยค้ำจุนที่ส่งผลต่อประสิทธิภาพในการทำงานความพึงพอใจด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานทดสอบไคสแควร์และสถิติสหสัมพันธ์เพียร์สัน

สรุปละอภิปรายผลการวิจัย

ข้อมูลทั่วไป พบว่าส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 94.9)อายุน้อยที่สุด 21 ปี และสูงสุด 41 ปี โดยมีกลุ่มอายุระหว่าง 24 - 29 ปีมากที่สุด (ร้อยละ 44.3)($\bar{X}$= 31.1, S.D.= 4.5)สถานภาพสมรสเป็นกลุ่มโสดมากที่สุด (ร้อยละ 57.4) ระดับการศึกษาส่วนใหญ่อยู่ในระดับปริญญาตรีหรือเทียบเท่า (ร้อยละ 97)ประสบการณ์การทำงานน้อยที่สุด 1 ปี และมากที่สุด 20 ปี จำแนกเป็นกลุ่ม

ประสบการณ์> 10 ปีมากที่สุด(ร้อยละ 31.9)($\bar{X}$= 8.4, S.D.= 4.7)มีภูมิลำเนาอยู่ใกล้สถานที่ปฏิบัติงาน (ร้อยละ 65.5)รายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือนต่ำสุด 15,000 บาท และสูงสุด 48,600 บาท ส่วนใหญ่มีรายได้รวมเฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 25,001 - 35,000 บาท (ร้อยละ 49.8)($\bar{X}$=27,837, S.D.= 5,801)มีภาระการดูแลครอบครัว (ร้อยละ 94) ตำแหน่งงานปัจจุบันเป็นข้าราชการมากที่สุด (ร้อยละ 81.7) มีช่วงเวลาในการปฏิบัติงานเวรผลัดทุกเวร (ร้อยละ 85.1)

แผนกที่ปฏิบัติงาน กลุ่มผู้ป่วยในเป็นกลุ่มที่มากที่สุด(ร้อยละ 70.3) กลุ่มที่มีจำนวนน้อยที่สุดมี 2 กลุ่มเท่ากันคือกลุ่มผู้ป่วยนอกและตรวจรักษาพิเศษ (ร้อยละ1.7)

ตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ในส่วนของเพศสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภูมิลำเนา ภาระการดูแลครอบครัว ตำแหน่งงานในปัจจุบัน ช่วงเวลาในการปฏิบัติงาน และแผนกที่ปฏิบัติงานกับความพึงพอใจด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

ตัวแปรด้านปัจจัยส่วนบุคคล	X^2(df)	P-value
เพศ	1.22 (3)	0.74
สถานภาพสมรส	8.76 (12)	0.723
ภูมิลำเนาใกล้สถานที่ปฏิบัติงาน	2.70 (3)	0.439
ภาระการดูแลครอบครัว	3.06 (3)	0.38
ตำแหน่งงานในปัจจุบัน	15.6 (9)	0.74
ช่วงเวลาในการปฏิบัติงาน	9.42 (3)	0.24
แผนกที่ปฏิบัติงาน	22.5 (18)	0.21

จากตารางที่ 1 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล พบว่า เพศสถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ภูมิลำเนาใกล้สถานที่ปฏิบัติงานภาระการดูแลครอบครัวตำแหน่งงานในปัจจุบันช่วงเวลาในการปฏิบัติงาน และแผนกที่ปฏิบัติงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

ในการพิจารณาความสัมพันธ์ ผู้วิจัยแปลความหมายของค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ดังนี้ [14]

R = 1	หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันอย่างสมบูรณ์
R > 0.70	หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับสูง
R = 0.30 – 0.70	หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับปานกลาง
R < 0.30	หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันในระดับต่ำ
R = 0	หมายถึง ตัวแปรไม่มีความสัมพันธ์กัน
r มีค่าเป็นบวก	หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันทางบวก
r มีค่าเป็นลบ	หมายถึง ตัวแปรมีความสัมพันธ์กันทางลบ

ตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจูงใจกับความพึงพอใจด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

ตัวแปร	ความพึงพอใจในงานโดยรวม		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยจูงใจ			
ด้านความสำเร็จในการทำงาน	0.404	<0.001	ปานกลาง
ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ	0.161	0.014	ต่ำ
ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ	0.099	0.131	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
ด้านความรับผิดชอบ	0.052	0.427	ไม่มีความสัมพันธ์กัน
ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน	0.207	0.001	ต่ำ
รวม	0.285	<0.001	ต่ำ

จากตารางที่ 2 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจูงใจกับความพึงพอใจด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นโดยรวมมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน อยู่ในระดับต่ำอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.285$, $p < 0.001$) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า พบว่าด้านความสำเร็จในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน อยู่ในระดับปานกลางอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.404$, $p < 0.001$) ด้านการได้รับการยอมรับนับถือมีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน อยู่ในระดับต่ำ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.161$, p 0.014)ส่วนด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติด้านความรับผิดชอบด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน ไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

ตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยค้ำจุนกับความพึงพอใจด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

ตัวแปร	ความพึงพอใจในงานโดยรวม		
	ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์(r)	P-value	ระดับความสัมพันธ์
ปัจจัยค้ำจุน			
ด้านนโยบายและการบริหาร	0.398	<0.001	ปานกลาง
ด้านการปกครองบังคับบัญชา	0.200	0.002	ต่ำ
ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน	0.371	<0.001	ปานกลาง
ด้านสภาพการทำงานและความมั่นคง	0.362	<0.001	ปานกลาง
ด้านผลประโยชน์ตอบแทน	0.200	0.002	ต่ำ
รวม	0.448	<0.001	ปานกลาง

จากตารางที่ 3 ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยค้ำจุนกับความพึงพอใจด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นพบว่า โดยรวมมีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r =0.448, p <0.001) เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า ด้านนโยบายและการบริหารด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานด้านสภาพการทำงานและความมั่นคงทำงาน มีความสัมพันธ์ในระดับปานกลาง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r =0.398, p <0.001) , (r =0.371, p <0.001),(r =0.362, p <0.001) ตามลำดับ ส่วนด้านการปกครองบังคับบัญชาและ ด้านผลประโยชน์ตอบแทนมีความสัมพันธ์ในระดับต่ำกับความพึงพอใจด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (r =0.200, p =0.002)

จากผลการวิจัยข้างต้น สามารถสรุปผลการวิจัยได้ดังต่อไปนี้

1. ความพึงพอใจในงานภาพรวมโดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ คิดเป็นร้อยละ 46.4 ด้วยบริบทของโรงพยาบาลขอนแก่นนั้น เป็นโรงพยาบาลระดับตติยภูมิระดับสูง มีศูนย์ความเชี่ยวชาญเฉพาะทางหลากหลายสาขาที่รองรับการบริการของเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นโรงพยาบาลแม่ข่ายในการรับส่งต่อผู้ป่วยในเขตสุขภาพที่ 7 ซึ่งประกอบไปด้วย โรงพยาบาลในจังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด มหาสารคาม และกาฬสินธุ์ มารับการรักษา ดังนั้นความแออัดจึงสิ่งที่ปฏิเสธไม่ได้ในบริบทของโรงพยาบาลขอนแก่น เมื่อเกิดความแออัดขึ้น แน่นอนว่าบุคลากรโดยเฉพาะพยาบาลต้องรับภาระหนักในการดูแลผู้ป่วย ประกอบกับการขาดแคลนอัตรากำลัง จึงทำให้ระดับความพึงพอใจโดยรวมนั้นอยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับ รุ่งนภา กุลภักดี [15] และวรางคณา ชนะเคน [16] เมื่อพิจารณาตามปัจจัยจูงใจ อันประกอบไปด้วย ด้านความสำเร็จในการทำงานด้านการได้รับการยอมรับนับถือด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติด้านความรับผิดชอบ และด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงานเมื่อพิจารณารายด้าน พบว่า ทุกด้านมีความพึงพอใจอยู่ในระดับพอใช้ ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 78.7 รองลงมาคือ ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ ร้อยละ 77.4 และด้านที่มีคะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุด คือ ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน ร้อยละ 74.4 เมื่อพิจารณาตามปัจจัยค้ำจุน อันประกอบไปด้วย ด้านนโยบายและการบริหารด้านการปกครองบังคับบัญชาด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานด้านสภาพการทำงานและความมั่นคง และ ด้านผลประโยชน์ตอบแทน พบว่า มีระดับค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจในงานด้านปัจจัยค้ำจุนโดยส่วนใหญ่อยู่ในระดับพอใช้ สอดคล้องกับงานวิจัยของศรีวรรณา ตันศิริ[17] โดยด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานมีค่าเฉลี่ยคะแนนความพึงพอใจมากที่สุด ร้อยละ 79.5 รองลงมาคือ ด้านนโยบายและการบริหารร้อยละ 78.2 และด้านที่มีคะแนนความพึงพอใจน้อยที่สุดมี 2 ด้าน คือด้านการปกครองบังคับบัญชาและ ด้านผลประโยชน์ตอบแทน ร้อยละ 67.5

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรร ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยจูงใจ ต่อความพึงพอใจด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน ของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น

ปัจจัยจูงใจ อันประกอบด้วยปัจจัยหลัก 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านความสำเร็จในการทำงาน 2)ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ 3)ด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ 4) ด้านความรับผิดชอบ และ 5)ด้านความก้าวหน้าในตำแหน่งหน้าที่การงาน พบว่าค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยจูงใจกับความพึงพอใจในงาน ด้านความสำเร็จในการทำงาน ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ และด้านความก้าวหน้าในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ($p<.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ มยุรา สำเร็จกิจ [18] และพรพิมล สุขเพียและ รัชตวรรณ ศรีตระกูล [19]อาจเป็นเพราะ งานที่ปฏิบัติ

นั้นเป็นงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม มีความมั่นคงในสายวิชาชีพ อีกทั้งเป็นอาชีพที่ได้รับการยอมรับนับถือจากบุคคลอื่นๆ และเมื่อพยาบาลมีแรงจูงใจในการทำงาน จะทำให้มีความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ ทำให้มีผลการปฏิบัติงานดี หัวหน้าหอผู้ป่วยควรมีการส่งบุคลากรเข้าอบรมตามความเหมาะสม ส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรไปในทิศทางที่จะประสบความสำเร็จตามบันไดอาชีพ และสนับสนุนในด้านต่าง ๆ เช่น การอำนวยความสะดวกเรื่องการแลกเวรเพื่อไปเรียน ทั้งนี้อาจกล่าวได้ว่าส่วนประกอบในปัจจัยจูงใจนั้น มีความสัมพันธ์และส่งผลต่อการปฏิบัติงาน รวมถึงการตอบสนองต่อความต้องการของบุคลากร [20] ส่วนด้านลักษณะของงานที่ปฏิบัติ และด้านความรับผิดชอบ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น อาจเป็นเพราะด้วยบริบทของโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นนั้นเป็นโรงพยาบาลศูนย์ตติยภูมิระดับสูง การปฏิบัติงานมีความเชี่ยวชาญเฉพาะด้านตามสาขา มีการจัดอบรมภายในโรงพยาบาลสำหรับบุคลากรอย่างสม่ำเสมอในความเชี่ยวชาญเฉพาะทาง ด้วยบริบทนี้ที่เป็นโรงพยาบาลที่ให้บริการตติยภูมิอยู่แล้ว งานที่ปฏิบัติจึงอาจไม่มีความตื่นเต้นท้าทายเท่าที่ควร อุปกรณ์การแพทย์ที่มีความขาดแคลนในการปฏิบัติงานนั้นเมื่อเทียบกับโรงพยาบาลชุมชนที่อยู่รอบนอก ก็ถือได้ว่ามีความทันสมัยมากกว่า ซึ่งทำให้เอื้อต่อการปฏิบัติงาน จึงทำให้บริบทการทำงานนั้นเป็นไปในทิศทางการทำงานให้ได้ตามเป้าประสงค์ ด้วยแบบแผนที่กำหนดไว้

ปัจจัยค้ำจุน อันประกอบด้วยปัจจัยหลัก 5 ด้าน ได้แก่ 1) ด้านนโยบายและการบริหาร 2) ด้านการปกครองบังคับบัญชา 3) ด้านความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน 4) ด้านสภาพการทำงานและความมั่นคง และ 5) ด้านผลประโยชน์ตอบแทนพบว่า ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยค้ำจุนกับความพึงพอใจในงาน ด้านนโยบายและการบริหาร สภาพการทำงานและความมั่นคง มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานและความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.001$) สอดคล้องกับงานวิจัยของ ศุภกิตต์ กิจประพฤทธิ์กุล [21] ด้านการปกครองบังคับบัญชา ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงานและด้านผลประโยชน์ตอบแทน มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงานความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานของกลุ่มพยาบาลวิชาชีพเจเนอเรชั่นวายในโรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของ กรุณา วงษ์เทียนหลาย [22] อาจเป็นเพราะ การเป็นที่พึ่ง และความไว้วางใจ เป็นคุณลักษณะของภาวะผู้นำการดูแลของหัวหน้าหอผู้ป่วย ที่จะทำให้บุคลากรเกิดความไว้วางใจในตัวหัวหน้าหอผู้ป่วย นอกจากนี้ หัวหน้าหอผู้ป่วยได้พยายามสร้างบรรยากาศในการทำงานที่อบอุ่น ทุกคนรักใคร่กลมเกลียว ช่วยเหลือซึ่งกันและกันมีความยืดหยุ่นและมีความยุติธรรม เพื่อทำให้บุคลากรมีความสุข และมีความสามัคคีกัน ซึ่งจะส่งผลดีต่อประสิทธิผลของงานและบรรยากาศในหอผู้ป่วย รวมถึงความมั่นคงของงานนั้น การรับราชการที่เป็นส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานั้นเป็นผลทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน ด้วยสวัสดิการต่างๆที่ข้าราชการพึงได้รับ รวมไปถึง การเบิกค่ารักษาพยาบาลของตนเองและครอบครัวทำให้บุคลากรนั้นเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

จากผลการวิจัย ปัจจัยจูงใจกับความพึงพอใจในงาน ด้านความสำเร็จในการทำงาน ด้านการได้รับการยอมรับนับถือ และด้านความก้าวหน้าในการทำงาน มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน ดังนั้นหัวหน้าหอผู้ป่วยหรือผู้บริหาร ควรมีการส่งบุคลากรเข้าอบรมตามความเหมาะสม ส่งเสริมและพัฒนาบุคลากรไปในทิศทาง

ที่จะประสบความสำเร็จตามบันไดอาชีพ ในด้านปัจจัยค้ำจุน ด้านนโยบายและการบริหาร สภาพการทำงานและความมั่นคง ด้านการปกครองบังคับบัญชา ความสัมพันธ์กับเพื่อนร่วมงาน และด้านผลประโยชน์ตอบแทน มีความสัมพันธ์กับความพึงพอใจในงาน ดังนั้น เนื่องจากผู้บังคับบัญชานั้นมีอิทธิพลต่อผู้ใต้บังคับบัญชาเป็นอย่างยิ่ง คุณลักษณะของหัวหน้าหน่วยงานนั้นควรเน้นภาวะผู้นำ ที่มีความยืดหยุ่น มีช่องทางในการเข้าพบเพื่อปรึกษาหารือที่สะดวก ไม่มีขั้นตอนที่ซับซ้อน และสามารถตอบคำถาม ข้อสงสัยได้อย่างรวดเร็ว ในด้านการบริหารจัดการ การจัดเวร จำนวนวันที่ขึ้นเวร การให้วันหยุดตรงกับเสาร์อาทิตย์หรือวันหยุดนักขัตฤกษ์แบบหมุนเวียนเพื่อพยาบาลจะได้มีเวลาให้กับครอบครัวหรือตนเองได้ทำกิจกรรมต่างๆ มีความยุติธรรม โปร่งใสในการบริหารงาน การพิจารณาความดีความชอบ จะทำให้บุคลากรเกิดความไว้วางใจ บุคลากรมีความสุข ซึ่งจะส่งผลดีต่อประสิทธิผลของงานและบรรยากาศในหอผู้ป่วยรวมถึงความมั่นคงของงานนั้น การรับราชการที่เป็นส่วนใหญ่ของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษานั้นเป็นผลทำให้เกิดความพึงพอใจในการทำงาน ด้วยสวัสดิการต่างๆที่ข้าราชการพึงได้รับ รวมไปถึง การเบิกค่ารักษาพยาบาลของตนเองและครอบครัวทำให้บุคลากรนั้นเกิดความพึงพอใจในการปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาวิจัยในพยาบาลกลุ่มเจเนอเรชั่นอื่นๆเพื่อเปรียบเทียบกับความพึงพอใจด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน เพื่อเป็นฐานข้อมูลในการวางแผนพัฒนาระบบบริหารจัดการอัตรากำลัง และพัฒนาแนวทางการสร้างความพึงพอใจที่เหมาะสมในพยาบาลแต่ละเจอเนอเรชั่น

2. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงทดลอง ให้พยาบาลทุกเจเนอเรชั่นมีส่วนร่วมในการร่วมหาแนวทางการสร้างความพึงพอใจด้านความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงาน เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบการบริหารจัดการองค์กรพยาบาลต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอบพระคุณผู้บริหารทางการพยาบาล โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่นทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการทดลองเครื่องมือการวิจัยและเก็บรวบรวมข้อมูลการวิจัยครั้งนี้ กราบขอบพระคุณคณาจารย์ ผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านที่กรุณาตรวจสอบเครื่องมือให้การสนับสนุน ชี้แนะให้งานวิจัยนี้มีความสมบูรณ์และสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. รศรินทร์ เกรย์, อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์, อักษราภัค หลักทอง และเจตพล แสงกล้า . **คุณภาพชีวิตต่างวัยของ ผู้มีงานทำ Quality of Life among Employed Population by Generations**.นครปฐม: สถาบันวิจัย ประชากรและสังคม ; 2559.
2. Herzberg, F.B. Mausner, and B.B. Snyollrman. **The motivation to work**. New York: John Wiley and Sons; 1959.
3. ชัยวัฒน์ ไพนุพงศ์. **ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพนักงานกลุ่ม Gen Y**. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยและให้คำปรึกษาแห่งมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2551.
4. พสุ เดชะรินทร์. **การพัฒนาองค์การใหม่ขีดสมรรถนะสูง**.กรุงเทพฯ: กลุ่มพัฒนาระบบบริหารสำนักงาน คณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ; 2552.
5. กฤษดา แสวงดี. สถานการณ์กำลังคนพยาบาลวิชาชีพในประเทศไทย. **วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข**. 2551; 2(1) : 40 - 46.
6. เบญจวรรณ เนตรแขม. **ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับความพึงพอใจใน งานของพยาบาลวิชาชีพสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่ปฏิบัติงาน ในโรงพยาบาลในจังหวัดสมุทรสาคร.** [ปริญญานิพนธ์การศึกษามหาบัณฑิต]. [กรุงเทพฯ]: มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ; 2541.
7. บุญใจ ศรีสถิตย์นรากูร. **ระเบียบวิธีการวิจัยทางพยาบาลศาสตร์.**กรุงเทพฯ: ยูแอนด์ไออินเตอร์มีเดีย; 2550.

8. Decker, P. J., & Sullivan, E. J. **Nursing Administration: A Micro/ Macro Approach for Effective Nurse Executives**. Philadelphi: Appleton & lange. ; 1992.

9. อุไรพร จันทะอุ่มแม้า, ดนุลดา จามจุรี และศิริมา ลีละวงศ์. **การประเมินความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่าง ชีวิตและการทำงานของบุคลากรสุขภาพในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข**. นนทบุรี: สำนักการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2554.

10. โรงพยาบาลศูนย์ขอนแก่น, ฝ่ายบุคคล กลุ่มภารกิจด้านการพยาบาล. **อัตรากำลังบุคลากร กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลขอนแก่น** . ขอนแก่น : โรงพยาบาลขอนแก่น; 2561.

11. สำนักการพยาบาล. **การประเมินความพึงพอใจในงาน ความสมดุลระหว่างชีวิตและการทำงานในสังกัด กระทรวงสาธารณสุข**.พิมพ์ซ้ำ ครั้งที่ 2.นนทบุรี: กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข; 2554.

12. ธัญญรัตน์ สลักคำ. **ปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในงานของบุคลากรในฝ่ายการพยาบาลศูนย์การแพทย์กาญจนาภิเษก มหาวิทยาลัยมหิดล**. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].[นนทบุรี]: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช; 2557.

13. ประภาพร จงใจภักดี. **ความพึงพอใจในงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลรามาธิบดี**. [ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต].[นครปฐม]:มหาวิทยาลัยมหิดล; 2556.

14. วรรณชนก จันทชุม. **การวิจัยทางการพยาบาล : การเลือกตัวอย่างและการกำหนดตัวอย่าง.** ขอนแก่น : ภาควิชาการศึกษาวิจัยและบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2545.

15. รุ่งนภา กุลภักดี. ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับแรงจูงใจในการทำงานของพยาบาลวิชาชีพในประชาคมอาเซียน.**วารสารพยาบาลทหารบก.2556;** 14(3): 96-104.

16. วรางคณา ชนะเคน. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการคงอยู่ของพยบาลวิชาชีพกลุ่มเจนวายในโรงพยาบาลระดับตติยภูมิแห่งหนึ่ง สังกัดกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข.** [วิทยานิพนธ์ปริญญา พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต].[นครปฐม]:มหาวิทยาลัยคริสเตียน; 2559.

17. ศรีวรรณา ตันศิริ, วรพร ชาวสวนเจริญ, วรนชุ เนตรพศาลานิช, ยุพดี เชาวณาพรรณ์, วิไลพร มหัทธนาภิวัฒน์, โสมจรรย์ เตชะวรวฒ์ และคณะ. **ความสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลลักษณะงานที่ปฏิบัติ กับความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ ศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร**. [รายงานการวิจัย].[กรุงเทพฯ]: กองการพยาบาลสาธารณสุข สำนักอนามัย; 2551.

18. มยุรา สำเร็จกิจ. **ความสัมพันธ์ระหว่างการพัฒนาตนเอง ลักษณะงานภาวะผู้นำการเปลี่ยนแปลงของหัวหน้าหอผู้ป่วย กับประสิทธิผลและประสิทธิภาพของงาน ตามการรับรู้ของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลเอกชน กรุงเทพมหานคร** . กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2551.

19. พรพิมล สุขเพีย และ รัชตวรรณ ศรีตระกูล. ปัจจัยการทำนายคุณภาพชีวิตการทำงานของพยาบาลวิชาชีพ รุ่นเจนเนอเรชั่นวาย โรงพยาบาลศรีนครินทร์. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ.**2563; 13(1) :380 - 392.

20. อรวรรณ สินค้า และชนะพล ศรีฤาชา. ปัจจัยทางการบริหารและแรงจูงใจที่มีผลต่อการปฏิบัติงานการดูแลผู้สูงอายุระยะยาวของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล จังหวัดขอนแก่น. **วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ**.2562; 12(3):613 - 622.

21. ศุภกิตต์ กิจประพฤทธ์กุล. **ปัจจัยที่มีผลต่อความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพนักงาน บริษัทแบงคอกรีซอร์สเซ็นเตอร์ จำกัด**.[วิทยานิพนธ์ บริหารธุรกิจมหาบัณฑิต].[กรุงเทพฯ] :มหาวิทยาลัยกรุงเทพ; 2553.

22. กรุณา วงษ์เทียนหลาย.**องค์ประกอบภาวะผู้นำการดูแลของหัวหน้าหอผู้ป่วย**. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2548.

ประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านสาวแล อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย

The effectiveness of diabetic care system in Ban Sao Lae District, Health Promotion Hospital, Pho Tak, Nong Khai Province

รัตนา อมุทรศรี[1] , จิตภินันท์ ศรีจักร โคตร[2]

Rattana Amoottasri , Jitpinan Srijakkot

(Received: October 17,2020; Accepted: November 15,2020)

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาและศึกษาประสิทธิผลของระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านสาวแล อำเภอโพธ์ตาก จังหวัดหนองคาย โดยการพัฒนาระบบใช้กระบวนการ PAOR ตามแนวคิดของ เคมมิสและแมกทากาท (Kemmis and McTaggart, 1982) เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 58 คน ประกอบด้วยผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ดูแลหลัก อาสาสมัครสาธารณสุข เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามทักษะความรู้ และแบบประเมินความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติ Paired t-test และ สถิติเชิงบรรยาย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องการควบคุมน้ำตาลในเลือด ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการผ่อนคลายความเครียดภายหลังการอบรม (x=18.95 , S.D.= 0.22) สูงกว่าก่อนอบรม (x=16.34, S.D.= 2.07), อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 ส่วนความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน พบว่าความพึงพอใจภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก (x= 4.67, S.D.=0.48) โดยพบว่ามีความพึงพอใจด้านกระบวนการ (x= 4.79, S.D.=0.47) มากที่สุด รองลงมาคือ ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (x= 4.67 S.D.= 0.48) และด้านผลที่ได้รับ (x= 4.61 S.D.= 0.49) ตามลำดับ

ABSTRACT

The objective of this action research was to develop and study the effectiveness of diabetic care system in Ban Sao Lae District Health Promotion Hospital, Pho Tak, Nong Khai Province. The system was developed using the PAOR process based on the concept of Kemmis and McTaggart (1982). Data was collected from 58 samples consisting of diabetic patients, primary caregivers, public health volunteers, collecting data by using the knowledge skills questionnaire and the satisfaction assessment form. Data were analyzed using Paired t-test and descriptive statistics.

The results showed that the subjects had knowledge about blood sugar control in food intake, exercise, medication and stress relief after the training (x = 18.95, S.D. = 0.22) higher than before the training (x = 16.34, S.D. = 2.07), with statistical significance at the level of .05. Regarding the satisfaction with the diabetes care system, it was found that the overall satisfaction was very high (x = 4.67, S.D. = 0.48), with process satisfaction (x = 4.79, S.D. = 0.47). The second highest was the related factors (x = 4.67, S.D. = 0.48) and the result obtained (x = 4.61, S.D. = 0.49) respectively,

คำสำคัญ: การพัฒนา1, ระบบการดูแลผู้ป่วย2, โรคเบาหวาน3

Keywords: Care system1, Diabetes2, Mellitus patients3

---

[1] นักศึกษา หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาบริหารการพยาบาล มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

[2] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ภาควิชาบริหารการพยาบาล คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญมาก จากการรายงานสถิติของโรคเบาหวาน พบว่าในปี พ.ศ. 2558 ทั่วโลกพบผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 415 ล้านคน และจะเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ ในจำนวนนี้ 1 ใน 11 คน เป็นโรคเบาหวานโดยไม่รู้ตัว และทุก 6-8 วินาที มีคนตายจากโรคเบาหวานจำนวน 1 คน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2558) สำหรับประเทศไทย สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้คาดประมาณจำนวนประชากรที่เป็นโรคเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไประหว่าง พ.ศ.2554-2563 ว่า ในปี 2554 จะพบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เกิดขึ้น 501,299 คน ระหว่าง พ.ศ.2554-2563 จะเพิ่มขึ้นในช่วง 501,299 – 553,941 คนต่อปี ทั้งนี้ จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 2 เท่าภายใน 6 ปี ดังนั้นในปี 2563 จะมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่สูงถึง 8,200,000 คน ซึ่งจะมีแต่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ไม่มีลดลง (วิชัย เอกพลากร, 2555) จังหวัดหนองคายมีประชากรประมาณ 511,237 คน พบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยมีอัตราป่วยโรคเบาหวานระหว่างปี พ.ศ.2558-2560 อัตราป่วยจำนวน 22,460; 24,467 และ 24,963 ตามลำดับ และปี พ.ศ.2561 พบผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน 25,552 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย, 2561)

ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสาวแล อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย พ.ศ. 2558-2560 พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร 381.39, 458.02 และ 381.10 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (FBG <70 หรือ> 130 มก./ดล.) ร้อยละ 39.21, 57.57 และ 45.33 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดจำนวน 71 ราย ผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากโรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.85 เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง 4 คน ร้อยละ 5.63 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 2 คน ร้อยละ 2.81 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 21 ครั้ง ผู้ป่วยเบาหวานเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย 29 คน คิดเป็นร้อยละ 40.84 โรคแทรกซ้อนทางไต จำนวน 5 คน ร้อยละ 7.04 ร้อยละ 1.40 ผู้ป่วยถูกตัดนิ้วเท้า เนื่องจากเป็นแผลเรื้อรัง 1 คน และจากการรวบรวมข้อมูลการการตรวจระดับ HbA1c ปี 2558-2560 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสาวแล ที่มีระดับ HbA1c >7 ร้อยละ 60.86, 56.52 และ 60.86 ตามลำดับ (ทะเบียนรายงานสถิติ รพ.สต.สาวแล ปีงบประมาณ 2560) ซึ่งผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวล้วนแล้วแต่ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ได้ทั้งสิ้น

การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านสาวแล ทั้งหมด 23 คน การให้บริการจะมีเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในคลินิกโรคเบาหวานในสถานบริการมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน และมีคลินิกเดือนละ 1 ครั้ง โดยกิจกรรมในวันคลินิกโรคเบาหวาน คือ จะมีการเจาะตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและวัดความดันโลหิตให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานตั้งแต่เช้ามืดประมาณ 05.30-06.30 น. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุจะเดินทาง เพื่อมารอรับบริการอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านสาวแล โดยเจ้าหน้าที่จะเป็นผู้ให้บริการในตอนเช้าของวันที่มีคลินิก และหลังจากนั้นจะรับประทานข้าวต้มที่ทางเจ้าหน้าที่จัดเตรียมไว้ให้ผู้ป่วย บางคนไม่ชอบรสชาติอาหารก็จะไม่รับประทาน เพื่อกลับไปทานที่บ้านของตนเอง จากนั้นจะเป็นการตรวจรักษาให้สุขศึกษารายบุคคลตามอาการในแต่ละครั้งไป จ่ายยาให้กับผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ประกอบด้วยนักวิชาการ เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แล้วผู้ป่วยก็เดินทางกลับบ้าน โดยมีการนัดรับยาอีกครั้ง 1 เดือน ผู้ให้บริการจะไม่ได้ให้สุขศึกษา หรือพูดคุยกับญาติผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยบางรายเดินทางมารับยาเอง บางคนญาติมาส่งไว้ที่ รพ.สต.แล้วก็เดินทางกลับบ้าน เพื่อไปทำงานแล้วค่อยกลับมารับ สำหรับตัวผู้ป่วยนั้นการปฏิบัติตัวเมื่อมาพบเจ้าหน้าที่ และขณะอยู่ที่บ้าน มีความแตกต่างเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น

บทนำ

โรคเบาหวานเป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรังที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญมาก จากการรายงานสถิติของโรคเบาหวาน พบว่าในปี พ.ศ. 2558 ทั่วโลกพบผู้ป่วยเบาหวานจำนวน 415 ล้านคน และจะเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ ในจำนวนนี้ 1 ใน 11 คน เป็นโรคเบาหวานโดยไม่รู้ตัว และทุก 6-8 วินาที มีคนตายจากโรคเบาหวานจำนวน 1 คน (สมาคมโรคเบาหวานแห่งประเทศไทย, 2558) สำหรับประเทศไทย สำนักโรคไม่ติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้คาดประมาณจำนวนประชากรที่เป็นโรคเบาหวานอายุ 35 ปีขึ้นไประหว่าง พ.ศ.2554-2563 ว่า ในปี 2554 จะพบผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่เกิดขึ้น 501,299 คน ระหว่าง พ.ศ.2554-2563 จะเพิ่มขึ้นในช่วง 501,299 – 553,941 คนต่อปี ทั้งนี้ จะมีผู้ป่วยเพิ่มขึ้น 2 เท่าภายใน 6 ปี ดังนั้นในปี 2563 จะมีผู้ป่วยเบาหวานรายใหม่สูงถึง 8,200,000 คน ซึ่งจะมีแต่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ไม่มีลดลง (วิชัย เอกพลากร, 2555) จังหวัดหนองคายมีประชากรประมาณ 511,237 คน พบจำนวนผู้ป่วยโรคเบาหวานเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี โดยมีอัตราป่วยโรคเบาหวานระหว่างปี พ.ศ.2558-2560 อัตราป่วยจำนวน 22,460; 24,467 และ 24,963 ตามลำดับ และปี พ.ศ.2561 พบผู้ป่วยทั้งหมด จำนวน 25,552 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย, 2561)

ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสาวแล อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย พ.ศ. 2558-2560 พบอัตราป่วยด้วยโรคเบาหวานต่อแสนประชากร 381.39, 458.02 และ 381.10 ตามลำดับ ผู้ป่วยโรคเบาหวานที่ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ได้ (FBG <70 หรือ> 130 มก./ดล.) ร้อยละ 39.21, 57.57 และ 45.33 ตามลำดับ ในปี พ.ศ. 2560 พบผู้ป่วยเบาหวานทั้งหมดจำนวน 71 ราย ผู้ป่วยเบาหวานเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจากโรคแทรกซ้อนเฉียบพลัน 7 ราย คิดเป็นร้อยละ 9.85 เนื่องจากระดับน้ำตาลในเลือดสูง 4 คน ร้อยละ 5.63 ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ 2 คน ร้อยละ 2.81 จำนวนครั้งที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล 21 ครั้ง ผู้ป่วยเบาหวานเป็นโรคความดันโลหิตสูงร่วมด้วย 29 คน คิดเป็นร้อยละ 40.84 โรคแทรกซ้อนทางไต จำนวน 5 คน ร้อยละ 7.04 ร้อยละ 1.40 ผู้ป่วยถูกตัดนิ้วเท้า เนื่องจากเป็นแผลเรื้อรัง 1 คน และจากการรวบรวมข้อมูลการการตรวจระดับ HbA1c ปี 2558-2560 พบว่า ผู้ป่วยเบาหวานในเขตรับผิดชอบโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสาวแล ที่มีระดับ HbA1c >7 ร้อยละ 60.86, 56.52 และ 60.86 ตามลำดับ (ทะเบียนรายงานสถิติ รพ.สต.สาวแล ปีงบประมาณ 2560) ซึ่งผู้ป่วยมีภาวะแทรกซ้อนดังกล่าวล้วนแล้วแต่ควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ปกติไม่ได้ทั้งสิ้น

การจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวานในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านสาวแล ทั้งหมด 23 คน การให้บริการจะมีเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในคลินิกโรคเบาหวานในสถานบริการมีพยาบาลวิชาชีพ 1 คน และมีคลินิกเดือนละ 1 ครั้ง โดยกิจกรรมในวันคลินิกโรคเบาหวาน คือ จะมีการเจาะตรวจระดับน้ำตาลในเลือดและวัดความดันโลหิตให้กับผู้ป่วยโรคเบาหวานตั้งแต่เช้ามืดประมาณ 05.30-06.30 น. ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุจะเดินทาง เพื่อมารอรับบริการอยู่ที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ตำบลบ้านสาวแล โดยเจ้าหน้าที่จะเป็นผู้ให้บริการในตอนเช้าของวันที่มีคลินิก และหลังจากนั้นจะรับประทานข้าวต้มที่ทางเจ้าหน้าที่จัดเตรียมไว้ให้ผู้ป่วย บางคนไม่ชอบรสชาติอาหารก็จะไม่รับประทาน เพื่อกลับไปทานที่บ้านของตนเอง จากนั้นจะเป็นการตรวจรักษาให้สุขศึกษารายบุคคลตามอาการในแต่ละครั้งไป จ่ายยาให้กับผู้ป่วยโดยพยาบาลวิชาชีพ และเจ้าหน้าที่ประกอบด้วยนักวิชาการ เจ้าหน้าที่บันทึกข้อมูล ผู้ช่วยเจ้าหน้าที่สาธารณสุข แล้วผู้ป่วยก็เดินทางกลับบ้าน โดยมีการนัดรับยาอีกครั้ง 1 เดือน ผู้ให้บริการจะไม่ได้ให้สุขศึกษา หรือพูดคุยกับญาติผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยบางรายเดินทางมารับยาเอง บางคนญาติมาส่งไว้ที่ รพ.สต.แล้วก็เดินทางกลับบ้าน เพื่อไปทำงานแล้วค่อยกลับมารับ สำหรับตัวผู้ป่วยนั้นการปฏิบัติตัวเมื่อมาพบเจ้าหน้าที่ และขณะอยู่ที่บ้าน มีความแตกต่างเพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็น

ผู้ป่วยโรคเบาหวานคือ บุคคลในครอบครัวหรือญาติผู้ป่วย ที่ทำหน้าที่ช่วยเหลือดูแลสนับสนุนการดูแลปฏิบัติตัวของผู้ป่วย ผู้นำชุมชน สมาชิกเทศบาล อาสาสมัครประจำหมู่บ้าน นายกเทศบาล และผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ และผู้ให้บริการสุขภาพ ทั้งหมดจำนวน 58 คน

การสรุปผลการประเมิน เมื่อได้ค่าเฉลี่ยของคะแนนแต่ละข้อแล้ว นำมาเทียบกับเกณฑ์การประเมินผล ซึ่งมีการแปลผลตามระดับค่าเฉลี่ยจากอันตรภาคชั้น ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย 4.50-5.00 มีความพึงพอใจในระดับมากที่สุด

คะแนนเฉลี่ย 3.50-4.49 มีความพึงพอใจในระดับมาก

คะแนนเฉลี่ย 2.50-3.49 มีความพึงพอใจในระดับปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 1.50-2.49 มีความพึงพอใจในระดับน้อย

คะแนนเฉลี่ย 0.00- 1.49 มีความพึงพอใจในระดับน้อยที่สุด

เครื่องมือในการวิจัย คือ แบบสัมภาษณ์ และโครงสร้างคำถามในกระบวนการกลุ่ม สมุดคู่มือประจำตัวผู้ป่วยเบาหวาน แบบสอบถามความพึงพอใจผู้ให้บริการ และแบบสอบถามความพึงพอใจของผู้ป่วยเบาหวาน ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหา โดยผู้เชี่ยวชาญ 5 ท่าน

ขั้นตอนการวิจัยแบ่งเป็น 4 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ระยะวางแผน ผู้วิจัยได้ทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จัดประชุมชี้แจง แนวทางการดำเนินงานวิจัยแก่ผู้เกี่ยวข้อง หลังจากนั้นทำการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา โดยจากเก็บข้อมูลจากรายงานการใช้งบประมาณ ทรัพยากร สถิติต่างๆ จากการประชุมระดมสมองทีมสหวิชาชีพ หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ เพื่อทราบความต้องการในการจัดบริการ และปัญหาอุปสรรค สัมภาษณ์เชิงลึก ตัวแทนผู้ป่วยเบาหวาน เพื่อทราบความต้องการการดูแล สัมภาษณ์ อสม.ตัวแทนองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อทราบการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการ หลังจากนั้น นำข้อมูลมาวิเคราะห์เพื่อนำสู่การพัฒนาในขั้นตอนที่ต่อไป

ระยะที่ 2 ระยะพัฒนาระบบ มีขั้นตอน ดังนี้ ขั้นตอนที่1 ผู้วิจัยนำข้อมูลที่สรุปได้จากขั้นตอนที่1 คืนข้อมูลผ่านการประชุมคณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอ และคณะกรรมการ NCD (โรคไม่ติดต่อ)ร่วมคิด ร่วมวางแผน หาข้อยุติในแนวทางที่จะนำไปปฏิบัติจากความคิดเห็นส่วนใหญ่ เกณฑ์การตัดสินอาศัยข้อมูลจากการปฏิบัติโดยขั้นตอนนี้ได้นำ แนวคิด Chronic care model ของวากเนอร์มาเป็นแนวทางการพัฒนา ขั้นตอนที่ 2 นำระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ไปทดลองใช้เป็นระยะเวลา 6 เดือน (เดือนกันยายน 2558 - เดือนมีนาคม 2559) ผลการประเมินหลังการนำระบบไปทดลองใช้พบว่าผู้ป่วยและทีมสหวิชาชีพมีความพึงพอใจต่อการใช้ระบบ ขั้นตอนที่ 3 นำระบบไปใช้จริงผู้วิจัยนำระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานไปใช้จริงในพื้นที่หน่วยบริการปฐมภูมิ 8 แห่ง เป็นระยะเวลา 1 ปีตั้งแต่เดือนเมษายน 2559- เมษายน 2560

ระยะที่ 3 ระยะติดตามสังเกตขณะนำระบบไปใช้จริง

ระยะที่ 4 ระยะประเมินผลจากการประเมินกระบวนการและผลการดำเนินงาน

ผลการวิจัย

ส่วนที่ 1 การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลบ้านสาวแล

ขั้นที่ 1 ขั้นวางแผน (Planning) โดยจัดเตรียมทีมสหวิชาชีพ พร้อมทั้งกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ ประสานงานกับภาคีเครือข่าย เพื่อเชิญเข้าร่วม

ในโครงการวิจัย ชี้แจงวัตถุประสงค์ และทำความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินการวิจัย จัดเตรียมวัสดุอุปกรณ์ ที่จำเป็นต้องใช้ในโครงการวิจัยให้เพียงพอ จัดประชุมเชิงปฏิบัติการโดยกระบวนการ ดังนี้

1) กระบวนการหาและใช้ทุนทางสังคมในการสร้างการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน บ้านสาวแล อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย วิเคราะห์ความเป็นไปได้ที่จะจัดโครงการ โดยศึกษาบริบทของพื้นที่ ศึกษาข้อมูลประชากรผู้ป่วยเบาหวาน ศึกษาแผนการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน ศึกษาหาต้นทุน คน เงิน สิ่งแวดล้อม

2) กระบวนการศึกษาปัญหาความต้องการของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน บ้านสาวแล อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ กิจกรรมที่ใช้แก้ไขปัญหา กำหนดเป้าหมาย ดำเนินงานร่วมกัน ปรับทัศนคติ วิธีคิด และการพัฒนาศักยภาพของบุคคล 3) กระบวนการออกแบบกิจกรรมการดูแลสุขภาพโดยใช้พื้นที่เป็นตัวตั้งสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการจัดกิจกรรมในโครงการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน จนได้รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน บ้านสาวแล อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย

ขั้นที่ 2 ขั้นปฏิบัติ (Acting) นำแผนจากขั้นตอนที่ 1 ไปสู่การปฏิบัติตามโครงการการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนบ้านสาวแล อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย โดยการพัฒนาความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อบต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผ่านกระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการ แบ่งออกเป็น 2 ระยะในการดำเนิน คือ ระยะที่ 1 กระบวนการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการตามฐานการเรียนรู้ 6 ฐาน จำนวน 1 วัน ระยะที่ 2 การปฏิบัติดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน จำนวน 12 สัปดาห์ ดังนี้

ระยะที่ 1 เปิดโครงการอบรมเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อบต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชน ก่อนอบรมใช้แบบสอบถามประเมินความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน เพื่อประเมินความรู้และทักษะเดิมของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อบต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ก่อนการพัฒนา ดำเนินการฝึกอบรมโดยมีกิจกรรมฐานการเรียนรู้ 6 ฐาน โดยแบ่งผู้เข้าฝึกอบรมออกเป็น 6 กลุ่ม ๆ ละ 5-6 คน โดยแต่ละฐานใช้เวลาเฉลี่ยประมาณ 1 ชั่วโมง ดังนี้

ฐานกิจกรรมที่ 1 คือ ด้านความรู้เรื่องโรคเบาหวานและการเจาะเลือดปลายนิ้ว วัตถุประสงค์ 1) เพื่อให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อบต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านในเรื่องโรคเบาหวานเบื้องต้น 2) ฝึกการเจาะเลือดปลายนิ้วและแปลผลได้ถูกต้อง 3) เปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อบต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์เกี่ยวกับเรื่องโรคเบาหวาน

ฐานกิจกรรมที่ 2 คือ บทบาทหน้าที่ของครอบครัวด้านการดูแลเรื่องการบริโภคอาหาร วัตถุประสงค์ 1) เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อบต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านบ้านส่งเสริมพฤติกรรมครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน รับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ครบ 5 หมู่ หลีกเลี่ยงอาหารหวาน มัน อาหารที่มีไขมันสูง

ฐานกิจกรรมที่ 3 คือ บทบาทหน้าที่ครอบครัวด้านการส่งเสริมและการออกกำลังกาย วัตถุประสงค์ 1)เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อบต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านส่งเสริมพฤติกรรม

ของผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ให้มีการออกกำลังกายสม่ำเสมอ

ฐานกิจกรรมที่ 4 คือ บทบาทหน้าที่ครอบครัวด้านการส่งเสริมการจัดการความเครียด วัตถุประสงค์ 1) เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อบต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และทักษะในการส่งเสริมพฤติกรรมการจัดการความเครียดของผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวได้

ฐานกิจกรรมที่ 5 คือ บทบาทหน้าที่ครอบครัวด้านการส่งเสริมการรับประทานยา วัตถุประสงค์ 1) เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อบต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และทักษะในการส่งเสริมพฤติกรรมของผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวในการรับประทานยารักษาโรคเบาหวานได้

ฐานกิจกรรมที่ 6 คือ บทบาทหน้าที่ครอบครัวด้านการส่งเสริมและการสนับสนุนการรักษาโรค วัตถุประสงค์ 1) เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อบต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัวเบื้องต้นในการส่งเสริมและสนับสนุนการรักษาโรค

ระยะที่ 2 การฝึกปฏิบัติ ติดตามดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน ร่วมกับพยาบาล จำนวน 12 สัปดาห์ ดังนี้

สัปดาห์ที่ 1-2 เยี่ยมครั้งที่ 1 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อบต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านติดตามเยี่ยมดูแลผู้ป่วยเบาหวานและครอบครัวที่บ้าน สร้างสัมพันธภาพ ประเมินสัญญาณชีพผู้ป่วยและสมาชิกในครอบครัว โดยมีพยาบาลเป็นผู้ดูแลการฝึกปฏิบัติ

สัปดาห์ที่ 2 เยี่ยมครั้งที่ 2 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อบต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านร่วมกับผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัว ช่วยกันประเมินปัญหาความต้องการการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเบาหวาน โดยใช้แผ่นประเมินประเมินปัญหาความต้องการดูแลช่วยเหลือด้านสุขภาพครอบครัวตามรูปแบบการพยาบาลสุขภาพครอบครัว มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สัปดาห์ที่ 3-9 เยี่ยมครั้งที่ 3 เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อบต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านช่วยส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัว ในการปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถผ่านกับปัญหาที่กำลังเผชิญได้อย่างเหมาะสม

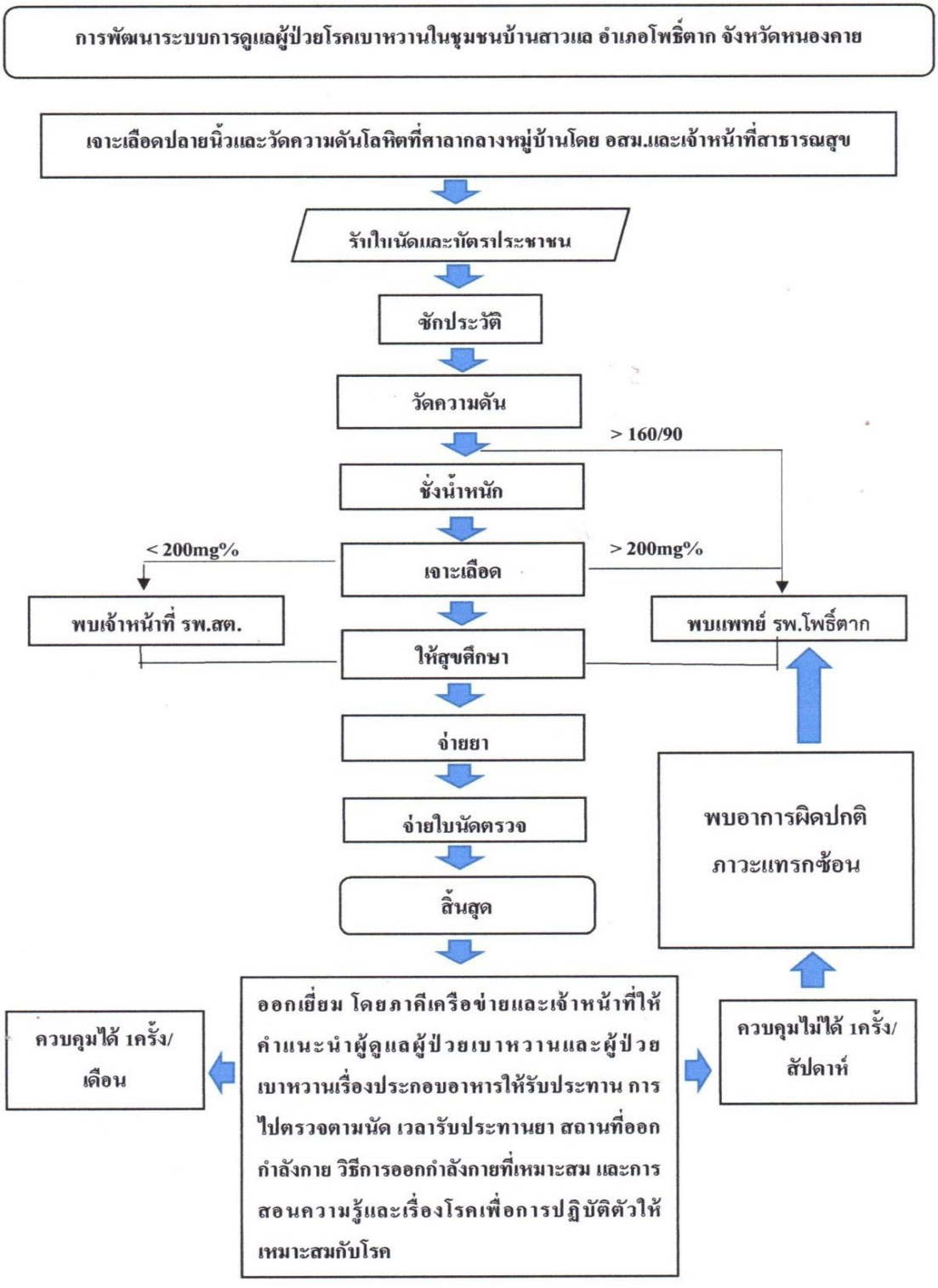
สัปดาห์ที่ 10-12 เยี่ยมครั้งที่ 4 ประเมินผล เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อบต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านและพยาบาลติดตามการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและครอบครัว

ขั้นที่ 3 ร่วมกันสังเกตผล (Observing)

การนิเทศ ติดตาม สนับสนุนการดำเนินงานพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวาน โดยชุมชนมีส่วนร่วม บ้านสาวแล อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย โดยการลงเยี่ยมทุกบ้านตามเขตรับผิดชอบเพื่อเห็นการปฏิบัติงานจริง สามารถแนะนำวิธีการทำงานที่ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพมากขึ้น ผู้ป่วยเบาหวานควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องได้รับการรักษาต่อที่โรงพยาบาล (ทะเบียนรายงานสถิติ รพ.สต.สาวแล) หลังเข้าร่วมโครงการผู้ป่วยเบาหวาน ผู้ดูแลผู้ป่วยเบาหวานและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน มีความรู้และทักษะ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานและมีความพึงพอใจมากขึ้น ภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจต่อระบบที่พัฒนาขึ้น ประเมินจากแบบสอบถามความพึงพอใจหลังเข้าร่วมโครงการ

ขั้นที่ 4 ร่วมกันสะท้อนผล (Reflecting)

กระบวนการพัฒนาข้อตกลงร่วมกันในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานอย่างยั่งยืนในพื้นที่ ดังนี้ การจัดประชุมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ถอดบทเรียน สรุปผลการดำเนินงานและวิเคราะห์ปัญหา อุปสรรคในการดำเนินงานและการวางแผนในการแก้ไขปัญหาในครั้งต่อไป พัฒนาข้อตกลงร่วมกันอย่างยั่งยืนให้สอดคล้องกับนโยบายท้องถิ่น ระบบงาน ทีมงาน และความต้องการที่เกิดจากคนในชุมชน และได้รูปแบบการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนบ้านสาวแล อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย ที่ปรับแก้ไขจากผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งหมด



ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของผู้ดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนบ้านสาวแล อำเภอโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลทั่วไป		จำนวน	ร้อยละ
1. เพศ	ชาย	1	6.7
	หญิง	14	93.3
2. อายุ	21-30 ปี	1	6.7
	41-50 ปี	10	66.7
	51-60 ปี	2	13.3
	มากกว่า 60 ปี	2	13.3
3. ที่อยู่ปัจจุบัน	บ้านสางแล	15	100.0
	ตำบลโพธิ์ตาก	15	100.0
	อำเภอโพธิ์ตาก	15	100.0
	จังหวัดหนองคาย	15	100.0
4. สถานภาพ	สมรส	14	93.3
	หม้าย	1	6.7
5. ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	2	13.3
	มัธยมศึกษาตอนต้น	8	53.3
	มัธยมศึกษาตอนปลาย	4	26.7
	ปวช	1	6.7
6. อาชีพ	เกษตรกรรม	13	86.7
	ค้าขาย หรือธุรกิจส่วนตัว	2	13.3
7. ความสัมพันธ์	ภรรยา	1	6.7
	บุตร	3	20.0
	ญาติ	10	66.6
	อื่นๆ	1	6.7
8. รายได้	10,000 บาท หรือน้อยกว่า	2	13.3
	10,001 – 20,000 บาท	6	40.0
	20,001 – 30,000 บาท	3	20.0
	มากกว่า 30,000 บาท	4	26.7
9. ฐานะครอบครัว	พอใช้จ่าย	5	33.4
	ไม่พอใช้จ่าย	6	40.0
	ไม่พอใช้จ่าย ไม่มีหนี้สิน	2	13.3
	ไม่พอใช้จ่าย มีหนี้สิน	2	13.3
10. ระยะเวลาที่ดูแลผู้ป่วย	น้อยกว่า 5 ปี	1	6.7

	5-10 ปี	13	86.7
	มากกว่า 10 ปี	1	6.7
11. ดูแลผู้ป่วยในเรื่อง	อาหาร	15	100.0
	รวม	**15**	**100.0**

จากตารางที่ 1 พบว่า ผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 15 คน เป็นเพศชาย จำนวน 1คน คิดเป็นร้อยละ 6.7 เพศหญิง จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 93.7 ส่วนใหญ่อายุ 41-50 ปี จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 66.7 ที่อยู่บ้านสางแล ตำบลโพธิ์ตาก อำเภอโพธิ์ ตาก จังหวัดหนองคาย จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 สถานภาพสมรส จำนวน 14 คน คิดเป็นร้อยละ 93.3 การศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น จำนวน 8 คน คิดเป็นร้อยละ 53.3 อาชีพเกษตรกรรม จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 86.7 เป็นญาติ จำนวน 10 คน คิดเป็นร้อยละ 66.6 รายได้ 10,001 –20,000 บาท จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละละ 40.0 ฐานะครอบครัวไม่พอใช้จ่าย จำนวน 6 คน คิดเป็นร้อยละ 40.0 ดูแลผู้ป่วยเป็นระยะเวลา 5-10 ปี จำนวน 13 คน คิดเป็นร้อยละ 86.7 และช่วยดูแลผู้ป่วยในเรื่องอาหาร จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0

ตารางที่ 2 ความพึงพอใจในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน

ปัจจัย	$\overline{X}$	S.D.	แปลผล
ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้อง	**4.67**	**0.48**	**สูงมาก**
ระยะเวลาที่ใช้ในการจัดทำโครงการมีความเหมาะสม	4.77	0.43	สูงมาก
ความร่วมมือของภาคีเครือข่าย	4.71	0.46	สูงมาก
วิธีการดำเนินงานเหมาะสม เข้าใจง่าย	4.54	0.50	สูงมาก
ภาคีเครือข่ายมีความพร้อมในการจัดทำโครงการ	4.66	0.54	สูงมาก
ด้านกระบวนการ	**4.79**	**0.47**	**สูงมาก**
มีวิธีการดำเนินงานที่ชัดเจนมีขั้นตอน	4.71	0.51	สูงมาก
มีการประชุมวางแผนการพัฒนาระบบดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวาน	4.86	0.43	สูงมาก
ด้านผลที่ได้รับ	**4.61**	**0.49**	**สูงมาก**
ภาคีเครือข่ายเห็นถึงความสำคัญในการจัดทำโครงการ	4.54	0.51	สูงมาก
สามารถช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเบาหวานได้ตามต้องการ	4.57	0.50	สูงมาก
ภาคีเครือข่ายมีความพึงพอใจในการจัดทำโครงการ	4.60	0.49	สูงมาก
ดำเนินงานได้บรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้	4.71	0.45	สูงมาก
ภาพรวม	**4.67**	**0.48**	**สูงมาก**

จากตารางที่ 2 พบว่า ความพึงพอใจในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน ภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก (= 4.67) และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า อยู่ในระดับสูงมากทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านกระบวนการ (= 4.79) รองลงมา คือ ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้อง (= 4.67) และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด ด้านผลที่ได้รับ (= 4.61) ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 ผลการวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลการประเมินความรู้เรื่องการควบคุมน้ำตาลในเลือด

ผลการเปรียบเทียบการประเมินความรู้ ก่อนและหลังอบรม มีรายละเอียดดังนี้

ตารางที่ 3 การเปรียบเทียบการประเมินความรู้การควบคุมน้ำตาลในเลือด ก่อนอบรมและหลังอบรม

ความรู้	N	k	Min	Max	Mean	ร้อยละ	Mean	SD	df	t	Sig
ก่อนอบรม	58	19	12	19	16.34	86.0	16.34	2.07	57	10.004	0.000
หลังอบรม	58	19	18	19	18.95	99.7	18.95	0.22			

*มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

จากตารางที่ 3 พบว่า กลุ่มทดลองก่อนอบรม จำนวน 58 คน จากคะแนนเต็ม 19 ข้อ ได้คะแนนต่ำสุด 12 ข้อ คะแนนมากที่สุด 19 ข้อ ค่าเฉลี่ย 16.34 คิดเป็นร้อยละ 86.0 ส่วนกลุ่มทดลองหลังอบรม จำนวน 58 คน จากคะแนนเต็ม 19 ข้อ ได้คะแนนต่ำสุด 18 ข้อ คะแนนมากที่สุด 19 ข้อ ค่าเฉลี่ย 18.95 คิดเป็นร้อยละ 99.7 จากการทดสอบ Paired t-test พบว่า ผู้ทดลองมีความรู้เรื่องการควบคุมน้ำตาลในเลือด ด้านการบริโภคอาหาร การออกกำลังกาย การรับประทานยา และการผ่อนคลายความเครียด หลังการอบรมสูงกว่าก่อนการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05

อภิปรายและสรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานในชุมชนบ้านสาวแล หมู่ที่ 4 และ 6 ตำบลโพธิ์ตาก จังหวัดหนองคาย พบว่า ผู้เข้าร่วมโครงการได้รับความรู้เพิ่มมากขึ้นตามแนวคิดของ Kemmis และ McTaggart เป็นการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาโรคเบาหวานในชุมชน มุ่งเน้นพัฒนาอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเบาหวาน เช่น ภาวะที่ร่างกายมีระดับน้ำตาลสูงกว่าปกติ อาการของผู้ป่วยที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ และภาวะน้ำตาลในเลือดสูง ผ่านการมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน ดังนี้ ขั้นที่ 1 การวางแผน วิเคราะห์ปัญหา สาเหตุ กิจกรรมที่ใช้แก้ไขปัญหา กำหนดเป้าหมาย ดำเนินงานร่วมกัน ปรับทัศนคติ พัฒนาศักยภาพของบุคคล ขั้นที่ 2 การปฏิบัติโดยการพัฒนาความรู้และทักษะของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ ผู้นำชุมชน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อบต. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ผ่านกระบวนการอบรมเชิงปฏิบัติการ ขั้นที่ 3 ร่วมกันสังเกตผล โดยผู้ป่วยโรคเบาหวาน ผู้ดูแลหลัก ผู้ป่วยได้รับรู้เกี่ยวกับโรคเบาหวาน ผู้นำชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลช่วยเหลือสนับสนุน เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านมีแนวทางการเยี่ยมบ้านผู้ป่วย ขั้นที่ 4 ร่วมกันสะท้อนผลโดยสรุปผลการดำเนินงาน เนื่องจากมีการเตรียมความพร้อม และวางแผนการทำงานโดยละเอียดในทุกขั้นตอน จึงทำให้การประชุมดำเนินไปได้อย่างไม่มีปัญหาติดขัดผนวกกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้องเห็นความสำคัญและประโยชน์ที่มีต่อชุมชน จึงให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีส่งผลให้การประชุมบรรลุวัตถุประสงค์ตามที่ตั้งไว้ รวมถึงระยะเวลาหรือกิจกรรมการให้ความร่วมมือก็มีความเหมาะสมไม่นานหรือเร็วจนเกินไป วิธีการดำเนินงานก็ไม่มีขั้นตอนซ้ำซ้อน และปัจจัยที่สำคัญที่สุดคือการเข้ามามีส่วนร่วม ในการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วย ถ่ายทอดข้อมูลประสบการณ์แลกเปลี่ยนเพิ่มเติมความรู้ อาทิเช่น การบูรณาการหน่วยบริการปฐมภูมิ ทุติยภูมิ ทีมสหสาขาวิชาชีพ คลินิกเฉพาะ พยาบาลเวชปฏิบัติ และการมีส่วนร่วมของชุมชนร่วมของภาคีเครือข่ายในชุมชน ประกอบด้วย แพทย์ พยาบาล อาสาสมัคร ผู้นำชุมชน ผู้ป่วย และผู้ดูแลผู้ป่วย ความร่วมมือนี้จะทำให้เกิดการบูรณาการการดูแลรักษาผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนบ้านสาวแล ดังนั้นจึงทำให้ผู้เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพมากที่สุด

โดยผู้วิจัยนำผลที่ได้จากการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณมายืนยันสนับสนุนผลการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพได้ดังนี้ จากการศึกษาเปรียบเทียบประเมินความรู้การควบคุมน้ำตาลในเลือด ผู้เข้าร่วมโครงการมีความรู้เรื่องการควบคุมน้ำตาลในเลือด ด้านการบริโภคอาหาร ด้านการออกกำลังกาย ด้านการรับประทานยา และด้านการผ่อนคลายความเครียด หลังการอบรมผู้เข้าร่วมโครงการมีคะแนนการทดสอบสูงกว่าก่อนเข้าร่วมการอบรม อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .05 และจากการศึกษาความพึงพอใจในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานในชุมชน พบว่า ภาพรวมอยู่ในระดับสูงมาก และเมื่อพิจารณาเป็นรายด้านพบว่า อยู่ในระดับสูงมากทุกด้าน โดยด้านที่มีค่าเฉลี่ยสูงสุด คือ ด้านกระบวนการ รองลงมาคือ ด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และด้านที่มีค่าเฉลี่ยต่ำที่สุด คือ ด้านผลที่ได้รับ ตามลำดับ สอดคล้องกับ ผลงานวิจัยของดารณี เทียมเพ็ชร์ (2559) ได้ศึกษาเรื่องการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่ออำเภอเมือง จังหวัดสระแก้ว ผลการศึกษาพบว่า ระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อ ช่วยให้เกิดเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ค่าเฉลี่ยความรู้โรคเบาหวานกลุ่มตัวอย่างก่อนการทดลอง ($\bar{x}$ = 7.47, SD = 2.08) หลังการทดลอง ($\bar{x}$ = 10.88, SD = 1.06) เพิ่มขึ้นมากกว่าก่อนการทดลอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ค่าเฉลี่ยความพึงพอใจต่อระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานลงสู่ชุมชนแบบไร้รอยต่อของผู้ป่วยโรคเบาหวาน อยู่ในระดับมากที่สุด และผู้ให้บริการอยู่ในระดับมาก

เอกสารอ้างอิง

1. Ekkpakorn W. Number of Diabetic Patients. Report of the 4th Thai public health survey by physical examination 2008-2009. Nonthaburi: The Graft System Co., Ltd.; 2012. (in Thai)
2. Diabetes Association of Thailand. Diabetes statistics. Medical Practice Guidelines for Diabetes 2011. Bangkok: Sri Muang Printing; 2011. (in Thai)
3. Nong Khai Provincial Health Office. Diabetes situation. Summary of operating results for the year 2017. Nong Khai: Office. Copy documents; 2018. (in Thai)
4. Kemmis, S., & McTaggart, R. The action research planner. 3rd ed.. Geelong: Deakin University Press; 1988.